Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, Volume (8) N 2
ISSN :1987-071X e-ISSN 1987-1023

Juillet - July 2026

Décembre – December 2026

http://revue-rasp.org

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

Bamako Institute for Research and Development studies

http://journals.b-institute.org | ***infos@b-institute.org*** | **03 BP 216 Bamako 03**

Avenue des Armées, Immeuble Kouma, Sotuba, Bamako, Mali

Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, Volume 8 (Numéro 2)

June (juin) - December (décembre) 2026

ISSN: 1987-071X e-ISSN 1987-1023
https://revue-rasp.org

https://journals.b-institute.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) ;

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. Berta Mendiguren**,** Anthropologie de la santé – Fondation ANESVAD, Espagne
Pr. Amber Reed, Anthropologue culturelle, études internationales – Spelman College, Atlanta, Georgia, États-Unis d'Amérique
Pr. Laura A. Twagira, Genre et sexualité en Afrique – Wesleyan University, Connecticut, États-Unis d'Amérique
Pr. Soumaya Naamane Guessous, sociologue, Université, Casablanca ;
Pr. Anoua Adou Serge Judicaël, Département d'Anthropologie et de Sociologie, Université Alassane Ouattara, Bouaké, Côte d'Ivoire ;

Comité de lecture

Pr. Marie-Claude, Foument, Directrice de publication des cahiers de l'infantile, Université de Paris 13 ; Dr. Kojo Opoku Aidoo, chef de département d'études africaines, Université du Ghana, Legon ; Dr. Jaak Le Roy, Institut Healthn et, topo, Louvain ; Dr. Assah N'Detibaye, maître assistant, Université de N'Djamena ; Pr. Roch Yao Gnabeli, Université de Cocody, Abidjan ; Mlle. Virginie Dégorge, Université Paris 7 ; 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 Paris 8 ; Dr. Ousmane Touré, maître de recherche, I.N.S.P, Bamako; Pr. Gertrude N'Deko Longonda, Université Marien N'gouabi, Brazzaville ; Pr. Moussa Sacko, INSP, Bamako; Pr. Fatou Sarr, IFAN, Université Cheikh Anta Diop, Dakar ; Dr Soumaila Oulalé, Faculté des Sciences Sociales, Université de Ségou ; Dr Ake Djallah 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 Épidémiologie, Institut Régional de Santé Publique-Comlan Alfred Quenum Ouidah, Université d'Abomey-Calavi/Bénin ; Dr (MC) Tessougue Moussa dit Martin, Faculté d'Histoire et de Géographie, Université des Sciences Sociales et de Gestion de Bamako, Bamako, Mali.

Secrétariat de rédaction
Fanta Kanté, Bamako Institute for Research and Development Studies Press, Bamako, Mali; Dr Silamakan Kanté, Bamako Institute for Research and Development Studies, Bamako, Mali; Dr Mahamadou Kanté, Institut des Sciences Humaines, Bamako, Mali; 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 documentaire utile aux étudiants, aux enseignants et aux chercheurs, qui y trouvent un support pour la diffusion de leurs travaux. En 2018, la RASP a adopté la publication en ligne, marquant une nouvelle étape dans son développement et renforçant sa visibilité. Cette transition s'est accompagnée d'une réinitialisation de la numérotation des volumes et des numéros, qui repartent à partir du volume 1, numéro 1. Depuis cette date jusqu'au présent numéro (vol. 8, n° 2), la revue a enregistré 813 soumissions. Parmi celles-ci, environ 33% (269 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 33 %, qui publie des travaux de recherche de haute qualité dans les sciences sociales et 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.

Par ailleurs, la RASP a coorganisé, avec d'autres structures, la 3e édition des CINI (https://cini.ml). Organisé les 9 et 10 septembre 2026 à l'Institut des Sciences Humaines du Mali, à Sotuba-ACI, avec une participation en présentiel et en ligne, le CINI 2026 a articulé un hommage à Nianguiry Kanté et des échanges scientifiques portant sur les conflits, les savoirs locaux, la gouvernance et la santé. La conférence inaugurale, les témoignages consacrés à son parcours et les six sessions thématiques ont donné à cette rencontre une cohérence fidèle à son engagement dans les sciences sociales et la recherche en santé publique. À travers ce rendez-vous et la diffusion des travaux qui en découlent, la RASP poursuit son engagement à honorer sa mémoire et à transmettre son héritage intellectuel. Le succès de cette édition conforte l'ancrage institutionnel du CINI, qui s'affirme comme un rendez-vous scientifique durable, porté par un effort collectif d'organisation, de recherche et de transmission.

Le présent numéro (Volume 8, numéro 2) contient vingt-neuf articles scientifiques d'auteurs de la Côte d'Ivoire, du Burkina Faso, du Bénin, du Congo Brazzaville, de la Guinée, de la Guinée-Bissau, du Mali et de la République démocratique du Congo.

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.

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

La rédaction

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

SOMMAIRE

Articles

Importants défis dans la gestion des déchets biomédicaux dans les formations sanitaires privées de la zone sanitaire Abomey Calavi Sô-ava au Bénin en 2025

DOI: https://doi.org/10.4314/rasp.v8i2.1

Merveille Allabi, Makoutode Charles Patrick, Gbaguidi Jonas……1-13

Renforcer la résilience des systèmes de santé dans les situations d'urgence : le rôle du suivi dirigé par les communautés

DOI: https://doi.org/10.4314/rasp.v8i2.2

Gemma Oberth, Jelena Bozinovski, Krista Lauer, Nadia Rafif, Solange Baptiste ……..14-33

Représentations sociales de la consultation prénatale (CPN) et recours aux médecines traditionnelles pendant la grossesse dans la Province du Maniema, en RDC
DOI: https://doi.org/10.4314/rasp.v8i2.3
José Assani TUTU, Léon Cyprien Ngandu wa Ngandu, Marie claire Omanyondo Ohambe……34-43

Perceptions et comportements des populations de Béoumi face à l'implémentation de la CMU
DOI: https://doi.org/10.4314/rasp.v8i2.4
Gauthier Konan Kouame……44-63

Suivi communautaire en santé mentale à Yaoundé : une invitation à bâtir un modèle de soins de qualité en santé mentale au Cameroun
DOI: https://doi.org/10.4314/rasp.v8i2.5
Marcel Ilaire Zangue, Sosa Lopez Atahualpa, Justine Laure Menguene Mviena……64-77

Évaluation de la concordance diagnostique de l'intelligence artificielle (ChatGPT) pour l'identification des indications de césarienne d'urgence à partir des dossiers obstétricaux du service de gynécologie-obstétrique du Centre Hospitalier Régional Universitaire de Fada N'Gourma (CHRU-FG).
DOI: https://doi.org/10.4314/rasp.v8i2.6
Martin Ilboudo, Morou Nikiema, Azize Tiendrebeogo……78-86

Trajectoires et pratiques d'usage de drogues par voie injectable en Côte d'Ivoire : une étude interdisciplinaire en santé publique, sciences sociales et recherche communautaire.
DOI: https://doi.org/10.4314/rasp.v8i2.7
Sarah Perrin, Stanislas Houndji, Evanno Jérome, Charansonnet Marie-Christine, Terrasse Nafi ……87-99

Retentissement psychologique de l'amputation de la jambe chez les patients militaires à l'hôpital militaire d'Abidjan
DOI: https://doi.org/10.4314/rasp.v8i2.8
Kouakou Jean-Marie Okou, Logon Albert Thierry Djako, Kassi Edoua David Samuel Edoua ……100-121

Estime de soi et performance scolaire des élèves déplacés internes du post-primaire
DOI: https://doi.org/10.4314/rasp.v8i2.9
SAIBA BAKOUAN, SAVADOGO……122-136

Pauvreté, alphabétisation du chef de ménage et fréquentation scolaire des filles à l'école
DOI: https://doi.org/10.4314/rasp.v8i2.10
Bouare Issa, Aminata Coulibaly, Arouna Sougane……137-159

Migration et stagnation du niveau de fécondité dans le district de Bamako
DOI: https://doi.org/10.4314/rasp.v8i2.11
Siaka CISSE……160-181

Satisfaction des parents en pédiatrie au Centre Hospitalier Universitaire de Tengandogo, Ouagadougou
DOI: https://doi.org/10.4314/rasp.v8i2.12
Osara Lamoussa TRAORE, Lassina DAO , Orokia BOUGOUMA/OUATTARA , Bintou *MAIGA, Fla KOUETA……182-192*

Profil de toxicité des chimiothérapies du cancer du sein au département de gynécologie-obstétrique et médecine de la reproduction du centre hospitalier universitaire sourô sanou.

DOI: https://doi.org/10.4314/rasp.v8i2.13

Maneguedo Alexandre BOENA, Mohamed Dieudonné Ouattara, Mariama Stephanie Millogo, Tindaogo Serge Soumdaogo, Tindaogo Serge Soumdaogo ……..193-200

Entre contraintes quotidiennes et autonomisation progressive: expériences d'observance thérapeutique chez les jeunes vivant avec le diabète à Kinshasa, République démocratique du Congo

DOI: https://doi.org/10.4314/rasp.v8i2.14

Crispin Nduaya, Bin Eradi Imani Ramazani, Léon Cyprien Ngandu Wa Ngandu, Simon Mabakutuvangilanga Ntela……201-213

Recommandations du GTCV de la Côte d'Ivoire pour la lutte contre la rage

DOI: https://doi.org/10.4314/rasp.v8i2.15

Alfred Douba, Eric Martial Kouakou Ahoussou, Maky Diallo, Emmanuel Bissagéné, ……214-228

Représentations sociales et enjeux de santé publique autour des jeux de hasard dans les villes de Cotonou, Dassa-Zoumè et Parakou au Bénin

DOI: https://doi.org/10.4314/rasp.v8i2.16

Chabi Olaniran Alphonse BIAOU, Yolaine GLELE AHANHANZO, Vignon Dègbédji BEDIE, N'koué Emmanuel SAMBIENI, Bertin SANDA……229-244

Instabilité statistique et biais conceptuels dans la mesure des femmes chefs de ménage en Afrique subsaharienne : analyse économétrique multiniveau sur données DHS harmonisées

DOI: https://doi.org/10.4314/rasp.v8i2.17

Rodrigue Mare……245-259

Effets des interventions en eau, hygiène et assainissement (EHA) sur les ménages de la commune de Bonou, sud du Bénin, en 2023

DOI: https://doi.org/10.4314/rasp.v8i2.18

Symphorose Tossoulegue, Karine Lucrèce Marie Codjo-Seignon, Zinsou Franck Mignanwande, Zoulkifl Salou Bachirou, Roch Christian Johnson……260-278

Manifestations cliniques des cancers avancés chez l'enfant : expérience du service d'oncologie pédiatrique de l'Institut de Cancérologie d'Akanda, au Gabon entre 2018 et 2021

DOI: https://doi.org/10.4314/rasp.v8i2.19

Angela Filankembo, Betty Ndakissa Maganga, Paul Ludovic Nzamba Bisselou, Christian Nziengui Tirogo, Ernest Belembaogo……279-288

Modélisation bayésienne dynamique des inégalités de consommation des ménages en Guinée-Bissau: une approche hybride appliquée aux données EHCVM 2018-2021

DOI: https://doi.org/10.4314/rasp.v8i2.20

R. Maré, O. Mendes……289-299

Diagnostique de la gouvernance locale en santé et nutrition: Cas du Foyer de Renforcement des Activités de Nutrition Communautaire (FRANC) dans les régions du Bafing et du Kabadougou au nord-ouest de la Côte d'Ivoire.

DOI: https://doi.org/10.4314/rasp.v8i2.21

Siaky Motihe Kamara……300-316

Étude des obstacles au suivi post-dépistage cytologique conventionnel à Libreville, Gabon
DOI: https://doi.org/10.4314/rasp.v8i2.22
Corinne Engohan Aloghe, Ismaël Hervé koumakpayi, line Silat Tomo, Rose Revignet……317-327

Représentation sociale de la bilharziose urinaire chez les Baoulé de Kossou et Suibiakro
DOI: https://doi.org/10.4314/rasp.v8i2.23
Affoué Nadège Konan, Zié Adama Ouattara, N'doumy Noël Abe, Koko Désiré Mankoua , Meless Siméon Akmel……328-341

Mise en évidence des bonnes pratiques favorisant l'accélération de la lutte contre le paludisme au Burkina Faso de 2000 à 2024
DOI: https://doi.org/10.4314/rasp.v8i2.24
Wendemi Daniel Ouedraogo, Ahmed Kabore, Maxime Drabo, Nicolas Meda, Hervé Hien……342-362

Analyse des conditions de déploiement de la chimioprévention du paludisme saisonnier : une étude qualitative dans la commune rurale de Karifamoriah, Guinée
DOI: https://doi.org/10.4314/rasp.v8i2.25
Joseph Lamilé SONGBONO, Bossou GOEPOGUI, Sadio DIALLO, Anon Félix N'DIA, Oumar SANGHO……363-375

Pratiques sociales des mères allaitantes liées à l'allaitement et au sevrage du nourrisson à Divo (Côte d'Ivoire)
DOI: https://doi.org/10.4314/rasp.v8i2.26
Siméon Goubo, Abbé Aliko Blaise N'kousse, Martial Bama, Taté Roger Oulahi, Arnaud Kévin Dayoro……376-386

Étude des conditions de travail et d'hygiène dans les marchés urbains de Brazzaville
DOI: https://doi.org/10.4314/rasp.v8i2.27
Jean Maixant , Bertin Mikolo……387-397

Acceptabilité communautaire de la recherche biomédicale à Bougoula Hameau et à Kollé au Mali
DOI: https://doi.org/10.4314/rasp.v8i2.28
Samba Diarra, Dansiné DIARRA, Bakary Fofana, Niawanlou Dara, Abdoulaye Djimdé……398-413

Connaissances, perceptions et pratiques en matière de santé sexuelle et reproductive des adolescents et jeunes scolarisés en Côte d'Ivoire
DOI: https://doi.org/10.4314/rasp.v8i2.29
Aicha Gladys Atindekoun Epse Traore, Koue Mabea Obed Esli, Zinsou Jacques Saizonou……414-425

Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, Volume 8 (2)
ISSN: 1987-071X e-ISSN 1987-1023
Received, 2 January 2026
Accepted, 8 May 2026
Published, 18 May 2026
https://www.revue-rasp.org
To cite: Allabi, L.M.L et al. (2026). Importants défis dans la gestion des déchets biomédicaux dans les formations sanitaires privées de la zone sanitaire Abomey Calavi Sô-ava au Bénin en 2025. *Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, 8(2), pp.1-13.* https://doi.org/10.4314/rasp.v8i2.1

Research

Importants défis dans la gestion des déchets biomédicaux dans les formations sanitaires privées de la zone sanitaire Abomey Calavi Sô-ava au Bénin en 2025

Assessment of biomedical waste management practices in private healthcare facilities in the Abomey-Calavi–Sô-Ava health zone, Benin, 2025

Léema Merveille Léonce ALLABI*[1], Charles Patrick MAKOUTODE[2], Jonas GBAGUIDI[3]

[1]Département Politique et Système de Santé de l'Institut Régional de Santé Publique, Université d'Abomey-Calavi, Ouidah, Bénin
[2]Département Politique et Système de Santé de l'Institut Régional de Santé Publique, Université d'Abomey-Calavi, Ouidah, Bénin
[3]Département Politique et Système de Santé de l'Institut Régional de Santé Publique, Université d'Abomey-Calavi, Ouidah, Bénin

*E-mail : allabimerveille@gmail.com ; Tél : +229 01 91 90 54 45

Résumé

La gestion des déchets biomédicaux (DBM) constitue un enjeu majeur de santé publique et de protection de l'environnement, particulièrement dans les pays à ressources limitées. Cette étude avait pour objectif d'évaluer le niveau de qualité de la gestion des DBM dans les formations sanitaires privées de la zone sanitaire Abomey-Calavi Sô-Ava au Bénin en 2025. Il s'est agi d'une étude transversale à visée évaluative, réalisée du 17 mars au 15 avril 2025 auprès de 62 formations sanitaires privées, soit 26,05 % des structures autorisées de la zone. L'approche d'évaluation s'est fondée sur le modèle structure-processus-résultats de Donabédian, avec une grille de cotation inspirée de l'échelle de Varkevisser. Les résultats montrent une qualité globale jugée mauvaise, avec un taux de conformité de 11,11 %. La composante structurelle présentait une conformité de 32,89 %, marquée par des insuffisances financières, matérielles et documentaires. Le processus de gestion obtenait 39,28 %, caractérisé par un tri à la source relativement satisfaisant, mais par l'absence totale de quantification des déchets et par un faible niveau de formation complète du personnel. La composante résultats révélait des non-conformités majeures, notamment le non-respect des délais de stockage et l'absence de suivi quantitatif. Ces insuffisances exposent le personnel et l'environnement à des risques persistants. Une réforme systémique intégrant le renforcement des capacités, le financement dédié, la supervision structurée et le suivi rigoureux s'avère indispensable.

Mots-clés : déchets biomédicaux, qualité, gestion, formations sanitaires privées, Bénin

Abstract

Biomedical waste (BMW) management represents a major public health and environmental challenge, particularly in low-resource settings. This study aimed to assess the quality of biomedical waste management in private health facilities in the Abomey-Calavi Sô-Ava health zone, Benin, in 2025. A cross-sectional evaluative study was conducted from March 17 to April 15, 2025, including 62 private health facilities (26.05% of authorized facilities). The evaluation was based on Donabedian's structure-process-outcome framework using a scoring grid adapted from Varkevisser's scale. Overall quality was rated as poor, with a compliance rate of 11.11%. The structure component reached 32.89% compliance, reflecting financial, material and documentary shortcomings. The process component scored 39.28%, characterised by relatively adequate source segregation but a complete absence of waste quantification and limited comprehensive staff training. The outcome component revealed major non-compliance, particularly regarding storage time limits and quantitative monitoring. These deficiencies expose healthcare workers and the environment to persistent risks. A systemic reform involving strengthened capacity building, dedicated funding, structured supervision and rigorous monitoring is urgently required.

Keywords: biomedical waste, quality assessment, management, private health facilities, Benin

1. Introduction

La gestion sécurisée des déchets biomédicaux (DBM) constitue une exigence fondamentale des systèmes de santé modernes. Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), 15 % des déchets produits lors des soins sont considérés comme dangereux (OMS,2024). Toutefois, les pratiques de gestion des déchets biomédicaux en Afrique subsaharienne restent variables, avec une proportion de bonnes pratiques estimée à environ 50 % (Berihun et al., 2025) or une gestion inadéquate de ces déchets expose le personnel soignant, les patients et l'environnement à des risques infectieux et toxiques (Ali et al., 2017).

Les travaux explorant la gestion des déchets biomédicaux en Afrique subsaharienne sont rares, bien que plusieurs études régionales aient documenté des avancées inégales et des défis persistants dans plusieurs pays (Doumtsop et al., 2014). Il y a donc un déficit d'information sur les structures privées. Cependant, une étude récente menée au Bénin dans une zone sanitaire publique a montré que la gestion des déchets d'activités de soins présente des insuffisances similaires, soulignant l'ampleur du problème aussi au niveau national (Degbey et al., 2025). Dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, les insuffisances structurelles, organisationnelles et financières compromettent la mise en œuvre efficace des systèmes de gestion des déchets biomédicaux. Une revue internationale souligne que l'absence d'infrastructures adaptées, de formation du personnel et de mécanismes de suivi contribue à des pratiques non conformes, exposant les travailleurs de santé et les communautés à des risques sanitaires et environnementaux accrus (Hossain et al., 2011). Au Bénin, la gestion des déchets biomédicaux demeure un défi majeur pour les formations sanitaires, malgré la présence d'un cadre réglementaire. Toutefois, les études disponibles portent majoritairement sur les structures

publiques, avec une documentation encore limitée sur les formations sanitaires privées (Davou et al.,2022 ; Todedji et al.,2021 ; Nangbe, 2018).

La présente étude vise à combler cette lacune en évaluant le niveau de qualité de la gestion des déchets biomédicaux dans les formations sanitaires privées de la zone sanitaire Abomey-Calavi Sô-Ava en 2025.

2. Matériel et Méthodes

2-1 Population d'étude et Échantillonnage

2.1.1. Cadre de l'étude

Le système de santé au Bénin est organisé selon une structure pyramidale à trois niveaux : le niveau central, le niveau intermédiaire et le niveau périphérique. Le niveau central, représenté par le Ministère de la Santé, est chargé de l'élaboration des politiques, de la planification stratégique et de la régulation du système. Le niveau intermédiaire correspond aux directions départementales de la santé, qui assurent la coordination et le suivi des activités sanitaires à l'échelle régionale. Le niveau périphérique, quant à lui, est constitué des zones sanitaires, comprenant les centres de santé, les hôpitaux de zone et les formations sanitaires de premier contact. Les formations sanitaires privées s'intègrent principalement à ce niveau périphérique, où elles participent activement à l'offre de soins, notamment dans les zones urbaines et périurbaines.

L'étude a été menée en 2025 dans la Zone Sanitaire Abomey-Calavi Sô-Ava (AS), située au sud du Bénin, dans le département de l'Atlantique. Cette zone sanitaire couvre les communes d'Abomey-Calavi et de Sô-Ava et se caractérise par une forte densité de formations sanitaires privées. Au moment de l'étude, la zone comptait 238 formations sanitaires privées officiellement autorisées et fonctionnelles et 77 formations sanitaires publiques avec 1602 agents de santé (Ministère de la Santé du Bénin,2022). L'ensemble de ces structures constituait le cadre institutionnel à partir duquel les unités d'étude ont été sélectionnées.

2. Population d'étude

La population d'étude était constituée des formations sanitaires privées de la Zone Sanitaire Abomey-Calavi Sô-Ava incluses dans notre échantillon pour l'enquête. Au sein de ces structures, les participants comprenaient :

- **Cibles primaires :**
  - Le personnel soignant,
  - Le personnel en charge de l'enlèvement des déchets biomédicaux (DBM),
  - Le personnel chargé du traitement des DBM.
- **Cibles secondaires :**
  - Les responsables de la gestion des DBM,
  - Les chefs des services producteurs de DBM (maternité, bloc opératoire, vaccination, laboratoire, soins infirmiers, etc.),

- Toute personne impliquée dans le processus de gestion des DBM,
- Ainsi que les documents institutionnels pertinents (normes, procédures, rapports d'activités).

3. Critères d'inclusion et de non-inclusion

Critères d'inclusion

Ont été incluses dans l'étude :

- Les formations sanitaires privées légalement autorisées et fonctionnelles au moment de l'enquête ;
- Les membres du personnel exerçant au sein de la structure depuis au moins six mois et ayant donné leur consentement éclairé à participer.

Critères de non-inclusion

N'ont pas été inclus :

- Le personnel absent ou indisponible durant la période de collecte des données ;
- Les formations sanitaires privées autorisées mais non fonctionnelles (fermées, en cours de rénovation…) pendant la période d'étude.

4. Méthode d'échantillonnage

Un échantillonnage probabiliste stratifié a été réalisé par type d'établissement (Polycliniques, Formations sanitaires de spécialité, Cabinets de soins infirmiers, Cabinets médicaux...) afin d'assurer la représentativité de l'échantillon. Un tirage aléatoire simple sans remise a ensuite été effectué au sein de chaque strate afin d'assurer une représentativité proportionnelle de l'échantillon par rapport à la population source.

Au niveau des formations sanitaires sélectionnées, les participants (cibles primaires et secondaires) ont été retenus par un choix raisonné, en fonction de leur implication dans la gestion des déchets biomédicaux.

5. Taille de l'échantillon

En prenant en compte les délais impartis et le nombre de structures à parcourir, seul soixante-deux structures ont été incluses (26,05 %) pour assurer la qualité des données collectées.

La répartition proportionnelle par type d'établissement était la suivante :

- 13 formations sanitaires d'accouchement eutocique
- 9 formations sanitaires médicales

- 5 Centres de Santé à Vocation Humanitaire
- 5 cabinets médicaux
- 16 cabinets de soins infirmiers
- 3 formations sanitaires de spécialité
- 12 polycliniques

2-2 Techniques et Outils de Collecte de Données

La collecte des données a utilisé diverses techniques et outils selon les cibles :

- Personnel soignant, enleveur et de traitement des DBM : Observation (grille d'observation) et enquête par questionnaire (questionnaire).
- Documents de normes et de procédures : Observation (grille d'observation).
- Responsables de la gestion des DBM : Enquête par questionnaire (questionnaire).
- Toute personne intervenant dans le processus de gestion des DBM : Entretien (guide d'entretien).
- Documents en rapport avec la gestion des DBM (rapports d'activités) : Exploitation documentaire (fiche de dépouillement).

2-3 Variables de l'Étude et Analyse des Données

L'étude a évalué le niveau de qualité de la gestion des DBM en se basant sur une approche structure–processus–résultats adaptée du cadre conceptuel de Donabedian (Avedis Donabedian, 1988). Les variables d'étude ont été appréciées selon une échelle de mesure adaptée de l'échelle proposée par Varkevisser (Varkevisser et al. 2003), comportant trois niveaux de qualité :

- Bonne : Si le pourcentage obtenu est ≥80%
- Insuffisante : Si le pourcentage obtenu est compris entre 60% et <80%
- Mauvaise : Si le pourcentage obtenu est <60%

Dans cette étude, le terme « mauvaise » désigne un niveau de conformité inférieur au seuil minimal requis selon les critères établis et traduit un écart significatif par rapport aux standards normatifs, sans signifier une absence totale d'initiatives.

- **Justification des seuils d'interprétation**

La classification des niveaux de performance s'est inspirée de l'échelle de Varkevisser utilisée en recherche en santé. Toutefois, compte tenu du caractère sensible et à haut risque de la gestion des déchets biomédicaux, les seuils ont été adaptés afin de renforcer l'exigence de conformité. Ainsi, un niveau « bon » n'a été attribué qu'aux structures atteignant au moins 80 % du score attendu. Cette exigence repose sur le principe que toute insuffisance significative dans la gestion des déchets biomédicaux peut exposer le personnel, les patients et l'environnement à des risques majeurs. Les données collectées ont été traitées à l'aide des logiciels Kobocollect et Excel.

- **Méthode de cotation et d'agrégation des scores**

Les variables évaluées ont été organisées dans une grille structurée selon les trois composantes du modèle de Donabédian : **structure, processus et résultats**. Chaque composante était subdivisée en sous-composantes, elles-mêmes constituées de variables et de sous-variables.

- **Cotation des sous-variables**

Les sous-variables ont été cotées en fonction des réponses observées dans les formations sanitaires enquêtées.
Une sous-variable était considérée comme conforme lorsque **au moins 80 % des structures** répondaient favorablement au critère évalué. Dans ce cas, le score maximal prévu pour cette sous-variable était attribué. Dans le cas contraire, aucun point n'était attribué.

Certaines variables étaient binaires (0 = non conforme ; 1 = conforme), tandis que d'autres comportaient plusieurs modalités, avec une attribution de points proportionnelle au niveau de conformité observé.

- **Calcul des scores**

- Le score d'une variable correspondait à la somme des scores de ses sous-variables.
- Le score d'une sous-composante correspondait à la somme des scores des variables qui la constituaient.
- Le score d'une composante correspondait à la somme des scores des sous-composantes correspondantes.

Pour chaque niveau (variable, sous-composante, composante), un pourcentage de performance a été calculé selon la formule :

$$\text{Pourcentage} = \text{Score obtenu} / \text{Score maximum possible} \times 100$$

- **Classification du niveau de performance des composantes**

L'interprétation des scores des composantes a été réalisée selon les seuils suivants :

- **Bonne** : score ≥ 80 % du score attendu
- **Insuffisante** : score compris entre 60 % et 80 %
- **Mauvaise** : score ≤ 60 %

- **Appréciation globale de la qualité de la gestion des DBM**

Une approche conservatrice a été adoptée dans l'appréciation globale afin d'éviter toute surestimation du niveau réel de qualité. Le niveau global de qualité de la gestion des déchets

biomédicaux a été déterminé à partir des trois composantes (Structure, Processus, Résultats) selon la règle suivante :

- **Bonne** : lorsque les trois composantes étaient classées « bonnes » ;
- **Insuffisante** : lorsqu'au moins une des composantes était classée « insuffisante » et qu'aucune n'était classée « mauvaise » ;
- **Mauvaise** : lorsqu'au moins une des composantes était classée « mauvaise »

Les variables explorées se déclinent en trois sous-composantes principales :

- Structure : Évaluation des ressources humaines (qualification, spécialisation, formation en GDBM, existence de superviseurs internes/externes, responsable de la GDBM), des ressources matérielles (existence et état des poubelles, boîtes de sécurité, Équipements de Protection Individuelle - EPI, moyens de transport, lieux d'entreposage, incinérateurs, systèmes de gestion des DBM liquides), des ressources financières (budget alloué et utilisation), et des ressources informationnelles (disponibilité des textes/lois, plan de gestion, manuel de procédure, rapports de supervision, connaissances du personnel sur les DBM et leur gestion, contrats avec des structures externes, rapports d'activités, affiches de tri).
- Processus : Évaluation des étapes de la gestion des DBM : tri à la source, pré-collecte, pré-entreposage (durée et séparation DASRI-DAOM), transport (moyens externes, pictogrammes), traitement/élimination (lieu, structure, techniques, délai, devenir des résidus), formation du personnel (réalisation, sujets), supervision (réalisation, fréquence, retour d'information), et contrôle (réalisation, fréquence, retour d'information).
- Résultats : Évaluation de la conformité aux normes (tri, pré-collecte, pré-entreposage, transport, traitement/élimination, délai de stockage, formation, supervisions, contrôles), de la quantification des DBM (au niveau des services, formations et structures de traitement), de la sécurité du personnel (existence d'Accidents avec exposition au Sang - AES, cas de piqûres/blessures), et de la sécurité du patient (cas de surinfection de plaies).

Les données issues des entretiens ont été transcrites et regroupées dans Word afin d'effectuer une analyse de contenu. Les données collectées par questionnaires et par observation ont été exportées depuis le logiciel Kobocollect vers Microsoft Excel. À ce stade, une vérification des données fut effectuée, suivie du nettoyage des données inconstantes et aberrantes.

2-4 Considérations Éthiques

L'étude a obtenu l'avis favorable du comité d'éthique, avec l'acceptation du protocole de mémoire et l'autorisation n° 0881-2025/MS/DC/SGM/SA du ministère de la Santé. Pour chaque participant, un consentement éclairé oral a été recueilli, et l'anonymat a été strictement assuré lors des entretiens pour garantir la confidentialité des informations.

3. Résultats

3.1 Caractéristiques de l'échantillon

L'étude a porté sur 62 formations sanitaires privées de la Zone Sanitaire Abomey-Calavi Sô-Ava au Bénin en 2025. La population enquêtée était constituée du personnel de santé impliqué dans la gestion des déchets biomédicaux (DBM), comprenant des cibles primaires et secondaires. Au total, 130 personnes ont participé à l'enquête.

3.2 Description des composantes de la gestion des déchets biomédicaux

Tableau I : Tableau récapitulatif des résultats

Composante	Sous-composante	Indicateur clé	Fréquence / Score	Appréciation
STRUCTURE	Ressources humaines	Personnel formé en GDBM	~65,47%	Insuffisant
		Responsable spécialisé GDBM	13,20%	Mauvais
	Ressources matérielles	Disponibilité EPI	Bon	Acceptable
		Moyens de transport des DBM	0%	Mauvais
		Incinérateur fonctionnel	0%	Mauvais
	Ressources financières	Budget dédié GDBM	0%	Mauvais
	Ressources informationnelles	Existence documents (plans, procédures…)	Très faible (≈0%)	Mauvais
	Score global structure	Conformité	**32,89%**	**Mauvaise**
PROCESSUS	Tri à la source	Tri correctement effectué	51/62 FS	Bon
	Quantification des DBM	Structures pratiquant la quantification	0/62	Mauvais
	Formation du personnel	Pertinence des formations	1,78%	Mauvais
	Supervision	Respect des supervisions	6/53	Mauvais
	Contrôle	Qualité des contrôles	6/53	Mauvais
	Score global processus	Conformité	**39,28%**	**Mauvaise**
RÉSULTATS	Conformité globale	Respect des normes	11,11%	Mauvais
	Quantification	Existence système de quantification	Absente	Mauvaise
	Sécurité du personnel	AES reconnus	53/53	Risque élevé

		Cas réels d'accidents	9 cas	Présents
	Sécurité des patients	Cas de surinfection	4/124	Faible mais existant
	Score global résultats	Conformité	≈20%	**Mauvaise**
GLOBAL	—	Niveau global de qualité	**32,77%**	**Mauvaise**

3.2.1 Composante Structure

La composante structure présente un score global de conformité de 32,89%. La proportion de personnel formé à la gestion des déchets biomédicaux est de 65,47%, tandis que la présence de responsables spécialisés reste faible (13,20%). Les équipements de protection individuelle sont globalement disponibles, contrairement aux moyens de transport des déchets et aux dispositifs de traitement, absents dans toutes les formations sanitaires. Aucun budget dédié ni documents de gestion spécifiques n'ont été identifiés.

3.2.2 Composante Processus

Le score global de la composante processus est de 39,28%. Le tri à la source est réalisé dans 51 des 62 formations sanitaires. En revanche, aucune structure ne pratique la quantification des déchets. La pertinence des formations du personnel est faible (1,78%), tout comme la mise en œuvre des activités de supervision et de contrôle, observées respectivement dans 6 structures sur 53.

3.2.3 Composante Résultats

La composante résultats présente un niveau de conformité faible, estimé à environ 20%. Les accidents d'exposition au sang sont reconnus dans l'ensemble des formations sanitaires, avec 9 cas effectivement signalés. Quatre cas de surinfection ont été recensés chez les patients. Aucun système de quantification des déchets n'a été observé.

3.3 Appréciation globale de la qualité de gestion des DBM

L'appréciation globale de la gestion des déchets biomédicaux reposait sur l'évaluation des trois composantes : structure, processus et résultats.

Tableau II : Appréciation de la GESTION DES DÉCHETS BIOMÉDICAUX dans les formations sanitaires privées de la zone sanitaire Abomey-Calavi Sô-ava au Bénin en 2025

Composante	Score attendu	Score obtenu	Pourcentage	Intervalle	Appréciation
STRUCTURE	76	25	32,89%	≤ 60 %	Mauvaise
PROCESSUS	28	11	39,28%	≤ 60 %	Mauvaise
RESULTATS	15	3	20%	≤ 60 %	Mauvaise

GESTION DES DECHETS BIOMEDICAUX	**119**	**39**	**32,77%**	≤ 60 %	**Mauvaise**

4. Discussion

4.1 Composante Structur

L'évaluation de la composante structurelle de la gestion des déchets biomédicaux (DBM) dans les formations sanitaires privées de la Zone Sanitaire Abomey-Calavi Sô-Ava a montré un niveau global de conformité jugé mauvais. Les insuffisances observées ont concerné les ressources humaines, matérielles, financières et informationnelles. Ces résultats sont cohérents avec ceux de Hossain et al. (2011) et Kumar et al. (2024) qui ont rapporté des insuffisances similaires dans les pays à ressources limitées, notamment en matière de formation spécialisée et de financement.

Toutefois, les résultats diffèrent de ceux rapportés par Ebatetou et al. (2023) au Congo, où certaines formations sanitaires disposaient de ressources financières suffisantes, suggérant un contexte spécifique aux formations sanitaires privées de la zone étudiée.

D'autre part, les résultats suggèrent que malgré l'existence d'un cadre réglementaire national (République du Bénin,2002) encadrant la gestion des déchets biomédicaux au Bénin, un écart persiste entre les dispositions légales et leur application effective sur le terrain, traduisant des insuffisances dans la vulgarisation et la mise en œuvre des politiques publiques. Cet état de chose est mis en évidence par plusieurs auteurs tels que : Davou et al. (2022) ; Toledji et al. (2021).

4.2 Composante Process

La composante processus a également été évaluée comme mauvaise en raison des dysfonctionnements observés aux différentes étapes de gestion des DBM. Ces résultats rejoignent ceux d'Ali et al. (2017) qui ont souligné l'absence d'harmonisation méthodologique pour la quantification des DBM dans les pays en développement. Les insuffisances en matière de transport et de signalisation ont également été rapportées par l'OMS, qui recommande l'utilisation d'équipements sécurisés, ainsi que des systèmes de codification et d'étiquetage clairement identifiés pour assurer un transport sûr des déchets biomédicaux » (WHO, 2014 ; WHO, 2021). Les limites observées dans la formation du personnel ont également été décrites par Kumar et al. (2024), qui ont souligné l'importance d'une formation continue et structurée pour améliorer les pratiques de GDBM.

4.3 Composante Résultats

L'analyse globale de la gestion des DBM a montré une qualité générale jugée mauvaise. En effet, la conformité du tri à la source constituait le principal point fort de l'étude, avec une appréciation positive dans la grande majorité des formations sanitaires. Ce résultat constitue une divergence positive par rapport à la littérature qui rapporte généralement un faible niveau de tri à la source dans les pays en développement (Hossain et al., 2011 ; Ali et al., 2017 ; World Health Organization, 2014). En effet, plusieurs travaux ont montré que le tri à la source reste insuffisant en raison du manque de formation du personnel, de l'insuffisance d'équipements adaptés et de la faible supervision (Chartier et al., 2014 ; Windfeld & Brooks, 2015).

Cependant, la quantification des DBM n'était réalisée dans aucune des formations sanitaires étudiées, ce qui limite la planification et le suivi des politiques de gestion des déchets. Cette insuffisance est également rapportée dans plusieurs contextes africains et constitue un frein majeur à une gestion efficace, la quantification étant essentielle pour dimensionner les ressources, optimiser les coûts et assurer le suivi des performances (WHO, 2014 ; Windfeld & Brooks, 2015).

La sécurité du personnel était relativement faible, bien que les accidents d'exposition au sang aient été reconnus par l'ensemble des responsables interrogés. Peu de cas d'accidents réels avaient été rapportés. Ces résultats sont cohérents avec la littérature qui souligne une exposition fréquente du personnel de santé aux risques biologiques en lien avec une gestion inadéquate des déchets et un défaut d'équipements de protection individuelle (Prüss-Ustün et al., 2013 ; WHO, 2014).

La sécurité des patients était relativement meilleure. Toutefois, le risque de transmission d'infections associées aux soins en lien avec une mauvaise gestion des déchets biomédicaux reste documenté dans la littérature, notamment dans les environnements à ressources limitées (Allegranzi et al., 2011 ; WHO, 2014).

Comparativement à l'étude d'Ebatetou et al. (2023), qui avait rapporté une gestion globale jugée bonne avec un score de 68/100, les résultats de la présente étude pourraient s'expliquer par les différences de taille des structures sanitaires et par les contraintes organisationnelles des formations sanitaires privées. En effet, plusieurs auteurs soulignent que la performance du système de gestion des déchets dépend fortement des ressources disponibles, de l'organisation interne et du niveau de formation du personnel (Windfeld & Brooks, 2015 ; Chartier et al., 2014).

4.4 Limites de l'étude

Cette étude présentait certaines limites. La collecte de données n'a concerné qu'une partie des acteurs impliqués dans la GDBM. Les perceptions des patients n'ont pas été explorées et la durée d'observation sur le terrain était limitée. D'un autre côté, le caractère transversal ne permet pas d'établir des relations causales. Les données déclaratives peuvent comporter un biais de désirabilité sociale, bien que la triangulation observation–entretien ait permis de le limiter. Enfin, les résultats ne sont pas généralisables à l'ensemble du territoire national. Toutefois, ces limites n'affectent pas significativement la validité des résultats obtenus.

5. Conclusion

La gestion des déchets biomédicaux représente un enjeu majeur de santé publique en raison des risques qu'elle pose pour les patients, le personnel de santé et l'environnement. La présente étude a révélé un niveau de qualité globalement mauvais dans les formations sanitaires privées de la zone sanitaire Abomey-Calavi–Sô-Ava en 2025, avec des insuffisances au niveau des structures, des processus et des résultats. En l'absence de mesures correctives, cette situation pourrait favoriser la survenue d'infections, d'accidents d'exposition et de contaminations environnementales. Il est donc indispensable d'engager une approche systémique intégrant le renforcement des capacités, la supervision, un financement adapté et des mécanismes de suivi afin d'améliorer durablement la gestion des déchets biomédicaux.

Conflit d'intérêt

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

Références bibliographiques

Allegranzi, B., Nejad, S. B., Combescure, C., Graafmans, W., Attar, H., Donaldson, L., & Pittet, D. (2011). Burden of endemic health-care-associated infection in developing countries:

Systematic review and meta-analysis. The Lancet, 377(9761), 228–241. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61458-4

Ali, M., Wang, W., Chaudhry, N., & Geng, Y. (2017). Hospital waste management in developing countries: A mini review. *Waste Management & Research, 35*(6), 581-592. https://doi.org/10.1177/0734242X17691344

Bansod, H. S., & Deshmukh, P. (2023). Biomedical waste management and its importance: A systematic review. *Cureus, 15*(2), e34589. https://doi.org/10.7759/cureus.34589

Berihun, G., Walle, Z., Desye, B., Daba, C., Geto, A. K., Kumlachew, L., et al. (2025). Healthcare waste management practices and associated factors among healthcare workers in Sub-Saharan Africa: A systematic review and meta-analysis. PLOS ONE, 20(10): e0334290. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0334290

Chartier, Y., Emmanuel, J., Pieper, U., Prüss, A., Rushbrook, P., Stringer, R., Townend, W., Wilburn, S., & Zghondi, R. (2014). Safe management of wastes from health-care activities (2nd ed.). World Health Organization.

Datta, P., Mohi, G. K., & Chander, J. (2018). Biomedical waste management in India: Critical appraisal. *Journal of Laboratory Physicians, 10*(1), 6-14. https://doi.org/10.4103/JLP.JLP_89_17

Davou, D. A., Gbegnidé, H. A., Aïna, M. P., & Ouendo, E.-M. (2022). Evaluation of solid biomedical waste management practices in six health facilities in southern Benin. GSC Advanced Research and Reviews, 12(2), 144–163. https://doi.org/10.30574/gscarr.2022.12.2.0223

Degbey, Y., et al. (2025). Évaluation de la qualité de la gestion des déchets issus des activités de soins à l'hôpital de zone sanitaire de Djidja-Abomey-Agbangnizoun au Bénin. Hygiènes, XXXIII(3)

Dehal, A., Vaidya, A. N., & Kumar, A. R. (2022). Biomedical waste generation and management during COVID-19 pandemic in India: Challenges and possible management strategies. *Environmental Science and Pollution Research, 29*(10), 14830-14845. https://doi.org/10.1007/s11356-021-16555-9

Donabedian, A. (1988). The quality of care: How can it be assessed? JAMA, 260(12), 1743–1748. https://doi.org/10.1001/jama.1988.03410120089033

Doumtsop, J. G., et al. (2014). Health care waste management: A multi-speed development in the sub-Sahara African region. Pan African Medical Journal, 17, 305. https://www.panafrican-med-journal.com/content/article/17/305/full

Ebatetou Ataboho Ebenguela, & Kokolo Jysses Geoffroy. (2023). Évaluation qualitative de la gestion des déchets biomédicaux dans une clinique d'entreprise de Pointe-Noire (Congo-Brazzaville). Health Research in Africa, 1(3). https://doi.org/10.5281/hra.v1i3-Jul-Aug-Sep.4815

Hamed, A. E. M., Sefouhi, L., Ibrahim, M. I. T., Attia, A. S., Barakat, A. M., & Elsayed, E. E. (2025). From knowledge to impact: Revolutionizing nursing practices in biomedical waste management. *BMC Nursing, 24*, 469.

Hossain, M. S., Santhanam, A., Nik Norulaini, N. A., & Omar, A. K. M. (2011). Clinical solid waste management practices and its impact on human health and environment: A review. *Waste Management, 31*(4), 754–766. https://doi.org/10.1016/j.wasman.2010.11.008

Kumar, A. R., Singh, A., & Singh, S. (2024). Training of healthcare workers for biomedical waste disposal in India: Issues and challenges. *International Journal of Research and Innovation in Social Science, 8*(3), 4757-4778.

Ministère de la Santé du Bénin. (2022). Annuaire des statistiques sanitaires 2022. Institut Nationale de la Statistique et de la Démographie (INStaD), Cotonou, Bénin.

Nangbe, F. (2018). A sociological appraisal of biomedical waste management and its sanitation implications for private clinics in Cotonou town. International Research Journal of Management, IT and Social Sciences, 5(5), 42–53. https://doi.org/10.21744/irjmis.v5n5.284

Prüss-Ustün, A., Rapiti, E., & Hutin, Y. (2013). Sharps injuries: Global burden of disease from sharps injuries to health-care workers. Environmental Burden of Disease Series, No. 3. World Health Organization.

République du Bénin. (2002). Décret n°2002-484 du 15 novembre 2002 portant gestion rationnelle des déchets biomédicaux en République du Bénin.

Todedji, J. N., et al. (2021). Assessment of the quality of effluent management from university hospitals in the Littoral department in Benin. BMC Public Health, 21, 11478. https://doi.org/10.1186/s12889-021-11478-1

Varkevisser, C. M., Pathmanathan, I., & Brownlee, A. (2011). Designing and conducting health systems research projects. WHO / IDRC.

Windfeld, E. S., & Brooks, M. S.-L. (2015). Medical waste management – A review. Journal of Environmental Management, 163, 98–108. https://doi.org/10.1016/j.jenvman.2015.08.013

World Health Organization (WHO). (2024). Health-care waste. WHO. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/health-care-waste

World Health Organization (WHO). (2021). Guidance on regulations for the transport of infectious substances 2021–2022. WHO. https://www.who.int/publications/i/item/9789240019720

World Health Organization. (2014). *Safe management of wastes from health-care activities* (2nd ed.). Geneva : WHO Press.

© 2026 ALLABI, 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 8 (2)
ISSN: 1987-071X e-ISSN 1987-1023
Received, 18 January 2026
Accepted, 11 May 2026
Published, 19 May 2026
https://www.revue-rasp.org
To cite: Oberth, G. et al. (2026). Renforcer la résilience des systèmes de santé dans les situations d'urgence : le rôle du suivi dirigé par les communautés. *Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, 8(2), pp.14-33.* https://doi.org/10.4314/rasp.v8i2.2

Research

Renforcer la résilience des systèmes de santé dans les situations d'urgence : le rôle du suivi dirigé par les communautés

Strengthening the Resilience of Health Systems in Emergencies: The Role of Community-Led Monitoring

Gemma Oberth*[1], Jelena Bozinovski[2], Krista Lauer[2], Nadia Rafif[2], Solange Baptiste[2]

[1] Centre de recherche en sciences sociales (CSSR), Université du Cap (UCT), Afrique du Sud
[2] Coalition internationale pour la préparation aux traitements (ITPC), Afrique du Sud

*** Correspondance : Email**: gemma.oberth@uct.ac.za ; Tel : +27 64 042 8010

Résumé

Les États fragiles, les contextes humanitaires et autres environnements opérationnels difficiles abritent 14 % de la population mondiale, mais concentrent environ un tiers de la charge mondiale de morbidité liée au VIH, à la tuberculose et au paludisme. Leurs systèmes de santé sont confrontés à des obstacles complexes liés à des crises d'origine humaine ou naturelle, telles que les conflits, les épidémies ou les événements climatiques. L'implication des communautés, notamment par le biais du suivi dirigé par les communautés (CLM – Community-led Monitoring), permet de maintenir les services et facilite le renforcement des systèmes de santé dans de tels contextes. Cet article a pour objectif d'explorer et d'illustrer le rôle potentiel de la participation communautaire dans le renforcement des systèmes de santé dans les situations de crise humanitaire. Des exemples tirés de programmes menés au Burkina Faso, en République démocratique du Congo, en Guinée, au Mali et au Nigeria illustrent la manière dont le CLM peut contribuer au renforcement des systèmes de santé fragiles dans certains contextes. Dans ces cinq pays, le CLM couvre 2 404 établissements de santé dans 146 directions sanitaires. Ces initiatives ont été associées à des améliorations signalées concernant les ruptures de stock, les frais à la charge des usagers, les violations des droits et d'autres obstacles à l'accès aux soins. Dans plusieurs contextes, ces initiatives ont coïncidé avec une amélioration rapportée du recours aux services de santé et de certains aspects de la préparation aux urgences sanitaires.

Mots clés : suivi communautaire, contextes humanitaires, urgence, systèmes de santé, VIH, tuberculose, paludisme, Afrique

Abstract

Fragile states, humanitarian settings, and other challenging operating environments are home to 14% of the world's population but account for approximately one-third of the global burden of HIV, tuberculosis, and malaria. Their health systems face complex challenges arising from man-made and natural crises such as conflicts, disease outbreaks, and climate events. Community involvement, including through community-led monitoring (CLM), helps maintain services and strengthen health systems in such contexts. This article aims to explore the potential role of CLM during humanitarian crises. Examples from programs implemented in Burkina Faso, the Democratic Republic of Congo, Guinea, Mali, and Nigeria illustrate how CLM can strengthen fragile health systems in specific contexts. In these five countries, CLM covers 2,404 health facilities across 146 health districts. These initiatives have been associated with reported improvements in stockouts, user fees, rights violations, and other barriers to accessing care. In several contexts, these initiatives coincided with reported improvements in health service utilization and certain aspects of health emergency preparedness.

Keywords: community-led monitoring, humanitarian contexts, emergency, health systems, HIV, tuberculosis, malaria, Africa

1. Introduction

Les États fragiles, les contextes humanitaires et d'autres contextes d'intervention difficiles (COEs) constituent des lieux prioritaires pour la sécurité sanitaire mondiale (Bogale et al., 2024 ; Truppa et al., 2024). En 2023, au moins 19 des 36 pays bénéficiant d'une aide humanitaire active ont connu une épidémie (UNOCHA, 2023). Ces épidémies ont un impact particulièrement important sur les personnes vivant dans des situations d'urgence humanitaire (UNOCHA, 2024).

Le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (ci-après dénommé le Fonds mondial) classe 32 pays comme présentant des contextes d'interventions difficiles, dont 17 en Afrique (figure 1) (Fonds mondial, 2025d). Ces régions abritent 14 % de la population mondiale, mais représentent environ un tiers de la charge mondiale de morbidité pour ces trois maladies (Fonds mondial, 2022).

Les pays peuvent être considérés comme des contextes difficiles pour la santé en raison de situations d'urgence aiguës (c'est-à-dire des conflits armés, des menaces de maladies émergentes, des catastrophes naturelles) ou d'une instabilité chronique (telle que des troubles politiques récurrents, une crise économique prolongée ou des niveaux élevés de corruption) (Fonds mondial, 2025d).

Les urgences humanitaires perturbent profondément les systèmes de santé en endommageant les infrastructures, en fragilisant le personnel et en perturbant les chaînes d'approvisionnement, entraînant des pénuries essentielles (Seyedin et al., 2023 ; Kruk et al., 2018 ; OMS, 2022). La prestation de services et les systèmes d'information s'en trouvent compromis, limitant la qualité des soins, la surveillance et la prise de décision (Jordan et al., 2021 ; Camacho et al., 2022). Ces

perturbations aggravent la morbidité et la mortalité, entravent la réponse aux épidémies et érodent la confiance des communautés (Blanchet et al., 2017 ; Mercogliano et al., 2025).



Figure 1. Liste des contextes d'interventions difficiles établie par le Fonds mondial (Fonds mondial, 2025d)

Plusieurs études ont démontré l'importance de l'engagement Communautaire pour soutenir le fonctionnement des systèmes de santé en temps de crise et améliorer la confiance des communautés envers ces systèmes en vue de chocs futurs (Siekmans et al., 2017 ; Saulnier, Hom, & Thol, 2020 ; Rameshshanker, Wyngaarden, & Dodd, 2021 ; Forsgren et al., 2022). Il existe un fort consensus sur le fait que la participation communautaire est essentielle au renforcement des systèmes de santé dans les États fragiles et touchés par des conflits (Bogale et al., 2024).

Le suivi communautaire (CLM) constitue un mécanisme participatif permettant aux communautés de contribuer au suivi et à l'amélioration des systèmes de santé. Le CLM est une approche participative où les personnes directement concernées collectent, analysent et utilisent des données sur la prestation des services afin de promouvoir des améliorations en matière de qualité, de redevabilité et de réactivité (Lauer et al., 2024 ; Rambau et al., 2024 ; Sharp et al., 2024 ; ONUSIDA, 2022).

Le CLM peut contribuer au renforcement des systèmes de santé en identifiant les causes des ruptures de stock, en mettant en évidence les lacunes du suivi, en évaluant certains aspects de la performance des laboratoires et en documentant les besoins de formation (Policar et al., 2023; Baptiste et al., 2020 ; ONUSIDA, 2023 ; Makoni et al., 2024). Son importance est particulièrement reconnue dans les contextes difficiles pour assurer une réponse rapide aux urgences (RAME, 2023).

2. Contexte

Cet article s'intéresse au rôle du CLM dans le renforcement de la résilience des systèmes de santé dans cinq contextes difficiles : le Burkina Faso, la République démocratique du Congo (RDC), la Guinée, le Mali et le Nigéria.

Tableau 1. Caractéristiques liées à la sécurité sanitaire dans les cinq pays ciblés

Pays	D'indicateurs sanitaires pour les contextes difficiles			
	Voix et redevabilité[1] (Banque mondiale, 2023b)	**Personnes déplacées internes**[2] (IDMC, 2024)	**Classement mondial en matière de sécurité sanitaire**[3] (Bell & Nuzzo, 2021)	**Dépenses de santé par habitant**[4] (OMS, 2022)
Burkina Faso	25,49 %	2 062 534	138/195	57 $ US
RDC	15,69 %	6 896 648	167/195	24 $ US
Guinée	17,65 %	5 160	156/195	55 $ US
Mali	20,59 %	378 363	144/195	30 $ US
Niger	32,35 %	3 709 022	86/195	91 $ US

Les cinq pays ciblés sont confrontés à des défis humanitaires et sanitaires complexes et interdépendants. Le Burkina Faso est confronté à une escalade du conflit armé et à l'insécurité liée aux insurrections djihadistes (ICG, 2023 ; ACLED, 2024), ainsi qu'à des sécheresses fréquentes et des crues soudaines qui exacerbent l'insécurité alimentaire et perturbent les services de santé (Banque mondiale, 2023a). La RDC est aux prises avec la résurgence des forces rebelles du M23 (ACLED, 2023 ; CFR, 2024), de graves épidémies de Mpox et d'Ebola (Kraemer et al., 2020 ; Salomon et al., 2024 ; OMS, 2025a) et des éruptions volcaniques récurrentes (Baluku et al., 2022). La Guinée reste en transition militaire après le coup d'État de 2021 (Odubajo, 2024) et connaît des inondations soudaines extrêmes (FMI, 2024). Le Mali est confronté à des grèves, des coups d'État, et des conflits régionaux depuis 2012 (Fonds mondial, 2022). Le Nigeria est confronté à une insécurité persistante, en particulier due au djihadisme (notamment Boko Haram), aux affrontements entre éleveurs et agriculteurs, au banditisme et aux enlèvements, à un groupe séparatiste appelé les Peuples indigènes du Biafra et aux militants pétroliers (BBC, 2021 ; ACLED, 2024 ; ICG, 2024). Le pays est également touché par des épidémies récurrentes de choléra, de fièvre de Lassa et de diphtérie (Adagbada et al., 2023 ; NCDC, 2024 ; OMS, 2024).

[1] **La voix et la responsabilité** sont un indicateur de gouvernance de la Banque mondiale qui mesure dans quelle mesure les citoyens d'un pays jouissent de la liberté d'expression, de la liberté d'association et de la liberté des médias. Il mesure également leur capacité à participer à la sélection de leur gouvernement.
[2] **Les personnes déplacées à l'intérieur** de leur propre pays ont été contraintes de fuir leur foyer en raison d'un conflit, de violences, de persécutions ou de catastrophes naturelles. Contrairement aux réfugiés, elles restent à l'intérieur des frontières de leur propre pays.
[3] **L'indice mondial de sécurité sanitaire** mesure la capacité des pays à se préparer aux épidémies et aux pandémies, y compris aux flambées de maladies infectieuses. Il évalue la sécurité sanitaire en tenant compte d'autres facteurs essentiels à la lutte contre les épidémies, tels que les risques politiques et sécuritaires, la solidité globale du système de santé et le respect des normes internationales par les pays.
[4] **Les dépenses de santé par habitant** correspondent au montant moyen dépensé par un pays pour les services de santé pour chaque personne de sa population, calculé en divisant le total des dépenses de santé par la population totale.

Ces situations d'urgence affaiblissent des systèmes de santé déjà fragiles (tableau 1). Plus de 13 millions de personnes ont été déplacées en 2024, ce qui a limité leur accès aux services de santé (IDMC, 2024). Quatre des cinq pays dépensent moins que le minimum recommandé de 86 dollars américains par habitant en santé (OMS, 2022). Ils se classent parmi les plus bas au monde selon l'indice mondial de sécurité sanitaire (Bell & Nuzzo, 2021). Le manque d'espace pour l'expression citoyenne et la faiblesse des mécanismes de redevabilité limitent la capacité des communautés à contester le statu quo et à défendre des réformes (Banque mondiale, 2023b).

Afin de contribuer au renforcement des systèmes de santé dans ces cinq pays, le Fonds mondial investit plus de 26 millions de dollars dans le CLM pour la période d'allocation 2024-2026 (Fonds mondial, 2025c). Grâce à ce soutien, les communautés assurent le suivi de la prestation de services de santé dans plus de 1 500 établissements de santé répartis dans 121 directions sanitaires (tableau 2).

Tableau 2. Caractéristiques des programmes de surveillance menés par les communautés dans les pays ciblés

Pays	**Investissement du Fonds mondial dans le CLM (2024-2026) (y compris le financement du mécanisme de réponse au COVID-19)**	**Couverture du CLM**	
		Nombre d'établissements de santé	**Nombre de directions sanitaires**
Burkina Faso	665 762,02 $ US	1175	60 districts
RDC	14 976 394,00 $ US	733	5 provinces
Guinée	818 839,12 $ US	75	38 districts
Mali	837 822,24 $ US	65	2 regions
Nigeria	9 344 062,93 $ US	382	36+1 États
TOTAL	**26 642 880,30 $ US**	**2404**	**146**

3. Matériels et Méthodes

Cet article vise à analyser, de manière descriptive, des exemples issus de programmes de CLM dans des contextes de crise humanitaire, afin d'examiner comment ces initiatives peuvent contribuer à la résilience des systèmes de santé. Les rapports de données CLM ont été analysés systématiquement dans les cinq pays cibles : le Burkina Faso, la République démocratique du Congo, la Guinée, le Mali et le Nigeria. Cette étude repose uniquement sur des données secondaires déjà publiées dans les rapports de données CLM ; aucune donnée primaire n'a été collectée et aucun sujet humain n'a été nécessaire. Les données ont été organisées et interprétées selon le cadre AAAQ, utilisé ici comme grille d'analyse descriptive. Cet article explore les dimensions de disponibilité, d'accessibilité, d'acceptabilité et de qualité (AAAQ) en tant qu'indicateurs de la résilience des systèmes de santé en période de crise. Le cadre AAAQ a été identifié comme un outil pertinent dans le contexte humanitaire (UNICEF, 2019). Des exemples

tirés de programmes soutenus par le Fonds mondial au Burkina Faso, en République démocratique du Congo, en Guinée, au Mali et au Nigeria illustrent différentes contributions potentielles du CLM au fonctionnement des systèmes de santé fragiles, notamment dans les contextes d'urgence.

4. **Résultats**

4.1. Renforcer la disponibilité des services

4.1.1. Comment le CLM réduit les ruptures de stock

Dans les contextes humanitaires, les ruptures de stock de médicaments sont fréquentes et les conditions de stockage sont souvent précaires (Alemayehu et al, 2025). Le Fonds mondial fait état d'une amélioration de l'approvisionnement en produits de base en RDC et au Nigéria grâce au CLM. En RDC, entre juillet 2023 et mars 2024, les pénuries de produits de lutte contre la tuberculose ont diminué de 23 % dans le Kongo Central et de 24 % à Kinshasa, dans un contexte d'investissements du Fonds mondial dans des mécanismes intégrés de CLM. L'extension de ces programmes intégrés a également été associée à des améliorations du niveau d'approvisionnement en produits de lutte contre le paludisme et à une réduction des ruptures de stock au Nigeria (Fonds mondial, 2025f).

Au Burkina Faso, au premier trimestre 2025, la CLM a détecté des ruptures de stock de moustiquaires imprégnées d'insecticide de longue durée (MILD) et de traitements contre le paludisme (artésunate injectable / quinine injectable et sulfadoxine-pyriméthamine) dans 18 établissements de santé de 8 districts : Koupéla, Pouytenga, Manga, Boulmiougou, Léo, Sabou, Gaoua et Séguénéga. Dans 12 de ces établissements, les ruptures de stock ont duré un mois ou plus (RAME, 2025a). Ces ruptures de stock ont eu lieu principalement dans des régions touchées par des conflits, où 378 incidents et 1 317 décès ont été recensés l'année précédente (ACLED, 2025). Les équipes de mise en œuvre du CLM ont présenté ces données aux autorités de la Commission des intrants et du Comité national de lutte contre le paludisme. En juillet 2025, le ministère de la Santé a sollicité une collaboration avec les acteurs du CLM dans le cadre d'un projet de livraison par drones, destiné à améliorer l'approvisionnement en médicaments et en intrants dans les zones à accès limité pour raisons sécuritaires. De plus, le CLM a permis de réduire les ruptures de stock de médicaments essentiels de 65 % à 31 % dans les établissements de santé entre 2023 et 2024 (RAME, 2024).

4.1.2. Comment le CLM renforce les infrastructures sanitaires

Une combinaison de défaillances financières, logistiques et systémiques peut expliquer le manque d'équipements de santé essentiels dans des contextes difficiles (Yihunie et al., 2025). Au centre de soins de santé primaires Maraban Rido, dans l'État de Kaduna, au Nigeria, le CLM a constaté que l'établissement ne disposait pas d'un nombre suffisant de lits pour les patients hospitalisés ni de fauteuils roulants pour les personnes en situation de handicap. En réponse au plaidoyer de l'équipe CLM de l'État, en mars 2023, le ministère de la Santé de l'État a livré un

nouveau fauteuil roulant, cinq lits d'hospitalisation et un lit d'accouchement pour la salle d'accouchement (NACA, 2024). Après installation de ces nouveaux équipements, la fréquentation hebdomadaire rapportée est passée de 4 à 7 patients. De même, en Guinée, les responsables de la mise en œuvre du CLM ont signalé en 2019 que certains hôpitaux provinciaux n'avaient pas disposé d'équipements d'imagerie fonctionnels, tels que des appareils de radiographie et d'échographie, depuis plus de 60 ans. Les patients devaient parcourir des centaines de kilomètres pour accéder à ces services. Une fois ces informations confirmées par le ministère, chaque hôpital a reçu en 2020 un appareil d'imagerie fixe et un appareil mobile (un de chaque par hôpital).

4.1.3. Comment le CLM élargit l'offre de services

Les situations d'urgence aggravent les troubles de santé mentale (OMS, 2025b). La santé mentale est étroitement liée aux facteurs de risque du VIH et à l'état de santé des personnes vivant avec le VIH dans les zones touchées par les conflits (Koegler & Kennedy, 2018). Au Nigéria, le CLM a identifié, au premier semestre 2024, 8 459 personnes ayant besoin de services de santé mentale sans pouvoir y accéder. Parmi elles, près de la moitié étaient des personnes vivant avec le VIH (48 %), des jeunes (47 %) et des populations clés (notamment les travailleurs du sexe, les consommateurs de drogues et d'autres personnes) (44 %) (NEPHWAN, 2024). Les efforts menés par les communautés ont mis en évidence des lacunes critiques, notamment la nécessité d'augmenter le nombre de professionnels de la santé mentale, de fournir un soutien juridique pour la défense de la santé mentale et d'améliorer l'accès aux services de soutien psychosocial (Obeten et al., 2025). Les acteurs du CLM ont porté ce sujet devant le Groupe de travail technique national élargi sur le VIH pour la sensibilisation. Avec le soutien du Fonds mondial, des conseillers sont désormais actifs dans quatre États depuis 2025.

4.2. Améliorer l'accessibilité des services

4.2.1. Comment le CLM réduit les distances à parcourir pour se rendre dans les établissements de santé

L'accès aux services de soins de santé primaires peut être limité par la proximité géographique de zones touchées par la violence (Ramadan et al., 2021). Dans l'État de Kwara (Nigéria), le CLM a mis en évidence la situation de deux communautés en conflit depuis plusieurs décennies, qui partageaient un même centre de soins primaires, situé d'un seul côté de la zone de conflit. Les habitants de l'autre communauté devaient parcourir jusqu'à 25 kilomètres pour accéder à des soins ailleurs, ou renoncer totalement à se faire soigner. Les acteurs du CLM, qui entretenaient des relations de confiance avec les communautés locales, ont été sollicités pour jouer un rôle de médiation entre les deux groupes. Après plus de 50 ans de conflit, les deux communautés collaborent désormais et ont accès aux soins dans un environnement sécurisé.

4.2.2. Comment le CLM rend les soins plus abordables

Un consensus s'est établi en faveur de la suppression des frais à la charge des usagers pour les services de santé essentiels en situation de crise humanitaire (Witter et al., 2020). En 2020, le CLM a révélé que les bénéficiaires de soins dans le Nord-Kivu, en RDC, devaient payer 4 000

francs congolais (CDF) (soit environ 2 $US) pour un test de dépistage du VIH, 4 200 CDF pour la récupération des ARV, 1 000 CDF pour la récupération du cotrimoxazole et jusqu'à 20 000 CDF pour d'autres consultations médicales (tableau 3) (UCOP+, 2020).

Tableau 3. Montants les plus élevés des frais à la charge des usagers enregistrés dans la province du Nord-Kivu, RDC (monnaie : CDF) (UCOP+, 2020)

Zone	Établissement	Test de dépistage du VIH	Récupération des ARV	Récupération de cotrimoxazole	Autres consultations
Biena	HGR Mambowa				
Butembo	CH Fepsi			1000 (~0,50 $)	8000 (~4 $)
Goma	SVIH/Hôpital provincial		4200 (~2 $)		
Karisimbi	CS Murara	4000 (~2 $)			
Kamango	HGR Kamango				10 000 (~5 $)
Kirotshe	CSR Rubaya				2000 (~1 $)
Kyond	HGR Kyondo				8800 (~4 $)
Lubero	CSR Kipese				4000 (~2 $)
Mabalak	HGR Mabalako				10 000 (~5 $)
Mweso	CS Burungu				2000 (~1 $)
Rwanguba	CS Bugusa				20000 (~10 $)
	CSR Bunagana				10 000 (~5 $)
	HGR Rwanguba				10 000 (~5 $)
Vuhovi	CS Bulambo				4600 (~2 $)
	CS Vuhimba				4000 (~2 $)

Cette situation a été observée dans 14 structures sanitaires réparties dans 11 zones de santé du Nord-Kivu. Les acteurs du CLM ont mené un plaidoyer auprès des districts sanitaires, entraînant la convocation d'une réunion avec les responsables d'établissements sur la base des données recueillies par le CLM. À la suite de ce plaidoyer, et dans un contexte plus large de mobilisation des autorités sanitaires, la Direction provinciale de la Santé du Nord-Kivu a émis, le 11 juin 2022, une circulaire interdisant les frais à la charge des usagers pour ces services (DPS Nord-Kivu, 2022). Les signalements de paiements illégaux sont ainsi passés de 4 % des bénéficiaires au premier trimestre 2022 à 1 % au troisième trimestre, après la mise en œuvre de la circulaire. L'accès au suivi de la charge virale s'est considérablement amélioré : au T1 2022, seuls 32 % des personnes éligibles avaient bénéficié d'un test, contre 83 % au T4 2022 (UCOP+, 2022).

Au Burkina Faso, le Comité national de suivi de la charge virale a sollicité les acteurs du CLM pour contribuer à l'identification et à la résolution des défis opérationnels. Le CLM a révélé qu'en 2021, 9 % des 10 285 personnes interrogées n'avaient pas effectué de test de charge virale au

cours de l'année écoulée, et 28 % n'avaient pas renouvelé leur suivi immunologique (compte de CD4) (RAME, 2021). Le CLM a également constaté que 21 % des personnes interrogées avaient dû payer entre 3 000 et 8 000 francs CFA (environ 5 à 15 $ US) pour un test de charge virale, alors que ce service est financé par le Fonds mondial. De même, 28 % des personnes interrogées avaient dû payer entre 2 000 et 30 000 francs CFA (environ 4 à 54 $ US) pour un test CD4.

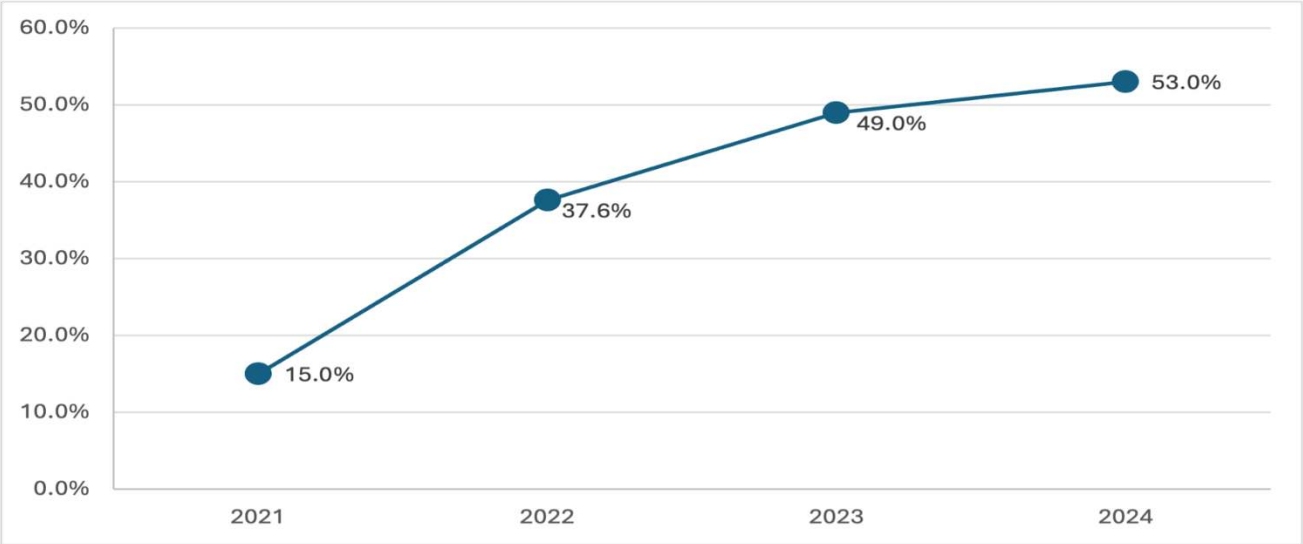


Figure 2. Suppression de la charge virale chez les personnes vivant avec le VIH au Burkina Faso, données du CNLS (RAME, 2025b)

Les communautés ont mené un plaidoyer auprès du Programme sectoriel de lutte contre le sida (PSSLS-IST) et du Conseil national de lutte contre le sida (SP/CNLS-IST) pour que le test de charge virale soit gratuit dans tous les établissements publics. Le 19 mars 2021, un décret présidentiel a été adopté instituant la gratuité des examens de suivi biologique pour les personnes vivant avec le VIH (Présidence du Faso, 2021). Les données du CLM suggèrent une amélioration rapide : en 2022, seulement 3 % des usagers ont encore été facturés pour un test de charge virale (RAME, 2025b). Parallèlement, 80 % des personnes interrogées avaient réalisé un test de charge virale au cours des six derniers mois, contre 72 % en 2021. Une meilleure surveillance du traitement peut contribuer à optimiser celui-ci et à faciliter des modifications opportunes du schéma thérapeutique, ce qui est généralement associé à une meilleure suppression virale (voir Figure 2).

4.2.3. Comment le CLM ramène les personnes dans le parcours de soins

Les déplacements forcés ont un impact négatif sur les résultats en matière de VIH et de santé sexuelle et reproductive (Logie et al., 2024 ; Kebede et al., 2024). En Guinée, les inondations exceptionnelles survenues en 2024 ont déplacé de nombreuses communautés et perturbé les services de santé essentiels (UNFPA, 2024). En octobre 2024, 175 797 personnes, dont 7 949 femmes enceintes ou allaitantes, étaient affectées (PAM, 2024). Au premier trimestre 2025, le CLM a révélé 52 cas de perdus de vue, dont 30 femmes vivant avec le VIH, contre 22 cas au trimestre précédent. Tous ces cas ont été signalés dans un seul endroit, à l'hôpital universitaire

de Donka à Conakry, où les dégâts liés aux inondations avaient été particulièrement graves (COFEL, 2025a). Au deuxième trimestre 2025, le nombre de perdus de vue est monté à 95, dont 56 femmes vivant avec le VIH, avec des cas recensés dans plusieurs structures : CMC Matam, CS Madina, CHU Ignace Deen, CS Kassapo (Boké) et CS Poudrière (Mamou) (COFEL, 2025b). En réponse, la COFEL a mobilisé certains de ses 75 collecteurs de données afin d'appuyer les efforts gouvernementaux de suivi et de recherche des patients séropositifs perdus de vue.

4.3. Améliorer l'acceptabilité des services

4.3.1. Comment le CLM permet de lutter contre les violations des droits humains

Les violations des droits humains sont étroitement liées aux conflits et à la fragilité des États (Banque mondiale, 2012). Les systèmes de surveillance des violations des droits humains sont particulièrement pertinents dans les contextes fragiles, car ils ont pour objectif plus large de fournir une alerte précoce sur les risques généraux de conflit ou de crise (HCDH, 2020). Au Mali, les responsables de la mise en œuvre du CLM ont détecté 732 violations des droits humains sur les sites qu'ils ont surveillés entre juin 2023 et décembre 2024, impliquant 187 travailleurs du sexe, 55 adolescentes et jeunes femmes, et 151 personnes vivant avec le VIH. Le programme a soutenu la réparation de ces problèmes identifiés. Les responsables de la mise en œuvre du CLM ont fourni une aide médicale et juridique pour les cas signalés. Ils ont également facilité la médiation par l'intermédiaire du Haut Conseil National de Lutte contre le Sida (HCNLS) pour certaines violations impliquant l'État.

4.3.2. Comment le CLM lutte contre les violences basées sur le genre

Les violences basées sur le genre (VBG) sont largement reconnues comme à la fois une cause et une conséquence des crises humanitaires. Les données montrent que le déplacement, les conflits et l'effondrement des systèmes de protection accentuent fortement la vulnérabilité des femmes et des filles face aux violences sexuelles et conjugales (HCR, 2022 ; IASC, 2015 ; OMS, 2021). En Guinée, les rapports du CLM de 2024 et 2025 identifient systématiquement les VBG comme une préoccupation majeure (COFEL, 2024a ; COFEL, 2024b ; COFEL, 2025a ; COFEL, 2025a). Ces rapports mettent en évidence des taux élevés de violences en Moyenne Guinée, en Basse Guinée et en Guinée Forestière, ce qui a conduit à une mobilisation coordonnée entre le ministère de la Santé, le ministère de l'Action sociale, l'Office de protection du genre, de l'enfance et des mœurs (OPPROGEM) et plusieurs organisations de la société civile. À la suite de cette collaboration, des sessions d'éducation communautaire ont été organisées, touchant 1 917 personnes, dont 1 285 femmes, autour de discussions sur la prévention des violences basées sur le genre et la promotion des droits en santé. Les acteurs du CLM ont également plaidé pour l'inclusion d'un paquet minimal de services de santé dédiés à la prise en charge des VBG dans les documents de politique nationale. Le pays travaille à l'intégration d'un ensemble minimal de services de santé pour la prise en charge de la violence sexiste dans les documents de politique nationale. Les responsables de la mise en œuvre du CLM intègrent également des indicateurs supplémentaires spécifiques à la violence sexiste dans leurs outils de collecte de données.

4.4. Améliorer la qualité des services

4.4.1. Comment le CLM renforce la préparation aux pandémies

Les États fragiles manquent souvent des infrastructures et des capacités nécessaires pour détecter, prévenir et répondre efficacement aux flambées épidémiques (Katz, Phelan et Shahpar, 2024). En RDC, le CLM assure un suivi du Mpox et du choléra, en parallèle du VIH, de la tuberculose et du paludisme, contribuant ainsi à améliorer la qualité de la surveillance épidémiologique. En juin 2025, les acteurs du CLM ont détecté trois cas confirmés et deux cas suspects de Mpox (dans les sites de Bosembo, Lobiko, Lukunga, Manionzi et Musey), ainsi que deux cas de choléra (à Kinsuka Pêcheur 1 et 2) (CNRSC, 2025). Les données issues du CLM font l'objet de bulletins hebdomadaires d'alerte, transmis aux autorités sanitaires afin de permettre une réponse rapide et coordonnée. Ces données communautaires complètent de manière essentielle la surveillance nationale du Mpox, dont la complétude n'atteint que 73 %, en raison du faible taux de notification dans certaines provinces, particulièrement celles touchées par les conflits (Imani-Musimwa et al., 2025).

Au Burkina Faso, le CLM collecte déjà des indicateurs sur la complétude de la vaccination des enfants et des mères d'enfants ainsi que la disponibilité des équipements nécessaires à la continuité des services de vaccination. Ces collectes sont partagées avec la Direction du programme élargi de vaccination et ont permis d'acquérir des équipements de froids pour des CSPS dans les zones d'insécurité dans le district de Gourcy en 2023 et 2024.

4.4.2. Comment le CLM améliore la qualité des données

Au Mali, les acteurs du CLM ont contribué à améliorer la qualité des soins dans les structures de santé en renforçant la qualité des données et le suivi individuel des patients. Lors d'une visite de suivi à l'Hôpital universitaire Gabriel Touré de Bamako, les équipes du CLM ont attiré l'attention des responsables de l'établissement sur des problèmes de saisie des données. Les résultats des tests de charge virale étaient transférés depuis les registres des patients vers la base de données centrale par groupes, classés par date. En s'appuyant sur leurs propres analyses, les acteurs du CLM ont démontré qu'il était préférable de renseigner les données individuellement, par patient, afin d'assurer un suivi plus précis et fiable (ITPC, 2019). Les données au niveau du patient sont préférables, car elles fournissent des informations détaillées et individualisées qui permettent d'offrir des soins plus précis, plus rapides et plus personnalisés. L'hôpital a depuis amélioré ses pratiques de saisie des données afin de suivre cette recommandation.

5. Discussion

De nombreuses études ont montré l'importance des réponses communautaires pour renforcer les systèmes de santé en temps de crise (Siekmans et al., 2017; Saulnier, Hom, & Thol, 2020; Rameshshanker, Wyngaarden, & Dodd, 2021; Forsgren et al., 2022; Bogale et al., 2024; Global Fund, 2025a; UNAIDS, 2025a). À notre connaissance, cette étude figure parmi les premières à se concentrer spécifiquement sur le suivi dirigé par les communautés (CLM) dans des contextes

humanitaires francophones africains. Les résultats obtenus au Burkina Faso, en RDC, en Guinée, au Mali et au Nigeria sont cohérents avec d'autres travaux suggérant que le CLM peut jouer un rôle important dans le renforcement de certains aspects des systèmes de santé (Baptiste et al., 2020; Makoni et al., 2022; Lauer et al., 2024; Rambau et al., 2024; Tshuma et al., 2024).

Les résultats obtenus dans ces cinq contextes difficiles apportent des éléments descriptifs utiles sur la manière dont le CLM peut être mobilisé pour répondre à certains défis humanitaires liés aux systèmes de santé et soutenir la préparation aux urgences sanitaires. Dans les contextes étudiés, le CLM apparaît comme un mécanisme important de retour d'information dans des environnements où la voix citoyenne et la redevabilité demeurent limitées (Banque mondiale, 2023b). Le CLM peut générer des données communautaires complémentaires dans des contextes où les systèmes nationaux d'information sanitaire présentent des lacunes importantes (Mansour et al., 2022). Enfin, le CLM associe activement les communautés comme partenaires à part entière dans la recherche de solutions aux défis sanitaires, dans des contextes où les ressources humaines et financières demeurent limitées (ONUSIDA, 2021).

Malgré des progrès impressionnants, la mise en œuvre du CLM dans les contextes d'urgence comporte encore des défis. Si plusieurs études ont montré l'importance de la confiance pour la réussite du CLM (ONUSIDA, 2021), les taux élevés de mobilité et les traumatismes historiques peuvent fragiliser cette confiance dans des contextes difficiles (Gone et al., 2019 ; Zhao et al., 2021). Par ailleurs, les mêmes facteurs qui rendent les services de santé inaccessibles aux usagers (conflits, catastrophes naturelles, etc.) peuvent également empêcher les acteurs communautaires de collecter des données. Certains programmes CLM contournent cet obstacle en recourant à des méthodes de collecte de données à distance, comme l'application iMonitor, utilisée au Kenya et au Nigéria (County Government of Turkana, 2025 ; NEPHWAN, 2025), et l'utilisation de patients collecteurs (au Burkina Faso).

Un financement durable du CLM est essentiel pour poursuivre le renforcement des systèmes de santé dans les États fragiles. Début 2025, des changements de politique du gouvernement américain ont conduit à déprioriser le CLM en tant qu'intervention (GHSD, 2025). Auparavant, le soutien bilatéral américain au CLM s'élevait à environ 21 millions de dollars par an (ONUSIDA, 2023). Plus récemment, le Fonds mondial a réduit de 11 % les allocations pays pour la période d'implémentation 2024-2026, en raison de retards dans la conversion des promesses de dons (Global Fund, 2025e). Le Fonds a publié des directives de redéfinition des priorités, exhortant les pays à maintenir les programmes CLM existants ou arrivés à maturité, et à déprioriser les projets pilotes CLM autonomes non liés à l'amélioration de la qualité (Fonds mondial, 2025b). Certaines données indiquent que la gestion des maladies chroniques peut être financée de manière durable par les pouvoirs publics, le secteur privé, la philanthropie et même des mécanismes d'autofinancement (Sharp et al., 2024 ; ONUSIDA, 2025b). Cependant, une planification minutieuse de la transition est nécessaire, car le paysage du financement des donateurs pour la santé mondiale évolue.

Les pays se sont engagés à renforcer les plateformes nationales de suivi et d'évaluation afin de soutenir le suivi régulier des progrès accomplis dans la réalisation de la couverture sanitaire

universelle (CSU) d'ici 2030 (Assemblée générale des Nations unies, 2023). Le CLM est un élément clé des systèmes nationaux de suivi et d'évaluation, en particulier pour mesurer l'accès aux services de santé des populations les plus vulnérables et marginalisées. Le CLM pourrait constituer un élément important pour soutenir les efforts visant à atteindre les objectifs de la CSU d'ici 2030, notamment pour les populations les plus vulnérables et marginalisées.

6. Conclusion

Le CLM peut constituer un mécanisme important de responsabilisation au niveau national. Dans les contextes étudiés, il a été associé à plusieurs initiatives visant à renforcer certains aspects des systèmes de santé fragiles en période de crise. Les initiatives documentées ont été associées à des améliorations concernant les ruptures de stock, les frais à la charge des usagers, les violations des droits et d'autres obstacles à l'accès aux soins. Dans plusieurs cas, une amélioration du recours aux services de santé et de certains mécanismes de préparation aux urgences sanitaires a été rapportée parallèlement aux activités de CLM. Un soutien technique et financier durable au CLM pourrait favoriser la poursuite et l'élargissement de ces initiatives, en particulier dans les contextes humanitaires.

Remercements

La Coalition internationale pour la préparation aux traitements (ITPC) tient à remercier les membres du consortium de recherche CLM+ pour leur collaboration à la rédaction de cet article : Thuthukile Mbatha (La Campagne d'action pour le traitement [TAC], Afrique du Sud), Hamidou Ouedraogo (Réseau Accès aux Médicaments Essentiels (RAME), Burkina Faso), Ange Mavula (Union Congolaise des Organisations des Personnes vivant avec VIH (UCOP+), République démocratique du Congo), Francis Kitolo (Fondation Femme Plus (FFP), République démocratique du Congo), Monique Akupendae (La Coordination Nationale de Renforcement du Système Communautaire (CNRSC Asbl), République démocratique du Congo), Papy Luntadila (Primary Health Care in Rural Areas (SANRU), République démocratique du Congo), Aboubacar Sidiki Kourouma (Coalition des Femmes Leaders (COFEL), Guinea), Bakary Diallo (Plateforme Nationale Santé Genre et droits humains, Mali), Ipinmoye Ayodele Olu (Société civile pour la lutte contre le paludisme, la vaccination et la nutrition (ACOMIN), Nigeria), Chukwuebuka Nnolum (Réseau TB, Nigeria), Femi James (Le réseau des personnes vivant avec le VIH/sida au Nigeria (NEPWHAN), Nigeria), Emilie Trousselier-Seepursaund (Etsaetera Conseil, Mauritius) et Susan Perez (Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, Suisse).
L'ITPC remercie également le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme ainsi que la La Fondation Gates pour leur soutien financier à la recherche.

Conflit of Intérêts

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

Références

ACLED (Projet sur les lieux et événements liés aux conflits armés) (23 mars 2023). La résurgence et les alliances du Mouvement du 23 mars (M23). ACLED. https://acleddata.com/2023/03/23/the-resurgence-and-alliances-of-the-march-23-movement-m23/

Agence nationale de lutte contre le sida (NACA) (2024). *Contribution du suivi communautaire (CLM) au Nigeria : rapport d'évaluation* (rapport CLM). https://naca.gov.ng/wp-content/uploads/2024/09/CLM-Report.pdf

Alemayehu, T. T., Woldeyohanins, A. E., Gebremeskel, E. D., Geremew, G. W., Wassie, Y. A., Mekete, M. D., Minwagaw, T., Abebe, T. B., & Seifu, K. (2025). Disponibilité des médicaments essentiels, pratiques de gestion des stocks et défis connexes dans les camps de personnes déplacées à l'intérieur du pays (PDI), dans l'est de l'Amhara, en Éthiopie : une étude mixte séquentielle explicative. *Conflit et santé, 19*, article 56. https://doi.org/10.1186/s13031-025-00697-7

Assemblée générale des Nations Unies (2023). Déclaration politique de la réunion de haut niveau sur la couverture sanitaire universelle : résolution A/RES/78/4 (78e session). https://docs.un.org/en/A/RES/78/4

Baluku, B., Kasereka, M., & Mumbere, A. (2022). Impact des éruptions volcaniques du Nyiragongo sur la résilience face à la COVID-19 et au virus Ebola en République démocratique du Congo. *ResearchGate.* https://www.researchgate.net/publication/359670497

Banque mondiale (2012). *Rapport sur le développement, la fragilité et les droits de l'homme* (commandé par le Fonds fiduciaire nordique). https://documents1.worldbank.org/curated/en/742411607691799746/pdf/Report-on-Development-Fragility-and-Human-Rights.pdf

Banque mondiale (2023a). *Profil du pays en matière de risques climatiques : Burkina Faso. Groupe de la Banque mondiale.* https://climateknowledgeportal.worldbank.org/country/burkina-faso

Banque mondiale (2023b) *Voix et responsabilité : estimation (Indicateurs mondiaux de gouvernance, 2023)* [Ensemble de données]. Consulté le 6 octobre 2025, à l'adresse https://data.worldbank.org/indicator/VA.EST

Baptiste, S., Manouan, A., Garcia, P., Etya'ale, H., Swan, T., & Jallow, W. (2020). Surveillance communautaire : quand les données communautaires orientent les stratégies de mise en œuvre. *Current HIV/AIDS Reports, 17*(5), 415–421. https://doi.org/10.1007/s11904-020-00516-3

BBC News (13 juillet 2021). Coup d'État en Guinée : l'armée renverse le président Condé [article d'actualité]. BBC. https://www.bbc.com/news/world-africa-57860993

Bell, J. A., & Nuzzo, J. B. (2021). *Indice mondial de sécurité sanitaire : promouvoir l'action collective et la responsabilité dans un contexte de crise mondiale.* Nuclear Threat Initiative, Johns Hopkins Center for Health Security, & Economist Impact. https://ghsindex.org/wp-content/uploads/2021/12/2021_GHSindexFullReport_Final.pdf

Bogale, B., Scambler, S., Mohd Khairuddin, A. N., & Gallagher, J. E. (2024). Renforcement des systèmes de santé dans les États fragiles et touchés par des conflits : une revue des revues systématiques. *PLOS ONE, 19*(6), e0305234. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0305234

Bureau de la coordination des affaires humanitaires des Nations Unies (OCHA) (2024). *Aperçu humanitaire mondial 2025.* https://www.unocha.org/publications/report/world/global-humanitarian-overview-2025-enarfres

Centre de surveillance des déplacements internes (IDMC) (2024). *Base de données mondiale*

sur les déplacements internes. https://www.internal-displacement.org/database/displacement-data/

Coalition des Femmes Leaders (COFEL) (2024a). *Rapport de l'Observatoire Communautaire d'Accès aux Services de Santé (OCASS), troisième trimestre 2024* [Rapport interne]. COFEL.

Coalition des Femmes Leaders (COFEL) (2024b). *Rapport de l'Observatoire communautaire d'accès aux services de santé (OCASS), quatrième trimestre 2024* [rapport interne]. COFEL.

Coalition des Femmes Leaders (COFEL) (2025a). *Rapport de l'Observatoire communautaire d'accès aux services de santé (OCASS), premier trimestre 2025* [rapport interne]. COFEL.

Coalition des Femmes Leaders (COFEL) (2025b). *Rapport de l'Observatoire communautaire d'accès aux services de santé (OCASS), deuxième trimestre 2025* [rapport interne]. COFEL.

Coalition internationale pour la préparation au traitement (ITPC) (2019). *Des données qui font la différence : principales conclusions, analyses et possibilités de plaidoyer de l'Observatoire régional du traitement communautaire en Afrique de l'Ouest* (juin 2019). https://itpcglobal.org/wp-content/uploads/2019/09/Data-for-a-Difference_rev.pdf

Comité permanent interorganisations (IASC) (2015). *Directives pour l'intégration des interventions contre la violence sexiste dans l'action humanitaire.* IASC. https://gbvguidelines.org

Conseil des relations étrangères (CFR) (2024). Violence en République démocratique du Congo. *Global Conflict Tracker.* https://www.cfr.org/global-conflict-tracker/conflict/violence-democratic-republic-congo

Coordination nationale pour le renforcement des systèmes communautaires (CNSRC) (2025). *Rapport sur le suivi communautaire (CLM), juin 2025* [rapport interne]. CNSRC.

Département provincial de la santé du Nord-Kivu (11 juin 2022). *Suppression des frais pour le retrait des ARV, TPT, CTX et en faveur des PVVIH : Note circulaire n° 251/361/DPS-NK/2022.* https://ucopplus.org/wp-content/uploads/2025/12/Note-circulaire_Suppressions-frais-ARV-CTX-TPT.pdf

Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) (novembre 2019). *Cadre de référence pour la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité et la qualité (AAAQ).* https://gbvguidelines.org/wp/wp-content/uploads/2019/11/AAAQ-framework-Nov-2019-WEB.pdf

Fonds des Nations Unies pour la population (8 octobre 2024). *Flash d'information n° 2 : Des inondations dévastatrices balayent l'Afrique occidentale et centrale (9 septembre 2024 - 2 octobre 2024)* [Point sur la situation]. *ReliefWeb.* https://reliefweb.int/report/chad/unfpa-flash-update-2-devastating-floods-sweep-through-west-and-central-africa-september-9-2024-october-2-2024

Fonds mondial (2022). *Conflits, crises et personnes déplacées : comment le Fonds mondial intervient dans des environnements opérationnels difficiles — Rapport thématique.* https://www.theglobalfund.org/media/11944/thematic_challengingoperatingenvironments_report_en.pdf

Fonds mondial (2025c). *Budgets des subventions – Devise de la période de mise en œuvre.* https://data-service.theglobalfund.org/downloads

Fonds mondial (2025d). *Manuel des politiques opérationnelles.* https://resources.theglobalfund.org/media/qtwnsbk3/cr_operational-policy_manual_en.pdf

Fonds mondial (2025e) *Redéfinition des priorités pour les allocations 2023-2025* [Décision du Conseil d'administration et note technique]. Fonds mondial de lutte contre le sida, la

tuberculose et le paludisme. https://resources.theglobalfund.org/en/gc7-reprioritization/

Fonds mondial (2025f). Mise à jour RSSH GF/B53/19 Pour information 53e réunion du Conseil d'administration 7-9 mai 2025, Genève, Suisse. Diapositive 9. https://archive.theglobalfund.org/media/4vcjeui1/archive_bm53-19-rssh_update_en.pdf

Fonds monétaire international (2024). *Guinée : document thématique — Catastrophes naturelles et politiques climatiques en Guinée (rapport pays du FMI n° 24/131).* Fonds monétaire international. https://www.elibrary.imf.org/view/journals/002/2024/131/article-A002-en

Forsgren, L., Tediosi, F., Blanchet, K., & Saulnier, D. D. (2022). La résilience des systèmes de santé dans la pratique : une revue exploratoire visant à identifier des stratégies pour renforcer la résilience. *BMC Health Services Research, 22*, 1173. https://doi.org/10.1186/s12913-022-08544-8

Freedom House (2025). *Freedom in the World 2025 : Les dommages croissants du déclin démocratique.* Freedom House. https://freedomhouse.org/report/freedom-world

Global Health Security Desk (GHSD), Département d'État des États-Unis (10 février 2025) *Activités approuvées dans le cadre de la dérogation limitée du PEPFAR* [Document d'orientation]. Département d'État des États-Unis. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/GHSD_PEPFAR-Limited-Waiver-Approved-Activities.pdf

Gone, J. P., Hartmann, W. E., Pomerville, A., Wendt, D. C., Klem, S. H., & Burrage, R. L. (2019). L'impact des traumatismes historiques sur la santé des populations autochtones aux États-Unis et au Canada : une revue systématique. *American Psychologist, 74*(1), 20–35. https://doi.org/10.1037/amp0000338

Gouvernement du comté de Turkana. (7 juillet 2025). *L'application iMonitor renforce la voix des communautés dans la surveillance de la prestation des services de santé.* https://turkana.go.ke/2025/07/07/imonitor-app-boosts-community-voices-in-health-service-delivery-oversight/

Haut-Commissariat aux droits de l'homme (s.d.). *Droits de l'homme et alerte précoce : violations en situation de conflit ou de crise* [page Web]. Nations Unies. https://www.ohchr.org/en/prevention-and-early-warning/human-rights-and-early-warning-violations-conflict-or-crisis

Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (HCR) (2022). *Violence sexiste dans les situations humanitaires : aperçu général et priorités.* HCR. https://www.unhcr.org

Imani-Musimwa, P., Mbala-Kingebeni, P., Hans-Bateyi-Mustafa, S., Ombeni-Musimwa, A., & Ververs, M. (2025). Il est nécessaire d'augmenter le nombre de tests de dépistage du Mpox en République démocratique du Congo afin de freiner de toute urgence la propagation de la maladie. *Communications Medicine, 5*(1), article 280. https://doi.org/10.1038/s43856-025-00813-x

International Crisis Group (ICG) (11 décembre 2023). *L'aggravation de l'insurrection au Burkina Faso* (Rapport Afrique n° 314 du Crisis Group). https://www.crisisgroup.org/africa/sahel/burkina-faso/burkina-fasos-worsening-insurgency

Katz, R., Phelan, A. L., & Shahpar, C. (2024). Défis pour la recherche et la préparation aux situations d'urgence dans les États-nations fragiles, faibles et défaillants. Dans R. A. Sorenson, E. S. Higgs, M. P. Fallah, N. Lurie, L. A. McNay, & P. G. Smith (Eds.), *Principes et pratiques de la recherche d'urgence* (pp. 391–410). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-031-48408-7_21

Kebede, H. K., Gesesew, H. A., Gebremedhin, A. T., & Ward, P. R. (2024). L'impact des conflits armés sur les résultats du traitement du VIH en Afrique subsaharienne : revue

systématique et méta-analyse. *Conflit et santé, 18*, article 40. https://doi.org/10.1186/s13031-024-00591-8

Koegler, E., & Kennedy, C. E. (2018). Revue exploratoire des associations entre la santé mentale et les facteurs liés à la contamination par le VIH et à la progression de la maladie dans les populations touchées par des conflits. *Conflit et santé, 12*, article 20. https://doi.org/10.1186/s13031-018-0156-y

Kraemer, M. U. G., Pigott, D. M., Golding, N., et al. (2020). Influence des conflits et des facteurs environnementaux sur la propagation du virus Ebola en République démocratique du Congo. *BMC Medicine, 18*, 113. https://doi.org/10.1186/s12916-020-01574-1

Lauer, K. J., Mngadi, N., & Mudzongo, T. (2024). Définition de la surveillance communautaire et de son rôle dans les systèmes de santé. *Journal of the International AIDS Society, 27*(S2), e26277. https://doi.org/10.1002/jia2.26277

Le Fonds mondial (2025a). *Évaluation de l'engagement communautaire dans le cycle de vie des subventions du Fonds mondial*. https://www.theglobalfund.org/media/djqhuiqu/iep_gf-elo-2024-06_report_en.pdf

Le Fonds mondial (2025b). Adaptations à mi-cycle des subventions GC7 : présentation. Le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. Diapositive 16. https://resources.theglobalfund.org/media/iacjn0sn/cr_2025-05-gc7-mid-cycle-grant-adaptations_presentation_en.pdf

Logie, C. H., MacKenzie, F., Malama, K., Lorimer, N., Lad, A., Zhao, M., Narasimhan, M., Fahme, S., Turan, B., Kagunda, J., Konda, K., Hasham, A., & Perez-Brumer, A. (2024). Santé sexuelle et reproductive chez les personnes déplacées de force dans les environnements urbains des pays à revenu faible et intermédiaire : résultats d'une étude exploratoire. *Reproductive Health, 21*, article 51. https://doi.org/10.1186/s12978-024-01780-7

Makoni, T., Kadziyanhike, G., Mademutsa, C., Mlambo, M., & Malama, K. (2022). *Suivi communautaire : une voix pour les populations clés au Zimbabwe. Journal de la Société internationale du sida, 25*(Suppl 1), e25925. https://doi.org/10.1002/jia2.25925

Makoni, T., Madzima, B., Dzinamarira, T., Moyo, E., Mpofu, A., Chingombe, I., & Musuka, G. (2024). Placer les communautés au premier plan de la surveillance communautaire au Zimbabwe. *Frontiers in Public Health, 11*, 1320944. https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1320944

Mansour, W., Arjyal, A., Hughes, C., Gbaoh, E. T., Fouad, F. M., Wurie, H., Kyaw, H. K., Tartaggia, J., Hawkins, K., Than, K. K., Kallon, L. H., Abou Saad, M., Chand, O., Myint Win, P., Yamout, R., Regmi, S., Baral, S., Theobald, S., Raven, J. (2022). Résilience des systèmes de santé dans les contextes fragiles et exposés aux chocs à travers le prisme de l'égalité et de la justice entre les sexes : implications pour la recherche, les politiques et les pratiques. *Conflit et santé, 16*, article 7. https://doi.org/10.1186/s13031-022-00439-z

Obeten, O., Medayese, F., Ibrahim, A., Atusue, J., Okoh, E. M., Arop, A. B., Chinonyerem, A. U., Ekene, A. M., Ugbenyen, N., Opeyemi, A., Ugwoke, U., Adetiba, T., Olupitan, O., Vincent, E., Zamzu, M., & Workneh, N. (2025). *Surveillance communautaire : une voie vers l'amélioration des services de santé mentale* [Résumé]. Dans *les actes de la 13e conférence de l'IAS sur la science du VIH (IAS 2025)*, Kigali, Rwanda, et virtuellement, 13-17 juillet 2025. Société internationale du sida. https://programme.ias2025.org/Abstract/Abstract/?abstractid=1055

Odubajo, T. (2024). Analyse des réactions au coup d'État guinéen de 2021. *South African Journal of International Affairs, 31*(1), 75-93. https://doi.org/10.1080/10220461.2024.2412239

Organisation internationale pour les migrations (OIM) (2024). *Aperçu des déplacements internes 2024.* https://drcongo.iom.int/en/news/internal-displacement-overview-2024-published

Organisation internationale pour les migrations (OIM) (mars 2024). *Burkina Faso – Aperçu des déplacements internes en 2024.* https://dtm.iom.int/reports/burkina-faso-%E2%80%93-internal-displacement-overview-2024

Organisation mondiale de la santé (2021). *Violence contre les femmes dans les situations d'urgence.* OMS. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women-in-emergencies

Organisation mondiale de la santé (OMS) (2022). *Base de données sur les dépenses mondiales de santé.* https://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/en

Organisation mondiale de la santé (OMS) (5 avril 2025). *Maladie à virus Ebola – République démocratique du Congo (province de l'Équateur) : actualités sur l'épidémie (DON 580).* https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2025-DON580

Organisation mondiale de la santé (OMS) (6 mai 2025). *La santé mentale dans les situations d'urgence* [Fiche d'information]. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-in-emergencies

Policar, S., Sharp, A., Hyppolite, J. I., Alfred, G. M., Steïde, E., Lucien, L., Ledan, N., & Kavanagh, M. (2023). Facteurs d'interruption du traitement contre le VIH : premiers résultats du programme de surveillance communautaire en Haïti. *PLOS ONE, 18*(12), e0295023. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0295023

Présidence du Faso (21 mars 2021). 19e session du Conseil national de lutte contre le Sida et les IST : le nouveau référentiel adopté. https://www.presidencedufaso.bf/19e-session-du-conseil-national-de-lutte-contre-le-sida-et-les-ist-le-nouveau-referentiel-adopte/

Programme alimentaire mondial (octobre 2024). *Note d'information du PAM sur la Guinée, octobre 2024* [Note d'information]. *ReliefWeb.* https://reliefweb.int/report/guinea/wfp-guinea-country-brief-october-2024

Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) (2022). *Le suivi communautaire en action.* https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC3085E_community-led-monitoring-in-action_en.pdf

Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) (2023). *Le suivi communautaire en action : nouvelles données et bonnes pratiques.* https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC3085E_community-led-monitoring-in-action_en.pdf

Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) (2025). *Cartographie des initiatives de suivi communautaire axées sur les services liés au VIH en Afrique orientale et australe [à paraître]*.

Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) (2025). *Le sida dans le monde en 2025* [Rapport]. https://www.unaids.org/sites/default/files/2025-07/2025-global-aids-update-JC3153_en.pdf

Projet de données sur les lieux et les événements liés aux conflits armés (2025). Données sur les conflits [page web]. https://acleddata.com/conflict-data

Projet sur les lieux et événements liés aux conflits armés (ACLED) (2024). Burkina Faso : mise à jour sur le conflit et tendances en matière d'insécurité régionale. ACLED. https://acleddata.com/2024/06/14/burkina-faso-conflict-update/

Ramadan, M., Tappis, H., Villar Uribe, M., & Brieger, W. (2021). Accès aux services de santé primaires dans les États fragiles touchés par des conflits : analyse descriptive infranationale des disparités en matière d'éducation et de richesse au Cameroun, en République démocratique du Congo, au Mali et au Nigeria. *International Journal for*

Equity in Health, 20, article 253. https://doi.org/10.1186/s12939-021-01595-z

Rambau, N., Policar, S., Sharp, A. R., Lankiewicz, E., Nsubuga, A., Chimhanda, L., Yawa, A., Mwehonge, K., Tobaiwa, D. D., Alfred, G. M., Russell, A., Baptiste, S., Kalama, O. M., Marte, R. M., Ledan, N., Honermann, B., Lauer, K., Rafif, N., Perez, S., Sun, G., Grimsrud, A., Sprague, L., & Mienies, K. (2024). Pouvoir, données et responsabilité sociale : définir un modèle de suivi communautaire pour renforcer la prestation des services de santé. *Journal of the International AIDS Society, 27*, e26374. https://doi.org/10.1002/jia2.26374

Rameshshanker, V., Wyngaarden, S., Lau, L., & Dodd, W. (2021). Résilience des systèmes de santé face aux phénomènes météorologiques extrêmes en Asie-Pacifique : une revue exploratoire. *Climate and Development, 13*, 944–958. https://doi.org/10.1080/17565529.2020.1856308

Réseau Accès aux Médicaments Essentiels (RAME (2024). *Observatoire Communautaire d'Accès aux Services de Santé (Community Observatory for Access to Health Services) Rapport OCASS 2024* [Rapport interne]. RAME.

Réseau Accès aux Médicaments Essentiels (RAME) (2021). *État des lieux de l'accès aux soins de santé pour les maladies prioritaires au Burkina Faso : rapport alternatif de veille citoyenne, décembre 2021.* [Rapport interne]. RAME.

Réseau Accès aux Médicaments Essentiels (RAME) (2023). *Rapport de l'atelier sous-régional sur les contextes opérationnels difficiles (COE) organisé par le PRF et le RAME avec l'appui du Fonds mondial – Ouagadougou, 21–23 novembre 2023* [Rapport]. Partenariat Régional Francophone du Fonds Mondial. https://prf-fondsmondial.org/wp-content/uploads/2024/07/Rapport-Atelier-COE_RAME-FM_Ouaga-21-23-nov2023_VF15.pdf

Réseau Accès aux Médicaments Essentiels (RAME) (2025a). *Observatoire Communautaire d'Accès aux Services de Santé (Community Observatory for Access to Health Services) Rapport OCASS, janvier-mars 2025* [Rapport interne]. RAME.

Réseau Accès aux Médicaments Essentiels (RAME) (2025b). Utilisation du CLM pour améliorer l'impact des subventions – exemple du Burkina Faso : exemple d'amélioration de la charge virale du VIH au BF. En ligne à l'adresse https://eecaplatform.org/wp-content/uploads/2025/03/4.-using-clm-to-improve-grant-impacts-in-burkina-faso.pdf

Réseau des personnes vivant avec le VIH et le sida au Nigeria (NEPHWAN) (2025). Genre et droits humains : mise à jour du programme GHR. https://nepwhan.org/ghr/

Réseau des personnes vivant avec le VIH et le sida au Nigéria (NEPHWAN) (2024). *Fiche d'information GC7 CLM, janvier-juin 2024* [rapport interne]. NEPHWAN.

Salomon, C. E., Mokua, C. B., & Tshimanga, J. (2024). Le virus Mpox en République démocratique du Congo : synthèse épidémiologique et implications pour la sécurité sanitaire mondiale. *One Health, 19*, 100694. https://doi.org/10.1016/j.onehlt.2024.100694

Saulnier, D. D., Hom, H., & Thol, D. (2020). Rester à flot : une étude qualitative des perspectives communautaires sur la résilience du système de santé explorée à travers la gestion des soins de grossesse et d'accouchement pendant les inondations au Cambodge. *BMJ Global Health, 5*, e002272. https://doi.org/10.1136/bmjgh-2019-002272

Sharp, A. R., Ncube, B., & Khumalo, S. (2024). Facilitateurs et obstacles au suivi communautaire des programmes de santé : une étude qualitative. *PLOS Global Public Health, 4*(5), e0003293. https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0003293

Siekmans, K., Sohani, S., Boima, T., et al. (2017). Les soins de santé communautaires sont un élément essentiel d'un système de santé résilient : preuves tirées de l'épidémie d'Ebola au Liberia. *BMC Public Health, 17*, 84. https://doi.org/10.1186/s12889-017-4030-0

Truppa, C., Pavignani, E., & Murru, M. (2024). Résilience des systèmes de santé dans les

contextes fragiles et touchés par des conflits. *Conflict and Health, 18*(1), Article 9. https://doi.org/10.1186/s13031-023-00560-7

Tshuma, N., Elakpa, D. N., Moyo, C., Soboyisi, M., Moyo, S., Mpofu, S., Chadyiwa, M., Malahlela, M., Tiba, C., Mnkandla, D., Ndhlovu, T. M., Moruthoane, T., Mphuthi, D. D., & Mtapuri, O. (2024). *L'impact transformateur du suivi communautaire dans le système de santé sud-africain : une analyse complète*. International Journal of Public Health, 69, article 1606591. https://doi.org/10.3389/ijph.2024.1606591

Union congolaise des organisations de personnes vivant avec le VIH (UCOP+) (2020, T4). Disponibilité des médicaments et des produits de base et frais d'utilisation dans la lutte contre le VIH et la tuberculose : rapport de l'Observatoire. Quatrième trimestre 2020. [Rapport interne]. UCOP+.

Union congolaise des organisations de personnes vivant avec le VIH (UCOP+) (2022, T4). *Rapport de suivi communautaire (CLM), quatrième trimestre 2022* [Rapport interne]. UCOP+.

Witter, S., Bertone, M., Dale, E. et Jowett, M. (2020). Le financement de la santé dans les situations de fragilité et de conflit : examen des données disponibles (Document de travail n° 13 sur le financement de la santé). *Organisation mondiale de la santé.* https://eresearch.qmu.ac.uk/server/api/core/bitstreams/160d09f9-4029-4165-af2c-e4edfec6bed0/content

Yihunie, E. B., Wako, B. D., Mekuria, A., Tufa, S. G., Chala, T. K., Chala, S. L., & Gemechu, T. D. (2025). Gestion des équipements médicaux et facteurs de défaillance dans les hôpitaux universitaires éthiopiens : étude basée sur une enquête portant sur les défis systémiques et les lacunes opérationnelles. *Prépublication* (ou *rapport de recherche/article*). https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-6735317/v1

Zhao, N., Xu, K., & Sun, L. (2021). Mobilité résidentielle et confiance : le rôle modérateur du besoin de clôture. *Sociological Research Online, 26*(4). https://doi.org/10.1177/1834490920974759

© 2026 Gemma Oberth, 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 8 (2)
ISSN: 1987-071X e-ISSN 1987-1023
Received, 15 February 2026
Accepted, 14 May 2026
Published, 24 May 2026
https://www.revue-rasp.org
To cite: Représentations sociales de la consultation prénatale (CPN) et recours aux médecines traditionnelles pendant la grossesse dans la Province du Maniema, en RDC. *Revue Africaine des sciences sociales et de la Santé Publique, 8(2), pp.34-43.* https://doi.org/10.4314/rasp.v8i2.3

Research

Représentations sociales de la consultation prénatale (CPN) et recours aux médecines traditionnelles pendant la grossesse dans la Province du Maniema, en RDC

Social Representations of Antenatal Care (ANC) and the Use of Traditional Medicine During Pregnancy in Maniema Province, DRC.

Assani Tutu José[1*], Léon Cyprien Ngandu wa Ngandu [1,2], Marie claire Omanyondo Ohambe [1,3]

[1]Institut Supérieur des Techniques Médicales Kindu ; Ville de Kindu, Province du Maniema en République Démocratique du Congo ;

[2]Université de Kisangani en République démocratique du Congo.

[3]Institut Supérieur des Techniques Médicales Kinshasa ; Ville de Kinshasa, province de Kinshasa.

* Correspondance : **email**: assanit63@gmail.com

Résumé

La consultation prénatale constitue une intervention essentielle pour réduire la mortalité maternelle et néonatale. Toutefois, son utilisation reste influencée par des facteurs socioculturels, économiques et symboliques souvent peu explorés dans les contextes africains. Cette étude vise à analyser les représentations sociales de la CPN et les pratiques associées dans la province du Maniema. Une étude qualitative exploratoire à visée phénoménologique a été menée en 2024 dans quatre zones de santé (Kindu, Alunguli, Kalima et Kunda). Un échantillonnage raisonné, combiné à une approche théorique, a permis d'inclure 45 participants (femmes enceintes, maris, tradipraticiens, agents de santé et leaders religieux). Les données ont été collectées à l'aide d'entretiens semi-structurés, de groupes de discussion et d'observations directes, puis analysées selon une approche thématique inspirée de la théorie des représentations sociales. La CPN est perçue comme un marqueur de modernité, mais aussi comme un espace ambivalent, oscillant entre protection et méfiance. La grossesse est socialement construite comme une période de vulnérabilité nécessitant un encadrement. Le recours à la médecine traditionnelle s'inscrit dans une logique de continuité culturelle et de quête de sens, traduisant un pluralisme thérapeutique. Les comportements de recours aux soins sont influencés par la famille, la spiritualité et la qualité des interactions avec les services de santé. Des barrières économiques et organisationnelles limitent l'accès à la CPN. Le recours à la CPN résulte d'une interaction complexe entre facteurs socioculturels et structurels. Une approche intégrée, culturellement adaptée et centrée sur la femme est nécessaire pour améliorer l'utilisation des services de santé maternelle.

Mots-clés : Consultation prénatale, représentations sociales, médecine traditionnelle, pluralisme thérapeutique, santé maternelle, Maniema.

Abstract

Antenatal care is a key intervention for reducing maternal and neonatal mortality. However, its utilization remains strongly influenced by sociocultural, economic, and symbolic factors that are often insufficiently explored in African contexts. This study aimed to analyze social representations of ANC and associated practices in Maniema Province. A qualitative, exploratory study using a phenomenological approach was conducted in 2024 across four health zones (Kindu, Alunguli, Kalima, and Kunda). A purposive sampling strategy combined with theoretical sampling included 45 participants (pregnant women, husbands, traditional healers, healthcare providers, and religious leaders). Data were collected through semi-structured interviews, focus group discussions, and direct observation, and analyzed using a thematic approach inspired by social representations theory. ANC is perceived as a marker of modernity but also as an ambivalent space, oscillating between protection and mistrust. Pregnancy is socially constructed as a period of vulnerability requiring care and supervision. The use of traditional medicine reflects cultural continuity and a search for meaning, illustrating therapeutic pluralism. Care-seeking behaviors are influenced by family dynamics, spirituality, and the quality of interactions with healthcare providers. Economic and organizational barriers further limit access to ANC services. ANC utilization results from a complex interaction of sociocultural and structural factors. A woman-centred, culturally sensitive, and integrated approach is needed to improve the use of maternal health services.

Keywords: Antenatal care, social representations, traditional medicine, therapeutic pluralism, maternal health, Maniema.

1.Introduction

La consultation prénatale (CPN) constitue un pilier fondamental des stratégies de santé maternelle et néonatale visant à prévenir les complications, à améliorer le suivi de la grossesse et à réduire la mortalité maternelle et infantile. À l'échelle mondiale, malgré les progrès enregistrés, la mortalité maternelle demeure préoccupante, particulièrement en Afrique subsaharienne, où les inégalités d'accès et de qualité des soins persistent (Organisation mondiale de la santé, 2023). L'efficacité de la CPN dépend non seulement de sa disponibilité, mais aussi de son acceptabilité sociale et culturelle, ainsi que de la qualité des interactions entre les femmes et le système de santé (Kruk et al., 2018).

En République démocratique du Congo, plus spécifiquement dans la province du Maniema, le recours à la CPN reste limité malgré les politiques de gratuité partielle et les interventions des partenaires techniques et financiers. Cette situation met en évidence un décalage entre l'offre biomédicale et les pratiques effectives des populations, ce qui suggère que les comportements de recours aux soins ne peuvent être réduits à des considérations d'accessibilité géographique ou financière. Plusieurs études montrent que les obstacles à l'utilisation des services de santé relèvent également de facteurs sociaux, culturels et relationnels, notamment la méfiance envers les institutions sanitaires, les expériences de mauvais traitements et les normes sociales (Bohren et al., 2019 ; Dahab & Sakellariou, 2020).

Dans cette perspective, l'anthropologie médicale offre un cadre analytique pertinent pour comprendre les logiques sous-jacentes aux comportements de santé. Les travaux de Kleinman (1980) soulignent que les individus mobilisent des « modèles explicatifs » pour interpréter la

maladie et orienter leurs choix thérapeutiques. Ainsi, le recours à la CPN ou aux médecines traditionnelles s'inscrit dans des univers de sens pluriels façonnés par des croyances, des normes sociales et des représentations collectives. Cette approche est renforcée par la théorie des représentations sociales développée par Moscovici (1984), selon laquelle les savoirs profanes participent activement à la construction des pratiques de santé.

Par ailleurs, les inégalités sociales de santé constituent un déterminant majeur du recours aux soins. Les travaux de Marmot (2005) ont démontré que les conditions de vie influencent profondément l'état de santé et l'accès aux services. Dans les contextes fragiles comme celui du Maniema, les contraintes économiques, l'enclavement géographique, l'insuffisance des infrastructures sanitaires et les inégalités de genre limitent l'accès effectif aux services prénatals. Dans le même sens, Bourdieu (2003) permet d'éclairer ces disparités à travers les concepts de capital économique, social et culturel, influençant les dispositions des individus face au système biomédical.

En parallèle, la grossesse est socialement construite comme une période de vulnérabilité nécessitant protection, impliquant des dimensions biologiques, sociales et spirituelles. Dans ce contexte, les médecines traditionnelles occupent une place centrale, reposant sur des logiques symboliques et culturelles. Les travaux de Frazão-Moreira (2016) montrent que les pratiques thérapeutiques africaines s'inscrivent dans des systèmes de savoirs holistiques combinant phytothérapie, rituels et croyances religieuses. Cette pluralité thérapeutique reflète une coexistence entre biomédecine et médecine traditionnelle, parfois complémentaire, parfois concurrentielle (Cloatre et al., 2022).

Cependant, le recours à la CPN peut être freiné par des perceptions négatives liées à la qualité des soins, aux examens jugés intrusifs ou aux rapports de pouvoir asymétriques entre soignants et patientes (Warriner et al., 2020). À cela s'ajoutent des contraintes structurelles telles que les coûts indirects, la distance aux structures de santé et la faible autonomie décisionnelle des femmes. À l'inverse, certaines pratiques traditionnelles, bien qu'ancrées dans des logiques culturelles cohérentes, peuvent comporter des risques pour la santé maternelle et néonatale.

2. Matériels et Méthodes

2.1. Cadre de l'étude

L'étude a été menée en 2024 dans quatre zones de santé de la province du Maniema (Kindu, Alunguli, Kalima et Kunda). Ces zones ont été sélectionnées en raison de leur faible utilisation des consultations prénatales (CPN) et de leur niveau élevé de mortalité maternelle.

2.2. Type et approche de l'étude

Il s'agit d'une étude qualitative exploratoire inscrite dans un paradigme phénoménologique. Cette approche vise à comprendre en profondeur les expériences vécues, les perceptions et les significations attribuées à la CPN ainsi qu'au recours aux médecines traditionnelles par les différents acteurs. Le choix de ce paradigme se justifie par la nécessité d'accéder au sens que les individus attribuent à leurs pratiques de santé dans un contexte socioculturel spécifique. L'étude adopte ainsi une posture compréhensive et interprétative centrée sur les représentations sociales et l'articulation entre biomédecine et médecine traditionnelle.

2.3. Population d'étude

La population cible comprenait les femmes enceintes, les tradipraticiens, les agents de santé et des leaders religieux.

2.4. Échantillonnage et taille de l'échantillon

L'étude a mobilisé un échantillonnage raisonné (intentionnel), visant à sélectionner des participants susceptibles de fournir des informations pertinentes en lien avec l'objet d'étude. Cette stratégie a été combinée à un échantillonnage théorique permettant d'ajuster progressivement le recrutement en fonction des catégories émergentes. L'échantillon final comprenait 45 participants : 29 femmes enceintes, 8 tradipraticiens et 8 agents de santé ou leaders religieux

2.5. Critères d'inclusion et d'exclusion

Ont été inclus dans l'étude les femmes enceintes résidant depuis au moins six mois dans les zones ciblées et ayant donné leur consentement éclairé, ainsi que les tradipraticiens, agents de santé et leaders religieux consentants. Ont été exclus, les personnes présentant des troubles cognitifs sévères limitant leur capacité de réponse, les mineures sans consentement parental.

2.6. Techniques et outils de collecte des données

La collecte des données s'est appuyée sur une triangulation méthodologique combinant des entretiens semi-structurés, des groupes de discussion (focus groups) et une observation directe. Les guides d'entretien ont été élaborés de manière souple afin de favoriser l'émergence de thématiques inattendues. Une check-list d'observation a été utilisée pour documenter les pratiques et le contexte, ce qui a permis de confronter les discours aux pratiques réelles. Les participants ont été codifiés selon leur profil : FE : femmes enceintes, TP : tradipraticiens, AS : agents de santé / leaders religieux.

2.7. Analyse des données

Les données ont été enregistrées, retranscrites intégralement et organisées en corpus. L'analyse a suivi une approche thématique combinant un codage inductif (émergence des thèmes à partir des données), un codage déductif inspiré de la théorie des représentations sociales de Serge Moscovici. Le logiciel ATLAS.ti a été utilisé pour faciliter l'organisation et le traitement des données.

2.8. Rigueur scientifique

La qualité méthodologique de l'étude a été assurée à travers la crédibilité (triangulation des sources et des méthodes), la transférabilité (description détaillée du contexte), la fiabilité (traçabilité du processus de recherche), la confirmabilité (réflexivité du chercheur). Un journal de terrain a été tenu afin de documenter les interactions, impressions et biais potentiels.

2.9. Considérations éthiques

La participation à l'étude était volontaire et basée sur un consentement éclairé signé. La confidentialité et l'anonymat des participants ont été garantis. Les données ont été sécurisées et les résultats présentés de manière agrégée conformément aux principes éthiques de la recherche

en santé.

3. Résultats

3.1. Caractéristiques sociodémographiques des participants

L'étude a concerné 45 participants issus des zones de santé de Kindu, Alunguli, Kalima et Kunda, comprenant 29 femmes enceintes, 8 tradipraticiens et 8 agents de santé ou leaders religieux. L'âge des participants variait de 14 à 46 ans. La majorité des participants présentait un niveau d'instruction secondaire, était mariée et exerçait des activités génératrices de revenus principalement dans le petit commerce. Les ménages appartenaient majoritairement à un niveau socio-économique moyen. La plupart des femmes avaient au moins deux enfants et fréquentaient des églises de réveil. Ces caractéristiques situent les résultats dans un contexte marqué par l'interaction entre logiques biomédicales, contraintes socio-économiques et systèmes de représentations socioculturelles en cohérence avec les objectifs de l'étude.

3.2. Significations sociales et symboliques associées à la grossesse et à la CPN

Les résultats montrent que la grossesse et la consultation prénatale (CPN) s'inscrivent dans un système de significations sociales et symboliques qui dépasse le cadre biomédical.

3.2.1. La CPN comme marqueur de modernité et de distinction sociale

La CPN est perçue comme un signe d'appartenance à la modernité et un vecteur de reconnaissance sociale : « Je vais à la CPN pour montrer à mon mari et à la communauté que je suis une femme moderne » [FE, 30 ans, Kindu]. Cette représentation traduit une logique de hiérarchisation des pratiques de santé opposant implicitement modernité et tradition, et positionne la CPN comme un instrument de légitimation sociale.

3.2.2. La grossesse comme condition socialement construite de vulnérabilité

La grossesse est décrite comme un état nécessitant protection et assistance : « Je fais très attention avec ma grossesse » [FE, 32 ans, Alunguli]. « Je deviens très fatiguée… obligée de demander de l'aide » [FE, 42 ans, Alunguli]. Au-delà de sa dimension biologique, elle est construite socialement comme une période de vulnérabilité intégrant normes sociales, expériences vécues et rapports de dépendance.

3.2.3. Une perception ambivalente de la CPN

Les discours révèlent une ambivalence : « J'ai peur des examens et des injections » [FE, 36 ans, Kalima]. « Pourquoi prendre des médicaments sans être malade ? » [FE, 37 ans, Kunda]. La CPN est perçue simultanément comme protectrice et potentiellement risquée, ce qui traduit une méfiance vis-à-vis du modèle biomédical.

3.2.4. Relativisation de l'efficacité biomédicale

L'efficacité des soins est évaluée selon des critères socioculturels : « La médecine traditionnelle a réussi là où les traitements modernes ont échoué » [FE, 47 ans, Kunda]. Ces résultats mettent en évidence un pluralisme des référentiels thérapeutiques où la biomédecine n'est pas l'unique norme de vérité.

3.3. Pratiques et logiques de recours à la médecine traditionnelle

Le recours à la médecine traditionnelle s'inscrit dans une logique culturelle, identitaire et symbolique.

3.3.1. Une continuité culturelle et intergénérationnelle

Les pratiques traditionnelles sont transmises au sein des familles : « Ma tante m'a appris à utiliser les plantes médicinales » [FE, 36 ans, Alunguli]. Elles s'inscrivent dans une mémoire collective conférant une légitimité sociale aux pratiques.

3.3.2. Les tradipraticiens comme médiateurs de sens

Les tradipraticiens jouent un rôle explicatif et protecteur : « Je dois voir un tradipraticien avant d'aller à la CPN » [FE, 47 ans, Kunda]. Ils répondent à un besoin d'interprétation des dimensions invisibles de la grossesse, illustrant une complémentarité symbolique avec la biomédecine.

3.4. Facteurs influençant les comportements de recours aux soins

Les comportements de recours aux soins résultent d'un enchevêtrement de facteurs sociaux, relationnels et spirituels.

3.4.1. Le rôle structurant de la famille

La famille influence fortement les décisions de recours : « Ma mère m'accompagne toujours » [FE, 34 ans, Alunguli]. « Mon mari s'implique dans le suivi » [FE, 29 ans, Kalima]. Elle agit comme un régulateur des pratiques de santé à la fois normatif et pratique.

3.4.2. Autonomie des femmes et expérience des soins

La qualité de l'interaction avec les services de santé apparaît déterminante : « Je préfère être écoutée et respectée » [FE, 39 ans, Kunda]. « On s'impose toujours à la CPN » [FE, 37 ans, Kindu]. L'adhésion aux services dépend de la reconnaissance de la parole des femmes et de leur autonomie.

3.4.3. La spiritualité comme cadre d'interprétation

Les croyances religieuses structurent les représentations : « Les rituels protègent le bébé contre le mal » [FE, 45 ans, Kunda]. La grossesse est interprétée dans une cosmologie intégrant le visible et l'invisible, influençant les itinéraires thérapeutiques.

3.5. Dynamiques entre systèmes de soins et barrières d'accès à la CPN

Les résultats mettent en évidence une coexistence complexe entre systèmes de soins, marquée par des contraintes structurelles.

3.5.1. Contraintes économiques et organisationnelles

Les participantes évoquent des obstacles financiers et organisationnels : « On dit que la CPN est gratuite, mais on paie » [FE, 38 ans, Kindu]. « On me donne rendez-vous quand j'ai besoin » [FE, 34 ans, Kalima]. Ces contraintes limitent l'accès effectif aux services et traduisent des inégalités structurelles.

3.5.2. Pluralisme thérapeutique : complémentarité et tensions

Les femmes naviguent entre différents systèmes : « Je dois voir un tradipraticien avant d'aller à la CPN » [FE, 38 ans, Kunda]. Cette coexistence traduit un pluralisme thérapeutique marqué à la fois par des logiques de complémentarité et des tensions normatives.

3.5.3. L'accouchement comme expérience sociale et culturelle

L'accouchement est perçu comme un événement social : « Je me sens plus à l'aise quand j'accouche à domicile » [FE, 42 ans, Kunda]. Ce choix traduit une recherche de confort culturel et identitaire, qui dépasse la seule dimension médicale.

4. Discussion

4.1. Une construction sociale plurielle de la CPN : entre modernité, norme sociale et ambivalence.

Les résultats confirment que la CPN ne se limite pas à une pratique biomédicale, mais s'inscrit dans un système de significations sociales et symboliques. Cette observation rejoint les travaux de Dahab et Sakellariou (2020), qui soulignent l'interdépendance des facteurs économiques, sociaux et culturels dans l'accès aux soins maternels.

De même, Kruk et al. (2018) soulignent que la qualité perçue des systèmes de santé et les expériences des usagers influencent fortement l'utilisation des services de santé maternelle. L'ambivalence observée dans notre étude rejoint les résultats de Bohren et al. (2019), qui montrent que les expériences négatives dans les structures de soins (manque de respect, communication inadéquate) réduisent significativement l'utilisation des services de maternité.

4.2. Pluralisme thérapeutique et légitimité des savoirs traditionnels

Le recours important à la médecine traditionnelle observé dans cette étude s'inscrit dans une logique de pluralisme thérapeutique et de continuité culturelle.

Cette réalité est confirmée par Peltzer et Pengpid (2018**)**, qui démontrent que l'utilisation des médecines traditionnelles et complémentaires est largement répandue en Afrique et fortement influencée par les croyances culturelles et l'accessibilité.

Ainsi, le recours simultané à la biomédecine et aux pratiques traditionnelles ne traduit pas une opposition, mais une stratégie d'adaptation face aux limites structurelles du système de santé.

4.3. Déterminants sociaux et relationnels du recours aux soins

L'étude met en évidence le rôle central de la famille, de la spiritualité et des relations sociales dans les décisions de recours aux soins.

Ces résultats sont en accord avec Say et al. (2014), qui montrent que les déterminants sociaux et économiques influencent fortement la mortalité maternelle et l'utilisation des services de santé.

Par ailleurs, Bohren et al. (2015) soulignent que la qualité de la relation soignant–soignée est un facteur déterminant dans l'utilisation des services obstétricaux.

4.4. Contraintes structurelles et inégalités d'accès aux soins

Les barrières économiques, organisationnelles et géographiques identifiées dans cette étude sont largement documentées dans la littérature.

Dahab et Sakellariou (2020) confirment que les coûts directs et indirects ainsi que la distance aux structures de santé constituent des obstacles majeurs à l'utilisation des services maternels.

De même, Assefa et al. (2017) montrent que les inégalités socio-économiques limitent fortement l'accès aux soins maternels dans les pays à revenu faible et intermédiaire.

4.5. Continuité des soins maternels et implications sanitaires

Les résultats révèlent une faible continuité du parcours de soins, marquée par une alternance entre différents systèmes thérapeutiques.

Cette situation est confirmée par Kassebaum et al. (2016), qui montrent que la couverture complète du continuum de soins maternels reste insuffisante à l'échelle mondiale, notamment en Afrique subsaharienne.

4.6. Implications pour la santé publique

Les résultats suggèrent la nécessité d'intégrer les dimensions socioculturelles dans les stratégies de santé maternelle, d'améliorer la qualité relationnelle des soins, de réduire les barrières financières et organisationnelles et de reconnaître le pluralisme thérapeutique dans les politiques de santé.

5. Conclusion

Cette étude avait pour objectif d'analyser les représentations sociales de la consultation prénatale (CPN) et les pratiques associées dans un contexte socioculturel spécifique de la province du Maniema. Les résultats montrent que le recours à la CPN ne relève pas uniquement d'une logique biomédicale, mais s'inscrit dans un système complexe de significations sociales, culturelles, spirituelles et économiques. La CPN apparaît à la fois comme un marqueur de modernité et un espace ambivalent, oscillant entre protection et méfiance, tandis que la grossesse est socialement construite comme une période de vulnérabilité nécessitant encadrement et interprétation. Parallèlement, le recours à la médecine traditionnelle s'inscrit dans une logique de continuité culturelle et de quête de sens, illustrant un pluralisme thérapeutique où les femmes naviguent entre différents systèmes de soins. Les comportements de recours aux soins sont fortement influencés par des déterminants sociaux et relationnels, notamment le rôle de la famille, la qualité des interactions avec les prestataires de santé et les croyances spirituelles. À ces facteurs s'ajoutent des contraintes structurelles importantes, telles que les barrières économiques et organisationnelles, qui limitent l'accès effectif aux services de CPN. Ces résultats mettent en évidence la nécessité de dépasser une approche strictement biomédicale de la santé maternelle, au profit d'une approche intégrée, centrée sur la femme et contextualisée. L'amélioration de l'utilisation des services de CPN passe ainsi par la prise en

compte des représentations sociales, le renforcement de la qualité relationnelle des soins, l'intégration du pluralisme thérapeutique et la réduction des inégalités d'accès aux services. En définitive, cette étude souligne que les interventions en santé maternelle gagneraient en efficacité si elles intégraient les dimensions socioculturelles et symboliques des pratiques de soins, afin de promouvoir une offre de services plus inclusive, acceptable et adaptée aux réalités locales.

Fondée sur une approche qualitative exploratoire, cette étude ne permet pas la généralisation des résultats à l'ensemble de la population. L'échantillonnage raisonné, bien qu'orienté vers la richesse informationnelle, expose à un biais de sélection et ne garantit pas la représentativité de la diversité des expériences. Le recours aux entretiens et focus groups introduit un risque de biais de désirabilité sociale, particulièrement sur des thématiques sensibles (grossesse, spiritualité, pratiques traditionnelles). Par ailleurs, la posture interprétative du chercheur peut influencer l'analyse, malgré les mesures de rigueur (triangulation, réflexivité). Enfin, le contexte spécifique du Maniema limite la transférabilité des résultats à d'autres environnements socioculturels.

Sur le plan scientifique, des études quantitatives ou mixtes sont nécessaires pour mesurer l'ampleur des phénomènes observés et tester l'influence des représentations sociales sur le recours à la CPN. Des approches comparatives (entre milieux urbains et ruraux, entre provinces) permettraient d'affiner la compréhension des déterminants socioculturels. L'exploration du rôle des tradipraticiens et des modalités de collaboration avec le système biomédical constitue également un axe de recherche prioritaire.

Sur le plan opérationnel, les résultats plaident en faveur du développement d'interventions de santé maternelle culturellement adaptées, intégrant les dimensions sociales, symboliques et spirituelles. Le renforcement de la qualité relationnelle des soins (communication, respect, écoute) s'avère essentiel pour améliorer l'adhésion aux services. La réduction des barrières financières et organisationnelles, ainsi que l'implication des familles et des leaders communautaires, doivent être prioritaires. Enfin, la reconnaissance du pluralisme thérapeutique et l'adoption d'approches centrées sur la femme et contextualisées constituent des leviers majeurs pour améliorer l'accès et la qualité des soins maternels en contexte africain.

Remerciements
Nous remercions notre équipe d'encadrement constituée des professeurs Marie Claire OMANYONDO et Léon Cyprien NGANDU WA NGANDU pour leurs remarques et corrections pertinentes.

Conflit of Intérêts

L'étude ne présente aucun conflit d'intérêt.

Références

Assefa, Y., Tesfaye, D., Van Damme, W., & Hill, P. S. (2017). Access to maternal health care services in low-income countries. *The Lancet Global Health, 5*(10), e1013–e1014. https://doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30388-0

Bohren, M. A., Hunter, E. C., Munthe-Kaas, H. M., Souza, J. P., Vogel, J. P., & Gülmezoglu, A. M. (2015). Facilitators and barriers to facility-based delivery. *Reproductive Health, 11*, 71. https://doi.org/10.1186/s12978-014-0071-3

Bohren, M. A., Vogel, J. P., Hunter, E. C., et al. (2019). Mistreatment of women during childbirth. *PLOS Medicine, 16*(6), e1002859. https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002859

Bourdieu, P. (2003). *Science of science and reflexivity*. Polity Press.
Cloatre, E., Chandler, C., & Davis, A. (2022). Governing antimicrobial resistance in low- and middle-income countries: A social science perspective. *Health Economics, Policy and Law, 17*(2), 145–162. https://doi.org/10.1017/S1744133121000257
Dahab, R., & Sakellariou, D. (2020). Barriers to maternal care in Africa. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 17*(12), 4292. https://doi.org/10.3390/ijerph17124292
Frazão-Moreira, A. (2016). The symbolic efficacy of medicinal plants. *Journal of Ethnobiology and Ethnomedicine, 12*, 24. https://doi.org/10.1186/s13002-016-0095-x
Jama, N. A., Wilunda, C., Musabyimana, A., et al. (2024). Improving maternal health service utilization through community-based interventions in sub-Saharan Africa. *BMC Health Services Research, 24*, 112.
Kassebaum, N. J., et al. (2016). Global maternal mortality trends. *The Lancet, 388*(10053), 1775–1812. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31470-2
Kleinman, A. (1980). *Patients and healers in the context of culture*. University of California Press.
Kruk, M. E., Gage, A. D., Arsenault, C., et al. (2018). High-quality health systems. *The Lancet Global Health, 6*(11), e1196–e1252. https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30386-3
Lévi-Strauss, C. (1963). *Structural anthropology*. Basic Books.
Marmot, M. (2005). Social determinants of health inequalities. *The Lancet, 365*(9464), 1099–1104. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)71146-6
Moscovici, S. (1984). The phenomenon of social representations. In R. Farr & S. Moscovici (Eds.), *Social representations* (pp. 3–69). Cambridge University Press.
Organisation mondiale de la santé (OMS). (2023). *Trends in maternal mortality 2000–2023*. OMS.
Peltzer, K., & Pengpid, S. (2018). Use of traditional medicine in Africa. *BMC Complementary Medicine and Therapies, 18*, 342. https://doi.org/10.1186/s12906-018-2436-3
Say, L., Chou, D., Gemmill, A., et al. (2014). Global causes of maternal death. *The Lancet Global Health, 2*(6), e323–e333. https://doi.org/10.1016/S2214-109X(14)70227-X
Warriner, I. K., Wang, D., Huong, N. T., et al. (2020). Safety of early medical abortion. *The Lancet Global Health, 8*(1), e74–e82. https://doi.org/10.1016/S2214-109X(19)30487-5

© 2026 TUTU, 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 8 (2)
ISSN: 1987-071X e-ISSN 1987-1023
Received, 16 February 2026
Accepted, 12 May 2026
Published, 28 May 2026
https://www.revue-rasp.org
To cite: Kouame, K. G. (2026). Perceptions et comportements des populations de Béoumi (Côte d'Ivoire) face à l'implémentation de la couverture maladie universelle. *Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, 8(2), pp.44-63.* https://doi.org/10.4314/rasp.v8i2.4

Research

Perceptions et comportements des populations de Béoumi (Côte d'Ivoire) face à l'implémentation de la couverture maladie universelle

Perceptions and behaviors of the populations of Béoumi (Côte d'Ivoire) towards the implementation of Universal Health Coverage

KOUAME Konan Gauthier

Groupe de Recherche Pluridisciplinaire en Politique Sociale et Système de santé (Département d'Anthropologie et de Sociologie), Université Alassane Ouattara,
Correspondance : Email : kouamegauthier01@gmail.com; Tel : + 225 0757854455

Résumé

Les systèmes de paiement anticipé pour la couverture des risques sanitaires ont longtemps été l'apanage des fonctionnaires, des agents de l'État et d'autres travailleurs du secteur privé formel sous nos tropiques. Laissant ainsi à la marge une grande partie de la population active de l'économie informelle. Depuis plus de deux décennies, une attention accrue s'est portée sur ce type d'offre de soins de santé auprès de l'ensemble des populations des pays en développement. La Côte d'ivoire a défini un cadre réglementaire et institutionnel en vue d'entendre cette politique novatrice d'accès aux soins de santé au bénéfice de sa population depuis Mars 2014. Cette étude visait à comprendre les perceptions et les comportements des populations de Béoumi à l'égard de cette politique innovante d'accès aux soins. Pour ce faire, une enquête mixte a été menée dans trois aires sanitaires du district sanitaire de Béoumi. La recherche documentaire, des entretiens semi-directifs avec les populations de ces localités, ainsi que l'administration d'un questionnaire ont été mobilisées pour mener l'investigation. Les résultats indiquent une acceptation globale de la CMU par les populations, en dépit de l'absence de culture mutualiste chez ces dernières. Ainsi que des comportements liés à une incompréhension du principe assurantiel chez celles-ci.

Mots clés : CMU, Accès aux soins de santé, Mutualisation des risques, secteur informel, culture mutualiste.

Abstract

For a long time, prepaid health insurance systems were the exclusive domain of civil servants, government employees, and other formal private-sector workers in our part of the world. This left a large portion of the population working in the informal economy on the margins. For more than two decades now, there has been a growing focus on extending this type of healthcare offering to the entire population in developing countries. Côte d'Ivoire has established a

regulatory and institutional framework to extend this innovative health care access policy to its population since March 2014. This study aimed to understand the perceptions and behaviors of the people of Béoumi regarding this innovative healthcare access policy. A qualitative survey was conducted in three health areas of the Béoumi health district. Documentary research and semi-structured interviews with the populations of this locality as well as the administration of a questionnaire were used to investigate. The results indicate a global acceptance of the Universal Health Coverage (UHC) project by the population, contrasting with a lack of mutualist culture among them, as well as behaviors linked to a misunderstanding of insurance principle.

Key words: Universal Health Coverage (UHC)**,** Access to Healthcare, Risk pooling, informal sector, Mutualist culture.

1. Introduction

L'avènement de l'assurance maladie au sein des pays en développement s'inscrit dans un processus historique et continu. La plupart des systèmes de protection sociale en Afrique sont un legs de la colonisation. Conçus pour les travailleurs du secteur public (Fonteneaun, 2007) au début des indépendances, ces systèmes ont été étendus aux travailleurs du secteur privé formel les décennies suivantes (Otoo, et al., 2014).

En effet, la protection sociale a longtemps été marginalisée en Afrique pour son coût ; cependant, elle a retrouvé un regain d'intérêt après avoir été reconnue comme un outil privilégié pour atteindre les Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) (Merrien, 2013). En contexte africain, selon la Banque Africaine de Développement (2021) pour que les services de santé soient abordables et accessibles y compris aux communautés les plus pauvres. Les pays africains devront investir dans l'assurance maladie. L'assurance maladie apparait comme un levier clé sur le continent africain pour promouvoir l'accès inclusif aux services de santé.

Nonobstant, la plus-value que représente l'extension des mécanismes de prépaiement dans les pays du Sud, certaines réalités propres au contexte africain enrayent quelque peu cette volonté des pouvoirs publics africains de bâtir des systèmes de santé durables et inclusifs. Il s'agit notamment de l'enjeu du financement de l'assurance maladie, qui s'appuie principalement sur les ressources publiques d'origine fiscale, sur les prélèvements sociaux des assurés et des aides extérieures. A ce sujet Fahd Azaraoual (2022), souligne la vulnérabilité des économies africaines du fait de leur forte dépendance de l'exportation des matières premières sur le marché mondial. Cet état de fait compromet la soutenabilité des régimes assurantiels par les Etats africains à partir des dividendes perçus sur ces transactions commerciales.

En Côte d'Ivoire, la mise en place de cette politique sanitaire en vue de renforcer l'accès aux soins de santé des populations a été instituée en Mars 2014. Le pays a défini un cadre réglementaire et institutionnel portant sur la création et l'organisation de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) (Séri Bi, 2023). Dans cette dynamique, l'État ivoirien à travers le Plan de Développement National (PND) 2021-2025 et le Plan National de Développement

Sanitaire (PNDS) 2021-2025 ambitionne atteindre une couverture sanitaire pour l'ensemble de sa population conformément à l'ODD 3 (Ministère de la santé, 2021).

Ainsi, cette ambition des pouvoirs publics s'est matérialisée à travers un démarrage effectif des activités de la couverture maladie universelle en octobre 2019. Au niveau du district sanitaire de Béoumi où nous avons conduit cette étude, lesdites activités ont débuté par une phase pilote regroupant quatre structures de soin. Cependant, malgré toutes ces mesures politico-institutionnelles les activités de ce mécanisme assurantiel rencontrent une sous-utilisation par les populations de cette localité (Kouame et al., 2025). Le concept maladie en tant que potentiel risque à couvrir mis en avant dans cette dynamique institutionnelle se retrouve être soumis à une diversité d'approches tant au niveau étiologique que thérapeutique en contexte africain.

A cet effet, Fainzang (2000) souligne que la maladie en tant qu'évènement malheureux affectant à la fois l'individu et le groupe est génératrice de pratique qui déborde le champ strictement médical. Cette situation est la caractéristique de la société ivoirienne, où la prédominance des usages médicaux locaux dans la prise en charge des états morbides au sein des communautés n'est plus à démontrer. Cette pratique est de plus en plus sollicitée par les populations notamment pour son coût relativement accessible. Selon l'OMS, 80% de la population mondiale utilisent la médecine traditionnelle (Organisation Mondiale de le Santé, 2001, cité par Ministère de la santé et de la lutte contre le sida, 2014).

En outre, une certaine légitimation de ces pratiques médicales est mise en place par le législateur à travers la création du programme National de Promotion de la Médecine Traditionnelle, par un arrêté ministériel du ministère en charge de la santé, sous le n° 409 du 28 décembre 2001 (Ministère de la Santé, 2014). Dans un tel contexte, marqué par l'usage des savoirs médicaux locaux dans la prise en charge des morbidités par les populations, d'une part, et par la légitimation de ces pratiques par les pouvoirs publics, d'autre part, il nous apparaît judicieux de nous interroger sur l'avènement de la couverture maladie universelle dans le district de Béoumi. Des interrogations découlent de cette réflexion, à savoir :

- Quels sont les déterminants socioculturels de la mise en œuvre des activités de la CMU à Béoumi ?
- Comment les populations de Béoumi perçoivent-elles l'avènement de la CMU dans leur localité ?
- Comment se comportent-elles quant à la mise en place de la CMU ?

Cette étude vise à documenter les perceptions et les comportements des populations de Béoumi à l'égard de la mise en place de la CMU dans leur localité. L'objectif est de mettre en lumière les déterminants de la mise en œuvre des activités de la CMU, afin d'adapter les stratégies nationales d'appropriation de l'assurance maladie par les populations.

2. Matériels et méthodes

2.1 Site de l'étude

Notre étude s'est déroulée dans le département de Béoumi, situé au centre de la Côte d'Ivoire. Béoumi est situé dans la région de GBEKE à 54 Km du chef-lieu de région qui est Bouake, à 117 Km de Yamoussoukro capitale politique et à 352 Km d'Abidjan capitale économique de la Côte d'Ivoire. De façon spécifique notre étude, s'est déroulée dans les localités dudit département qui offrent déjà les prestations de la couverture maladie universelle. Ce sont : la

ville de Béoumi, les sous-préfectures d'Ando-Kékrénou et Bodokro, ainsi que les structures sanitaires de ces différentes localités. Le choix de ces localités pour cette étude, se justifie par le fait qu'elles ont été choisies pour la phase pilote des activités CMU dans le district sanitaire de Béoumi. Par ailleurs, ces trois localités constituent de loin des zones abritant le plus grand nombre de personnel administratif. À savoir : une forte concentration de fonctionnaires et agents de l'Etat, car ces localités disposent de la quasi-totalité des services sociaux de base (Mairie, service de sécurité, Santé, Education, centre social), le tout associé à une importante activité économique.

2.2 Type d'étude et période de l'étude

Cette étude est de type exploratoire et descriptive, elle a été menée entre Mars 2024 et Janvier 2025.

2.3 Population d'étude et sélection des participants

Les unités d'observations de cette étude sont constituées autour de quatre entités. Ce sont les agents CMU, le personnel de santé, les thérapeutes traditionnels, ainsi que les populations des zones étudiées. Cette étude s'inscrit dans une approche mixte, c'est-à-dire elle allie les méthodes qualitatives et quantitatives. Elle vise à explorer les dynamiques socioculturelles concernant la mise en œuvre de l'assurance maladie chez les populations de Béoumi. Seules les personnes âgées de 18 ans et plus, résidant de façon permanente sur les sites d'enquête, ont été incluses dans l'étude.

Concernant l'approche qualitative, nous avons eu recours à l'échantillon par choix raisonné. Pour N'da (2015), l'échantillon par choix raisonné repose sur le jugement du chercheur qui fait le tri des cas à inclure dans l'échantillon répondant de façon satisfaisante à sa recherche. Cette technique a facilité la sélection des personnes-ressources dont l'expertise et l'expérience en lien avec l'objet d'étude garantissaient la qualité et l'exhaustivité des informations recueillies. Ce sont les agents CMU, le personnel de santé, et les thérapeutes traditionnels. Ainsi 06 thérapeutes ont été interrogés en raison de deux par aires sanitaires, un agent CMU par aire de santé, ainsi que deux personnels de santé par structure de soin.

S'agissant de la méthode quantitative, la détermination de l'échantillon a été obtenue en utilisant la formule de (Cochran, 1977) pour une population infinie à savoir :

$n = (Z^2 * p * (1 - p))/e^2$.

- n : taille de l'échantillon
- z : correspondant au niveau de confiance choisi avec 95% (1,96)
- p : proportion estimée de la population cible composée des trois secteurs d'activités (travailleurs publics et privés, paysans, secteurs informels). 0,5
- e : marge d'erreur tolérée. Notre marge d'erreur a été fixée 6,2%.

Les contraintes budgétaires nous ont conduits à limiter l'échantillon à 250 personnes, ce qui implique une marge d'erreur à 6,2%.

$$n \begin{cases} 1{,}96^2 \times 0.5 \times 0.5 / 0{,}062^2 \\ 3.8416 \times 0{,}25 / 0.062^2 \\ 0.9604 / 0.0038446 \end{cases} = 249.84$$

Sur cette base, notre échantillon est de 249, 84 soit 250 enquêtés.

Le choix des personnes à interroger s'est fait au moyen d'un échantillon aléatoire. Cette technique est dite non probabiliste parce qu'elle permet au chercheur de choisir les enquêtés sur la base de ceux qui se présentent à lui. Au total, 250 personnes issues des différents secteurs d'activité de nos sites d'étude ont été interrogées. Le tableau ci-après présente le récapitulatif des personnes interrogées par secteur d'activité.

Tableau 1: Récapitulatif de l'échantillon quantitatif

Catégories d'acteurs	Nombre de personnes à interroger	Total
Sous-groupe 1 (Travailleurs secteurs publics et privés formels)	*100*	250
Sous-groupe 2 (Travailleurs secteurs informels)	100	
Sous-groupes 3 (Les paysans)	50	

Source : notre étude 2024

2.4 Collectes des données

La recherche documentaire, l'entretien semi-directif, et l'administration d'un questionnaire ont été mobilisés comme techniques d'investigation pour atteindre les objectifs de cette étude. Concernant la recherche documentaire, une grille de lecture a permis de consulter des documents officiels sur la mise en place des systèmes de protection sociale en santé. Avec comme objectif, la compréhension globale des enjeux qui sous-tendent cette politique novatrice d'offre de soins de santé dans les pays en développement.

S'agissant des entretiens individuels, ils ont été réalisés à l'aide d'un guide d'entretien dans l'optique de recueillir les informations sur l'aspect organisationnel de la CNAM, les perceptions sur le fonctionnement des activités de la CMU. Sur le plan opérationnel, la durée des entretiens variait entre 30 et 45 minutes pour la plupart. La collecte des données s'est appuyée sur un bloc-notes et un enregistreur de téléphone portable. Les entretiens ont été interrompus lorsque les données recueillies sont devenues redondantes, témoignant ainsi le seuil de saturation des données.

Ces entretiens nous ont permis de cerner la gestion des états morbides au sein des communautés locales, ainsi que la compréhension de la notion de la prévoyance du risque maladie par ces dernières. Ils visaient la compréhension de la mise en œuvre de la CMU dans un contexte marqué par une gestion de la maladie offrant une multitude d'approche thérapeutiques.

Enfin, l'administration du questionnaire nous a permis de quantifier les perceptions des populations relatives à la mise en place de la CMU, d'appréhender leurs rapports globaux avec la mutualité, les questions de prévoyance du risque maladie, ainsi que l'existence des canaux thérapeutiques liés à la gestion des états morbides.

2.5 Traitement et analyse des données

L'analyse des données qualitatives s'est faite après la codification des entretiens et la saisie des données recueillies sur le terrain. Ainsi, cette analyse a suivi l'approche thématique selon les

principes de (Braun et Clarke, 2006), combinant un codage ouvert, une catégorisation progressive et la structuration des données suivant nos objectifs de recherche.

Les données quantitatives collectées pendant la phase de terrain ont été également analysées afin d'en tirer le maximum d'informations. Pour ce faire, nous avons fait usage de l'analyse assistée par ordinateur. La codification du questionnaire et la saisie des données au moyen du logiciel Sphinx, nous ont permis également de faire de la statistique descriptive en confectionnant des tableaux et des diagrammes pour assurer une meilleure visibilité des résultats

2.6 Considérations éthiques et administratives

En termes ce considération éthique, l'ensemble des principes de la recherche qualitative ont été respectés. Notamment, les autorisations de recherche émanant de la préfecture de Béoumi (Avis N°054/PFBMI/SG). Un consentement préalable a été demandé et obtenu auprès de nos enquêtés. Tous les enquêtés ont consentis à participer à cette étude et ont été informés de leur droit de se retirer à tout moment. Leur anonymat a été respecté à travers l'attribution de pseudonyme.

2.7 Limites de l'étude

Cette étude présente quelques biais méthodologiques. La taille de l'échantillon, ainsi que l'approche qualitative ne sauront permettre une certaine généralisation de ces résultats à l'échelle nationale. Par ailleurs, cette étude étant de type exploratoire et descriptif n'a fait qu'aborder un pan de la problématique liée à la mise en œuvre à grande échelle des régimes assurantiels à travers les pays du Sud. Des perspectives de recherches futures pourraient être envisagées.

3 Théorie d'analyse des données

La théorie du choix raisonné a été mobilisée pour cette étude. Selon Boudon (2004), la théorie du choix rationnel est une variante de l'individualisme méthodologique et se base sur trois postulats. Ainsi, pour l'auteur le postulat de la rationalité part du principe que l'acteur adhère à une croyance, ou entreprend une action parce qu'elle a du sens pour lui. Autrement dit, la cause principale des actions, des croyances de l'acteur réside dans le sens qu'il leur donne plus précisément dans les raisons qu'il a de les adopter.

L'intérêt de la théorie du choix raisonné dans cette étude se justifie par le fait qu'il met l'acteur (les populations) au centre de la bonne marche des activités de la CMU. En effet, cette théorie nous a permis de comprendre comment l'organisation du système médical d'avant CMU et le niveau d'organisation des activités de la couverture maladie engendrent des perceptions chez celles-ci. Lesquelles perceptions génèrent des comportements à travers leur participation en terme d'utilisation de la carte CMU, en terme d'adhésion au mécanisme assurantiel. Ainsi, au niveau des structures de soin, cette théorie a facilité la compréhension de l'idée d'adhésion des populations à la CMU. Celle-ci était liée aux défis organisationnels de la CMU, ainsi qu'aux difficultés du système sanitaire.

4 Résultats

4.1 Perceptions sociales des populations relatives à la mise en œuvre des activités de la CMU

4.1.1 Acceptation globale de la mise en œuvre des activités de la CMU

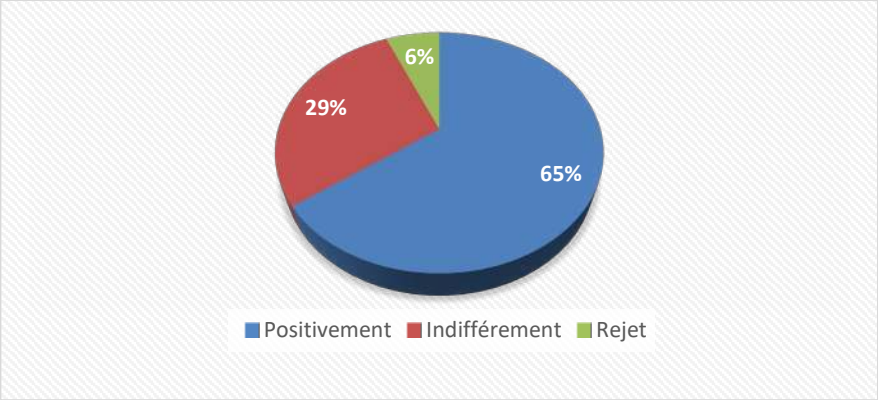


Figure 1 : Réactions des populations face à la mise en œuvre de la CMU

L'analyse de ce graphique relève que, plus de la moitié des enquêtés réagissent positivement à la mise en place de la couverture maladie universelle à savoir : 163 enquêtés sur 250 soit 65%. Ensuite, 29 % des enquêtés soit 72 sur 250 manifestent une certaine indifférence face aux activités de la CMU. Enfin 6% des enquêtés soit 16 sur 250 manifestent un rejet face à la mise en œuvre de celle-ci. La tendance selon laquelle la majorité des enquêtés aurait une opinion favorable à la mise en œuvre des activités de la CMU est confortée par les propos de cet agent CMU. Celui-ci a affirmé ceci :

> « *Les populations manifestent un intérêt positif et un enthousiasme relativement à notre avenue dans leur localité, certaines d'entre elles y ont été informées à travers la télévision donc elles étaient plus ou moins informées de la CMU* » (N B B, Agent CMU, entretien Mai 2024)

L'analyse de ce verbatim laisse présager un accueil favorable des populations relatif au déploiement des activités de la CMU à Béoumi. Elle met en relation l'impact des médias dans la communication des masses autour des activités de ce mécanisme assurantiel. Cette réaction positive des enquêtés vis-à-vis de l'assurance maladie s'inscrit dans la dynamique institutionnelle de garantir un accès inclusif des populations aux structures de soin. Cela se justifie par la forte proportion des populations dépourvues de système couverture risque sanitaire dans les pays en développement.

En Côte d'Ivoire, plus de 90% de la population ne bénéficie d'aucune couverture du risque financier lié à la maladie, si bien que les paiements directs sont importants et constituent des sources d'appauvrissement pour les populations (Bissouma-Ledjou et al, 2015). Ainsi, cette attitude positive porte les marques d'un optimisme face au défi croissant d'accès aux soins de santé.

4.1.2 Perceptions mitigées des populations face aux défis multiples liés aux activités de la CMU

L'avènement des activités de la CMU au niveau du district sanitaire de Béoumi a suscité une vague d'espoir chez les populations dans la dynamique d'un éventuel soulagement face à la résolution de leur problème de santé. Face aux discours relatifs à cette assurance santé émanant des autorités, celles-ci ont laissé émerger en elles une lueur d'espoir. Cependant, cet optimisme s'est mué en un scepticisme face aux difficultés relatives à la conduite des activités. Les propos émanant de cet agent d'accueil CMU met en évidence les ressentis mitigés de la population face à la CMU. Voici ce qu'il dit :

> « *Même si une certaine frange de la population est porteuse d'espoir face à la mise en place de la CMU en se référant aux discours des autorités, d'autres par contre sont un peu septiques ou ne croient pas du tout à la CMU. Elles lient cela à la corruption ou encore à plus un discours politique qu'une certaine réalité du projet* ». (Y I, Agent CMU, entretien Mai 2024)

Ce scepticisme porté par les populations transparait dans les propos de ce leader communautaire. Voici ce qu'il dit en substance :

> « *Cette affaire de CMU là, on attend de voir d'abord avant de se prononcer. Dans ce pays-là, il y a eu trop de projets Dieu seul sait où en est-on avec ces projets. Souvent même, c'est ceux qui doivent mettre en œuvre le projet qui le tue à travers leurs comportements. Sinon tel que les autorités ont communiqué là-dessus si ça pouvait être comme ça, ça allait vraiment nous arranger. On espère que cette fois-ci ça va marcher* ». (KKA, Leader communautaire, entretien Juillet 2024)

> « *Moi, j'ai fait la demande pour avoir la carte depuis 5 mois ; je n'ai toujours pas reçu ma carte et je ne suis pas le seul dans ce cas ».* (YAI Cultivateur, entretien Mai 2024)

> « *Depuis, cette histoire de CMU est arrivée on n'arrive pas à avoir nos médicaments comme par le passé avec notre carte MUGEFCI. Plusieurs médicaments ne passent pas, en tout cas moi je trouve cela très insuffisant* ». (T M, Instituteur, entretien Août 2024)

L'analyse de ces propos ci-dessus laisse transparaitre des avis mitigés relativement à la mise en place de la couverture maladie universelle. Ces propos prennent la connotation d'un optimisme porté par les populations sur fond des discours prononcés par les autorités. En revanche, celles-ci émettent des réserves face aux défis liés à la gouvernance du système sanitaire.

Deux raisons peuvent ressortir de ce scepticisme des populations. De prime à bord, l'on peut évoquer les défis structurels du système de santé ivoirien, notamment l'insuffisance du budget alloué au secteur de la santé, les ruptures fréquentes des médicaments au niveau des formations sanitaires, la vétusté et l'insuffisance du plateau technique, ainsi que les faiblesses au niveau des ressources humaines. Car il convient de le rappeler, les ressources financières allouées au secteur sanitaire figurent parmi les plus bas de la sous-région ouest africaine (Ministère de la santé et de l'hygiène publique, 2019). En dépit d'une constante augmentation du budget général de l'Etat au cours de ces dernières années.

La seconde raison tient principalement à la perception que les populations ivoiriennes ont de l'institution hospitalière. Cette perception est altérée par des scandales récurrents, mêlant corruption et manque d'accueil au sein des structures de soins.

En clair, les éléments constitutifs du système de santé, ainsi que l'environnement des soins, sont indexés dans ce contexte de mise en œuvre de la CMU. Le rôle des pouvoirs publics est convoqué, à travers une gouvernance qui tienne compte des aspirations des populations en matière d'accès aux soins de santé.

4.1.3 Incompréhension du système assurantiel par certains enquêtés

La généralisation du système de risque sanitaire au bénéfice des populations ivoiriennes, comme nous l'avons signifié en amont, s'accompagne de son lot d'incompréhensions quant aux différents mécanismes régissant son fonctionnement. À Béoumi, cette nouvelle approche sanitaire, initiée par les pouvoirs publics pour faciliter leur accès à des soins de santé de qualité, n'est pas sans conséquences pour elles. Ces dernières accueillent les orientations et le fonctionnement de la structure chargée de déployer la CMU avec beaucoup de réserves, ce qui suscite des réactions de méfiance. Ces propos ci-dessous émanant de ces différents enquêtés en témoignent :

> *« Moi je vends au marché ici, quand l'affaire du CMU est, mes frères m'ont dit de faire aussi, que c'est bon. Là, le jour, je suis malade. je vais pas trop payer cher si je paye mes 1000 f chaque mois. Et c'est ce que je fais depuis 1 an, pour moi et mes 3 enfants, mais maintenant, depuis un an, ni moi ni mes enfants, personne n'est tombé malade, or, chaque mois, on doit payer. Or deux jours-là ça va pas et puis aussi personne ne tombe malade donc j'ai plus payer* ». (O B, Vendeuse au marché, entretien Août 2024)

Il ressort de l'analyse de ce verbatim, une méconnaissance chez les personnes interrogées du mode opératoire du dispositif assurantiel qu'est la CMU. Deux raisons peuvent expliquer cette incompréhension du fonctionnement du principe assurantiel. La première fait référence à l'approche nouvelle que représente l'assurance maladie dans l'imaginaire collectif des populations ivoiriennes.

En effet, l'assurance maladie a toujours été un luxe pour la plupart des populations ivoiriennes. Celle-ci a toujours été associée à des organisations corporatives ou professionnelles à l'image de la MUGEFCI. Cette frange de la population est plus ou moins renseignée sur le mode de fonctionnement mutualiste. Contrairement à celles issues de l'économie informelle. Selon l'Agence nationale de la statistique (2024), en 2021 seulement un individu sur 19 (5,3%) était couvert par une assurance maladie en Côte d'Ivoire. Le taux de couverture en assurance maladie est plus élevée à Abidjan (13,7%). Dans les autres centres urbains, il représente un individu sur 20 (4,9%). Par contre en zone rurale, c'est seulement 1,8% de la population qui est couvert par une assurance maladie.

En outre, la faible proportion des sociétés de courtage en assurance et de couverture des risques sociaux dans le pays pourrait expliquer cette méconnaissance du mode de fonctionnement assurantiel par les populations. En 2018, d'après l'Agence ivoirienne de Régulation de la Mutualité Sociale (AIRMS), le pays comptait 61 mutuelles (Ministère de l'emploi et de la

Protection sociale, 2019). Par ailleurs, un sentiment de méfiance des populations vis-à-vis des compagnies d'assurances existe depuis des lustres au sein des communautés.

La seconde raison peut être associée à un déficit de communication dans les activités de la CMU. À ce sujet, Kouame (2025) révèle l'insuffisance de la communication des activités de la CMU auprès des mutualistes de la MUGEFCI. Créant ainsi, un sentiment de méfiance et de défiance vis-à-vis des réformes apportées à la suite de l'arrimage de la CMU à la MUGEFCI. En clair, cet état de fait semble refléter l'absence réelle d'implication des bénéficiaires de l'assurance maladie dans la conception du projet CMU.

4.1.4 Aptitude à ne pas tomber fréquemment malade comme une justification à ne pas aller vers la CMU

La mise en place de tout système de protection sociale, notamment celui couvrant les risques sanitaires ou les aléas de la vie courante, met en relation deux entités. À savoir : d'un côté, l'assuré et la compagnie d'assurance. Pour la première cité, il s'agira de respecter sa part du contrat afin de bénéficier des avantages liés à son statut. Ce mécanisme repose sur le principe du tiers payant partiel, à savoir : l'assuré paie le service avant d'attendre une éventuelle indemnisation en cas de sinistre. Cette situation ne favorise pas le recours à la CMU chez certains de nos enquêtés. Les propos émanant de cette enquêtée en disent assez :

« *Moi, je ne tombe pas malade comme ça, donc aller cotiser, sachant que je me connais, et je vois ça comme je jette mon argent* ». (K M Mécanicien, entretien juillet 2024)

À un autre d'ajouter ceci :

> « *Moi par exemple, j'ai trois enfants et ma femme, donc ça fait 5000 F que je dois cotiser par mois, or souvent je peux faire un an même sans aller à l'hôpital pour maladie, mes enfants même c'est la même chose, donc quand je vois ça c'est comme en payant les 5000/ Mois c'est comme si je dépenserai plus. Aussi, c'est quand les enfants mêmes sont malades je dépense pas aussi beaucoup, donc c'est comme en le faisant je vais perdre* » (Y K A, Maçon, entretien Juin 2024)

L'analyse du verbatim ci-dessus met en évidence une incompréhension certaine du fonctionnement des mécanismes de couverture du risque sanitaire au sein des populations. En effet, les prépaiements effectués dans le cadre des régimes assurantiels constituent le socle du principe assurantiel. A savoir le futur assuré paie une assurance, une couverture risque en vue de bénéficier d'une probable assistance le cas échéant. En tenant également compte du délai, sinon de la période couverte par ce mécanisme.

Cette conception assurantielle retentit dans la mémoire d'un certain nombre de nos enquêtés. Ceux-ci ont du mal à intégrer ce fonctionnement de l'assurance, d'une part, et, d'autre part, vont juste jusqu'à évaluer le coût de leur contribution différente aux cotisations CMU par rapport à leur dépense « habituelle » de santé. Les raisons pouvant expliquer cet état de fait se résument à la non-intégration des événements de santé comme des faits de vie, qui nécessiteraient, par voie de conséquence, une certaine anticipation compte tenu de leur imprévisibilité. À ce sujet, il convient de rappeler le faible taux d'adhésion des populations aux programmes sanitaires s'inscrivant dans une telle logique de prévoyance du risque de maladie.

Selon le RASS (2020), tous les indicateurs de soins préventifs et promotionnels chez les enfants de moins de 5 ans ont enregistré de mauvaises performances en 2020. À cela s'ajoute la dureté des conditions de vie des populations, marquée par un contexte de vie chère qui induit une hiérarchisation des besoins sociaux au détriment de la prévoyance.

5 Comportements de populations relatifs aux activités de la CMU

5.1. Absence de culture mutualisée chez les populations

Dans cette rubrique, nous voulons mettre en exergue la tendance selon laquelle les populations sont enclines à recourir à l'assurance maladie en général et à la couverture maladie universelle en particulier.

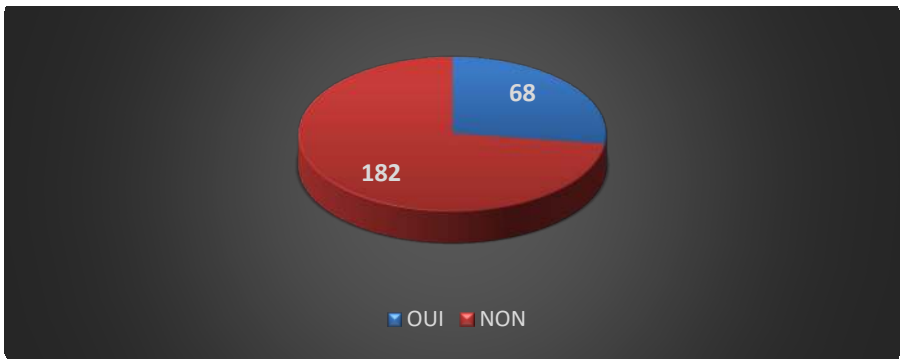


Figure 2 : Proportion des enquêtés ayant une assurance santé autre que la CMU
Auteur : Notre étude, 2024

L'analyse de ce graphique révèle que, plus de la moitié des enquêtés déclarent ne pas avoir une assurance santé avant la mise en œuvre de la CMU à savoir 182 sur 250 soit 73%. En revanche, 68 enquêtés sur 250 soit 23% affirment posséder une assurance santé autre que la CMU. A travers cette analyse, nous constatons que la possession de l'assurance santé ne fait pas partie des habitudes des populations. Cette situation pourrait s'expliquer par la méconnaissance de ce type d'offre de soins de santé au sein des populations du département de Béoumi. Mais aussi, en raison du fait que la population de cette localité est majoritairement composée de paysans et d'autres travailleurs du secteur informel. Cette frange de la population ne bénéficie pas de mécanismes de couverture sociale et sanitaire, en raison des orientations des systèmes de protection sociale dans les pays en développement, axés sur le modèle bismarckien.

En analysant cette rubrique, nous voulons comprendre la proportion de populations qui n'ont pas recours à l'assurance santé dans ce contexte de mise en œuvre de la CMU. Cette tendance est corroborée par les dires de cet habitant de l'un de nos sites d'enquête

> *« Depuis que nous sommes dans notre village, on n'a jamais vu d'association où l'on cotise de l'argent pour se soigner. Souvent, c'est quand il y a un décès, un mariage ou une dot qu'on se cotise entre nous pour soutenir la personne. Ce genre de chose-là, il y en a plein ici. »* (K A M, paysan, entretien Mars 2024)

À un autre de renchérit en ces termes :

> *« En tout cas, nous-mêmes en voit que on est plus tourné vers les choses comme les funérailles, ou bien mariage ou bien baptême. Mais côté maladie ce n'est pas le cas.*

Côté maladie là ce n'est pas facile, souvent même tu es malade tu vois un frère il n'a qu'a t'aider à te soigner, il ne va pas faire. Mais dès qu'il y a la mort ou l'argent est parti ça va sortir. On ne sait pas pourquoi c'est comme ça mais on est venu trouver ça comme. Souvent même on se demande pourquoi c'est comme ça. » (Y L, Leader communautaire, entretien Avril 2024)

L'analyse de ces verbatim ci-dessus laisse entrevoir chez les populations une certaine attitude à recourir à une sorte de solidarité portée plutôt vers des évènements comme le mariage, les baptêmes ou encore autour des cérémonies funéraires. En revanche, cette solidarité est quasi inexistante lorsqu'il s'agit de la prévoyance du risque maladie. Cette conception s'inscrit dans le rapport à la prévoyance propre aux sociétés africaines. Celles-ci admettent difficilement l'éventualité d'un problème de santé, ce qui est contraire à l'esprit du fonctionnement assurantiel.

À cela s'ajoutent les réseaux de soutien autour de maladie et de la mort au sein des communautés africaines. En effet, la solidarité autour de la maladie en Afrique se construit autour des raffermissements des liens sociaux. Par exemple, être au chevet d'un malade ou en encore une visite hospitalière. Cette solidarité s'inscrit dans une approche psycho-affective et morale. De plus, le coût de la maladie et sa chronicité freinent le soutien financier extérieur.

En revanche, la mort, quant à elle, a un poids symbolique et social. Il est symbolique parce qu'il constitue un passage obligé pour tous et suscite un sentiment d'empathie à l'égard de l'âme du défunt et de ses proches. Cette situation suscite, chez les uns comme chez les autres, une certaine solidarité face à la situation affligeante. En tout état de cause, la solidarité africaine est solide et forte, cependant, elle est caractérisée par son manque d'anticipation relative à la maladie, socle de la prévoyance.

4.2. Dessaisissement des populations relatif à la carte CMU

Les limites observées à la suite de l'initiative de Bamako, marquée par l'instauration des coûts des actes de santé dans les formations sanitaires, ont amené les pouvoirs publics en Côte d'Ivoire à soutenir les mécanismes de prépaiement. Cette initiative vise à réduire la difficulté susmentionnée grâce à l'utilisation de la carte CMU. Cependant, le constat est tout autre. Une appropriation impérieuse de ladite carte par les usagers des services de soins est perceptible, comme l'atteste le tableau ci-après.

Tableau 2 : Aperçu des activités liées aux prestations de la CMU dans nos sites d'enquête

Période	Nombre de consultant	Nombre de consultants utilisant la carte CMU	Proportion des utilisateurs de la carte CMU
Trimestre 1 2023	*9096*	220	2,19%
Trimestre 2 2023	10 713	241	2,24%
Trimestre 3 2023	7627	117	1,53%
Trimestre 4 2023	DONNEES NON PERCUES		
Bilan annuel	27 463	558	2,03%

Source : Enquête de terrain 2024

L'analyse de ce tableau nous donne un aperçu des activités de la CMU réalisées au sein de nos zones d'étude. Ce tableau met en relief une sous-utilisation des services de la CMU. A savoir sur 27 436 consultants reçus au cours de l'année 2023 (Hormis données T4) au sein de nos quatre structures, seulement 558 ont présenté leur carte CMU soit 2, 03% comme taux d'utilisation. Cet état de fait traduit une difficile intégration de la carte CMU chez les usagers des structures de soins. Cette tendance selon laquelle, la carte CMU souffre d'une intégration difficile dans les usages thérapeutiques des populations est corroborée par le témoignage de cet agent CMU :

> Je cite : « *Il faut dire que la proportion des assurés CMU qu'on reçoit par mois tourne autour 6 patients sur 600 consultants qu'on reçoit mensuellement. Et en général, ce sont tous des fonctionnaires* ». (N B B, Agent CMU, entretien Mai 2024)

Ce verbatim met en évidence un non-recours à la carte CMU parmi les populations de Béoumi, particulièrement visible dans leurs trajectoires de soins. Cela se traduit par un faible ratio de consultants par rapport aux utilisateurs de cette carte. Mieux une sélection involontaire se perçoit à travers le profil des usagers de cette carte. Cet état de fait met en lumière la forme classique des utilisateurs des mécanismes assurantiels sous nos tropiques. C'est-à-dire une assurance portée par les fonctionnaires, agents de l'Etat et travailleurs du secteur privé formel.

Par ailleurs, le dessaisissement de la carte CMU dont se rendent complice les populations pourrait compromettre le dispositif assurantiel. Notons que le financement des activités de la CMU s'appuie sur la mutualisation des risques sanitaires, pilier de l'assurance maladie. En effet, selon le législateur ivoirien le financement des activités de la CMU repose sur une source étatique orientée vers la prise en charge des personnes indigentes et une autre à partir des cotisations au régime contributif. Dès lors, cette situation pourrait compromettre non seulement le financement desdites activités, mais aussi la pérennité de l'assurance maladie.

4.3. Usage détourné de la carte CMU

La finalité de la carte CMU aux dires des autorités sanitaires est réservée exclusivement à l'usage sanitaire, c'est-à-dire dans l'optique de bénéficier des soins et actes de santé. Cependant, un autre usage s'est constitué chez les populations de Béoumi, reléguant ainsi le rôle original de cette carte à d'autres fins. Cet état de fait transparait dans les propos de cet enquêté, il affirme ceci :

> « *Moi, je suis fonctionnaire et j'ai mes assurances de santé que j'ai contracté çà et là, honnêtement je n'ai pas grand-chose à faire de cette carte. Mais vu que l'Etat exige la possession de cette carte pour les concours professionnels, je me devais de m'en procurer sinon, je l'ai depuis deux ans, mais je l'ai jamais utilisé, ça me sert donc pour mes formalités administratives dans le cadre de mes concours* » (Y K I, Enseignant, entretien Juillet 2025**)**

A cet autre enquêté d'affirmer ceci :

> « *Moi, sans vous mentir j'ai sollicité cette carte pour pouvoir récupérer mon permis de conduire, c'est une pièce qui est vraiment demandée lorsque tu vas pour récupérer ton permis, sans quoi je l'aurai pas fait* » (C M, Apprenti-chauffeur, entretien Août 2024)

Les récits ci-dessus mettent en avant un usage de la carte CMU en dehors de son rôle traditionnel qui lui est dévolu. Une telle situation contraste avec l'esprit du projet, notamment faciliter l'accès des populations aux soins de santé. Cette analyse traduit la non-intégration véritable de la carte CMU par certains usagers notamment les fonctionnaires, comme une priorité. Deux tendances peuvent se dégager à travers cette attitude.

La première pourrait s'expliquer par le fait que, les acteurs du monde professionnel en Côte d'ivoire sont détenteurs de mécanisme de couverture sociale autre que la CMU. De ce fait, ils disposent de d'autres alternatives de soins face à la maladie. Cet état de fait pourrait expliquer leur faible engouement face à cette nouvelle offre sanitaire. La deuxième raison pourrait s'expliquer à travers une éventuelle comparaison des prestations qu'elles reçoivent de leur assurance santé d'alors et celles proposées par la CMU. Une dévalorisation du panier de soin de la CMU par rapport à leur première assurance santé pourrait justifier cette mise à l'écart de la carte CMU par ces derniers.

Toutefois, cette situation traduit le non-alignement des populations avec l'esprit du projet CMU. Entre autres, autour du principe de l'assujettissement obligatoire et de la complémentarité de la CMU avec les autres mécanismes assurantiels préexistants.

4.4. Paysage sanitaire hétéroclite

L'avènement d'un état pathologique au sein de toute communauté humaine vient avec son lot d'interrogation face à celui-ci. Ces interrogations donnent lieu à diverses interprétations du mal voire de l'inconfort vécu par le malade et les siens. Ainsi, différents moyens sont mis en œuvre en vue de congédier le mal. Ces moyens aussi divers et variés sont sujets à des pratiques médicales qui sont distinctes les unes par rapport et autres. Dans le district sanitaire de Béoumi plusieurs canaux thérapeutiques s'offrent aux populations. Conventionnels ou pas, ils répondent à la même logique, notamment résoudre un problème de santé. La rubrique ci-après donne un aperçu des différents recours aux soins des enquêtés.

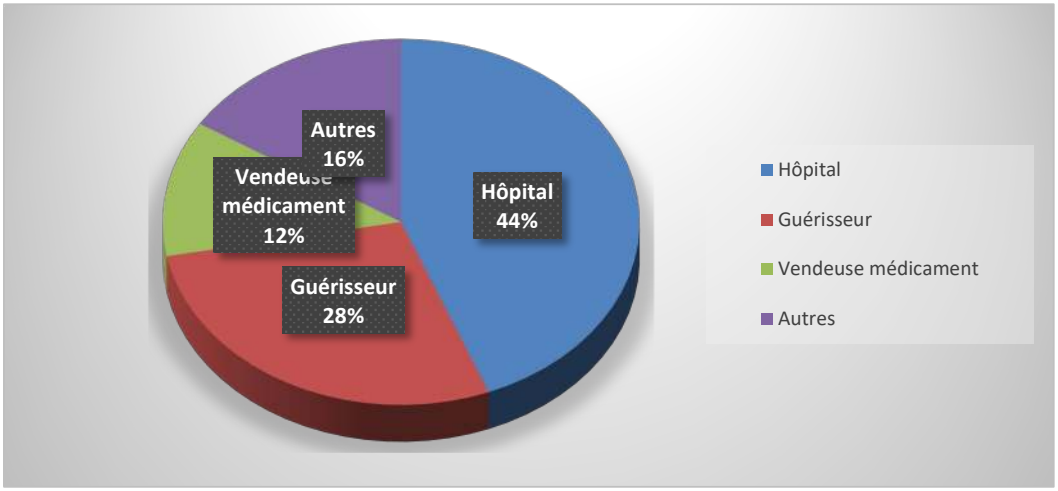


Figure 3 : Recours aux différents moyens thérapeutiques face à la maladie

Auteur : Notre étude, 2024

L'analyse du graphique met en évidence que 110 enquêtés sur les 250 affirment recourir au système médical conventionnel (Hôpital) pour des soins de santé soit 44%. Ensuite, 70 enquêtés

sur les 250 affirment quant à eux recourir aux thérapeutes traditionnels pour un problème de santé soit 28%. 40 enquêtés sur 250 soit 16% déclarent recourir à d'autres formes thérapeutiques face à la maladie regroupées sous le vocable autres. Enfin, 30 enquêtés sur 250 quant à eux disent recourir chez les vendeuses de médicaments pour un problème de santé soit 12%. La tendance selon laquelle, certains enquêtés affirment recourir à d'autres types de soins de santé face à la maladie se perçoit à travers les propos des enquêtés. Pour certains enquêtés interrogés, le recours aux structures de soins de santé en cas de maladie n'est pas systématique. Ceux-ci l'indiquent à travers le verbatim ci-dessous :

> « *Quand nous tombons malades ou si nos enfants ne se porte pas bien on ne va pas à la l'hôpital en même temps. Nos parents connaissent souvent des médicaments indigénats contre certaines maladies. Donc, on n'essaie de gérer avec ça d'abord pour voir. Souvent quand, tu prends tu vois que tu es guéri donc tu peux plus partir à l'hôpital encore* ». (K K P, Couturier, entretien Avril 2024)

D'autres évoquent à leur niveau une mise en avant de certaines pratiques pour se soigner. C'est notamment le cas de l'achat des médicaments chez des personnes non agrées à ce type de profession ou tout simplement par l'automédication. Les propos de cet enquêté en donne un aperçu :

> « *Souvent quand on est malade, on achète les médicaments chez les femmes là, et quand tu prends tu guéris. Dès fois après ça tu ne vas plus à l'hôpital. Souvent aussi, tu prends ça ne va pas. Quand toi-même tu vois que tu ne guéris pas, c'est ça tu vas voir le docteur* » (K S, Aide Maçon, entretien Juin 2024)

L'analyse de ces propos ci-dessus met en exergue un pluralisme médical auquel s'adonnent les populations. Celles-ci sont adeptes de pratique médicale mettant en avant les savoirs médicaux locaux d'une part et de d'autre part le recours à l'automédication. Leurs comportements sont empreints d'une recherche de soins face à l'avènement de la maladie. Le recours à la médecine conventionnelle n'est pas systématique donc ancré dans leur pratique quotidienne avec la maladie. Mieux le recours au système médical conventionnel n'est envisageable que lorsque, leur problème de santé n'a pas connu une certaine résolution à travers leur pratique médicale susmentionnée.

Les raisons qui sous-tendent cet état sont de diverses ordres. De prime à bord, il convient de rappeler la diversité d'approches thérapeutiques à laquelle sont exposées les populations ivoiriennes. Cet état de fait traduit que la CMU ne s'implante pas sur un terrain neutre. Bien au contraire, elle s'imbrique dans un écosystème de soins déjà saturé d'acteurs et de logiques aussi diverses que variées. En effet, le terrain africain est propice à la multiplication des canaux thérapeutiques. Les barrières financières à l'accès aux soins renforcent davantage le recours des populations à ces canaux thérapeutiques non conventionnels. Ainsi, le marché des médicaments falsifiés et de qualité inférieure apparait comme une alternative thérapeutique pour les populations étant en situation de précarité financière face à la maladie (Sinan et al, 2017).

De plus, la facilité d'accès à ces médicaments renforce le fléau. Selon le Ministère de la santé et de l'hygiène publique (2009), les lieux de ventes des médicaments illicites sont dispersés à travers tout le pays, mais le plus grand marché est celui de Roxy situé à Abidjan (Commune

d'Adjamé). A cela s'ajoute, les insatisfactions des usagers vis-à-vis du système médical classique qui ouvrent la voie au recours de certains patients vers ces canaux thérapeutiques (Ayatsé, 2025).

6 Discussion

6.1 Perception positive de l'assurance maladie noyée par des défis multiples

Les résultats de cette étude indiquent un accueil favorable des populations relatives à la mise en place de la CMU. Celles-ci sont animées par un enthousiasme de voir leur problème de santé connaitre une satisfaction. Cependant, cet optimisme est rattrapé par les réalités des défis qu'impose la mise en place des activités de la CMU. Ces difficultés mises en avant par cette étude, sont en conformité avec plusieurs études menées en Afrique de l'ouest relatives à la mise en place des régimes assurantiels. A titre illustratif, un article du quotidien français le Monde revient sur la décision des autorités de rendre obligatoire l'assurance maladie. Selon le journal, l'engouement porté par les populations s'est vite estompé au vu des difficultés constatées. Il dénonce des lourdeurs et défaillances de la procédure d'enrôlement, de l'immatriculation et l'obtention de la carte d'assuré.

Ces difficultés ont engendré des déceptions des nouveaux assurés du fait des nombreux obstacles d'accès aux soins et aux médicaments de la CMU, ainsi que la qualité médiocre des prestations. En outre, Vigan-Medji (2017) a mis en avant le manque d'organisation comme obstacle à la mise en œuvre de la RAMU au Bénin. En effet, l'auteur dénonce une structure organisationnelle non opérationnelle à travers un processus d'adhésion (enrôlement, récupération des cartes) long et laborieux. Ce qui pour l'auteur a comme conséquence des découragements et désistements de certaines personnes. De plus, Amalaman (2024), isole trois principales raisons du désintérêt des populations ivoiriennes vis-à-vis de la CMU. L'auteur pointe du doigt le manque d'information claire sur les avantages de la CMU, les difficultés d'accès au centre d'enrôlement, ainsi que des doutes sur la qualité des soins fournis par les prescripteurs CMU.

Toutefois, cette étude indique une certaine évolution des perceptions relatives à la mise en place de l'assurance maladie en Afrique. Malgré, une absence de culture mutualiste chez les populations.

6.2 Nécessité d'une communication autour du fonctionnement du principe assurantiel

Les résultats de cette investigation révèlent deux comportements chez les populations limitant le recours de celles-ci au régime de la CMU. Ces deux situations mettent en lumière une certaine incompréhension du fonctionnement des mécanismes assurantiels. L'incompréhension du fonctionnement de l'assurance maladie dans cette étude a été mise en avant par des études antérieures à la nôtre. Kagambega (2014), souligne que le manque de compréhension des mécanismes d'assurance, ainsi que le manque de confiance à l'endroit des compagnies d'assurances constituent des facteurs entravant l'adhésion des populations au système de couverture risque maladie.

En outre, notre étude se distingue par le fait que le comportement associé à la réticence de certains enquêtés de la CMU se perçoit à travers une « bonne santé apparente » qu'ils disent détenir. L'originalité de notre étude se perçoit à travers une nécessité de communiquer sur le

fonctionnement des régimes assurantiels, en vue de minimiser les échecs de l'implémentation de l'assurance maladie pour tous.

6.3 Besoin d'une conciliation des approches médicales modernes et traditionnelles

Les résultats révèlent une mosaïque d'approche médicales qui s'offrent aux populations dans leur rapport avec la gestion des états morbides. Cet état de fait est en conformité avec les travaux de Sossa (2010), qui souligne que l'offre de soins en Afrique n'est pas le monopole de la médecine moderne. En outre, hormis le pluralisme médical auquel sont exposées les populations, notre étude met en avant une réelle absence de culture mutualiste chez les populations dans leur rapport à la prévoyance du risque maladie socle du principe assurantiel.

À ce sujet Dussault et al (2006), soulignent que la prévoyance ne fait pas partie des valeurs qui sont systématiquement intégrées dans la culture des africains de l'ouest. Ils justifient cette situation par la dureté des conditions de vie. Toutefois notre étude se distingue par un certain mixage des approches médicales modernes et traditionnelles dans le comportement des populations dans leur rapport avec la gestion de la maladie. Cette dernière approche pourrait susciter une approche collaborative entres ces deux schémas thérapeutiques, en raison de la prédominance du recours à la médecine traditionnelle par les populations d'une part et de la légitimation de celle-ci par les instances nationales et internationales d'autre part.

7 Conclusion

En somme, cette investigation met en lumière les perceptions et comportements des populations de Béoumi relatifs à l'extension de la couverture maladie universelle au sein de cette localité. Cette étude met en avant une perception positive de la mise en place du système risque maladie au sein de cette communauté. Contrastant ainsi avec les idées reçues relatives à la notion de prévoyance du risque maladie caractérisé par une inadaptation de celle-ci avec leur réalité locale. En revanche, nonobstant cette perception positive, un scepticisme transparait chez ces dernières. Cet état de fait est la conséquence d'une multitude de défis tout azimut (lenteur dans la délivrance des cartes) et des défis sanitaires préexistants dont elles font face. En outre, une certaine incompréhension du principe assurantiel est perceptible chez celles-ci. La résultante du caractère exotique de ce type d'offre de soin dans le paysage sanitaire ivoirien d'une part et d'un déficit communicationnel d'autre part. De plus, notre étude révèle une absence de culture mutualiste chez les populations dans un environnement mettant en lumière une mosaïque de recherche de soin chez celles-ci.

Ces résultats mettent en avant l'approche multidimensionnelle que revêtent les notions de santé et de la maladie, ainsi que les différents moyens qui impliquent leur gestion au sein de la localité de Béoumi. Cette approche multidimensionnelle passe au prisme des perceptions et comportements des communautés locales, qui tiennent compte des approches modernes et traditionnelles en termes gestion des états morbides.

Par ailleurs, cette étude se veut un cadre de réflexion visant à éclairer les enjeux qui sous-tendent l'extension de cette politique novatrice d'accès aux soins de santé en Côte d'Ivoire. En analysant les perceptions et comportements des populations de Béoumi relatifs à la mise en œuvre de la CMU, notre étude se positionne comme une contribution à l'échelle nationale de l'extension de l'assurance maladie pour toutes les couches de la société ivoirienne. A travers

celle-ci un engagement beaucoup plus poussé des pouvoirs publics est indexé faces aux défis liés à la gouvernance du secteur sanitaire. Ainsi qu'une mise à contribution des communautés locales dans cette dynamique vers la CSU.

Remerciements

Nous tenons à exprimer notre profonde gratitude à notre Directeur de thèse, Professeur titulaire d'Anthropologie et de Sociologie à l'Université Alassane Ouattara de Bouake, par ailleurs Directeur scientifique du GREPSYS. Ses orientations et critiques enrichissantes nous ont énormément inspirés tout au long de notre cycle doctoral.

Conflits d'intérêts

En tant qu'auteur de cet article, je déclare n'avoir aucun conflit d'intérêt avec une tierce personne.

Références

Agence Nationale de la Statistique. (2024). Profil de la pauvreté de la Côte d'Ivoire 2021. Récupéré sur https://share.google/DtP2XyFF4niAyA4Lo

Amalaman, D., M. (2024). Perception de la couverture maladie universelle (CMU) par les populations en Côte d'Ivoire, Revue hybrides. https://share.google/fa0zE4Buw5oiDyMxs

Ayatsé, Y., M. (2025). Déterminants socio-économiques de la consommation des médicaments de rue en milieu rural ivoirien : cas des médicaments chinois dans le département d'Adzopé. ZaouliN°10, Vol. 2, Juin 2025, pp573-594. Récupéré sur https://share.google/iwl0JKxyRHNxu6jlD

Azaraoual, F. (2022). La vulnérabilité économique : le plus grand défi de l'Afrique (No 1958). Policy center for the New South.

Bissouma-Ledjou, T., Yokouidé, A., Gnamon, J., et Musango, L. (2015). Suivi des progress vers la couverture sanitaire universelle en Côte d'Ivoire: Analyse situationnelle de base. Récupéré sur, https://share.google/hTcE1uCa3nwW7HwFR

Boudon, R. (2004). Théorie du choix rationnel ou individualisme méthodologique* ? Revue du MAUSS, 24(2), Pages 281-309. https://doi.org/10.3917/rdm.024.0281

Braun, V., et Clarke, V. (2008). Using thematic analysis in psychology. Qualitative research in psychology, 3 (2), 77-101. https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa

Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM). Identité numérique et de la couverture maladie universelle de la Côte d'Ivoire : la visibilité du modèle. Récupéré sur, https://share.google/zVGy1OjhndePNBXOz

Cochran, W., G. (1977). Sampling techniques (3rd ed). Wiley. https://archive.org/details/samplingtechniq00coch

Dussault, G., Fournier, P., et Letourmy A. (2006). L'assurance maladie en Afrique francophone : Améliorer l'accès aux soins et lutter contre la pauvreté. Banque mondiale. DOI 10.1596/978-0-8213-6617-2

Fainzang, S. (2000). La maladie, un objet pour l'anthropologie sociale, pages 18.

Fonteneau, B. (2007). Protection sociale en Afrique : contribution de l'économie sociale et enjeux politiques. Communication aux VIIe rencontres du RIUESS, Rennes, Pages 24.

Kagambega, M., T. (2014). Les populations à faible revenu et la protection sanitaire au Burkina Faso : les conditions d'une adhésion des populations aux principes mutualiste, SociologieS. https:// doi.org/10.4000/sociologies.4721

Kouame, M., C., A. (2025). Perceptions des mutualistes de la MUGEFCI face aux réformes institutionnelles liées à l'implémentation de la CMU à Bouaké (Côte d'Ivoire). Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, 7(1), 298-312. https://doi.org/10.4314/rasp.v7il.22

Kouamé, K, G., Manan, G, E., et Tchetche, O., M. (2025). Déterminants de la sous-utilisation de la couverture maladie universelle dans les structures sanitaires de Béoumi (Côte d'Ivoire). Revue Internationale du Chercheur. 6, 4 (Déc. 2025).

Le Monde. « En Côte d'Ivoire, la CMU devient obligatoire malgré ses dysfonctionnements »,https://www.lemonde.fr/afrique/article/2022/10/13/en-cote-d-ivoire-la-cmu-devient-obligatoire-malgre-ses-dysfonctionnements_6145695_3212.html, consulté le 23 septembre 2024 à 20H 15

Merrien, F., X. (2013). La protection sociale comme politique de développement : un nouveau programme d'action international. International Development Policy| Revue internationale de politique de développement, (4.2), Pages 68-88. https://doi.org/10.4000/poldev.1519

Ministère de l'emploi et de la protection sociale. (2019). Conférence internationale mutualiste intitulée : « Le pari de la mutualité pour le 21 ème siècle ». Récupéré sur, https://share.google/kNdROSdGDN3qB4R

Ministère de la santé, de l'hygiène publique et de la couverture maladie universelle. (2021). Plan national de développement sanitaire 2021-2025. Récupéré sur https://share.google/IRWxfXLc1lksE7aM3

Ministère de la santé, de l'hygiène publique et de la couverture maladie universelle. (2021). Rapport annuel sur la situation sanitaire (RASS) 2020. Récupéré sur, https:// share.google/QsUYeB2Xz6o03mUse

Ministère de la santé et de l'hygiène publique. (2019). Financement de la santé : Dossier d'investissement 2020-2023, Pages 44. Récupéré sur https://share.google/VwZb14vyLd1WbVlad

Ministère de la santé et de la lutte contre le sida (2014). Politique nationale de promotion de la médecine traditionnelle. Récupéré sur https://share.google/4535igsYxCQYceqzE

Ministère de la santé et de l'hygiène publique. (2009). Politique pharmaceutique nationale. Récupéré sur, https://share.google/osyFn4JyNiqLlt6sy

N'da, P. (2015). Recherche et méthodologie en science sociales : Réussir sa thèse, son mémoire de master ou professionnel, et son article, L'Harmattan, 5-7, rue de l'Ecole-Polytechnique, 75005 Paris, p284. Récupéré sur, https://share. Google/LcHWPVTqiyzmfCXZg

Otoo, K., N., et Osei, B, C. (2014). Défis des systèmes de protection sociale en Afrique. *Alternatives Sud*, *21*(1), Pages 93-110

Séri Bi, N.U.V.S. (2023). Analyse critique de la mise en œuvre de la couverture maladie universelle (CMU) en Côte d'Ivoire. Revue de droit comparé du travail et de la sécurité sociale, (1), pp 172-175. https://doi.org/10.4000/rdctss.5484

Sinan, A., Coulibaly, Z., Konan, K., F., Traoré, S., et Camara, Z., L. (2017). Les consequences socio-économiques de la vente illicite des medicaments de "trottoir" dans la region du Poro et ses risques liés à la santé. International journal of Rural Development, Environment and

Health Research (UREH), Vol-1, Issue-3, Sep-Oct, 2017. https://dx.doi.org/10.22161/ijreh.1.3.8

Sossa, T. (2010). Couverture, financement et exclusion : L'assurance maladie en Afrique. Finance& Bien Commun, volume2, N° 37-38, p 94 -103. https://doi.org/10.3917/fbc.037.0094

© 2026 KOUAME, 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 8 (2)
ISSN: 1987-071X e-ISSN 1987-1023
Received, 4 March 2026
Accepted, 28 May 2026
Published, 9 June 2026
https://www.revue-rasp.org
To cite: Zangue, M.I. et al. (2026). Suivi communautaire en santé mentale à Yaoundé : une invitation à bâtir un modèle de soins de qualité en santé mentale au Cameroun. *Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, 8(2), pp.64-77.* https://doi.org/10.4314/rasp.v8i2.5

Research

Suivi communautaire en santé mentale à Yaoundé : une invitation à bâtir un modèle de soins de qualité en santé mentale au Cameroun

Community-based mental health monitoring in Yaoundé : an invitation to build a model of quality mental health care in Cameroun

ZANGUE Marcel Ilaire[1], ATAHUALPA Sosa Lopez[1], MENGUENE MVIENA Justine Laure[3]

[1]Département de projet de santé, Université Internationale Ibéro-Américaine, Campeche, Mexique
[3]Département des sciences biomédicales**,** Institut Supérieur de Technologie Médicale (ISTM), Yaoundé – Cameroun
*Auteur correspondant : email : zanguemarcel18@gmail.com : Tel : +237 675 38 61 46

Résume

L'approche des soins communautaires en santé mentale est vulgarisée depuis 2001, sur l'impulsion de l'OMS, au détriment des soins institutionnels. Au Cameroun, une activité pilote de prise en charge communautaire des personnes atteintes d'une maladie mentale et errantes a été organisée à Yaoundé depuis novembre 2021, mais elle ne s'inscrit pas dans le cadre d'un programme ou d'un projet. Cette étude vise à promouvoir le suivi communautaire en santé mentale comme modèle de soins, afin d'améliorer la qualité de vie des malades et de leurs proches aidants, et de renforcer le plaidoyer en faveur de la santé mentale communautaire. Une approche quantitative nous a permis de collecter les données du 20 au 30 juillet 2025 auprès de 41 membres du personnel de santé engagés dans l'activité, au moyen d'une technique d'échantillonnage non probabiliste, par sélection accidentelle. Les principaux résultats sont les suivants : sept équipes multidisciplinaires de descentes communautaires, bien organisées et structurées. Le matériel de descente est diversifié (moyens de transport, matériel de soins et rapports d'activité). Les soins communautaires, à travers les observations cliniques, les psychoéducations, l'administration des médicaments et les activités occupationnelles, ont amélioré la qualité de vie des malades et, par conséquent, celle de leurs proches aidants. Il est souhaitable que les pouvoirs publics prennent la mesure de cette activité afin de vulgariser un modèle de soins de qualité en santé mentale au Cameroun.

Mots-clés : suivi communautaire, santé mentale, maladie mentale chronique, modèle de soins, qualité de vie.

Abstract

The community-based approach to mental health care has been popularized since 2001, following the investigation by the WHO, to the detriment of institutional care. In Cameroon, a pilot community-based care program for homeless individuals with mental illness has been operating in Yaoundé since November 2021, but it is not part of any program or project. This study aims to promote community-based mental health monitoring as a care model that improves the quality of life of patients and their caregivers, with a view to strengthening advocacy around community mental health. A quantitative approach allowed us to collect data from 41 healthcare workers involved in the activity between July 20 and 30, 2025, using a non-probability sampling technique. The main results are as follows: there are seven well-organized, well-structured multidisciplinary community awareness teams. The downhill equipment is diverse (including means of transport, medical equipment, and activity reports). Community care, through clinical observations, psychoeducation, medication administration, and occupational activities, has improved patients' quality of life and, consequently, that of their caregivers. It is desirable that public authorities take action to popularize a quality model of mental health care in Cameroon.

Keywords: community monitoring, mental health, chronic mental illness, care model, quality of life.

1. Introduction

Dans un souci constant d'améliorer la qualité des soins offerts, des modifications sont constamment apportées au système de santé des pays. En ce qui concerne les soins de santé mentale, les approches de soins sont régulièrement développées en vue de pallier une disparité d'accès géographique ou territorial, d'accès financier et socioculturel à l'offre des soins dans un souci d'amélioration de la qualité des soins et de la qualité de vie des personnes ayant un problème de santé mentale. Dans cette perspective, le plan OMS 2013-2030 préconise un redéploiement des ressources principalement attribuées aux services hospitaliers, vers les services intervenant dans le milieu de vie naturel des patients et notamment de ceux souffrant de troubles chroniques. Ce plan d'action à son domaine 2 entend fournir des services de santé mentale et de soins sociaux complets, intégrés et réactifs dans des contextes communautaires. L'objectif étant de développer des systèmes de soins accessibles de qualité et adaptés aux besoins des individus, en mettant l'accent sur les soins communautaires et non plus seulement sur les hôpitaux psychiatriques (OMS, 2021). La psychiatrie est par ailleurs préoccupée par cette réforme des soins en santé mentale qui va profondément modifier les pratiques dans le sens d'un développement plus grand de la psychiatrie communautaire, d'une meilleure prise en charge des problématiques de santé mentale au niveau de la première ligne de soins, d'une attention particulière aux phénomènes de désocialisation et donc d'une aide à la réinsertion, du développement d'équipes mobiles d'intervention à domicile, d'une intensification des soins dans les services hospitaliers et d'une préoccupation pour le développement de structures d'hébergement de longue durée pour des personnes fragilisées (Timary et al., 2018). D'ici 2030, l'OMS attend que 60 % des États membres mettent en œuvre un plan visant à renforcer les services de santé mentale et neurologique, ainsi que ceux liés à l'usage de substances psychoactives, au sein des soins de santé primaires et communautaires (OMS, 2022).

Les visites à domicile confèrent plus de responsabilité pour pouvoir identifier, orienter et perfectionner la prestation des services aux familles concernées par les problèmes de santé mentales et de violence familiale (West et al., 2020, Tandon et al., 2021 cités par Erin, Ward, Tandon, Robert, et Ammerman, 2022). Il s'agirait de s'appuyer sur leurs ressources et celles de leur milieu pour préserver leurs acquis en vue d'éviter l'éloignement, l'isolement, la contrainte et de proposer des soins adaptés in situ (Herrera, Quintin, et Conus, 2019). Le suivi en communauté des malades souffrant de maladies mentales chroniques, assuré par des équipes bien implantées dans plusieurs pays du monde, et particulièrement dans certains pays d'Afrique, reste d'actualité au Cameroun. Seul le suivi en institution existe et une réelle politique d'implémentation des soins de santé mentale communautaire est absente. Dans ce contexte, les maladies mentales représentent un lourd fardeau pour les individus et les familles, car elles affaiblissent le tissu social et sont de ce fait, une cause majeure de stigmatisation et de discrimination (MINSANTE, 2018). Cette situation est autant plus grave que certaines familles abandonnent parfois la prise en charge médicale, source de multiples récidives constatées et de rechutes. C'est ainsi que nos grandes villes sont généralement habitées par des Personnes Atteintes d'une Maladie Mentale et Errante (PAMME) qui ne reçoivent pas de soins et d'autres enchainés ou enfermés dans des maisons. En novembre 2021, le suivi des PAMME a été initié par la mairie de Yaoundé, en collaboration avec le Ministère de la Santé publique. Cependant, les patients bénéficiant de consultations et d'hospitalisations ordinaires au sein du service de santé mentale de l'hôpital Jamot de Yaoundé ne sont pas intégrés à cette approche. Dans ce contexte, la nécessité d'analyser l'impact de ce suivi communautaire de santé mentale des PAMME à Yaoundé s'est imposée à nous.

Le défi actuel voudrait que l'activité se pérennise et s'étende dans tout le pays pour le bien des malades, de leurs proches aidants et de toute la société entière, or elle n'est pas inscrite dans le cadre d'un programme et utilise les bénévoles pour son fonctionnement. Ainsi, nous nous sommes posé la question de savoir comment structurer et opérationnaliser un modèle de soins communautaires en santé mentale pour une personne atteinte d'une maladie mentale chronique au Cameroun qui garantit l'amélioration de la qualité de vie des malades et celle de leurs proches aidants en se fondant sur l'initiative de prise en charge communautaire des PAMME à Yaoundé.

Notre objectif général est de promouvoir un modèle de soins en santé mentale pour personne atteinte d'une maladie mentale chronique au Cameroun centré sur la communauté qui garantit l'amélioration de la qualité de vie des malades et celle de leurs proches aidants en se fondant sur l'initiative de prise en charge communautaire des PAMME à Yaoundé. Plus spécifiquement, (1) décrire l'organisation et la structuration des équipes de descentes communautaires ; (2) évaluer les ressources mobilisées lors des descentes ; (3) évaluer les différentes pratiques ou activités menées pendant les descentes ; et (4) étudier l'impact des interventions communautaires sur l'amélioration de la qualité de vie des malades et des proches aidants.

2. Matériel et méthodes

2.1 Sites de l'étude

La présente étude est menée dans la ville de Yaoundé, car c'est une ville pilote dans la prise en charge communautaire des personnes atteintes d'une maladie mentale et errantes (PAMME) au Cameroun, initiée par le maire de la ville. Cette initiative s'inscrivait dans un souci d'assainir la ville de Yaoundé (capitale du Cameroun) et d'humaniser les soins, tout en respectant la dignité des malades mentaux errants. Dans un souci d'organisation et de visibilité de cette activité, sept équipes ont été mobilisées, conformément aux sept arrondissements du département du Mfoundi, dont le chef-lieu est Yaoundé. La Sous-direction de la santé mentale s'est chargée du recrutement des bénévoles à s'engager dans l'activité car aucun contrat n'était signé. Leur répartition tenait compte de la proximité de leur lieu de résidence par rapport à l'arrondissement de prise en charge, afin de faciliter l'identification des malades mentaux errants, le contact avec les malades et leurs proches aidants, et d'optimiser les moyens disponibles. La majorité du personnel engagé était constituée d'infirmiers spécialistes en santé mentale et de psychologues, mais il était question d'avoir au moins deux infirmiers spécialistes en santé mentale dans chaque équipe pour l'administration des soins. Deux arrondissements (Yde 1 et 5) ont intégré à leur effectif les agents de santé communautaires déjà engagés dans d'autres programmes de santé communautaire au sein de leurs aires de santé. Au total, on avait 58 membres actifs répartis comme suit : Yde 1= 8 membres ; Yde 2 = 6 membres ; Ydé 3= 8 membres ; Yde 4= 12 membres ; Yde 5= 8 membres ; Yde 6 = 9 membres ; Yde 7 = 7 membres. Les chefs d'équipes et leurs adjoints étaient nommés par la coordonnatrice de l'activité. Chaque équipe avait son fonctionnement autonome et les jours de descente communautaire dépendaient de la disponibilité de ses membres.

2.2 Méthodes

Nous avons mené une étude transversale à visée descriptive et explicative. Nous avons utilisé une approche quantitative pour démontrer, à partir de données statistiques, l'impact du suivi communautaire sur la qualité de vie des personnes atteintes d'une maladie mentale chronique et de leurs proches aidants. En effet, il s'agit d'une approche d'investigation visant à recueillir des données observables et quantifiables (N'DA, 2015). Les répondants ont choisi à travers un questionnaire les réponses convenables à leurs réalités vécues dans le suivi communautaire et l'impact ou le changement constaté sur la qualité de vie des bénéficiaires.

2.3 Population de l'étude et échantillon

La population est constituée de tous les agents de santé mentale qui travaillent à la prise en charge communautaire des personnes atteintes de maladies mentales chroniques dans les sept arrondissements de la ville de Yaoundé depuis le début de l'activité en 2021. Pour sélectionner notre échantillon, nous avons utilisé la technique d'échantillonnage non probabiliste accidentel. Nous avons recruté au total 41 agents de santé mentale impliqués dans cette prise en charge communautaire (Infirmier Spécialiste en Santé Mentale, Psychologue, IDE, Aide-soignant, Agent de Santé Communautaire), répartis comme suit par arrondissement : Ydé 1= 5 enquêtés

; Ydé 2= 2 enquêtés ; Ydé 3=7 enquêtés ; Ydé 4= 10 enquêtés ; Ydé 5= 7 enquêtés ; Ydé 6= 5 enquêtés ; Ydé 7 = 5 enquêtés.

Les critères d'inclusion étaient les suivants : être tout agent de santé mentale, indépendamment de sa spécialité, travaillant dans la prise en charge communautaire des personnes atteintes de maladie mentale chronique à Yaoundé, disponible pendant la période d'enquête et acceptant de répondre aux questions après avoir signé le consentement éclairé.

Comme critères de non-inclusion : étaient exclus de l'étude tout agent de santé mentale, quel que soit sa spécialité, ne participant pas à l'activité de prise en charge communautaire des personnes atteintes de maladie mentale chronique dans la ville de Yaoundé, ou tout agent de santé mentale inscrit dans cette activité mais absent pendant la période d'enquête ou refusant de participer à l'étude.

2.4 Technique et instrument de collecte des données

Pour collecter les données, nous avons utilisé un questionnaire élaboré pour les besoins de l'étude et soumis à une validation empirique. Nous nous sommes inspirés de la pratique communautaire en santé mentale observée dans d'autres pays pour élaborer ledit questionnaire. La première partie du questionnaire portait sur les informations générales concernant les participants, et le reste des questions étaient liées au phénomène étudié. L'enquête s'est déroulée du 20 au 30 juillet 2025, période prévue pour les descentes dans les arrondissements. Ce questionnaire a été administré directement le jour des descentes communautaires dans chaque arrondissement.

2.5 Traitement et analyse des données

Après la collecte des données, nous avons utilisé le logiciel SPSS 26 sous Windows 10 pour l'analyse des données. Ces analyses portaient sur les statistiques descriptives et inférentielles.

2.6 Considérations éthiques

Avant la collecte des données, nous avons obtenu l'autorisation d'enquête auprès du responsable de la prise en charge communautaire des PAMME à Yaoundé. Par la suite, tous les participants ont été informés des objectifs de l'étude et ont signé, pour la circonstance, des consentements éclairés. Les questionnaires ne portaient pas de marque permettant d'identifier nos répondants afin de préserver la confidentialité des informateurs.

3. Résultats

Les résultats de cette étude portent sur les caractéristiques sociodémographiques des prestataires de soins communautaires, l'organisation des équipes, les ressources mobilisées, les activités menées lors des descentes, ainsi que leurs appréciations de la qualité de vie des malades et des proches aidants depuis le début de leurs activités.

3.1 Caractéristiques sociodémographiques

Nous avons recueilli les informations chez 41 agents de santé mentale dont 22 psychologues (53,7 %), et 10 infirmiers spécialiste en santé mentale (24,4 %) qui sont considérés dans cette activité comme les principaux acteurs. Et à 9 autres personnels de prise en charge (Aides-

Soignants, Infirmiers Diplômés d'Etats, Agents de Santé Communautaire) qui représentent 21,9 % des agents de santé mentale impliqués dans l'activité. Tous les sexes sont représentés : 15 informateurs hommes soit 36,6 % et 26 informateurs femmes soit 63,4 %. L 'âge moyen de ces répondants est de 37 ans. Le plus jeune ayant 24 ans et le plus âgé de 59 ans.

3.2 Organisation des équipes

La majorité des participants (33) soit 80,5 % effectue les descentes sur le terrain tous les deux mois. 5 agents de santé mentale soit 12,2 % effectuent des descentes tous les mois. 2 agents de santé mentale soit 4,9 % effectuent des descentes chaque semaine. 70,7 % de ces participants déclarent être satisfaits de la fréquence des visites à domicile tandis que 29,3 % ne le sont pas. Il ressort que 51,21 % des enquêtés ont une répartition des rôles dans leurs équipes et 48,78 % des enquêtés disent que leur groupe est structuré.

3.3 Ressources mobilisées lors des descentes

Comme moyen de déplacement pendant les descentes, 25 agents de santé mentale soit (61 %) font la marche à pied, 6 agents de santé mentale soit (14,6 %) utilisent des voitures personnelles et 5 agents de santé mentale (12,2 %) louent les moyens de transport. Les motos sont également mobilisées pour cette activité soit 4 agents de santé représentant 9,8 % des enquêtés.

Le stylo à bille est le matériel le plus utilisé dans la production des rapports d'activités. Il représente 36,6 % est suivi des registres et des formats soit respectivement 24,4 % et 22, 0 %. Le moyen le moins utilisé est l'ordinateur soit 4,9 %.

Comme matériel de suivi des malades, les médicaments constituent le matériel le plus utilisé pour les descentes soit 48,8 %, suivi des dossiers médicaux (34,1 %), des fiches pour recueil des plaintes des patients (12,2 %) et en fin du matériel pour la prise des paramètres (4,9 %).

Concernant la rémunération, 38 agents de santé mentale soit (92,7 %) des enquêtés ne perçoivent pas de salaire tandis que 3 personnes soit (7, 3 %) disent percevoir un salaire pour l'activité.

3.4 Activités menées pendant les descentes

Pour les activités de soins, l'évaluation clinique des patients est l'activité la plus menée avec 56,1 % des enquêtés. Par la suite, la distribution des médicaments suit avec 22,0 % des enquêtés, en troisième position se trouve l'administration des injections avec 17,1 % des enquêtés et en fin la prise des paramètres avec 4,9 % des enquêtés.

S'agissant des activités de sensibilisation, 18 répondants soit (43,9 %) réalisent des séances de psychoéducation de groupe et 14 répondants (34,1 %) dispensent des séances de psychoéducations individuelles aux malades et à leurs proches aidants tandis que 9 répondants soit 22,0 % font l'éducation thérapeutique.

Concernant les activités de réinsertion, 53,7 % des répondants encouragent les activités occupationnelles, suivies de 19,5 % des répondants qui aident les bénéficiaires de soins à l'orientation et à l'emploi. 7,3 % interviennent dans la gestion des conflits tandis que 4,9 %

d'entre eux encouragent la citoyenneté active. Seuls 4,9 % font de la promotion des jeux en groupe.

Comme activités de coopération ou de collaboration, 41,5 % des enquêtés recherchent pendant les descentes une collaboration avec les centres de santé communautaires, 39 % recherchent le soutien des leaders communautaires, tandis que 19,5 % recherchent de la coopération avec les associations communautaires.

Il ressort des interventions d'urgence que 61,0 % des répondants interviennent par téléphone dès l'appel des familles, tandis que 19,5 % effectuent des descentes urgentes en communauté si nécessaire et 19,5 % hospitalisent certains patients en cas de rechute.

3.5 Intervention communautaire et amélioration de la qualité de vie des malades

Le tableau 1 présente l'évaluation ou l'appréciation, par les agents de santé mentale, de la qualité de vie des malades depuis le début de la prise en charge.

Tableau 1. Présentation des aspects de la qualité de vie que le suivi communautaire a amélioré chez les patients présentant une maladie mentale chronique

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	0	1	2,4	2,4	2,4
	1	7	17,1	17,1	19,5
	2	4	9,8	9,8	29,3
	3	2	4,9	4,9	34,1
	4	8	19,5	19,5	53,7
	5	8	19,5	19,5	73,2
	7	2	4,9	4,9	78,0
	8	6	14,6	14,6	92,7
	9	3	7,3	7,3	100,0
	Total	41	100,0	100,0	

Légende : 0 = Les patients présentent rarement les signes et symptômes de la maladie ;1= Le cadre de vie ou chambre des patients s'est amélioré ; 2= L'hygiène corporelle et vestimentaire des patients s'est améliorée ; 3= Les patients se nourrissent mieux qu'avant ; 4= Les patients se sentent valorisés par leurs proches ; 5= Certains patients effectuent des activités génératrices de revenu ; 6= Les patients sont observants à leur traitement et ont moins d'effets secondaires ; 7=Les rechutes sont rares ; 8= La stigmatisation et la marginalisation des patients ont diminué ; 9= L'estime de soi des patients a augmenté

Source : enquête de terrain, juillet 2025

À travers ce tableau, nous observons globalement que, tous les aspects de la qualité de vie évalués ont été améliorés chez les malades. Il y a des aspects qui ont été cités plus que d'autres. Par exemple, 19,5 % des répondants disent que certains patients effectuent des activités génératrices de revenu, 19, 5 % disent que les patients se sentent valorisés par leurs proches, 17,1% disent que le cadre de vie ou chambre des patients s'est amélioré. Il existe cependant des aspects qui ont été moins fréquemment rapportés, tels que la présence des signes et symptômes de la maladie qui persistent (2,4 %), la nutrition des patients (4,9 %) et l'augmentation de l'estime de soi chez les patients (7,3 %).

S'agissant de l'évaluation de la qualité de vie chez les proches aidants, le tableau 2 explore l'évaluation ou l'appréciation par les agents de santé mentale, de la qualité de vie chez les proches aidants depuis le début de la prise en charge. Les items proposés concernent les aspects influençant la qualité de vie des proches aidants lorsqu'ils vivent avec une personne atteinte d'une maladie mentale chronique.

Tableau 2. Présentation des aspects de la qualité de vie que le suivi communautaire a améliorés chez les aidants des personnes présentant une maladie mentale chronique

		Fréquence	**Pourcentage**	**Pourcentage valide**	**Pourcentage cumulé**
Valide	1	12	29,3	29,3	29,3
	2	7	17,1	17,1	46,3
	3	3	7,3	7,3	53,7
	4	3	7,3	7,3	61,0
	5	6	14,6	14,6	75,6
	6	6	14,6	14,6	90,2
	7	2	4,9	4,9	95,1
	8	2	4,9	4,9	100,0
	Total	41	100,0	100,0	

Légende : 1=l'aide apportée par les équipes(consultation, distribution et administration des médicaments) soulage financièrement les proches aidants ; 2=les patients déjà stabilisés aident aux tâches à domicile ; 3= il y a moins ou absence de conflit entre les malades et leurs proches aidants ; 4= la communication et les interactions entre les proches aidants et leurs malades se sont améliorées ; 5= les proches se sentent en sécurité suite au changement de comportement de leurs patients ; 6= les proches aidants ne sacrifient plus tout leur temps auprès de leurs patients ; 7= la présence du malade en famille apporte de la joie pour ses proches ; 8= les proches aidants reçoivent moins de plaintes du voisinage.

Source : enquête de terrain, juillet 2025

Il ressort de ce tableau que tous les aspects de la qualité de vie évalués ont été améliorés chez les proches aidants. L'aide apportée par les équipes de prise en charge communautaire soulage financièrement les proches aidants (29,3 % des répondants). Les patients déjà stabilisés aident aux tâches à domicile (17,5 % des répondants), les proches se sentent en sécurité suite au changement de comportement de leurs patients (14,6 % des répondants) et les proches aidants ne sacrifient plus tout leur temps auprès de leurs patients (14,6 % des répondants). Cependant, les aspects comme la joie apportée aux proches suite à la présence du malade en familles et la diminution des plaintes du voisinage ont été appréciées seulement à 4, 9 % chacune.

4. Discussion

Après présentation des données de terrain, cette partie vise à confronter ceux-ci avec la revue de la littérature. Ainsi, nous allons procéder selon les thèmes évoqués lors de la présentation des résultats.

4.1 Présentation générale des informateurs

Les informateurs qui ont participé à l'étude ont une expérience qui leur permet de parler du suivi communautaire dans tous ses aspects. L'expérience minimum est de 2 ans et l'équipe de prise en charge est multidisciplinaire (infirmier spécialiste en santé mentale, psychologue,

infirmier diplômé d'État, Agent de Santé Communautaire …). Cependant, nous déplorons dans l'équipe pour plus d'efficacité l'absence des assistants sociaux pour les questions de réinsertion, des médecins généralistes pour des observations cliniques plus approfondies, des ergothérapeutes, des spécialistes en toxicomanie, des éducateurs spécialisés tels que conseillés par AHQ (2000) et Descombe (2010). Cette composition des équipes est également loin de celle recommandée par Debarre (2021) qui recommande une équipe pluridisciplinaire composée au minimum par un psychiatre ou un psychologue et un infirmier. Tous les arrondissements de prise en charge communautaire en santé mentale sont couverts par les équipes multidisciplinaires. Cette organisation en Arrondissement imite les principes d'intégration et de continuité des soins tel que pratiquer dans la sectorisation des soins psychiatriques en France.

4.2 Organisation des équipes

L'organisation des équipes pour un suivi communautaire exige d'inventer de nouveaux concepts organisationnels en rupture avec l'organisation des équipes de soins en institution hospitalière. Cette organisation permettra une réussite dans l'exécution des interventions communautaires (choisir un jour de descentes qui convient à tous, répartition des tâches, structuration du groupe). Les descentes sont effectuées à une fréquence différente mais la majorité des participants à l'étude (80,5 %) effectuent les descentes sur le terrain tous les deux mois. Cela est peut-être dû à l'absence des moyens financiers pour rapprocher la fréquence des visites afin de résoudre les problèmes des malades nécessitant un suivi intensif. Ceci constitue un handicap pour l'activité car, de par souci de conformité, Boyer (2004) recommande les activités intensives, et une disponibilité 24/7 pour la clientèle vulnérable. Certains enquêtés reconnaissent une répartition des rôles dans leurs équipes (51,21 % des répondants) et 48,78 % reconnaissent la structuration de leur équipe. Cette organisation mise en place est capitale pour le bon fonctionnement des équipes et la réussite des interventions sur le terrain.

4.3 Ressources mobilisées lors des descentes

La clé du succès du suivi communautaire dépendra en partie des ressources mobilisées. Dans un premier temps, les descentes en communauté demandent des moyens de déplacement adéquats : voitures, motos, vélos, marche à pied. Pour cette étude, la majorité des enquêtés effectuent les descentes à pied. Ce qui demande une bonne capacité physique et un temps assez long pour visiter les malades. Ensuite, pour ceux qui utilisent les voitures, 14,6 % utilisent les voitures personnelles et 12,2 % louent plutôt des voitures. Ceci est contraire à l'étude de Debarre (2021) où une voiture était allouée dans 80 % des équipes et une équipe qui disposait d'un mini-bus pour les descentes. Pour que l'activité se pérennise, il faudra penser à des moyens de déplacements adéquats pour toutes les équipes car le parcours du domicile des malades nécessite par endroit soit des voitures, soit des motos, ou la marche à pied.

Le rapport d'activités est le seul moyen permettant de donner une visibilité à l'activité. Il faudra de ce fait mettre en place des outils permettant de produire et de conserver les rapports de ce suivi communautaire. L'ordinateur a été listé comme l'outil le moins utilisé pour les rapports d'activités (4,9 %), or nous connaissons son importance pour la rédaction, l'acheminement et la conservation des données. De ce point de vue, Debarre (2021) conseille le téléphone portable et l'ordinateur couplé à une connexion internet pour la transmission des informations.

Comme matériel de suivi des malades en communauté, le médicament est le matériel le plus utilisé lors des descentes. En plus, l'évaluation clinique est consignée dans un dossier à 34,1 % par les équipes, alors que tout patient devrait avoir son dossier de suivi. Le matériel pour la prise des paramètres est le moins utilisé (4,9 %) pourtant ces paramètres sont importants pour la détection de certains effets indésirables des neuroleptiques et une alerte pour certaines maladies somatiques.

Le financement étant le nœud de toute activité, cette activité reste bénévole et ne donne lieu à aucune rémunération pour le personnel qui y intervient. 92,7 % des agents de santé communautaire déclarent ne pas percevoir un salaire. Ceci renforce les déclarations de l'OMS en 2001 qui signale que les pays en développement allouent moins de 1% de leurs budgets de santé à la santé mentale. Pour pérenniser l'activité, il faudra y allouer des moyens financiers et ceci nécessitera de mener un plaidoyer auprès des pouvoirs publiques, ONG, et associations.

En plus de ces ressources mobilisées par les équipes de descentes, un patient en communauté bénéficie d'un grand soutien social par rapport à l'hôpital. D'après Schuler, et Burla (2012) l'entourage, la famille, les amis constituent des ressources non négligeables pour le bien-être d'une personne souffrant de troubles psychiques. Cela peut prévenir l'isolement social, diminuer le sentiment de solitude et favoriser une stabilité psychique. Ces intervenants informels peuvent jouer un rôle important dans la prévention des rechutes, et la réinsertion sociale (Funk et al., 2014).

4.4 Activités menées pendant les descentes

Les activités menées pendant les descentes sont celles qui améliorent la santé des malades. Les soins de santé primaires et communautaires garantissent que les personnes reçoivent des soins complets, depuis la promotion et la prévention jusqu'au traitement, à la réadaptation et aux soins palliatifs, au plus près possible de leur environnement quotidien (Marx, 2021).

Pour les activités de soins, dans un premier temps, une évaluation clinique des malades est faite (56,1 % des répondants) suivie de la distribution des médicaments (22,0 % des répondants) et de l'administration des injections (17,1 % des répondants). Cette évaluation clinique permet de réajuster le traitement des patients et les soins, de réduire les symptômes psychotiques aidant ainsi les patients à se connecter au monde réel. Ceci est confirmé par les études de (Drake et al., (1998) et de Jerrell et Ridgely (1995) cités par Aubry et Farrell (2004) qui montrent que les patients qui bénéficient du programme *Assertive Community Treatment* (ACT) ou d'un suivi communautaire de type courant ont une diminution considérable des symptômes de troubles psychiatriques (schizophrénie, dépression et manie) par rapport à ceux bénéficiant d'un suivi hospitalier.

Les activités de sensibilisation constituent un atout majeur pour la promotion de la santé mentale et dans la prévention des maladies mentales ou des rechutes. Notre étude montre que 43,9 % des répondants font de la psychoéducation de groupe, 34,1% de la psychoéducation individuelle et 22,0 % de l'éducation thérapeutique. Ceci est important car Cunha et al. (2013) dans leur étude nous montrent que la psychoéducation des familles a permis aux proches aidants qui s'occupaient d'un membre de la famille ou d'un ami présentant une maladie psychique,

d'acquérir une multitude de nouvelles connaissances. Ils précisent également que l'éducation thérapeutique vise à ce que la personne soit actrice de sa prise en soin et donc à long terme de diminuer les complications liées à la pathologie et ainsi d'éviter les rechutes et ré hospitalisations (Cunha et al., 2013).

Pour une pérennisation de l'activité et une réinsertion sociale, il faut tisser des liens avec les organisations communautaires. 53,7 % des enquêtés encouragent les activités occupationnelles, 7,3 % interviennent dans la gestion des conflits chez les malades et leurs proches aidants, 41,5 % des enquêtés recherchent pendant les descentes une collaboration avec les centres de santé communautaires, 39 % recherchent du soutien des leaders communautaires. Ce qui est bien car le contexte demande une intégration des soins de santé mentale dans les soins de santé primaires et une intervention multisectorielle. C'est pour cela que Boyer (2004) recommande une stratégie générale du service d'accompagnement et de soutien communautaire visant à impliquer l'environnement immédiat de la personne et à soutenir ces milieux afin de multiplier l'efficacité des actions.

Les interventions d'urgences ne manquent pas dans le suivi communautaire car on peut avoir des situations médicaux-légales, des cas de rechutes ou des nouveaux cas, et des cas d'effets secondaires graves. Le personnel devrait être disponible pour une intervention d'urgence à tout moment. 61,0 % des participants à l'étude soulignent une intervention par téléphone dès appel des familles et 19,5 % font des descentes urgentes en communauté si nécessité. Ce qui est contraire à l'étude de Debarre (2021) qui propose un service 24 heures sur 7. D'ailleurs, l'Association des Hôpitaux du Québec (AHQ) en 2000 conseille que dans le cadre de référence du suivi communautaire des personnes atteintes de troubles mentaux graves, des dispositions doivent être prises pour assurer les services en tout temps afin d'accompagner l'usager dans les sphères importants de sa vie et dans les moments de crise.

4.5 Interventions communautaires et amélioration de la qualité de vie des malades

Les interventions communautaires visent une amélioration de l'état de santé des malades, voire de leur qualité de vie. Les soins de santé primaires et communautaires garantissent ainsi que les personnes reçoivent des soins complets, depuis la promotion et la prévention jusqu'au traitement, à la réadaptation et aux soins palliatifs, au plus près possible de leur environnement quotidien (Marx, 2021). Ce qui conduira ipso facto à l'amélioration de la qualité de vie des proches aidants. Globalement, l'étude montre que les interventions communautaires ont amélioré la qualité de vie des malades et celle de leurs proches aidants : certains patients effectuent les activités génératrices de revenus, d'autres sont valorisés par leurs proches, le cadre de vie des malades est amélioré. Ceci rejoint les propos de Kouadio (2022) qui relève dans le *Monde Afrique*, (2022) l'avis d'un agent de santé communautaire travaillant dans le cadre de la réinsertion des patients atteints de psychose chronique : *« On essaie de les responsabiliser pour qu'elles deviennent autonomes, c'est important qu'elles se sentent utiles à la société en travaillant »*. Pour cet agent de santé communautaire qui fait la navette entre les deux types de structures, la *« réinsertion »* du patient au sein de sa communauté est le principal défi de la prise en charge en santé mentale.

Les rechutes sont rares (signalées par 4,9 % des répondants). Cela corrobore avec les études tirées de la *Tribune de Genève* (2010) où la création d'une équipe mobile avait permis une réduction de 50 % du taux de réhospitalisations. La mission des interventions en suivi communautaire est d'aider les personnes à atteindre leur niveau optimal de fonctionnement en ayant recours à l'usage des services et, ce faisant, ils soutiennent le rétablissement d'une personne (Hutchinson, et Farkas, 2004)

L'étude montre que les proches aidants sont financièrement soulagés par la prise en charge communautaire (29,3%). Car les médicaments sont distribués gratuitement et les familles ne payent aucun frais pour le suivi communautaire de leurs malades. Il faudra penser pour cette activité à une couverture financière des concernés car il s'agit d'un suivi à long terme et dans un contexte de pauvreté. Nous constatons également dans l'étude que les patients stabilisés aident pour les tâches à ménagères (17,5%). Tout ceci apporte une plus-value socio-économique à sa famille et à la société entière.

5- Conclusion

L'impact positif du suivi communautaire en santé mentale comparé au suivi institutionnel n'est plus à démontrer du point de vue empirique. Malgré cela, le gouvernement camerounais à travers le ministère de la santé publique tarde à l'implémenter. Cette étude décrit l'organisation, le fonctionnement et l'impact d'une activité pilote de prise en soins communautaire en santé mentale des personnes atteintes d'une maladie mentale chronique dans la ville de Yaoundé. Les principaux résultats mettent en évidence 7 équipes multidisciplinaires couvrant les 7 arrondissements de la ville de Yaoundé bien structurées et bien organisées, qui déploient plusieurs ressources matérielles, en particulier les moyens de transport, le matériel de prise en soins, et de rapports d'activités. Plusieurs activités sont menées pour le bien-être des malades, principalement les activités de soins, de sensibilisations, de réinsertions et de collaboration. Globalement, l'étude montre que les interventions communautaires ont amélioré la qualité de vie des malades et celle de leurs proches aidants : certains patients effectuent les activités génératrices de revenus, d'autres sont valorisés par leurs proches, la collaboration avec l'entourage est meilleure, le cadre de vie des malades est amélioré, les signes et symptômes de la maladie sont rares etc… Dans ce contexte, le gouvernement à travers le ministère de la Santé publique devrait s'inspirer de cette activité de prise en soins communautaires des personnes atteintes d'une maladie mentale chronique à Yaoundé pour l'étendre à toutes les personnes atteintes d'une maladie mentale nécessitant un suivi communautaire, à toute urgence psychiatrique en communauté ou extrahospitalière, à d'autres malades errants des autres villes du pays et à long terme développer un programme ou projet de santé mentale communautaire dans tout le pays. Cependant, un tri ou des critères de sélection doivent être établis pour le bon déroulement du projet.

6- Limites de l'étude

Cette étude s'est principalement focalisée sur les agents de prise en charge communautaire en santé mentale, or, à côté d'eux, il y a des responsables qui assurent le financement et la coordination de l'activité. D'autres investigations sont donc essentielles pour compléter l'analyse. De plus, la technique d'échantillonnage n'a pas permis à tous les agents de santé

impliqués dans l'activité de participer à l'étude. Aussi, l'enquête s'est limitée seulement dans la ville de Yaoundé offrant des limites pour la généralisation des résultats.

Remerciements

Nous remercions sincèrement la coordinatrice de l'activité de prise en charge communautaire des PAMME pour nous avoir accordé une autorisation d'enquête, ainsi que l'ensemble des personnels de prise en charge communautaire ayant accepté de participer à l'étude.

Conflit d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant cette étude.

Références bibliographiques

Association des Hôpitaux du Québec (AHQ). (2000). *Cadre de référence* : *le suivi intensif en équipe pour personnes atteintes de troubles mentaux graves. Montréal* (Québec). Récupéré de https://www.researchgate.net/publication/22869511 le 14 /02/2024

Aubry, T. & Farrell, S.(2004). Le suivi communautaire axé sur la famille. Dans R. Emard, & T. Aubry, (Dirs.), *Le suivi communautaire en santé mentale. Une invitation à bâtir sa vie* (p. 111-202). Les presses de l'université d'Ottawa. 542, King Edward, Ottawa (Ont), Canada K1N6N5

Boyer, T. (2004). L'approche par équipe de suivi communautaire : l'exemple du service d'accompagnement et de soutien communautaire du Centre Hospitalier Pierre-Janet. Dans R. Emard, & T. Aubry, (Dirs.), *Le suivi communautaire en santé mentale. Une invitation à bâtir sa vie* (p. 91-110). Les presses de l'université d'Ottawa.

Cunha Proença, C., Leguillon, C., & Thoni, P. (2013). *Comment comprendre les hospitalisations répétées en psychiatrie à Genève*. (Mémoire de master, Haute école spécialisée de Suisse occidentale). HES-SO.GENEVE. Récupéré de https://soar.rero.ch/hesso/documnts le 14/02/2024

Debarre, J. (2021). *Les équipes mobiles de psychiatrie en nouvelle-Aquitaine : recensement et activité*. Observatoire Régionale de la santé. ORS Nouvelle-Aquitaine- Rapport N° 109-Mai 2021. Nouvelle Aquitaine. Récupéré de https://www.ors-na,uploads/2021/09,109 le 12/02/2025

Descombes, C. (2010). Douze années de suivi intensif dans la communauté. *Le partenaire 18,* 4-6. Récupéré de https://www.aqrp-sm.org le 02/03/2025

Erin, A., Ward, M.A., Darius, T., & Ammerman. (2022). Santé mentale des parents des enfants et visites à domicile. *Dans Encyclopédie sur le développement des jeunes*. CEECD/ visite à domicile. Récupéré de https://www.enfant-encyclopedie.com le 10/09/2024

Funk, M., Benradia, & Roelandt, J. L. (2014). Santé mentale et soins de santé primaires : une perspective globale. *L'information psychiatrique*, 90(5), 331-339. https://doi.org/10.1684/ipe.2014.1203

Herrera, F., Quintin, J. & Conus, P. (2019). L'hôpital Psychiatrique : bienfaits et limites d'un territoire de discontinuité. *Ethica, 23* (1), 135-159. Récupère de https://www.uqar.ca/06-herrera_quintin_conus le 10/09/2024

Hutchinson, D. & Farkas, M. D. (2004). Le suivi communautaire axé sur la réadaptation. Dans R. Emard, & T. Aubry, (Dirs.), *Le suivi communautaire en santé mentale. Une invitation à bâtir sa vie* (p. 91-110). Les presses de l'université d'Ottawa. 542, King Edward, Ottawa (Ont), Canada K1N6N5

Le Monde Afrique. (2022). Santé en Afrique. Récupéré de https://www.lemonde.fr le 12/03/2025

Marx, P. (2021). La santé communautaire : un levier pour faciliter l'accès à la couverture maladie universelle ? focus sur plusieurs expériences internationales de soins communautaires. *Regards*, *(58),* 191-197. https://doi.org/10.3917/regar.058.0191

MINSANTE. (2018). *Promotion de la santé mentale.* Ministère de la sante publique.

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.

Organisation Mondiale de la Santé. (2001). *Rapport sur la santé dans le monde 2001. La Santé mentale : Nouvelle conception, nouveaux espoirs.* Genève.

Organisation Mondiale de la Santé. (2013). *Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020*. Genève : OMS, 2013. Récupéré de https://apps.who.int/WHA66/A66_R8-fr le 20/10/2024

Organisation Mondiale de la Santé. (2021). *Atlas OMS de la santé mentale 2020*. Récupéré de https://www.who.int le 20/10/2024

Organisation Mondiale de la Santé. (2022). *Cadre pour renforcer la mise en œuvre du plan d'action de l'OMS pour la santé mentale 2013-2030 dans la région Afrique de l'OMS.* AFR/RC 72/ Lome. Récupéré de https://iris.who.int/handle le 14/08/2025

Schuler, D. & Burla, L. (2012). La santé psychique en suisse. (Obsan Rapport 52). Récupéré de https://www.obsan.admin.ch/obsan_52_rapport le 13/08/2025

Timary, A., Luts, A., Nizet, L., Maisin, A., Germeau, N., Camille, N., …Deschietere, G. (2019). Innovation 2018 en Psychiatrie. La psychiatrie : nouveaux défis. *Louvain Médical. 2* (138). 137-140. Récupéré de http://www.researchgate.net le 14/10/2121

© 2026 KOUAME, 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 8 (2)
ISSN: 1987-071X e-ISSN 1987-1023
Received, 1 April 2026
Accepted, 20 May 2026
Published, 18 June 2026
https://www.revue-rasp.org
To cite: Ilboudo, M., et al. (2026). Évaluation de la concordance diagnostique de l'intelligence artificielle (ChatGPT) dans l'identification des indications de césarienne d'urgence à partir des dossiers obstétricaux du service de gynécologie-obstétrique du Centre Hospitalier Régional Universitaire de Fada N'Gourma (CHRU-FG). *Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, 8(2), pp.78-86.* https://doi.org/10.4314/rasp.v8i2.6
Research

Évaluation de la concordance diagnostique de l'intelligence artificielle (ChatGPT) dans l'identification des indications de césarienne d'urgence à partir des dossiers obstétricaux du service de gynécologie-obstétrique du Centre Hospitalier Régional Universitaire de Fada N'Gourma (CHRU-FG).

Evaluation of the diagnostic concordance of artificial intelligence (ChatGPT) in the identification of indications for emergency cesarean section from obstetric records of the gynecology-obstetrics department of the Regional University Hospital Center of Fada N'Gourma (CHRU-FG).

Martin ILBOUDO[1], Morou NIKIEMA[2], Azize TIENDREBEOGO[3]

[1] Centre Hospitalier Régional Universitaire de Fada, Fada N'Gourma, Burkina Faso

[2] District Sanitaire de Ouargaye, Ouargaye, Burkina Faso

[3] Université Yembila Abdoulaye TOGUYENI, Fada N'Gourma, Burkina Faso

Correspondance : ilboudomartino91@gmail.com Tel : +226-67-87-72-66 ;

Résumé

Les césariennes d'urgence nécessitent une identification rapide et précise de leurs indications afin de réduire la morbi-mortalité materno-fœtale. L'émergence de l'intelligence artificielle, notamment des modèles de langage tels que ChatGPT, ouvre de nouvelles perspectives pour l'aide à la décision clinique. Cependant, leur performance en matière d'identification des indications obstétricales en conditions réelles demeure peu documentée, notamment dans des contextes à ressources limitées. Il s'est agi d'une étude transversale rétrospective d'exactitude diagnostique menée au Centre Hospitalier Régional Universitaire de Fada N'Gourma. Les dossiers de patientes ayant bénéficié d'une césarienne d'urgence ont été analysés. Des vignettes cliniques soumises à ChatGPT ont permis d'identifier l'indication principale, puis de les comparer aux décisions des cliniciens. La concordance a été évaluée au moyen du coefficient kappa, et les performances diagnostiques ont été mesurées par la sensibilité, la spécificité, la VPP et la VPN. Une régression logistique a permis d'identifier les facteurs associés à cette concordance. Au total, 62 cas ont été analysés. La concordance globale était de 75,8 %, avec un kappa de 0,69, ce qui indique une bonne concordance. La meilleure performance a été observée pour la prééclampsie (sensibilité 91,67% ; spécificité 98%). Les dossiers complets (OR=3,2 ; p=0,01) et les indications fréquentes (OR=2,3 ; p=0,001) étaient significativement associés à une meilleure concordance. ChatGPT présente de bonnes performances diagnostiques pour l'identification des indications de césarienne d'urgence, bien que dépendante de la qualité des données cliniques et du type d'indication.

Mots-clés : césarienne d'urgence, intelligence artificielle, concordance diagnostique

Abstract
Emergency cesarean sections require rapid and accurate identification of their indications to reduce maternal and fetal morbidity and mortality. The emergence of artificial intelligence, particularly language models such as ChatGPT, offers new possibilities for clinical decision support. However, their performance in identifying obstetric indications in real-world settings remains poorly documented, particularly in resource-limited settings. This was a retrospective cross-sectional study of diagnostic accuracy conducted at the Fada N'Gourma Regional University Hospital. The medical records of patients who underwent an emergency cesarean section were analyzed. Clinical case scenarios submitted to ChatGPT were used to identify the primary indication, which was then compared to clinicians' decisions. Agreement was assessed using the Kappa coefficient, and diagnostic performance was measured by sensitivity, specificity, positive predictive value (PPV), and negative predictive value (NPV). Logistic regression was used to identify factors associated with this agreement. A total of 62 cases were analyzed. The overall agreement was 75.8%, with a Kappa coefficient of 0.69, indicating good agreement. The best performance was observed for preeclampsia (sensitivity 91.67%; specificity 98%). Complete records (OR=3.2; p=0.01) and frequent indications (OR=2.3; p=0.001) were significantly associated with better agreement. ChatGPT demonstrates good diagnostic performance in identifying indications for emergency cesarean section, although this depends on the quality of the clinical data and the type of indication.
Keywords: emergency cesarean section, artificial intelligence, diagnostic agreement

1. Introduction

Les césariennes d'urgence constituent une intervention obstétricale essentielle pour réduire la morbidité et la mortalité materno-fœtales, nécessitant une prise de décision rapide et précise, fondée sur des données cliniques souvent limitées (Organisation mondiale de la Santé, 2024). Dans les pays à ressources limitées, notamment en Afrique subsaharienne, cette prise de décision est fréquemment confrontée à des contraintes organisationnelles, à une surcharge de travail et à une qualité variable de la documentation clinique, ce qui peut entraîner une hétérogénéité dans l'identification des indications (Betran et al., 2016).

Les principales indications de césarienne d'urgence comprennent la dystocie, la souffrance fœtale aiguë, la disproportion fœto-pelvienne et les pathologies hypertensives telles que la prééclampsie(Gary et al., 2021). Une identification inadéquate de ces indications peut entraîner des conséquences graves sur le pronostic maternel et néonatal (George et al., 2015).

Parallèlement, l'intelligence artificielle, en particulier les modèles de langage comme ChatGPT, a montré des performances prometteuses dans l'analyse des données médicales et l'aide à la décision clinique (Gallifant et al., 2024). Toutefois, leur utilisation en obstétrique, notamment dans l'identification des indications de césarienne d'urgence à partir de dossiers cliniques, reste peu étudiée, en particulier dans les contextes africains où la qualité des données peut influencer significativement leurs performances (Cui et al., 2023).

Dans ce contexte, il apparaît essentiel d'évaluer la capacité de ces outils à reproduire les décisions cliniques en conditions réelles, ainsi que les facteurs susceptibles d'influencer leur performance (Choudhury & Asan, 2020). Ainsi, la présente étude vise à évaluer la concordance diagnostique de ChatGPT pour l'identification des indications de césarienne d'urgence à partir des dossiers obstétricaux du Centre Hospitalier Régional Universitaire de Fada N'Gourma.

2. Matériel et méthodes

Il s'est agi d'une étude transversale rétrospective d'exactitude diagnostique menée au sein du service de gynécologie-obstétrique du Centre Hospitalier Régional Universitaire de Fada N'Gourma. L'étude a porté sur les dossiers de patientes ayant bénéficié d'une césarienne d'urgence au cours d'un mois, du 1er au 28 février 2026.

Ont été inclus les dossiers comportant des informations cliniques exploitables et une indication de césarienne clairement documentée. Les dossiers incomplets où l'indication de la césarienne n'était pas clairement mentionnée, ainsi que les césariennes programmées, ont été exclus.

L'extraction des données sociodémographiques et obstétricales (âge, gestation, parité, âge gestationnel) ainsi que des informations cliniques préopératoires a été effectuée. Des vignettes cliniques standardisées ont été élaborées et soumises à ChatGPT 5.5 afin d'identifier l'indication principale de la césarienne d'urgence, selon une liste prédéfinie. Le standard de référence était l'indication retenue par le clinicien.

La proportion d'accord global et le coefficient kappa de Cohen ont permis de mesurer la concordance entre ChatGPT et les cliniciens. La sensibilité, la spécificité, la valeur prédictive positive et la valeur prédictive négative ont permis d'estimer la performance diagnostique. Les facteurs associés à la concordance, avec estimation des odds ratios ajustés et de leurs intervalles de confiance à 95%, ont été obtenus suite à l'analyse multivariée avec un seuil de significativité statistique fixé à $p < 0,05$.

Les données ont été anonymisées et utilisées dans le respect des principes éthiques.

3. Résultats

3.1. Caractéristiques des patientes et indications de césarienne

Au cours de notre étude, 62 dossiers de patientes ayant bénéficié d'une césarienne d'urgence ont été retenus. La moyenne d'âge des patientes ayant bénéficié d'une césarienne d'urgence était de 27 ans avec un écart-type de 6,5 ans. La gestité moyenne ainsi que la parité moyenne étaient respectivement de 5 ± 2,1 et de 3 ± 1,4. En outre, l'âge gestationnel moyen était de 36 ± 2,4 semaines d'aménorrhée. Les principales indications de césarienne d'urgence étaient la dystocie (27,41%), suivie de la disproportion fœto-pelvienne (24,19%), de la prééclampsie (19,35%), de la souffrance fœtale aiguë (12,90%) et des autres indications (16,13%).

Tableau 1 : Caractéristiques des patientes et indications de césarienne, service de gynécologie-obstétrique du CHRU de Fada, Février 2026 (n=62).

Variables	Effectif (n)	Pourcentage (%)	Moyenne ± ET
Âge (ans)	-	-	27 ± 6,5
Gestité	-	-	5 ± 2,1
Parité	-	-	3 ± 1,4
Âge gestationnel	-	-	36 ± 2,4
Indications (cliniciens)			
SFA	8	12,9	
Dystocie	17	27,41	
DFP	15	24,19	
Pré-éclampsie	12	19,35	
Autres	10	16,15	

3.2. Comparaison des indications entre ChatGPT et les cliniciens

La distribution des indications proposées par ChatGPT était globalement comparable à celle des cliniciens. La dystocie restait l'indication la plus fréquente (30,6% vs 27,4%), suivie de la disproportion fœto-pelvienne (21,0% vs 24,2%) et de la prééclampsie (19,4% vs 19,4%). Une légère surestimation de la souffrance fœtale aiguë a été observée (17,7% vs 12,9%), tandis que les indications « autres » ont été sous-estimées (11,3% vs 16,1%).

Tableau 2 : Comparaison ChatGPT vs cliniciens, service de gynécologie-obstétrique du CHRU de Fada, Février 2026 (n=62).

Indication	**Cliniciens n (%)**	**ChatGPT n (%)**
SFA	8 (12,9 %)	11 (17,7 %)
Dystocie	17 (27,4 %)	19 (30,6 %)
DFP	15 (24,2 %)	13 (21,0 %)
Prééclampsie	12 (19,4 %)	12 (19,4 %)
Autres	10 (16,1 %)	7 (11,3 %)
Total	62 (100)	62 (100)

3.3. Concordance entre ChatGPT et les cliniciens

Dans notre étude, nous avons retrouvé une concordance globale entre ChatGPT et les cliniciens de 75,8% (47/62 cas). Le coefficient kappa de Cohen était de 0,69 (IC95% : 0,62–0,83) ; ce qui indiquait une bonne concordance ($K \geq 0,61$).

Tableau 3 : Matrice de confusion, service de gynécologie-obstétrique du CHRU de Fada, Février 2026 (n=62).

Cliniciens \ ChatGPT	**SFA**	**Dystocie**	**DFP**	**Prééclampsie**	**Autres**
SFA (8)	6	1	0	0	1
Dystocie (17)	2	14	1	0	0
DFP (15)	1	2	11	0	1
Prééclampsie (12)	0	1	0	11	0
Autres (10)	2	1	1	1	5
Total	11	19	13	12	7

3.4. Performance diagnostique de ChatGPT

Dans notre étude, la performance diagnostique variait selon les indications. La meilleure performance a été observée pour la prééclampsie (sensibilité 91,67 %, spécificité 98 %). Par ailleurs, la dystocie présentait une bonne sensibilité (82,35 %), tandis que la SFA affichait une valeur prédictive positive plus faible (54,55 %).

Tableau 4 : Performance diagnostique, service de gynécologie-obstétrique du CHRU de Fada, Février 2026.

Indication	Sensibilité (%)	Spécificité (%)	VPP (%)	VPN (%)
SFA	75	90,74	54,55	96,08
Dystocie	82,35	88,89	73,68	93,02
DFP	73,33	95,74	84,62	91,84
Prééclampsie	91,67	98	91,67	98

3.5. Facteurs associés à la concordance

L'analyse multivariée a montré que les dossiers complets (OR=3,2 ; IC95% [2,1–6,2] ; p=0,01) et les indications fréquentes (OR=2,3 ; IC95% [1,5–4,2] ; p=0,001) étaient significativement associés à une meilleure concordance.

Tableau 5 : Facteurs associés à la concordance, service de gynécologie-obstétrique du CHRU de Fada, Février 2026 (n=62).

Variables	OR ajusté	IC95%	p-value
Complétude du dossier			
Dossier incomplet	1	-	-
Dossier complet	3,2	2,1–6,2	0,01
Indication de la césarienne			
Indication rare	1	-	-
Indication fréquente	2,3	1,5–4,2	0,001

4. Discussion

4.1. Concordance globale entre ChatGPT et les cliniciens

La présente étude a montré une bonne concordance entre ChatGPT et les cliniciens dans l'identification des indications de césarienne d'urgence (kappa = 0,69 qui est supérieur à 0,61), avec un accord global de 75,8%. Ces résultats sont en accord avec plusieurs études récentes ayant évalué les performances des modèles de langage en médecine, qui rapportent des niveaux de concordance allant de modérés à élevés lors de l'analyse des données cliniques. Par exemple, Kung et al. ont montré que ChatGPT pouvait atteindre un niveau de performance comparable à celui des étudiants en médecine sur des examens standardisés(Kung et al., 2023).

4.2. Performance diagnostique selon les indications

Dans notre étude, la performance de ChatGPT variait selon les indications, avec de meilleurs résultats pour la prééclampsie et la dystocie, des situations cliniques fréquentes et bien codifiées. Ces résultats

sont en accord avec ceux rapportés par Allahqoli et al., qui avaient observé une meilleure performance de ChatGPT dans des situations cliniques standardisées (Allahqoli et al., 2023).
Par ailleurs, une performance plus modérée a été observée pour certaines indications, telles que la souffrance fœtale aiguë, ce qui suggère une tendance à la surestimation. Cette variabilité est cohérente avec l'étude de Rao et al., qui soulignaient que les modèles d'intelligence artificielle présentaient des limites dans l'interprétation de situations cliniques complexes ou ambiguës(Arya et al., 2023).
Les systèmes d'aide à la décision basés sur l'intelligence artificielle peuvent améliorer la sécurité des patients en optimisant la détection des erreurs, la stratification et la gestion thérapeutique (Choudhury & Asan, 2020).
En cardiologie le modèle d'intelligence artificielle DeepECG, développé à l'Institut de cardiologie de Montréal, présente des performances diagnostiques exceptionnelles pour l'interprétation automatisée des ECG, avec une précision comparable à celle des cardiologues experts après validation internationale sur plus d'un million d'ECG. Au-delà du diagnostic classique, DeepECG permet également le dépistage précoce de pathologies cardiaques complexes, invisibles à l'analyse conventionnelle, et fait actuellement l'objet d'essais cliniques visant à évaluer son impact réel sur la qualité et la rapidité des soins cardiovasculaires (Institut de cardiologie de Montréal, 2026).

4.3. Influence de la qualité des données cliniques

Un résultat majeur de cette étude est l'association significative entre la complétude des dossiers et la concordance diagnostique. Les dossiers complets étaient associés à une meilleure performance de ChatGPT (OR = 3,2 ; p = 0,01). Ce constat confirme que la qualité des données constitue un déterminant essentiel de la performance des systèmes d'intelligence artificielle. Des travaux antérieurs ont également montré que les modèles d'IA dépendent fortement de la qualité, de la précision et de la complétude des données cliniques utilisées (Johnson et al., 2016). L'intelligence artificielle, qui était autrefois considérée comme une technologie d'avenir est devenue maintenant une réalité qui métamorphose le système de santé par l'amélioration de l'efficacité, de l'accessibilité et de la qualité des soins. En outre, elle permet l'optimisation des ressources et la personnalisation des traitements. En outre, l'IA joue un rôle crucial dans la détection précoce des maladies et permet une révolution du développement pharmaceutique (Commission Européenne, 2026). Au Kenya, Jacaranda Health, une organisation à but non lucratif a développé un outil d'intelligence artificielle nommé PROMPTS qui a permis à près de 118.000 femmes enceintes et allaitantes d'avoir des renseignements d'avoir pour prendre soin d'elles-mêmes et de leurs bébés (IDRC, 2025).
L'intelligence artificielle, notamment le « machine learning » et le « deep learning », connaît un développement majeur en cardiologie, avec des performances prometteuses dans l'interprétation de l'ECG, la prédiction des risques cardiovasculaires et l'aide au diagnostic, parfois comparables voire supérieures à celles des spécialistes. Cependant, ces technologies présentent encore des limites importantes liées à leur faible explicabilité, aux risques de biais, à la dépendance à la qualité des données et aux enjeux éthiques et médico-légaux, justifiant une intégration prudente et supervisée dans la pratique clinique (MENET, 2020).

4.4. Influence de la fréquence des indications

La meilleure performance observée pour les indications fréquentes suggère que ChatGPT s'appuie sur des schémas cliniques courants. Ce résultat est en accord avec la littérature, qui indique que les modèles

de langage sont plus performants dans les situations fréquemment rencontrées, mais peuvent présenter des limites dans les cas rares ou atypiques (Allahqoli et al., 2023; Arya et al., 2023). Cela souligne la nécessité d'une interprétation prudente des résultats fournis par ces outils dans les situations moins typiques. Aux USA, une équipe de chercheurs de l'école d'ingénieurs McKelvey de l'université de Washington à St. Louis a conçu une forme d'IA très efficace pour prédire les naissances prématurées et par conséquent, améliorer la prise en charge des grossesses pouvant être à risque (Fréquence Médicale, 2023).

4.5. Implications cliniques

Les résultats de cette étude mettent en évidence le potentiel de ChatGPT comme outil d'aide à la décision clinique en obstétrique, notamment dans les contextes à ressources limitées. Ces outils pourraient contribuer à améliorer la standardisation des décisions et à soutenir les professionnels de santé, notamment dans les environnements à forte charge de travail (Topol, 2019).

L'intelligence artificielle peut constituer un appui à la pratique médicale, à condition d'être utilisée avec discernement, car elle présente des limites et ne saurait se substituer à l'expertise ni au jugement clinique (Collège des Médecins du Québec, 2026).

Une étude transversale menée dans un service de cardiologie en Afrique subsaharienne a montré que le GPT-4 présentait une bonne concordance diagnostique avec les cardiologues, avec une amélioration significative de sa précision lorsque des données paracliniques étaient intégrées (Nacanabo et al., 2026).

4.6. Limites de l'étude

Notre étude présente quelques limites. Au regard du caractère rétrospectif et monocentrique, la généralisation des résultats était limitée. Les modèles de langage évoluent rapidement, ce qui peut affecter la reproductibilité externe des résultats. En outre, l'utilisation des dossiers médicaux comme référence standard peut introduire un biais lié à la variabilité des pratiques cliniques. Enfin, l'absence de validation prospective empêche d'évaluer l'impact réel de ChatGPT en situation clinique.

4.7. Perspectives

Des études prospectives multicentriques, incluant un plus grand nombre de cas, sont nécessaires pour confirmer ces résultats. L'intégration de l'intelligence artificielle dans la pratique clinique devra également s'accompagner d'une amélioration de la qualité des données et d'un encadrement éthique rigoureux. Les recherches sur l'intelligence artificielle en médecine sont encore en cours, et les normes d'utilisation restent à définir. Toutefois, ses bénéfices pour les cliniciens, les chercheurs et les patients sont de plus en plus évidents. L'IA est ainsi appelée à devenir un élément central des systèmes de santé numériques et de la médecine moderne (IBM, 2021).

L'intelligence artificielle transforme profondément la médecine en offrant des opportunités d'innovation et d'amélioration des soins, tout en nécessitant une intégration réfléchie pour préserver l'expertise humaine et la relation patient-médecin. Toutefois, il est important de ne pas surestimer ses capacités, l'IA relevant davantage d'une « assistance artificielle » que d'une véritable intelligence (Gauci & Bongain, 2025; NASSER, 2025).

5. Conclusion

Notre étude met en évidence de bonnes performances diagnostiques de ChatGPT pour l'identification des indications de césarienne d'urgence, avec une concordance satisfaisante avec les cliniciens. La

performance variait selon l'indication de la césarienne d'urgence, étant plus élevée pour les cas les plus fréquents et les mieux définis. La complétude et la qualité des données cliniques constituaient des facteurs déterminants d'une meilleure concordance. Ces résultats suggèrent que ChatGPT pourrait constituer un outil d'aide à la décision clinique prometteur, notamment dans des contextes à ressources limitées et confrontés à des défis sécuritaires, comme au CHRU de Fada. Par ailleurs, certaines limites persistent, notamment pour les indications atypiques et en cas de données insuffisantes. Les résultats de cette étude doivent être considérés comme préliminaires et exploratoires. Des études prospectives, multicentriques et axées sur les impacts cliniques réels restent nécessaires avant toute utilisation opérationnelle de ces outils dans la pratique obstétricale courante.

Conflits d'intérêt

Aucun

Références

Allahqoli, L., Ghiasvand, M. M., Mazidimoradi, A., Salehiniya, H., & Alkatout, I. (2023). Diagnostic and Management Performance of ChatGPT in Obstetrics and Gynecology. *Gynecologic and Obstetric Investigation*, *88*(5), 310-313. https://doi.org/10.1159/000533177

Arya, R., John, K., Meghana, K., & Michael, P. (2023). *Évaluation de ChatGPT comme outil d'aide à la décision en radiologie—PubMed*. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36798292/

Betran, A. P., YE, J., & Moller, A. (2016). *The Increasing Trend in Caesarean Section Rates Global, Regional and National Estimates 1990-2014. PLoS ONE, 11, e0148343. - References—Scientific Research Publishing*. https://www.scirp.org/reference/referencespapers?referenceid=2721767

Choudhury, A., & Asan, O. (2020). Role of Artificial Intelligence in Patient Safety Outcomes : Systematic Literature Review. *JMIR Medical Informatics*, *8*(7), e18599. https://doi.org/10.2196/18599

Collège des Médecins du Québec. (2026). *L'intelligence artificielle en médecine | Collège des médecins du Québec*. https://www.cmq.org/fr/pratiquer-la-medecine/informations-clinique/intelligence-artificielle/ia-medecine

Commission Européenne. (2026, mars 26). *L'intelligence artificielle dans le domaine des soins de santé—Public Health*. https://health.ec.europa.eu/ehealth-digital-health-and-care/artificial-intelligence-healthcare_fr

Cui, S., Lin, Q., Gui, Y., Zhang, Y., Lu, H., Zhao, H., Wang, X., Li, X., & Jiang, F. (2023). CARE as a wearable derived feature linking circadian amplitude to human cognitive functions. *Npj Digital Medicine*, *6*(1), 123. https://doi.org/10.1038/s41746-023-00865-0

Frequence Medicale. (2023). *Accouchement : Une IA peut prédire les naissances prématurées*. https://www.frequencemedicale.com/cardiologie/patient/177322-Accouchement-une-IA-peut-predire-les-naissances-prematurees

Gallifant, J., Fiske, A., Levites Strekalova, Y. A., Osorio-Valencia, J. S., Parke, R., Mwavu, R., Martinez, N., Gichoya, J. W., Ghassemi, M., Demner-Fushman, D., McCoy, L. G., Celi, L. A., & Pierce, R. (2024). Peer review of GPT-4 technical report and systems card. *PLOS Digital Health*, *3*(1), e0000417. https://doi.org/10.1371/journal.pdig.0000417

Gary, C., Kenneth, L., Steven, B., & Jodi, D. (2021). *Williams Obstetrics, 25th Edition : 9781259644320 : Medicine & Health Science Books @ Amazon.com*. https://www.amazon.com/Williams-Obstetrics-25th-Gary-Cunningham/dp/1259644324

Gauci, P., & Bongain, A. (2025). *Intelligence artificielle et chirurgie en gynécologie : Une révolution en cours | P.A. Gauci, A. Bongain*. https://www.edimark.fr/revues/la-lettre-du-gynecologue/n-454/intelligence-artificielle-etchirurgie-en-gynecologie-une-revolution-en-cours

George, M., Thomas, W., Sr, L., Mm, E., T, U.-L., T, A., N, S., K, S., Wr, B., Aa, G., & Ab, H. (2015). Relationship Between Cesarean Delivery Rate and Maternal and Neonatal Mortality. *JAMA*, *314*(21). https://doi.org/10.1001/jama.2015.15553

IBM. (2021, août 4). *Qu'est-ce que l'intelligence artificielle en médecine ? | IBM*. https://www.ibm.com/fr-fr/think/topics/artificial-intelligence-medicine

IDRC. (2025, février 28). *Améliorer l'accès aux soins de santé pour les femmes enceintes et les mères grâce à l'intelligence artificielle | CRDI - Centre de recherches pour le développement international*. https://idrc-crdi.ca/fr/histoires/ameliorer-lacces-aux-soins-de-sante-pour-les-femmes-enceintes-et-les-meres-grace

Institut de cardiologie de Montréal. (2026, janvier 26). Un algorithme d'IA entraîné sur plus d'un million d'électrocardiogrammes, validé dans 11 centres internationaux, considéré parmi les plus performants au monde. *Institut de cardiologie de Montréal*. https://icm-mhi.org/2026/01/26/un-algorithme-dia-entraine-sur-plus-dun-million-delectrocardiogrammes-valide-dans-11-centres-internationaux-considere-parmi-les-plus-performants-au-monde/

Johnson, A. E. W., Pollard, T. J., Shen, L., Lehman, L.-W. H., Feng, M., Ghassemi, M., Moody, B., Szolovits, P., Celi, L. A., & Mark, R. G. (2016). MIMIC-III, a freely accessible critical care database. *Scientific Data*, *3*, 160035. https://doi.org/10.1038/sdata.2016.35

Kung, T. H., Cheatham, M., Medenilla, A., Sillos, C., De Leon, L., Elepaño, C., Madriaga, M., Aggabao, R., Diaz-Candido, G., Maningo, J., & Tseng, V. (2023). Performance of ChatGPT on USMLE : Potential for AI-assisted medical education using large language models. *PLOS Digital Health*, *2*(2), e0000198. https://doi.org/10.1371/journal.pdig.0000198

MENET, A. (2020). *L'intelligence artificielle et l'ECG — Uness Cardiologie*. https://cardiologie.uness.fr/portail/index.php?title=L%27intelligence_artificielle_et_l%27ECG&mobileaction=toggle_view_desktop

Nacanabo, M. W., Seghda, A. A. T., Tall/Thiam, A., Millogo, G. C. R., Bayala, Y. L. T., Yameogo, V. N., Samadoulougou, A. K., & Zabsonre, P. (2026). Evaluation of the Diagnostic Capabilities of Artificial Intelligence (GPT-4) in a Cardiology Department in Sub-Saharan Africa : Cross-Sectional Study. *Health Science Reports*, *9*(3), e71940. https://doi.org/10.1002/hsr2.71940

NASSER, B. A. (2025). *L'IA en Médecine : Révolution ou Évolution ? – Fédération des Médecins de France*. https://www.fmfpro.org/lia-en-medecine-revolution-ou-evolution/

Organisation Mondiale de la Santé. (2024). *Mortalité maternelle*. https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality

Topol, E. J. (2019). High-performance medicine : The convergence of human and artificial intelligence. *Nature Medicine*, *25*(1), 44-56. https://doi.org/10.1038/s41591-018-0300-7

© 2026 Iboudo, 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 8 (2)
ISSN: 1987-071X e-ISSN 1987-1023
Received, 7 April 2026
Accepted, 12 June 2026
Published, 18 June 2026
https://www.revue-rasp.org
To cite: Perrin, S., et al. (2026). Trajectoires et pratiques d'usage de drogues par voie injectable en Côte d'Ivoire : une étude interdisciplinaire en santé publique, sciences sociales et recherche communautaire. *Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, 8(2), pp.87-99.* https://doi.org/10.4314/rasp.v8i2.7

Research

Trajectoires et pratiques d'usage de drogues par voie injectable en Côte d'Ivoire : une étude interdisciplinaire en santé publique, sciences sociales et recherche communautaire.

Trajectories and Injection Drug Use Practices in Ivory Coast : an Interdisciplinary Study in Public Health, Social Sciences, and Community-Based Research.

Sarah Perrin[1], Jérôme Evanno[2], Ahouansou Stanislas Sonagnon Houndji[3,2], Marie-Christine Charansonnet[1], Nafi Terrasse[1]

[1]Savoir Plus Risquer Moins, Fonds de Recherche et de Prévention des Addictions (FRPA), Paris, France
[2]Association communautaire « Paroles Autour de la Santé et de l'Environnement » (PASEN), Côte d'Ivoire
[3]Département de Sociologie et d'Anthropologie, Université Jean Lorougnon Guédé, Daloa, Côte d'Ivoire

* **Correspondance:** **Email:** sarah.perrin@frpa.net, Tel:(+33)626247412

Résumé

Cette recherche interdisciplinaire en santé publique, sciences sociales et recherche communautaire, a pour objectif principal de décrire et d'analyser les pratiques de consommation des usagers de drogues par voie injectable (UDI) des fumoirs à Daloa et Abidjan et leurs conséquences socio-sanitaires. Les objectifs secondaires sont de rapporter les besoins et attentes des participants, et d'évaluer l'appropriation des nouveaux kits d'injection distribués par les deux organisations en charge de l'étude. Les usagers de drogues, en particulier ceux qui s'injectent des substances, sont exposés à plusieurs risques sanitaires et sociaux liés à la précarité, à la stigmatisation et à l'accès limité aux soins. En Côte d'Ivoire, ces pratiques restent peu documentées, bien que certaines études suggèrent une augmentation dans les grandes villes. L'étude s'appuie sur 24 entretiens qualitatifs et un groupe focal de 6 participants, UDI, dans des fumoirs des villes investiguées. Les fumoirs sont des lieux urbains où se concentrent la consommation et la vente de drogues. Les résultats montrent des conditions de vie très précaires chez les usagers de drogues, des difficultés d'accès au matériel d'injection stérile et des expériences fréquentes de discrimination, la stigmatisation contribuant à la production de pratiques à risque. Les kits d'injection distribués dans le cadre du projet de l'Association communautaire « Paroles Autour de la Santé et de l'Environnement » (PASEN) sont jugés utiles, mais les participants expriment des besoins supplémentaires en matière de matériel, d'information et d'accès aux soins.

Mots-clés : Usage de drogues par voie injectable ; réduction des risques ; fumoirs ; stigmatisation ; Côte d'Ivoire ; Daloa ; Abidjan ; précarité sociale

Abstract
This interdisciplinary research in public health, social sciences, and community-based research aims primarily to describe and analyze drug use practices among people who inject drugs in smoking sites ("fumoirs") in Daloa and Abidjan, as well as their social and health consequences. The secondary objectives are to report participants' needs and expectations, and to assess the uptake of the new injection kits distributed by the two organizations responsible for the study. People who use drugs, particularly those who inject substances, are exposed to multiple health and social risks related to precarious living conditions, stigma, and limited access to healthcare. In Côte d'Ivoire, these practices remain poorly documented, although some studies suggest an increase in major cities. The study is based on 24 qualitative interviews and one focus group of 6 participants, all people who inject drugs, conducted in smoking sites in the investigated cities. Smoking sites are urban locations where drug consumption and sales are concentrated. The results highlight highly precarious living conditions among people who use drugs, difficulties in accessing sterile injection equipment, and frequent experiences of discrimination, with stigma contributing to the emergence of risky practices. The injection kits distributed as part of the PASEN project are considered useful, but participants also express additional needs for equipment, information, and access to healthcare services.

Keywords: Injecting drug use; harm reduction; fumoirs (drug-use sites); Côte d'Ivoire; Daloa; Abidjan; social precarity.

1. Introduction

Les usagers de drogues sont exposés à de multiples risques socio-sanitaires résultant de l'interaction entre les vulnérabilités sociales, la précarité économique, la marginalisation, la criminalisation et les effets pharmacologiques des substances consommées (Degenhardt et al., 2019). Ces risques sont particulièrement importants chez les usagers de drogues par voie injectable (UDI), dont les pratiques peuvent favoriser la transmission d'infections telles que le VIH, l'hépatite C, la tuberculose ou encore diverses infections bactériennes, notamment lorsque le matériel est partagé, réutilisé ou utilisé dans des conditions d'hygiène dégradées (Larney et al., 2017). À ces risques biologiques s'ajoutent des obstacles structurels liés à la stigmatisation et aux difficultés d'accès aux soins, qui limitent le recours aux dispositifs de prévention et de réduction des risques (Organization, 2022).

La situation des usagers de drogues en Côte d'Ivoire s'inscrit dans ce contexte général tout en présentant des spécificités. Le pays connaît une prévalence élevée du VIH et de la tuberculose parmi les populations les plus vulnérables (Houndji et al., 2023). Si les modes de consommation par inhalation demeurent majoritaires, les pratiques d'injection semblent en progression dans les principales agglomérations du pays, notamment à Abidjan et Daloa (Houndji et al., 2020; République de Côte d'Ivoire & Ministère de la Santé et de l'Hygiène, 2020). Selon le Programme national de lutte contre le sida (Programme national de lutte contre le sida, 2025), environ 39 % des usagers de drogues ivoiriens auraient recours à l'injection.

Cette étude porte plus spécifiquement sur les usagers fréquentant les fumoirs d'Abidjan et de Daloa. Les fumoirs sont des scènes ouvertes de consommation installées dans des espaces urbains où se concentrent usages, ventes et sociabilités liées aux drogues (Evanno & Houndji, 2023). Ils sont généralement implantés à proximité des marchés, des gares routières ou zones portuaires et accueillent des populations particulièrement précaires. La littérature décrit ces espaces comme des microterritoires organisés autour de règles internes, de hiérarchies sociales et de formes spécifiques de solidarité, mais également comme des lieux d'exposition accrue aux risques sanitaires, aux violences et à la stigmatisation (Houndji et al., 2023; Konan, 2023; Ricard & Grodji, 2021).

L'approche interventionnelle est celle de la réduction des risques, qui peut être définie comme un ensemble de pensées et d'actions visant à diminuer les conséquences négatives associées aux usages de substances psychoactives sans exiger l'arrêt préalable des consommations (Morel et al., 2012). Fondée sur des principes de pragmatisme, d'humanisme et de participation communautaire, cette approche accorde une place centrale aux savoirs expérientiels des personnes concernées selon le principe du « nothing about us without us » (Coppel, 1996). Les dispositifs de réduction des risques incluent notamment la distribution de matériel stérile, les traitements de substitution, les actions d'éducation à la santé, l'analyse de drogues ou encore les salles de consommation à moindres risques.

La présente étude s'inscrit dans le cadre d'un partenariat entre le Fonds de recherche et de prévention des addictions (FRPA) Savoir Plus Risquer Moins et l'association communautaire Paroles autour de la santé et de l'environnement (PASEN). Cette collaboration a permis la distribution de 8 900 kits Stéribox® auprès d'usagers injecteurs fréquentant les fumoirs d'Abidjan et de Daloa. Ces kits comprennent notamment des seringues stériles, des filtres membranaires Stérifilt+®, de l'eau pour préparation injectable, du gel hydroalcoolique et du matériel de désinfection. L'objectif principal de l'étude est de décrire les pratiques de consommation et d'injection d'UDI observées, ainsi que leurs conséquences sociosanitaires. Les objectifs secondaires consistent à identifier les besoins exprimés par les participants et à analyser leur appropriation des nouveaux kits d'injection distribués dans le cadre du projet.

2. Matériels et méthode

L'étude repose sur une méthodologie qualitative associant 24 entretiens individuels semi-directifs et un groupe focal réunissant 6 participants. Les critères d'inclusion étaient les suivants : être âgé de plus de dix-huit ans, avoir injecté une drogue au cours des quinze derniers jours, résider à Abidjan ou à Daloa et avoir reçu puis utilisé un kit Stéribox distribué par PASEN. Les critères d'exclusion étaient l'absence de consommation récente par injection, l'âge mineur ou le fait de ne pas avoir utilisé le matériel distribué.

Le recrutement des participants et la réalisation des entretiens ont été assurés par des acteurs communautaires connaissant les fumoirs, leurs propriétaires (« babatchè ») ainsi que les pratiques et profils des usagers. Cette implication communautaire a constitué une condition indispensable à la réalisation de l'enquête. Sans ces intermédiaires de confiance, l'accès à des

populations fortement marginalisées aurait été extrêmement difficile.
Les entretiens ont été enregistrés puis retranscrits intégralement. L'analyse a reposé sur un échantillonnage raisonné à variation maximale et sur le principe de suffisance théorique. Le codage a été effectué manuellement selon une logique inductive permettant de faire émerger progressivement les catégories d'analyse.

L'approche communautaire constitue un élément central de la démarche. Elle désigne un ensemble d'interventions conçues ou coconstruites avec les personnes concernées afin de répondre à leurs besoins sanitaires et sociaux tout en renforçant leur pouvoir d'agir. La littérature souligne que cette approche améliore l'adoption de comportements protecteurs, favorise l'accès aux services de prévention et réduit la transmission du VIH et de l'hépatite C (Demange et al., 2012; Donnadieu-Hélène, 2021).

Plusieurs limites doivent néanmoins être prises en considération. Certaines retranscriptions se sont révélées complexes en raison de l'utilisation du nouchi et de termes propres aux scènes de consommation ivoiriennes. Certaines données étaient manquantes, notamment concernant le statut sérologique des participants. Enfin, le caractère communautaire du recueil pouvait exposer à un biais de proximité, réduit par la triangulation des données et les échanges entre les différents auteurs.

3. Résultats

3.1. Trajectoires de consommation et pratiques d'injection

3.1.1. Caractéristiques de l'échantillon

L'échantillon est composé de trente participants, dont vingt-sept hommes et trois femmes âgés de 27 à 49 ans. L'âge moyen est de 37,6 ans. Les résultats mettent en évidence une forte précarité sociale. Dix-neuf participants sont sans emploi et dix-sept ne disposent pas d'un logement stable, vivant dans des fumoirs, dans la rue ou chez des tiers. La moitié possède un niveau scolaire correspondant au collège ou au lycée tandis que neuf participants ont un niveau primaire ou inférieur. Dix-neuf participants ont déjà connu une expérience de garde à vue ou d'incarcération.

3.1.2. Trajectoires et motivations à la consommation

L'héroïne constitue le produit central des consommations observées. Vingt-six participants déclarent en consommer, seule ou en association avec d'autres substances. La cocaïne inhalée concerne quinze participants, le cannabis neuf et les médicaments détournés cinq. Les participants évoquent la curiosité, la recherche de plaisir, le poids des fréquentations, l'influence de l'entourage, ainsi que la volonté de soulager des souffrances psychologiques ou de faire face à des événements de vie difficiles. UDI19 explique ainsi avoir, à 23, « *perdu [son] papa* » : « *A cause de la douleur j'achète la drogue que j'ai fumé, et ça me soulage* ». Les récits recueillis montrent que la consommation s'inscrit souvent dans des trajectoires marquées par les ruptures familiales, les deuils, les difficultés économiques et la souffrance émotionnelle.

3.1.3. Motivations à l'injection

Pour la plupart des participants, l'entrée dans l'injection intervient après l'âge de trente ans. Les participants mettent principalement en avant la recherche d'un effet plus intense, la rapidité d'action, la diminution des pertes de produit, le soulagement du manque, la possibilité de consommer des doses plus importantes, et la pression ou l'influence des pairs. UDI13 met ainsi en avant qu' « *il y a des doses on ne peut pas fumer, il faut forcément se tchôrô avec* ». Plusieurs participants considèrent également l'injection comme économiquement avantageuse. D'autres expliquent avoir abandonné l'inhalation pour éviter certains problèmes respiratoires ou pulmonaires, notamment la tuberculose. UDI17 décrit ainsi son passage à l'injection : « Quand il m'a tchôrô, j'ai senti ça même (...) Quand je me tchôrô, je peux dormir jusqu'à 8h ou 9h. » Ces discours illustrent la rationalité des choix de consommation et la manière dont les usagers arbitrent entre effets recherchés, coût économique et risques perçu.

3.2. Vécus discriminatoires, difficultés d'accès au soin et problématiques sanitaires

L'un des résultats majeurs de l'enquête concerne la place centrale de la stigmatisation dans l'expérience quotidienne des UDI rencontrés. Cette stigmatisation se manifeste à la fois dans les fumoirs, dans les structures de soins et plus largement dans les interactions sociales ordinaires. Elle influence directement les comportements des usagers, leurs modalités de consommation et leur accès aux services sanitaires.

3.2.1. Des discriminations toxicophobes omniprésentes

Les participants déclarent presque tous subir des discriminations liées à leurs pratiques d'injection. UDI1 explique ainsi que « *c'est quelque chose qu'on vit tous les jours.* » Cette stigmatisation apparaît dans plusieurs sphères de la vie sociale : la famille, les relations amicales, les fumoirs, les structures de soins et les espaces publics. Certains participants parlent d'un rejet devenu routinier, intégré à leur quotidien.

Les fumoirs constituent, d'une manière qui peut sembler paradoxale, un espace où les injecteurs sont eux-mêmes marginalisés. Les personnes ayant recours à l'injection y sont fréquemment désignées sous le terme de « docteurs » ; cette appellation renvoie à l'usage de la seringue mais prend souvent une dimension péjorative. Les participants rapportent des insultes, des moqueries, des exclusions et parfois des violences physiques. Comme l'explique UDI22 : « *Au fumoir dès qu'on sait que tu t'injectes net même pour te dire bonjour c'est compliqué.* » Plusieurs usagers estiment que cette stigmatisation est liée à l'image négative associée à l'injection, perçue comme plus dangereuse que l'inhalation. UDI1 avance également une explication liée aux pratiques collectives de consommation : « *Ils trouvent que ceux qui s'injectent sont méchants (...) en fumant tu peux donner aussi à plusieurs personnes.* » Le partage du produit étant plus difficile dans le cadre de l'injection, les injecteurs peuvent aussi être perçus comme moins solidaires ou moins intégrés à la sociabilité collective du fumoir. Les propriétaires des fumoirs (« babatchè ») contribuent également à cette stigmatisation. Certains craignent les décès liés

aux injections et les conséquences qu'ils pourraient avoir sur leurs activités. Ces représentations alimentent la marginalisation des injecteurs et renforcent leur invisibilisation.

Afin d'éviter insultes et humiliations, plusieurs participants expliquent devoir se cacher pour s'injecter. Cette dissimulation entraîne souvent une consommation dans des espaces isolés, dans l'urgence ou dans des conditions sanitaires dégradées. UDI17 déclare ainsi : « *Je fais toujours mes emportés pour me mettre dans un endroit pour me tchôrô.* » L'isolement augmente potentiellement les risques en cas de complication médicale, de malaise ou de surdose, puisqu'aucune assistance n'est alors disponible.

3.2.2. Des discriminations dans le système de soins

Les structures sanitaires apparaissent également comme des espaces de discrimination. Plusieurs participants rapportent des expériences de rejet ou de refus de soins. UDI11 rapporte ainsi que « *beaucoup d'injecteurs meurent* » à l'hôpital. Les participants décrivent des attitudes stigmatisantes de la part de certains soignants, qui considèrent parfois les usagers de drogues comme responsables de leur état de santé. Un participant du groupe focal relate : « *Quand je suis arrivé à l'hôpital (...) les docteurs ont commencé à dire : enlevez-lui là ici. C'est un drogué.* » Cette expérience illustre la manière dont la toxicophobie peut se traduire par une exclusion concrète des soins. Les pharmacies sont également perçues comme des lieux où les usagers subissent des discriminations : « *Quand les pharmaciens voient ton accoutrement, ils te servent pas.* », rapporte un autre participant au groupe focal. Ces difficultés renforcent la méfiance à l'égard du système sanitaire et participent au non-recours aux soins.

3.2.3. Difficultés d'accès au matériel de consommation, pratiques de réduction des risques et problématiques sanitaires

La majorité des participants décrivent des difficultés importantes pour accéder à du matériel d'injection stérile. Hormis les distributions réalisées par PASEN ou d'autres associations, peu d'usagers bénéficient d'un accès gratuit au matériel. Dix-huit participants déclarent n'avoir jamais reçu gratuitement de matériel avant la distribution des kits étudiés. La majorité achète ses seringues en pharmacie, pour un coût compris entre 125 et 150 francs CFA. Même modeste, ce coût représente un obstacle important dans un contexte de forte précarité économique. Les conséquences sont nombreuses : réutilisation répétée des seringues, partage du matériel, fabrication artisanale du petit matériel d'injection, recours à des pratiques de nettoyage insuffisantes. UDI15 dit ainsi « *utiliser 10 à 20 fois* » sa seringue, car il n'a « *pas l'argent pour acheter* » du matériel stérile. Un participant au groupe focal explique prendre « *les canettes* » de soda pour chauffer son eau. Ces pratiques illustrent le poids des contraintes économiques dans la production des risques sanitaires.

Les pratiques de réduction des risques demeurent limitées. La majorité des participants ne se lave pas systématiquement les mains, ne désinfecte pas le point d'injection, utilise de l'eau non stérile , ne filtre pas correctement les préparations, et recourt à des filtres artisanaux. Ces pratiques sont cohérentes avec les difficultés d'accès au matériel précédemment décrites. Les

conséquences sanitaires apparaissent importantes. Alors que seuls deux participants rapportent avoir vécu une surdose, quatorze déclarent avoir déjà développé un abcès et vingt-et-un avoir connu une « fraîcheur », appelée « poussière » en France. UDI16 décrit ainsi que « *le corps a commencé à chauffer* », et d'autres participants au groupe focal relatent « *une pression pendant l'injection* ». Ces épisodes durent généralement quelques minutes mais sont vécus comme particulièrement inquiétants.

Concernant le VIH, la plupart des participants savent que le VIH est transmissible par voie sexuelle, qu'il peut se transmettre par le sang, qu'une personne infectée peut sembler en bonne santé et que le préservatif constitue une mesure de protection. Cependant, plusieurs croyances erronées persistent. Certains participants pensent que le VIH peut être transmis par les moustiques, par le partage des repas ou par des pratiques de sorcellerie. UDI15 explique : « *Comme on est en Afrique, on peut te lancer une maladie.* » Plusieurs participants considèrent également que seule une intervention divine détermine la contamination : « *C'est Dieu seul* » (UDI18). Le VIH demeure fortement associé à la mort. UDI8 affirme ainsi : « *Si tu as le sida, tu es un homme mort*. » La plupart des participants ont déjà effectué un dépistage, parfois directement dans les fumoirs grâce aux interventions communautaires. Concernant l'hépatite C, les connaissances sont en revanche extrêmement limitées. Aucun participant ne semble réellement connaître les modes de transmission de cette infection. La tuberculose apparaît mieux identifiée, probablement en raison de sa fréquence dans les fumoirs et de sa visibilité clinique. Les participants associent cette maladie à la toux, aux vomissements de sang, à l'amaigrissement et aux douleurs pulmonaires.

3.3. **Besoins et attentes exprimés par les usagers**

3.3.1. Des besoins sociaux et sanitaires considérables

Au-delà des seules questions liées aux drogues, les participants expriment des besoins multiples qui renvoient à des problématiques plus larges de précarité, d'exclusion sociale et de santé primaire. Les besoins exprimés concernent d'abord l'accès aux soins. Les participants demandent davantage de médicaments, de matériel stérile, de vaccinations, notamment contre le tétanos, ainsi qu'un accès facilité aux consultations médicales. Beaucoup dénoncent la difficulté à obtenir une prise en charge adaptée lorsqu'ils présentent des complications liées à leurs usages. Les usagers souhaitent également une présence plus régulière des associations dans les fumoirs. Plusieurs estiment que les interventions communautaires constituent l'un des rares moyens d'accéder à des informations fiables et à du matériel de prévention.

Par ailleurs, de nombreux participants évoquent leur volonté de sortir de leur dépendance. Une majorité se déclare prête à entreprendre une cure ou un accompagnement au sevrage si celui-ci était accessible.
Les participants dénoncent également les violences et les pratiques de corruption policières. Plusieurs évoquent les sommes d'argent régulièrement exigées lors des contrôles ou des interpellations. Les besoins exprimés concernent également le logement, l'hébergement d'urgence, l'emploi, l'insertion professionnelle, le renouvellement de documents administratifs,

l'accès à des vêtements, et le soutien financier.

3.3.2. Retours sur les kits d'injection Stéribox

La quasi-totalité des participants ne connaissait pas les kits Stéribox® avant les distributions réalisées par PASEN. Globalement, l'accueil réservé au dispositif est positif. Les usagers considèrent que ces kits facilitent l'accès à du matériel de meilleure qualité et permettent de réduire certains risques associés à l'injection. Toutefois, près de la moitié des participants estime que des améliorations sont nécessaires. La première critique porte sur la quantité de matériel disponible. Les participants jugent le nombre de seringues insuffisant au regard de leurs pratiques de consommation. UDI5 explique : « *Les cinq kits en une journée, c'est fini. […] Moi en une journée je peux me tchôrô jusqu'à dix fois.* »
De nombreux usagers demandent également davantage de seringues, de gel hydroalcoolique, d'eau pour préparation injectable, et de matériel de désinfection.

Une autre critique concerne les difficultés de compréhension du contenu du kit. Plusieurs participants rappellent que la maîtrise du français écrit est limitée parmi les usagers fréquentant les fumoirs. UDI5 propose « *une notice avec des images indiquant comment utiliser le kit.* » Cette remarque souligne l'importance d'adapter les supports pédagogiques aux réalités locales. Certains participants remettent également en question l'intérêt du filtre membranaire Stérifilt+®. UDI16 déclare : « *Je trouve que le filtrage là n'est pas nécessaire. Parce qu'il y a le coton*. » Cette observation met en évidence un décalage entre les connaissances biomédicales et les représentations des usagers. Plusieurs participants demandent également l'ajout de garrots.

D'autres critiques concernent la date de péremption de certains flacons d'eau pour préparation injectable ou la difficulté à utiliser le matériel dans les fumoirs du fait de la stigmatisation. Plusieurs usagers expliquent préférer attendre de rentrer chez eux ou s'isoler pour utiliser les kits : « *On se cache. »* explique un participant au groupe focal. Ces témoignages illustrent l'influence des rapports sociaux présents dans les fumoirs sur l'appropriation des outils de réduction des risques.

Malgré ces limites, de nombreux participants expriment une satisfaction importante. UDI4 affirme : « *Tout ce qui est là-dedans c'est bon, ça va nous permettre de ne pas attraper des maladies.* » UDI7 apprécie notamment le fait que le kit évite l'utilisation de matériel artisanal : « *On n'utilise pas les canettes vides pour chauffer le produit.* » Dans l'ensemble, les résultats montrent que les kits répondent à un besoin réel mais que leur efficacité pourrait être renforcée par une meilleure adaptation aux contextes culturels, linguistiques et matériels des usagers ivoiriens.

4. Discussion

4.1. Une « expérience totale » des drogues

Les résultats de l'étude confirment que les usages de drogues observés dans les fumoirs

d'Abidjan et de Daloa ne peuvent être réduits à leurs seuls effets pharmacologiques. Les motivations décrites par les participants rejoignent largement celles mises en évidence dans la littérature scientifique internationale et ivoirienne (Houndji et al., 2023; Milhet & Langlois, 2017; Perrin, 2024). Les drogues apparaissent comme des outils permettant de gérer la souffrance psychologique, d'atténuer les effets de la précarité, de faire face à des événements traumatiques, et de maintenir certaines formes d'intégration sociale. Les récits recueillis illustrent notamment le rôle du deuil, des difficultés économiques et des ruptures familiales dans les trajectoires de consommation.

Les motivations spécifiques à l'injection (recherche d'un effet plus intense, absence de perte de produit et meilleure rentabilité économique) rejoignent également celles décrites dans d'autres recherches menées en Côte d'Ivoire (Houndji et al., 2020) ainsi qu'à l'international (Beauchamp, 2003; Michels & Guichard, 2014). Ces discours traduisent une véritable rationalité des usages. L'injection permet une biodisponibilité proche de 100 %, ce qui explique qu'elle soit perçue comme plus efficace (Toutain & Bousquet-Melou, 2004).

Par ailleurs, plusieurs participants expliquent avoir abandonné l'inhalation afin d'éviter certains problèmes respiratoires, ce qui rejoint les constats d'autres recherches (Fitzpatrick et al., 2022; Houndji et al., 2020). Il est toutefois intéressant de noter que dans d'autres contextes, le mouvement inverse est observé : certains usagers abandonnent l'injection au profit de l'inhalation afin de réduire les risques infectieux associés aux pratiques injectables (Pizzey & Hunt, 2008; Sarah Perrin & Lazès-Charmetant, 2023). L'ensemble de ces éléments conduit à mobiliser le concept d'« expérience totale » (Castel, 1981). Selon cette perspective, la consommation de drogues mobilise simultanément les dimensions corporelles, émotionnelles, sociales et biographiques de l'existence. Les usages observés dans cette enquête illustrent pleinement cette approche.

4.2. Une stigmatisation qui produit des pratiques à risque

L'un des principaux enseignements de l'étude porte sur le rôle central de la stigmatisation dans la production et le maintien des risques sanitaires. Les résultats obtenus rejoignent les constats formulés dans divers travaux scientifiques (Castel, 1981; Houndji et al., 2020; Konan, 2023; République de Côte d'Ivoire & Ministère de la Santé et de l'Hygiène, 2020). Le harcèlement verbal, les exclusions, les discriminations dans les structures de soins, les violences physiques et la dévalorisation sociale peuvent être analysés à travers le concept de stigmate (Goffman, 1975), selon lequel certains attributs socialement disqualifiants altèrent profondément les interactions sociales et l'identité des individus.

Les personnes confrontées à la stigmatisation sont moins susceptibles de recourir aux soins ou d'adopter des comportements préventifs (Earnshaw & Chaudoir, 2009). Les usagers interrogés expliquent devoir se cacher pour s'injecter, éviter certaines structures sanitaires ou encore renoncer à demander du matériel stérile. Ces stratégies accroissent mécaniquement les risques liés aux usages. La peur de la répression et du jugement social favorise la consommation dans des espaces isolés, le partage du matériel et le recours limité aux dispositifs de réduction des

risques (Csete et al., 2016) La théorie du stress lié au stigmate (Meyer, 2003) permet également d'éclairer les données recueillies. L'exposition répétée aux discriminations génère une souffrance psychologique chronique, susceptible de favoriser l'augmentation de la consommation ou le maintien de pratiques à risque._La stigmatisation apparaît ainsi non seulement comme une conséquence des usages de drogues mais aussi comme un facteur actif de production des risques sanitaires.

4.3. Des problématiques et besoins sociosanitaires majeurs

Les résultats obtenus concernant l'accès au matériel de consommation confirment largement ceux des études antérieures menées en Côte d'Ivoire (Colin et al., 2017; République de Côte d'Ivoire & Ministère de la Santé et de l'Hygiène, 2020). En revanche, l'importance du partage de matériel observée dans cette enquête contraste avec certaines données quantitatives plus récentes (Colin et al., 2017; Programme national de lutte contre le sida, 2025). Cette différence pourrait s'expliquer par la nature qualitative du recueil, qui favorise l'expression de pratiques parfois sous-déclarées dans les enquêtes standardisées.

Concernant le VIH, les connaissances semblent globalement satisfaisantes, même si certaines croyances erronées persistent. Ces résultats rejoignent ceux de Houndji et al. (Houndji et al., 2023) (2023) mais diffèrent de certaines enquêtes nationales antérieures (République de Côte d'Ivoire & Ministère de la Santé et de l'Hygiène, 2020) Les représentations du VIH restent fortement marquées par la peur et l'association à la mort. Comme le soulignent Houndji et al. (2023), « le Sida crée une psychose au sein de la communauté ». Cette représentation contribue à la stigmatisation des personnes séropositives et peut constituer un frein supplémentaire au dépistage ou à la prise en charge.

Enfin, les besoins exprimés par les participants confirment ceux déjà identifiés par Médecins du Monde (2014) et Konan (2023). Les difficultés rencontrées ne se limitent pas aux consommations de drogues mais concernent également la pauvreté, le logement, l'accès aux soins, l'emploi, la protection sociale et les violences institutionnelles. Comme le concluent Houndji et al. (2023), les usagers de drogues apparaissent comme une population particulièrement marginalisée et insuffisamment prise en compte par les politiques sanitaires.

5. **Conclusion**

Cette étude apporte un éclairage inédit sur les pratiques d'injection, les conditions de vie et les besoins des usagers de drogues par voie injectable fréquentant les fumoirs d'Abidjan et de Daloa. Elle met en évidence une population cumulant de fortes vulnérabilités sanitaires et sociales, dans un contexte de précarité économique, d'instabilité résidentielle, d'accès limité aux soins et de forte stigmatisation (Houndji et al., 2020 ; Médecins du Monde, 2014). Les profils observés rejoignent ceux des travaux antérieurs en Côte d'Ivoire : principalement des hommes, exposés à la pauvreté, aux ruptures familiales, à l'incarcération et à des trajectoires d'exclusion sociale (Médecins du Monde, 2014 ; République de Côte d'Ivoire & Ministère de la Santé et de l'Hygiène, 2020 ; Houndji et al., 2023).

Les résultats soulignent également le rôle central de la stigmatisation dans la production des risques, favorisant dissimulation des pratiques, évitement des soins et maintien de comportements à risque (Goffman, 1975 ; Meyer, 2003 ; Csete et al., 2016). Les difficultés d'accès au matériel stérile, combinées à la précarité, encouragent le partage et la réutilisation des seringues, avec des conséquences sanitaires documentées (Colin et al., 2017 ; Dieul et al., 2015). Enfin, les usagers expriment des besoins dépassant la seule question des drogues (santé, logement, emploi, droits sociaux) et appellent à des interventions de réduction des risques mieux dotées, communautaires et adaptées aux réalités locales, incluant la lutte contre la stigmatisation et la prise en compte des déterminants sociaux de la santé (Demange et al., 2012 ; Morel et al., 2012).

Remerciements

Les auteurs tiennent à exprimer leur profonde gratitude à l'ensemble des membres de l'association Paroles Autour de la Santé et de l'Environnement (PASEN), composée d'enseignants-chercheurs et d'acteurs communautaires, pour leur engagement constant et leur contribution essentielle à la réalisation de ce travail.

Nous adressons également nos sincères remerciements à l'équipe de Savoir Plus Risquer Moins pour son accompagnement et son appui scientifique. Nous souhaitons, en outre, témoigner notre reconnaissance à Apothicom pour son soutien. Ils expriment leur gratitude aux usagers de drogues d'Abidjan et de Daloa, dont la participation a été précieuse pour mener cette étude.

Nous tenons également à remercier les propriétaires et gestionnaires des fumoirs pour avoir facilité l'accès de l'équipe de PASEN aux espaces de consommation de drogues. Dans un contexte marqué par la répression, la criminalisation et la stigmatisation des usagers de drogues en Côte d'Ivoire, ces lieux demeurent particulièrement difficiles d'accès ; leur collaboration a ainsi constitué une contribution déterminante à la réalisation de cette recherche.

Enfin, nous remercions chaleureusement l'ensemble de nos partenaires et soutiens institutionnels, notamment : le Programme National de Lutte contre le Sida (PNLS), le Comité Interministériel de Lutte Anti-Drogue (CILAD), Association communautaire le Foyer du Bonheur, le Groupe Phoenix, le Conseil des organisations de lutte contre l'abus de drogues de Côte d'Ivoire (CONAD-CI), l'ONG Espace Confiance, l'Association de Soutien à l'Autopromotion Sanitaire Urbaine (ASAPSU), le Réseau des Organisations des Populations Clés de Côte d'Ivoire (ROPC-CI), ainsi que le Vice-Président de l'Université Jean Lorougnon Guédé de Daloa et le Doyen de l'UFR Sciences sociales et humaines de ladite Université, pour leur appui multiforme.

Conflit d'intérêts

Nous ne déclarons aucun conflit d'intérêts.

Références

Beauchamp, S. (2003). Motivation rationnelle de l'usage de drogue injectable et de la prostitution. *Santé mentale au Québec, 28*(2), 195–210. https://doi.org/10.7202/008625ar

Castel, R. (1981). *La gestion des risques : De l'anti-psychiatrie à l'après-psychanalyse*. Paris,

France : Les Éditions de Minuit.
Colin, G., Doumenc-Aidara, C., Luhmann, N., Pourteau, A.-L., & N'Zi, L. (2017). *La tuberculose chez les usager·ère·s de drogues à Abidjan en Côte d'Ivoire : Prévalence, prise en charge et modèle d'accompagnement communautaire. Rapport scientifique*. Paris, France : Médecins du Monde.
Coppel, A. (1996). Les intervenants en toxicomanie, le sida et la réduction des risques en France. *Communications, 62*(1), 73–93. https://doi.org/10.3406/comm.1996.1937
Csete, J., Kamarulzaman, A., Kazatchkine, M., Altice, F. L., Balicki, M., Buxton, J., Cepeda, J., Comfort, M., Goosby, E., Goulão, J., Hart, C., Kerr, T., Lajous, A. M., Lewis, S., Martin, N., Mejía, D., Camacho, A., Mathieson, D., Obot, I., ... Beyrer, C. (2016). Public health and international drug policy. *The Lancet, 387*(10026), 1427–1480. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00619-X
Degenhardt, L., Grebely, J., Stone, J., Hickman, M., Vickerman, P., Marshall, B. D. L., Bruneau, J., Altice, F. L., Henderson, G., Rahimi-Movaghar, A., & Larney, S. (2019). Global patterns of opioid use and dependence: Harms to populations, interventions, and future action. *The Lancet, 394*(10208), 1560–1579. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)32229-9
Demange, É., Henry, É., & Préau, M. (2012). *De la recherche en collaboration à la recherche communautaire : Guide méthodologique*. Paris, France : ANRS & Coalition PLUS.
Donnadieu-Hélène, H. (2021). *Intervention communautaire en vue d'éliminer l'hépatite C chez les usagers de drogues actifs dans la ville de Montpellier : ICÔNE ANRS 95050* (Mémoire de master). Université de Montpellier, France.
Earnshaw, V. A., & Chaudoir, S. R. (2009). From conceptualizing to measuring HIV stigma: A review of HIV stigma mechanism measures. *AIDS and Behavior, 13*(6), 1160–1177. https://doi.org/10.1007/s10461-009-9593-3
Evanno, J., & Houndji, A. S. S. (2023). Open-air fumoirs: Atypical socio-geographical places in Abidjan. In *Narcotic Cities: Counter Cartographies of Drugs and Spaces*. Berlin, Allemagne : Jovis Verlag.
Fitzpatrick, T., McMahan, V. M., Frank, N. D., Glick, S. N., Violette, L. R., Davis, S., & Jama, S. (2022). Heroin pipe distribution to reduce high-risk drug consumption behaviors among people who use heroin: A pilot quasi-experimental study. *Harm Reduction Journal, 19*(1), 103. https://doi.org/10.1186/s12954-022-00685-7
Goffman, E. (1975). *Stigmate : Les usages sociaux des handicaps* (A. Kihm, Trad.). Paris, France : Les Éditions de Minuit. (Ouvrage original publié en 1963)
Houndji, A. S. S., Gnamien, K. B. M., Evanno, J., Affognon, B., & Kouadio, D. S. (2020). Logiques socio-culturelles et bio-culturelles de la consommation de drogues par injection chez les usager·e·s de drogues à Abidjan (Côte d'Ivoire). *Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, 2*(2), 89–100.
Houndji, A. S. S., Gnamien, K. B. M., François, K. Y., & Evanno, J. (2023). Représentations sociales du VIH/sida et pratiques sexuelles à risques chez les usagers de drogues à Abidjan (Côte d'Ivoire). *Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, 60*, 35–52.
Konan, G. (2023). Analyse bio-culturelle et socio-culturelle du parcours des usagers de drogue, de la dépendance à la remédiation : Cas du récit de vie d'un ex-usager de drogues à Abidjan (Côte d'Ivoire). *Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, 5*(1), 345–360.
Larney, S., Peacock, A., Mathers, B. M., Hickman, M., & Degenhardt, L. (2017). A systematic review of injecting-related injury and disease among people who inject drugs. *Drug and Alcohol Dependence, 171*, 39–49. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2016.11.029
Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin, 129*(5), 674–697. https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.674

Michels, D., & Guichard, A. (2014). Modalités d'entrée dans l'injection en France dans les années 2000. *Psychotropes, 20*(4), 27–49. https://doi.org/10.3917/psyt.204.0027

Milhet, M., & Langlois, E. (2017). Faire face aux épreuves de la vie juvénile : L'usage détourné de médicaments psychotropes chez les jeunes. *Déviance et Société, 41*(4), 511–540. https://doi.org/10.3917/ds.414.0511

Morel, A., Chappard, P., & Couteron, J.-P. (2012). *L'aide-mémoire de la réduction des risques en addictologie en 22 notions : Contexte, enjeux, nouvelles pratiques*. Paris, France : Dunod.

Organisation mondiale de la Santé. (2022). *Global health sector strategies on HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections for the period 2022–2030*. Genève, Suisse : OMS.

Perrin, S. (2024). *Femmes et drogues : Trajectoires d'usagères-revendeuses insérées socialement à Bordeaux et Montréal*. Lormont, France : Le Bord de l'Eau.

Perrin, S., & Lazès-Charmetant, A. (2023). *Tendances récentes et nouvelles drogues en Nouvelle-Aquitaine en 2022*. Paris, France : Observatoire Français des Drogues et des Tendances Addictives.

Pizzey, R., & Hunt, N. (2008). Distributing foil from needle and syringe programmes (NSPs) to promote transitions from heroin injecting to chasing: An evaluation. *Harm Reduction Journal, 5*(24). https://doi.org/10.1186/1477-7517-5-24

Programme national de lutte contre le sida. (2025). *Étude biocomportementale sur le VIH, les IST et estimation de la taille de population des personnes usagères de drogues (PUD) en Côte d'Ivoire*. Abidjan, Côte d'Ivoire : PNLS.

République de Côte d'Ivoire, & Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique. (2020). *Enquête bio-comportementale chez les usagers de drogues, y compris les usagers de drogues injectables à Abidjan*. Abidjan, Côte d'Ivoire : Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique.

Ricard, M., & Grodji, K. F. (2021). Fumoirs et relations d'interdépendance : Négocier l'ordre social à Abobo, Abidjan. *Politique africaine, 163*(3), 23–43. https://doi.org/10.3917/polaf.163.0023

Toutain, P.-L., & Bousquet-Mélou, A. (2004). *La biodisponibilité et son évaluation*. Toulouse, France : École Nationale Vétérinaire de Toulouse. Consulté à l'adresse https://physiologie.envt.fr/wp-content/uploads/2007/03/La_biodisponibilite_et_son_evaluation.pdf

© 2026 PERRIN, 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 8 (2)
ISSN: 1987-071X e-ISSN 1987-1023
Received, 7 April 2026
Accepted, 12 June 2026
Published, 25 June 2026
https://www.revue-rasp.org
To cite: Okou, M., et al. (2026). Retentissement psychologique de l'amputation de la jambe chez les patients militaires à l'hôpital militaire d'Abidjan. *Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, 8(2), pp.100-121.* https://doi.org/10.4314/rasp.v8i2.8

Research

Retentissement psychologique de l'amputation de la jambe chez les patients militaires à l'hôpital militaire d'Abidjan

Psychological impact of leg amputation among military patients at the Abidjan military hospital

OKOU Kouakou Jean-Marie[1], DJAKO Logon Albert Thierry[2], EDOUA Kassi Edoua David Samuel[3*]

[1]Hôpital Militaire d'Abidjan (HMA), Abidjan_Côte d'Ivoire
[2]Département de Psychologie, Université Félix Houphouët-Boigny, Abidjan_Côte d'Ivoire
[3]Département de Psychologie, Université Félix Houphouët-Boigny/Hôpital Militaire d'Abidjan (HMA), Abidjan_Côte d'Ivoire

*Auteur correspondant: email: edouakassi@gmail.com Tel: (+225) 0707690139

Résumé

La présente étude vise à décrire et à comprendre les répercussions psychologiques de l'amputation de la jambe chez les militaires pris en charge à l'hôpital militaire d'Abidjan. Pour y arriver, elle a procédé par des entretiens semi-directifs réalisés auprès de 21 patients militaires amputés de la jambe. Les résultats révèlent que le retentissement psychologique de l'amputation chez les militaires est globalement négatif et vécu comme insurmontable. Celui-ci admet 03 dimensions, notamment émotionnelle (50,23%), cognitive (35,14%) et conative (14,63%). Ce résultat suggère la nécessité de mettre en place un programme d'accompagnement psychologique au bénéfice des patients militaires amputés de la jambe. Ce programme devrait être mis en œuvre par une équipe pluridisciplinaire incluant des médecins, des psychologues ainsi que des travailleurs sociaux afin d'offrir une prise en charge holistique efficace. Il devrait intégrer un soutien à la transition de la vie militaire vers la vie civile incluant le soutien conjugal, familial et communautaire aux patients amputés.

Mots-clés: Retentissement psychologique – Vécu psychologique – Détresse psychologique – Expérience d'amputation – Amputation – Amputation traumatique – Traumatisme – Militaire

Abstract

This study aims to describe and understand the psychological impact of leg amputation among military personnel at the Abidjan Military Hospital. To achieve this, it employs semi-

structured interviews with 21 military patients who have undergone leg amputation. The results reveal that the psychological impact of amputation among military personnel is generally negative and experienced as insurmountable. This impact encompasses three dimensions: emotional (50.23%), cognitive (35.14%), and conative (14.63%). This finding suggests the need to establish a psychological support program for military patients who have undergone leg amputation. This program should be implemented by a multidisciplinary team including physicians, psychologists, and social workers to provide effective, holistic care. It should incorporate support for the transition from military to civilian life, including spousal, family, and community support for amputee patients.

Keywords: Psychological impact – Psychological experience – Psychological distress – Experience of amputation – Amputation – Traumatic amputation – Trauma – Military

Introduction

Les missions de défense, de maintien de l'ordre et de la paix qu'exécutent les forces de défense et de sécurité augmentent les risques d'accidents et de blessures, pouvant être graves et nécessitant une amputation du membre atteint. Cet acte chirurgical, aux multiples causes, est de plus en plus pratiqué dans le monde.

Ainsi, le nombre de personnes amputées dans le monde est en hausse pour trois raisons principales. D'abord, les guerres et les conflits armés causent des blessures graves conduisant à des amputations. C'est, par exemple, le cas de l'arrachement d'un membre à la suite d'une explosion de mine antipersonnel (Touk, 2016). Ensuite, la recrudescence de différentes pathologies de nature métabolique (diabètes de type 1 et 2), neurologique (ischémie artérielle), infectieuse (plaies surinfectées), tumorale (ostéomes, sarcome osseux) et traumatique (accidents) oblige souvent les soignants à recourir à une amputation afin de sauver la vie du patient. Enfin, les progrès médicaux significatifs permettent à un nombre croissant de patients de survivre à des pathologies autrefois fatales. Toutefois, ces avancées médicales salutaires posent de nouveaux défis, surtout d'ordre psychologique et social, aux amputés comme aux soignants.

Quelques travaux menés dans le monde illustrent la hausse de la pratique de l'amputation. En effet, aux États-Unis, les traumatismes représentent la seconde cause la plus récurrente de la perte du membre après les maladies vasculaires (Sadoma & *al*., 2023). En Amérique, précisément au Brésil, l'on enregistre jusqu'à 202 940 amputations traumatiques entre 2008 et 2023 (Ceratti & *al*., 2024). En Asie, Irajian et Esfahlani (2024) rapportent que dans les hôpitaux d'Azerbaïdjan oriental, l'incidence des amputations majeures connaît une ascendance de janvier 2007 à décembre 2019 avec une fréquence de 60,5% des cas, avec une augmentation annuelle de 0,6 amputation par an. Selon ces auteurs et Ceratti et *al.* (idem) les patients de sexe masculin sont plus sujets à l'amputation des membres inférieurs que leurs homologues de sexe féminin. Par ailleurs, une étude menée en Inde a rapporté une incidence de 2,5% parmi les cas de traumatisme (Dhillon & *al*., 2022). En Afrique, précisément au Kenya, la prévalence de l'amputation traumatique des membres est de 35,7%, ce qui est relativement élevé (Ogeng'O & *al*., 2009).

Le nombre important d'amputations observées dans le monde s'observe aussi en Côte d'Ivoire. La population militaire est l'une des plus exposée aux amputations du fait de son implication active dans les conflits armés et de la nature intrinsèquement dangereuse de ce métier.

En effet, à l'hôpital militaire d'Abidjan, l'enregistrement des activités du bloc opératoire renseigne sur le nombre d'amputations réalisées. Par exemple, entre 2020 et 2022, l'on enregistre 283 cas de chirurgie traumato-orthopédique dont 61 amputations incluant 30 militaires. Si l'on intègre à ces statistiques les militaires ayant sollicité des cliniques privées pour assurer leurs soins, l'on peut alors dire que le nombre total de militaires amputés serait plus élevé.

Ainsi, les causes d'amputation des membres en Afrique subsaharienne sont plus les tumeurs et les traumatismes (Abbas & Musa, 2007 ; Thanni & Tade, 2007). Pour Abbas et Musa (2007) la cause la plus fréquente de traumatisme chez la plupart des patients est l'accident de la route. Pour Kaisha et Khainga (2008) les accidents du travail, les agressions et les chutes sont les causes courantes d'amputation traumatique des membres en Afrique.

En résumé, les travaux examinés montrent que la proportion la plus élevée des amputations traumatiques est observée en Asie de l'Est, du Sud, en Europe occidentale, en Afrique du Nord et aux Moyen-Orient (McDonald & *al*., 2021). Selon Bertinchamps et *al*., (2013) les membres inférieurs semblent principalement plus touchés par les amputations (86%) que les membres supérieurs (14%).

Cette hausse du nombre d'amputation dans le monde soulève la question des conséquences psychologiques de ce phénomène ou encore du vécu psychologique de l'amputation. À cet effet, cette question peut être expliquée par le modèle des étapes de Kübler-Ross (1969) qui fait partie de la théorie du deuil et modèles de perte.

Selon ce modèle des étapes, il y a 05 phases successives vécues par les personnes confrontées à une maladie terminale ou à une perte importante, notamment une amputation de la jambe. Il s'agit du déni/choc ; de la colère/révolte ; de la négociation/marchandage ; de la dépression et de l'acceptation. Ces réactions psychologiques successives, ou étapes, ne constituent pas un parcours rigide ou obligatoire, mais plutôt un cadre d'observation pour comprendre les dimensions émotionnelles, cognitives, conatives et sociales liées à la perte. Outre cet ancrage théorique, les travaux de Liu et *al*. (2010), Roșca et *al*. (2021) et de Seyman et Ozcetin (2021) apportent aussi un éclairage sur la question.

En effet, l'étude phénoménologique de Liu et *al*. (2010) vise à décrire et à comprendre l'expérience vécue par les personnes amputées des membres inférieurs. Elle est réalisée à Taiwan auprès de 22 amputés à l'aide d'entretiens semi-structurés. Les résultats montrent que l'expérience vécue des amputés d'un membre inférieur pourrait être classée selon les thèmes suivants: « perdu dans les bois sombres », « effondrement émotionnel », « difficulté à traverser l'ombre » et « allumer une lueur d'espoir ».

L'étude phénoménologique interprétative de Roșca et *al*. (2021) conduite auprès de 07 patients amputés en Roumanie tente d'identifier les changements psychologiques qui résultent de l'amputation d'un membre et les façons dont les patients coordonnent leur vie quotidienne. Ainsi, des entretiens individuels semi-structurés ont été réalisés environ 4 mois après l'opération auprès des patients à domicile ou à l'hôpital, au moment de leur contrôle régulier. À cet effet, 06 thèmes communs ont été identifiés: l'impact émotionnel, les affects négatifs, la tendance à l'isolement, les contraintes et limitations de rôle, le membre fantôme et l'équilibre émotionnel.

Dans l'optique de décrire et de comprendre les points de vue des patients ayant subi une amputation d'un membre inférieur sur leur état, Seyman et Ozcetin (2021) mènent de mars 2019 à mars 2020 dans la clinique externe d'orthopédie d'un hôpital universitaire en Turquie, une étude phénoménologique descriptive auprès de 12 patients à l'aide d'entretiens semi-directifs. À cet effet, trois thèmes sont ressortis des données qualitatives: la perte de contrôle sur sa propre vie, les rêves par rapport aux réalités de la vie et les perceptions futures. La plupart des participants ont souligné qu'ils étaient confrontés à des expériences indésirables dans leur vie après l'amputation.

Les amputés présentent aussi un ensemble de réactions psychologiques complexes. Les difficultés émotionnelles peuvent interférer avec la récupération fonctionnelle et la réadaptation elle-même. Parmi celles-ci, la dépression reste la réponse la plus courante affectant négativement l'adaptation psychologique et physique (Abouammoh & *al*., 2021). Un autre aspect qui influence le résultat de l'ajustement psychologique est la stratégie d'adaptation adoptée. L'adaptation fait référence à la manière dont les situations défavorables sont gérées et aux réponses utilisées pour y faire face.

De façon générale, la perte d'une jambe s'accompagne de nombreuses conséquences d'ordre physique, socioprofessionnel, économique, social et psychologique (Almottowa & *al*., 2022). Et dans cette situation, les femmes sont plus nombreuses à requérir un soutien psychologique que les hommes (Price & Fisher, 2005).

Les travaux examinés montrent que les conséquences psychologiques de l'amputation sont douloureuses. Elles sont si affligeantes que les victimes ne bénéficient pas d'accompagnement psychologique. C'est le cas chez les militaires amputés de l'hôpital militaire d'Abidjan. Or, la perte d'un membre pour un militaire dépasse largement la simple atteinte physique. Pour un soldat habitué à repousser les limites physiques de son corps et à exceller dans un domaine où l'endurance, la résistance et la performance physique sont essentielles, l'amputation est alors vécue comme une perte physique et comme un drame identitaire. Pourtant, les militaires amputés en Côte d'Ivoire en dépit de leur condition difficile, ne bénéficient pas de prise en charge psychologique susceptible de favoriser leur adaptation. Or, selon Potter et Perry (2005) il est nécessaire de guérir l'esprit pour guérir le corps. D'ailleurs, Saini et *al*. (2023) montrent que la prise en charge des amputés attenue significativement les émotions négatives vécues par ces derniers.

La question des conséquences psychologiques de l'amputation chez les militaires amputés à Abidjan à notre connaissance, n'a pas encore été traitée dans les travaux existants. Dès lors, quel est le retentissement psychologique de l'amputation de la jambe chez les militaires amputés de l'hôpital militaire d'Abidjan ?

C'est à cette question que la présente étude tente de répondre. Pour ce faire, elle vise à décrire et à comprendre les répercussions psychologiques de l'amputation de la jambe chez les militaires pris en charge à l'hôpital militaire d'Abidjan.

Dans ce travail, nous allons nous appesantir sur les conséquences psychologiques de l'amputation de la jambe, notamment chez des militaires. Par exemple, Isworo et Pandin (2022) montrent que l'amputation rend sa victime en proie à toutes sortes d'émotions négatives telles que la colère, le regret, la honte, la peur, la mélancolie, la dépression de même qu'à des perceptions sombres de son corps, de soi et de son avenir, ce qui peut le pousser au suicide. Ces mêmes auteurs constatent aussi que le patient moyen exprimait des sentiments d'inquiétude, de peur, d'anxiété, d'inutilité, de ne plus aimer son corps, d'avoir perdu la confiance en soi et de ne plus vouloir interagir socialement en raison de la réponse négative de son entourage.

Matériels et méthodes

La démarche méthodologique adoptée dans ce travail se décline en trois rubriques successives: participants, instrument d'enquête et traitement des données.

Participants

La présente recherche porte sur les militaires amputés de la jambe à l'hôpital militaire d'Abidjan. De cette population, 21 participants âgés de 20 à 54 ans sont sélectionnés à l'aide de l'échantillonnage par cas multiples. Cette technique d'échantillonnage, d'après Pires (1997) convient aux études qualitatives visant à donner un portrait global de la réalité étudiée. Dans son principe, cette technique consiste à sélectionner les participants possédant les attributs les plus diversifiés possibles. Elle a aussi l'avantage de favoriser la saturation. L'application de cette technique aboutie à la sélection des participants dont les caractéristiques sont résumées dans le tableau ci-dessous:

Pour assurer la variété dans l'échantillon étudié, deux catégories de paramètres intimement liées au vécu de l'amputation ont été utilisées. Il s'agit d'une part, de variables spécifiques à l'amputation [niveau d'amputation (transtibiale et transfémorale) ; le type d'amputation (unilatérale et bilatérale) ; et les causes de l'amputation], d'autre part, des caractéristiques générales de nature sociodémographique (âge, statut matrimonial, nombre d'enfants, religion, grade). Les travaux de Flannery et Faria (1999), d'Ali et Haider (2017), de Senra et *al*. (2012), de Knežević et *al*. (2015) et de Mohammed et Shebl (2014) justifient le choix de ces variables.

À titre illustratif, Flannery et Faria (1999) indiquent dans leur étude portant sur 60 jeunes adultes amputés que les répercussions psychologiques sont plus néfastes chez ceux-ci, car

pour eux, le corps est représentatif de vigueur et d'énergie maximale. Selon ces auteurs, une défaillance physique leur paraît insurmontable et représente un frein majeur à leur avenir. Selon l'étude d'Ali et Haider (2017) les hommes montraient des signes d'inadaptation plus importants que les femmes et les jeunes adultes étaient beaucoup plus bouleversés et perturbés psychologiquement à la suite de la perte d'un membre. Par ailleurs, selon Senra et *al*. (2012) le fait d'être marié ou d'avoir une relation affective améliore le bien-être et le soutien social perçu des adultes amputés. En revanche, être seul est un facteur de vulnérabilité qui rend plus difficile leur adaptation à l'expérience d'amputation. En outre, pour Knežević et *al*. (2015) les patients avec amputation transtibiale sont plus fonctionnels et en meilleur état général par rapport aux patients avec amputation transfémorale. Selon Mohammed et Shebl (2014) le lieu d'amputation se retrouve comme un facteur statistiquement significatif avec une composante physique et une composante psychologique. De plus, selon l'étude d'Ali et Haider (2017) l'amputation causée par des raisons médicales planifiées entraîne moins de problèmes d'ajustement par rapport à l'amputation accidentelle non planifiée dans laquelle le patient n'était pas préparé mentalement à accepter cette perte.

Tableau I montrant les caractéristiques des participants à l'étude

N°	Âge (année)	Statut Marital	Nombre d'enfants	Religion	Grade	Niveau d'amputation	Type d'amputation	Cause de l'amputation
1	27	Concubin	1	Chrétien	Sergent-Chef	Transtibial	Unilatéral	Accident de la route
2	54	Marié	4	Chrétien	Adjudant	Transtibial	Unilatéral	Gangrène diabétique
3	42	Marié	3	Néant	Sergent	Transtibial	Unilatéral	Accident de la route
4	34	Concubin	2	Musulman	Sergent-Chef	Transtibial	Unilatéral	Blessures par balle
5	35	Concubin	0	Chrétien	Sergent	Transfémoral	Unilatéral	Accident de la route
6	45	Concubin	4	Musulman	Sergent-Chef	Transtibial	Unilatéral	Accident de la route
7	43	Concubin	1	Chrétien	Sergent-Chef	Transtibial	Unilatéral	Gangrène diabétique
8	43	Polygame	5	Musulman	Soldat 1ère classe	Transfémoral	Bilatéral	Gangrène diabétique
9	54	Divorcé	6	Musulman	Adjudant	Transfémoral	Unilatéral	Gangrène diabétique
10	23	Fiancé	0	Chrétien	Elève-Officier	Transfémoral	Unilatéral	Accident de circulation
11	33	Concubin	1	Chrétien	Sergent	Transtibial	Unilatéral	Accident de la route
12	27	Concubin	1	Musulman	Soldat 1ère Classe	Transtibial	Unilatéral	Accident de la route
13	32	Concubin	2	Musulman	Soldat 2ème Classe	Transtibial	Unilatéral	Accident de la route
14	26	Célibataire	1	Musulman	Soldat 1ère classe	Transfémoral	Unilatéral	Blessures par balle
15	20	Célibataire	0	Chrétien	Soldat 2ème Classe	Transfémoral	Unilatéral	Tumeur cancéreuse
16	52	Marié	5	Musulman	Adjudant-chef	Transtibial	Unilatéral	Accident de la route
17	32	Fiancé	0	Musulman	Sergent-Chef	Transfémoral	Unilatéral	Tumeur cancéreuse
18	37	Concubin	1	Chrétien	Sergent	Transfémoral	Unilatéral	Tumeur cancéreuse
19	31	Concubin	2	Néant	Sergent	Transfémoral	Unilatéral	Blessures par balle
20	37	Marié	2	Chrétien	Sergent-Chef	Transtibial	Unilatéral	Accident de la route
21	54	Divorcé	3	Néant	Capitaine	Transfémoral	Bilatéral	Gangrène diabétique

Le tableau ci-dessus montre que dans l'échantillon de la présente étude, il y a d'abord 4,8% de militaires amputés qui sont âgés de 20 ans, 23 ans, 26 ans, 31 ans, 33 ans, 34 ans, 35 ans, 42 ans, 45 ans, 52 ans. Ensuite, 9,5% de militaires amputés qui sont âgés de 27 ans, 32 ans, 37 ans et 43 ans. Et enfin, seulement 14,3% d'entre eux sont âgés de 54 ans. L'analyse des informations contenues dans ce tableau montre encore que l'échantillon de la présente recherche est constitué de 9,5% de célibataires, 47,6% de militaires vivant en concubinage, 9,5% de divorcés, 9,5% de fiancés, 19% de mariés et de 4,8% de militaires polygames. De plus, ce tableau dénombre 19% de militaires amputés sans enfant, 28,6% ayant 01 enfant, 19% ayant 02 enfants, 9,5% ayant 03 enfants, 9,5% ayant 04 enfants, 9,5% ayant 05 enfants et 4,8% ayant 06 enfants. Aussi, au niveau de l'appartenance religieuse, on enregistre une parité de chrétiens et de musulmans estimée réciproquement à 42,9% tandis que le taux de militaires amputés sans appartenance religieuse est de 14,3. Au regard des données recueillies au niveau des grades, on note 9,5% d'adjudant, 4,8% d'adjudant-chef, 4,8% de capitaine, 4,8% d'élève-officier, 23,8% de sergent, 28,6% de sergent-chef, 14,3% de soldat 1ère classe et 9,5% de soldat 2ème classe. Il ressort aussi dans ce tableau, que le taux d'amputation au niveau transfémoral s'élève à 48 alors qu'au niveau transtibial, on relève 52%. De même, le pourcentage de militaires ayant subi une amputation bilatérale est de 9,5 alors que celui des militaires ayant subi une amputation unilatérale est de 90,5. Par ailleurs, relativement aux causes de l'amputation, le présent tableau indique 47,6% d'accidents de circulation en plein service, 14,3% de cas liés à des blessures par balles, 23,8% de gangrènes diabétiques et 14,3% de tumeurs cancéreuses.

Instrument d'enquête

L'instrument d'enquête est un guide d'entretien semi-directif. Il est adapté aux études qualitatives explorant des sujets sensibles tels que le vécu psychologique de l'amputation de la jambe. Cet outil fournit des informations riches et approfondies. Le guide d'entretien ici est structuré selon quatre axes notamment les caractéristiques sociodémographiques, le retentissement émotionnel, cognitif et conatif.

Le guide d'entretien a été validé par le comité éthique de l'hôpital militaire d'Abidjan. Les participants sont approchés après l'opération lors des soins à l'hôpital militaire afin d'obtenir leur consentement éclairé et volontaire pour participer à l'enquête. L'enquête s'est tenue sur une période allant de Janvier 2020 à Avril 2023 au domicile du participant à un endroit isolé et calme. L'entretien dure en moyenne 01 à 02 heures.

Exploitation des données

L'exploitation de données collectées lors des entretiens s'est faite au moyen de l'analyse de contenu thématique suivant les quatre étapes proposées par Bardin (2013). Mais avant le traitement proprement dit, les enregistrements audio des entretiens ont fait l'objet d'une transcription grâce au logiciel Google docs, qui a été suivie d'un travail systématique de relectures et de corrections manuelles afin de garantir la fidélité des propos.

La première étape de l'analyse de contenu telle que décrite par Bardin est une lecture attentive et répétée dont le but est de s'imprégner du sens des idées exprimées par les participants, au

point de pouvoir y percevoir les catégories thématiques qui structurent leur discours. Cette lecture a permis de dégager 03 thèmes autour desquels s'organisent les opinions des participants au sujet du retentissement psychologique de l'amputation à savoir le retentissement émotionnel, cognitif et conatif. Ainsi, le retentissement émotionnel renferme les bouleversements ou sensations des militaires suite à l'amputation. Ensuite, la résonance cognitive comporte l'ensemble des perceptions, idées et croyances inébranlables des militaires amputés par rapport à eux-mêmes et à leur mal. Enfin, l'incidence conative de l'amputation renvoie aux intentions et stratégies comportementales mises en place par les militaires pour surmonter la perte de leur jambe et atteindre un certain niveau d'adaptation à la vie. Cette étape d'identification thématique constitue la deuxième étape de l'analyse.

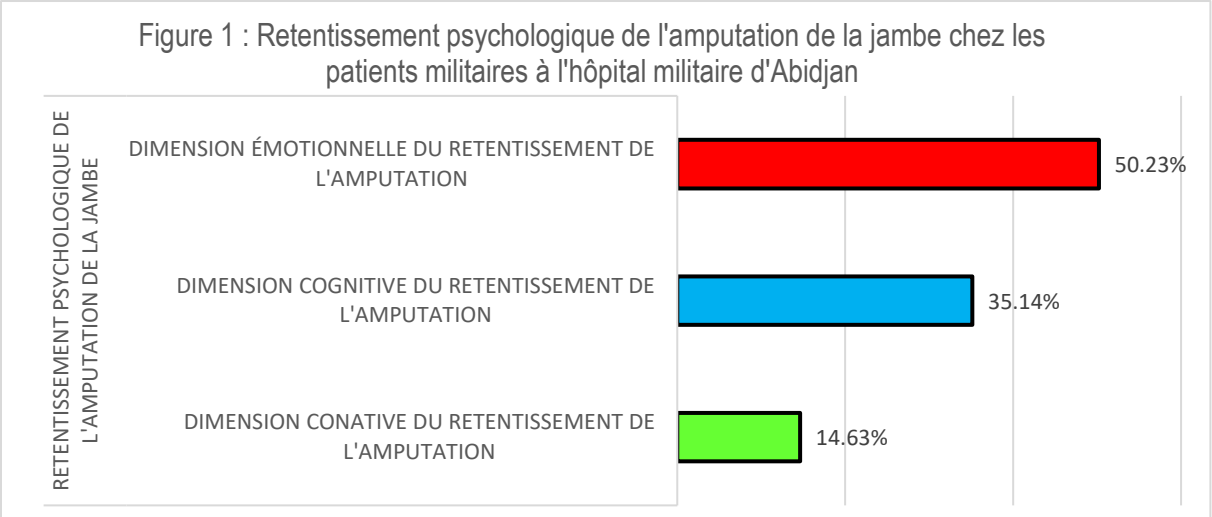
La troisième étape suggérée par Bardin consiste en la définition de trois unités nécessaires à l'application de l'analyse de contenu. Il s'agit de l'unité de codage, d'information et de numération. L'unité de codage, a pour rôle de découper le corpus soumis à l'analyse en ses constituants élémentaires. Ici, l'idée est retenue comme unité de codage.

L'unité d'information est une portion du texte à analyser contenant l'unité de codage dont il aide à en saisir la signification. Le paragraphe sert ici d'unité d'information. En clair, le sens d'une idée n'est saisi qu'après la lecture complète du paragraphe qui la contient.

L'unité de numération renseigne sur le mode de comptage de la fréquence d'une idée ou d'un thème, et sur les pourcentages associés à ces fréquences. La fréquence d'une idée correspond au nombre de fois où elle se répète dans la retranscription intégrale de l'ensemble des entretiens. De même, la fréquence d'un thème s'obtient en additionnant les fréquences des idées qui la composent. Le pourcentage d'une idée ou d'un thème s'obtient en multipliant sa fréquence par 100, puis en la divisant par le nombre total d'idées exprimées par les enquêtés.

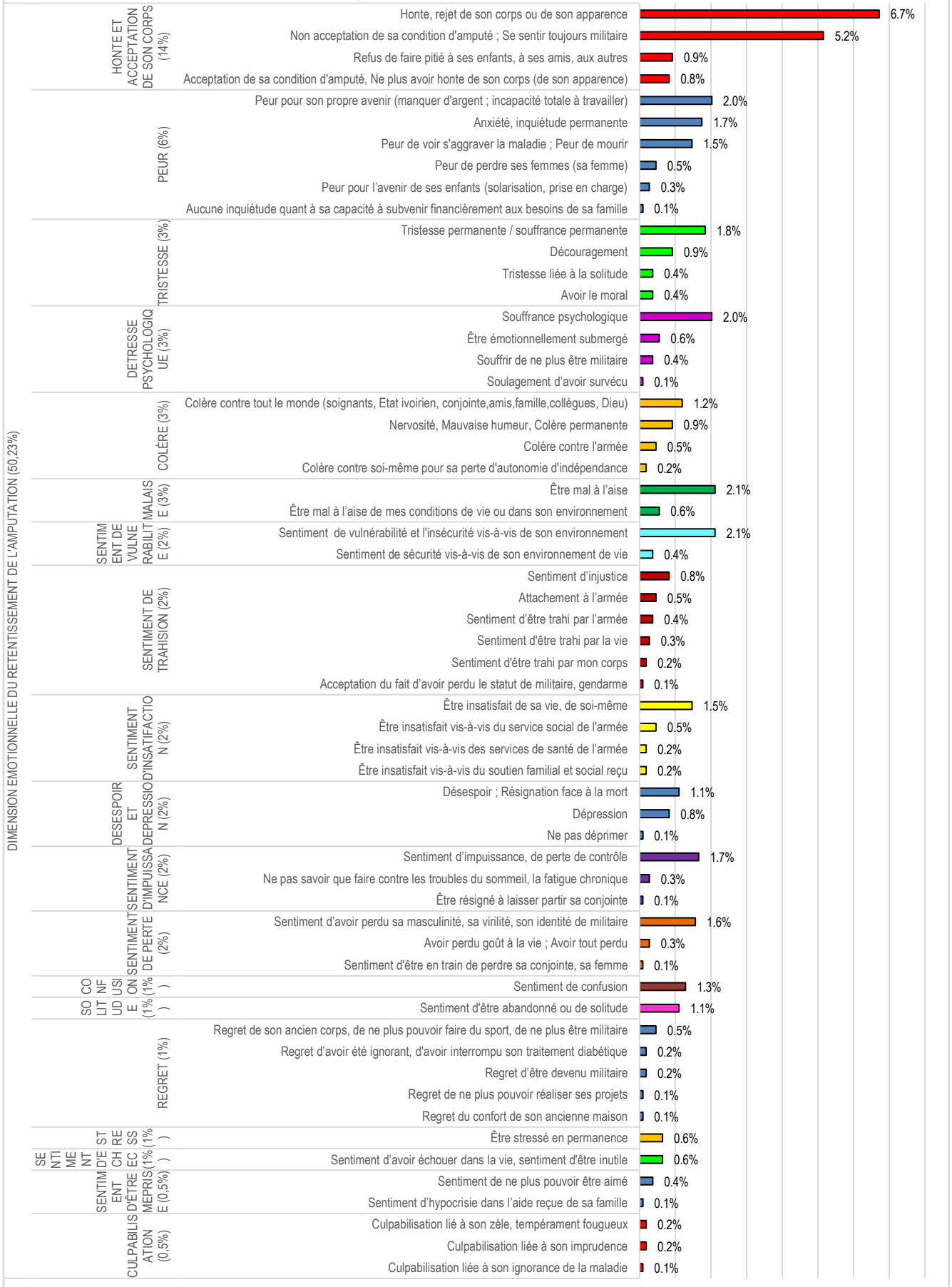
La quatrième et dernière étape correspond à la quantification. Elle revient à appliquer les trois premières étapes de sorte à dégager les différents thèmes et idées qui les caractérisent, ainsi que les fréquences et pourcentages associés, tant aux thèmes qu'aux idées. Pour ce faire, un code unique est attribué à chaque idée exprimée, selon l'ordre de son apparition dans le discours. Ce code reste le même toutefois que la même idée est exprimée par un autre participant. C'est la répétition de ce code qui permet de déterminer la fréquence des idées exprimées.

Résultats



Les données présentées montrent la prédominance des émotions (50,23%) dans le vécu de l'amputation chez les enquêtés. Ensuite, la dimension cognitive faisant état de l'ensemble des perceptions, des représentations mentales, des raisonnements et des interprétations représente 35,14% du vécu de l'amputation ; alors que la dimension conative du vécu de l'amputation s'élève à 14,63%. Par ailleurs, les pages suivantes présentent un aperçu détaillé des dimensions ci-dessus.

Figure 2 : Description détaillée de la dimension émotionnelle du retentissement de l'amputation de la jambe chez les patients militaires



Les données de la figure 2 indiquent que 19 sous-dimensions décrivent le vécu émotionnel de l'amputation chez les patients militaires. Ainsi, la première sous-facette dénommée "honte et acceptation de son corps" (14%) inclut 04 indicateurs. Il s'agit de la "honte, du rejet de son corps ou de son apparence" (6,7%) ; de la "non acceptation de sa condition d'amputé ou encore le fait de se sentir toujours militaire" (5,2%) ; "du refus de faire pitié à ses enfants, à ses amis ou aux autres" (0,9%) et, de "l'acceptation de sa condition d'amputé ou le fait de ne plus avoir honte de son corps, de son apparence" (0,8%).

La deuxième sous-composante: "peur" (6%), indique 05 peurs fréquemment évoquées par les militaires amputés et une absence d'inquiétude. Il s'agit premièrement de la "peur pour son propre avenir précisant la peur de manquer d'argent et la peur de son incapacité totale à travaille" (2%) ; Deuxièmement, de "l'anxiété ou d'une inquiétude permanente" (1,7%) ; Troisièmement, de la "peur de voir s'aggraver la maladie et de mourir" (1,5%) ; Quatrièmement, de la "peur de perdre (ses) ou sa femme" (0,5%) ; cinquièmement, de la "peur pour l'avenir de ses enfants donc, une peur liée à leur scolarisation et leur prise en charge" (0,3%). Enfin, le dernier point issu de la sous-catégorie "peur", révèle une "absence d'inquiétude chez un militaire concernant sa capacité à subvenir financièrement aux besoins de sa famille" (0,1%).

La troisième sous-dimension traite de la "tristesse" (3%). Ici, l'expression de la "tristesse et de la souffrance permanente" est exprimée à un taux de 1,8 par les militaires amputés de la jambe ; ensuite, le "découragement" à 0,9% et la "tristesse liée à la solitude" à 0,4%. Par ailleurs, les militaires affirmant "avoir toujours le moral" avoisinent les 0,4%.

La quatrième sous-catégorie s'intéresse à la "détresse psychologique" causée par l'amputation (3%). Cette détresse est marquée par une "souffrance psychologique" estimée à 2% ; ensuite par le fait "d'être émotionnellement submergé" (0,6%) ; et par le fait de "souffrir de ne plus être militaire" 0,4%. Hormis les autres, un seul militaire souligne son "soulagement d'avoir survécu" (0,1%).

La cinquième sous-composante révèle la "colère" exprimée chez les militaires amputés de la jambe (3%). Dans cette section, ils évoquent leur "colère contre tout le monde" (1,2%) que ce soit le personnel soignant, l'État ivoirien, leurs amis et collègues ainsi que leur famille et Dieu. De plus, ils montrent leur "nervosité, leur mauvaise humeur ou colère permanente" (0,9%). Aussi, pendant que certains expriment leur "colère contre l'armée" (0,5%), d'autres expriment de la "colère contre eux-mêmes pour avoir perdu leur autonomie" (0,2%).

Par ailleurs, dans la sixième sous-dimension "malaise" (3%), certains militaires affirment "être mal à l'aise" (2,1%) et d'autres, précisent "être mal à l'aise de leur condition de vie ou être mal à l'aise dans leur environnement" (0,6%).

La septième sous-catégorie s'intitule "sentiment de vulnérabilité" (2%). Celle-ci évoque la "vulnérabilité et l'insécurité que ressentent la plupart des militaires amputés vis-à-vis de leur environnement" (2,1%) ; alors que d'autres estiment "se sentir plutôt en sécurité dans leur environnement de vie" (0,4%).

Le huitième sous-groupe fait mention du “sentiment de trahison” (2%) ressenti par les militaires. Le premier évoqué ici est le “sentiment d’injustice” (0,8%). Pendant que certains évoquent toujours le “sentiment d’attachement à l’armée” (0,5%), d’autres soulignent “avoir été trahi par l’armée” (0,4%). Par ailleurs, certains ont le “sentiment d’être trahi par la vie” (0,3%) ou par “leur corps” (0,2%), et d’autres par contre, “acceptent le fait d’avoir perdu le statut de militaire ou de gendarme” (0,1%).

Après le sentiment de trahison, il y a le “sentiment d’insatisfaction” (0,2%) qui occupe la neuvième place. Il renferme le sentiment “d’être insatisfait de sa vie et de soi-même” (1,5%), “d’être insatisfait vis-à-vis du service social de l’armée” (0,5%), “d’être insatisfait vis-à-vis des services de santé de l’armée” (0,2%) ; “d’être insatisfait vis-à-vis du soutien familial et social reçu” (0,2%).

La dixième sous-composante appelée “désespoir et dépression” (2%), évoque le “désespoir, la résignation de certains militaires face à la mort” (1,1%), leur “dépression” (0,8%). Toutefois, parmi ceux-là, un des militaires indique “ne pas déprimer” (0,1%).

Un autre des sentiments vécu douloureusement est le “sentiment d’impuissance” (2%). Il représente le onzième sous-composant de la dimension émotionnelle. Il contient le “sentiment d’impuissance et de perte de contrôle” (1,7%) ; le “sentiment de ne pas savoir que faire contre les troubles du sommeil et la fatigue chronique” (0,3%) et enfin, le fait “d’être résigné à laisser partir sa conjointe” (0,1%).

Après le sentiment d’impuissance se présente le “sentiment de perte” (2%). Il se place à la douzième position ici. Il renferme le “sentiment d’avoir perdu sa masculinité, sa virilité, son identité de militaire” (1,6%) ; le “sentiment d’avoir perdu le goût à la vie, d’avoir tout perdu” (0,3%) et le “sentiment d’être en train de perdre sa conjointe, sa femme” (0,1%).

À la suite du sentiment de perte, se positionne respectivement en treizième et en quatorzième position le “sentiment de confusion” (1,3%) et le “sentiment d’être abandonné ou de solitude” (1,1%).

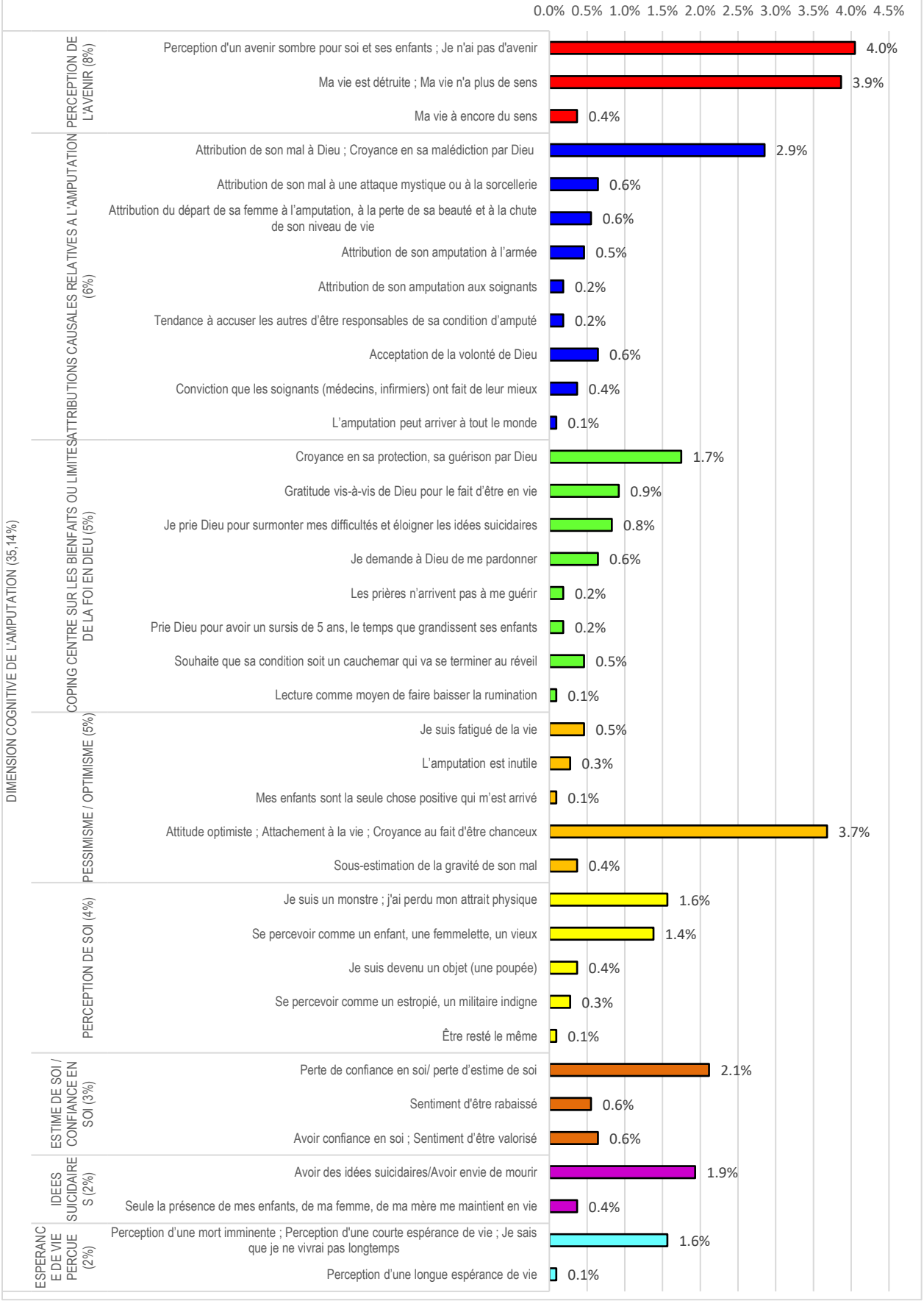
En plus de ces sentiments, des “regrets” accablent aussi les militaires. Ils s’élèvent à 1% et se trouvent à la quinzième position. Ici, des militaires amputés expriment le “regret de leur ancien corps, de ne plus pouvoir faire du sport, de ne plus être militaire” (0,5%) ; le “regret d’avoir été ignorant et d’avoir interrompu leur traitement diabétique” (0,2%) ; le “regret d’être devenu militaire” (0,2%) ; le “regret de ne plus pouvoir réaliser leurs projets” (0,1%) ; le “regret du confort de leur ancienne maison” (0,1%).

À la seizième place, des patients militaires amputés de la jambe soulignent “être stressés en permanence” (0,6%) et d’avoir le “sentiment d’avoir échoué dans la vie, le sentiment d’être inutile” (0,6%). Cet argument se place à la dix-septième position.

Au niveau du dix-huitième sous-groupe: “sentiment d’être méprisé” (0,5%), deux arguments se déclinent. Il s’agit du “sentiment de ne plus pouvoir être aimé” (0,4%) et du “sentiment d’hypocrisie dans l’aide reçue de sa famille” (0,1%).

Enfin, la dix-neuvième sous-catégorie traite de la “culpabilisation” (0,5%). Elle regroupe la “culpabilisation liée à son zèle, à son tempérament fougueux” (0,2%) ; la “culpabilisation liée à son imprudence” (0,2%) et pour finir la “culpabilisation liée à l’ignorance de la maladie” (0,1%).

Figure 3 : Description détaillée de la dimension cognitive du retentissement de l'amputation de la jambe chez les patients militaires



La figure 3 ci-dessus présente le détail des composants et sous-composants du retentissement cognitif de l'amputation de la jambe chez les enquêtés. À cet effet, il ressort 08 facteurs, notamment la "perception de l'avenir" (8%), les "attributions causales relatives à l'amputation" (6%), le "coping centré sur les bienfaits ou les limites de la foi en Dieu" (5%), le fait d'être "pessimiste ou optimiste" (5%), la "perception de soi" (4%), "l'estime de soi et la confiance en soi" (3%), des "idées suicidaires" (2%) et "l'espérance de vie perçue" (2%).

La première catégorie baptisée "perception de l'avenir" (8%) renferme 03 arguments. Elle révèle que la "perception d'un avenir sombre pour soi et pour ses enfants" (4%) est l'argument le plus évoqué chez les participants à l'étude. La perte de leur jambe les pousse à se voir comme des personnes sans avenir désormais. Pour certains, la perte de leur jambe signifie que "leur vie est détruite et n'a plus de sens" (3,9%). Toutefois, cette idée n'est pas partagée par tous les patients militaires amputés, dans la mesure où, une minorité d'entre eux estime que "leur vie a encore du sens" (0,4%). Cela montre qu'après une perte de membre, très peu de personnes ont la capacité à reprendre goût à la vie.

À coté de cette perception si sombre de l'avenir, se présente la façon dont les militaires amputés justifient le mal qui leur est arrivé. Cette manière de raisonner se nomme: les "attributions causales relatives à l'amputation" (6%). Elles occupent le deuxième rang dans la classification des composants du retentissement cognitif de l'amputation et regroupent 09 sous-facteurs. Parmi ceux-ci, l'argument le plus évoqué est le fait "d'accuser Dieu d'être l'auteur de son mal ou encore de croire que leur mal est la résultante d'une malédiction de Dieu" (2,9%). Alors que certains attribuent leur mal à Dieu, d'autres soutiennent que "leur mal est du à une attaque mystique ou à la sorcellerie" (0,64%). Si certains attribuent leur mal aux origines invisibles, d'autres les justifient par des éléments tangibles. Ainsi, des militaires indiquent que "c'est à cause de l'amputation que leur femme est partie, c'est à cause de l'amputation qu'ils ont perdu leur beauté, c'est à cause de l'amputation que leur niveau de vie a chuté" (0,6%). Mieux, un groupuscule d'enquêtés insiste en disant que "c'est l'armée qui est responsable de leur amputation" (0,5%), d'une part, alors qu'un autre a "tendance à accuser les autres d'être responsables de leur condition d'amputée" (0,2%), d'autre part.

Par ailleurs, aux antipodes des attributions causales négatives susmentionnées, 03 autres attributions causales positives sont soulignées. Elles permettent à ces derniers de supporter les épreuves de l'amputation. À cet effet, elles renferment d'abord "l'acceptation de la volonté de Dieu" (0,6%) ; ensuite, la "conviction que les soignants (médecins, infirmiers) ont fait de leur mieux" (0,4%) et enfin, l'idée que "l'amputation peut arriver à tout le monde" (0,1%).

"Le coping centré sur les bienfaits ou limites de la foi en Dieu" (5%) situé au troisième rang de la classification des composants du retentissement cognitif de l'amputation regroupe 08 sous-facteurs. Il s'agit de la "croyance en sa protection et en sa guérison par Dieu" (1,7%), de l'expression de sa "gratitude vis-à-vis de Dieu pour le fait d'être en vie" (0,9%), du fait de "prier Dieu pour surmonter leurs difficultés et les éloigner des idées suicidaires" (0,8%), du fait de "réclamer le pardon de Dieu" (0,6%). Si la foi en Dieu apporte du réconfort à certains et leur permet de réduire plus ou moins le retentissement de l'amputation, ce n'est pas le cas pour d'autres qui y voient des limites en soutenant que la "prière n'arrivent pas à les guérir"

(0,2%). Dans la continuité des supplications à Dieu, une minorité “prient Dieu pour avoir un sursis de 5 ans, le temps que grandissent leurs enfants” (0,2%). Toujours voulant dompter l’amputation, certains militaires “souhaitent que leur condition soit un cauchemar qui va se terminer à leur réveil” (0,5%) tandis que d’autres font recours à la “lecture comme moyen de faire baisser leur rumination idéative” (0,1%).

La quatrième dimension du retentissement cognitif de l’amputation surnommée “pessimiste/optimiste” (5%) regroupe 05 arguments. Ainsi, dans le volet pessimisme, l’expression “je suis fatigué de la vie” (0,5%) se présente d’abord comme la plus dominante chez des militaires amputés. Ensuite, “l’inutilité de l’amputation” (0,3%), en deuxième position et enfin, le fait que leurs enfants représentent la seule chose positive qui leur est arrivée” (0,1%). Puis, dans le volet optimisme, on note une “attitude optimiste, un “attachement à la vie ou une croyance au fait d’être chanceux” (3,7%). C’est pour cette raison que certains parviennent à “sous-estimer la gravité de leur mal” (0,4%).

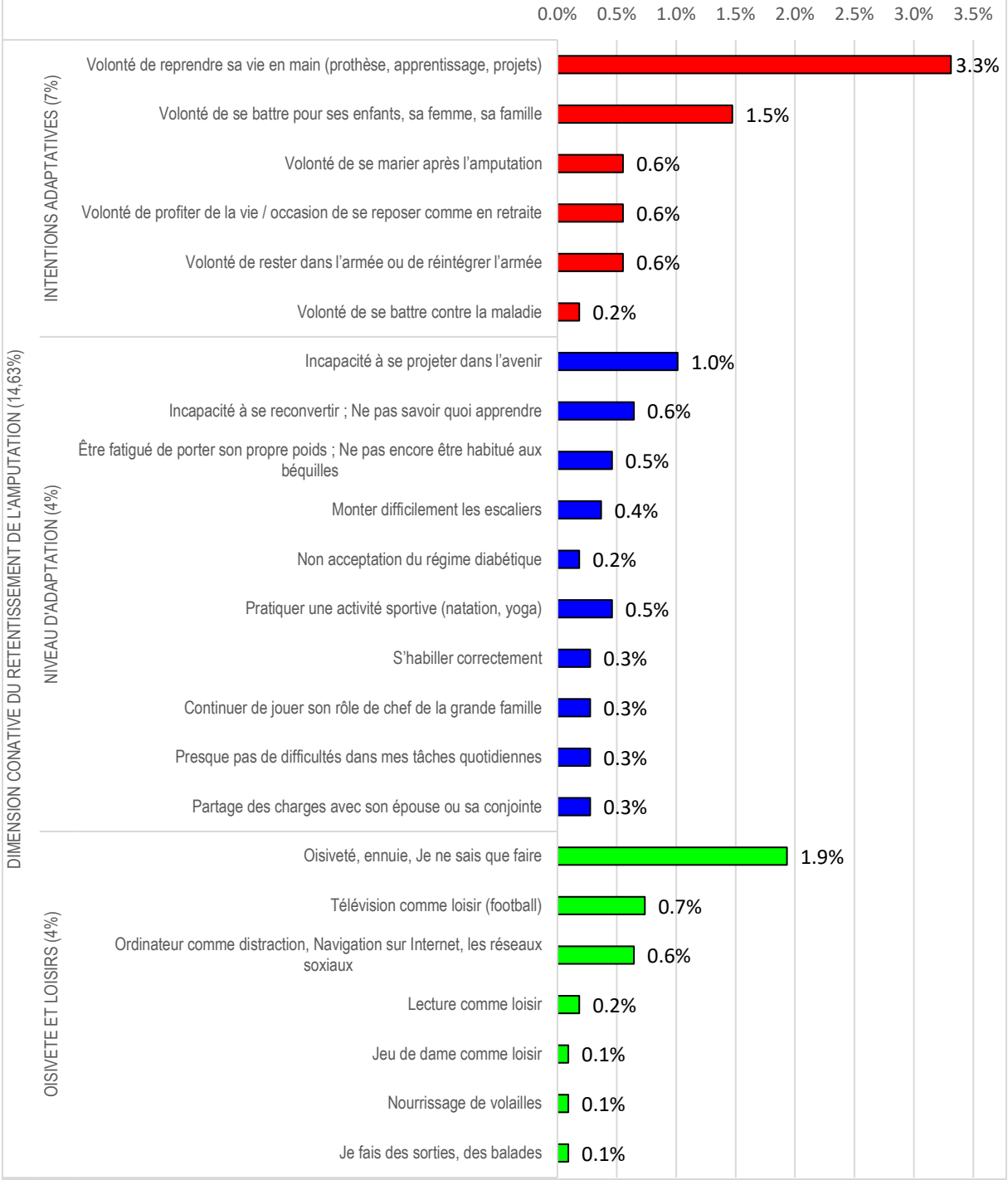
La cinquième facette du retentissement cognitif de l’amputation intitulée “perception de soi” (0,4%) renferme 05 expressions péjoratives, notamment “je suis un monstre, j’ai perdu mon attrait physique” (1,6%), le fait de “se percevoir comme un enfant, une femmelette ou comme un vieux” (1,4%), le fait “d’être devenu un objet une poupée” (0,4%), le fait de “se percevoir comme un estropié, comme un militaire indigne” (0,3%) et, le fait “d’être resté le même” (0,1%).

Une autre des catégories du retentissement cognitif de l’amputation est “l’estime de soi et/ou la confiance en soi” (3%). Elle occupe la sixième place et elle contient 03 éléments. Il s’agit de la “perte de confiance en soi ou de la perte d’estime de soi” (2,1%), du “sentiment d’être délaissé” (0,6%) et du fait d’avoir confiance en soi ou du sentiment d’être valorisé” (0,6%).

La septième dimension du retentissement cognitif de l’amputation est surnommée “idées suicidaires” (2%). Elle regorge 02 idées. Ainsi, le premier groupe de militaires indique “qu’ils ont des idées suicidaires, qu’ils ont envie de mourir” (1,9%) ; alors que le deuxième groupe révèle que “seule la présence de leurs enfants, de leur femme ou de leur mère les maintient en vie” (0,4%).

Enfin, relativement à “l’espérance de vie perçue” (2%) représentant le huitième et dernier facteur, il ressort 02 arguments majeurs. Ce sont: la “perception d’une mort imminente ou d’une courte espérance de vie” (1,6%). Ainsi, pour un bon nombre de militaires l’amputation a un retentissement tellement fort, qu’ils sont convaincus “qu’ils ne vont pas vivre longtemps”. Cela s’explique par tout ce qu’ils endurent depuis leur amputation jusqu’à présent. En revanche, un seul d’entre eux “se voit vivre longtemps” (0,1%) après son amputation.

Figure 4 : Description détaillée de la dimension conative du retentissement de l'amputation de la jambe chez les patients militaires



La figure 4 ci-dessus présente 03 sous-dimensions qui rendent compte de la dimension conative du retentissement de l'amputation de la jambe chez les enquêtés. Ainsi, la première sous-dimension dénommée "intentions adaptatives" (7%) inclut 06 indicateurs. Parmi ceux-ci, la "volonté de reprendre sa vie en main (prothèse, apprentissage, projets) est d'abord l'intention la plus exprimée par les patients militaires amputés de la jambe. Ensuite, la "volonté de se battre pour ses enfants, sa femme, sa famille" (1,5%) représente la deuxième intention qui incite les participants à surmonter les épreuves de l'amputation. Par ailleurs,

pour mieux s'y adapter, certains patients militaires affichent leur "volonté à se marier après l'amputation" (0,6%). Par contre, d'autres "veulent profiter de la vie ou encore ils trouvent dans leur condition d'amputés, l'occasion de se reposer comme à la retraite" (0,6%). De même, la "volonté de rester dans l'armée ou de la réintégrer" comme stratégie adaptative à l'amputation est exprimée par 0,6% des patients militaires. Alors que la "volonté de se battre contre la maladie" est rapportée par 0,2% de patients militaires amputés de la jambe.

La deuxième sous-facette de la dimension conative du retentissement de l'amputation de la jambe chez les participants est le "niveau d'adaptation" (4%). Elle comprend 10 indicateurs dont 05 qui font état des difficultés d'adaptation et 05 autres qui montrent un niveau d'adaptation positive. Pour les 05 premières difficultés, il s'agit de "l'incapacité à se projeter dans l'avenir" (1%), de "l'incapacité à se reconvertir ou de ne pas savoir quoi apprendre" (0,6%), du fait "d'être fatigué de porter son propre poids ou de ne toujours pas être habitué aux béquilles" (0,5%), du fait de "monter difficilement les escaliers" (0,4%), de la "non acceptation du régime diabétique" (0,2%). Et pour les 05 autres liés à la positivité, on enregistre le fait de "pratiquer une activité sportive (natation, yoga) (0,5%), de "s'habiller correctement" (0,3%), le fait de "continuer de jouer son rôle de chef de la famille" (0,3%), le fait pour certains de n'avoir "presque pas de difficultés dans leurs tâches quotidiennes" (0,3%), puis, la possibilité de "partager les charges avec son épouse ou sa conjointe" (0,3%).

La troisième sous-catégorie de la dimension conative du retentissement de l'amputation de la jambe chez les patients militaires s'intitule "oisiveté et loisirs" (4%). Elle révèle ce que font les patients militaires de leur temps de repos ou d'invalidité. Ainsi, pendant que de nombreux militaires amputés sont "oisifs, s'ennuient, ne savent que faire" (1,9%), d'autres occupent leur temps de repos en regardant la "télévision (football)" (0,7%), en "se distrayant avec leur ordinateur ou en naviguant sur internet, sur les réseaux sociaux" (0,6%), en "lisant" (0,2%), en "jouant au jeu de dame" (0,1%), en "nourrissant des volailles" (0,1%), ou même en "faisant des sorties, des balades" (0,1%).

Discussion

L'amputation d'une jambe est donc une perte corporelle majeure vécue psychologiquement au même titre que la disparition d'un être cher. Les dimensions identifiées dans la présente étude correspondent parfaitement aux étapes révélées par le modèle de Kübler-Ross (1969). Elles sont donc conformes tant à ce modèle théorique qu'aux travaux antérieurs retenus dans la présente étude.

Ainsi, parmi les études déjà effectuées sur les amputés de la jambe, celle de Liu et *al.* (2010) montrent que dans leur vécu, ceux-ci se sentaient « perdu dans les bois sombres », « effondrés émotionnellement » et éprouvaient des « difficultés à traverser l'ombre ». Les résultats de la présente étude présentent aussi des expressions qui se rapportent à celles de Liu et *al.* (op.cit.). À cet effet, sur le plan émotionnel, les militaires amputés à l'hôpital militaire d'Abidjan expriment en majorité la "non acceptation de leur condition d'amputés", leur "découragement", leur "détresse psychologique" causée par l'amputation, qu'ils "sont émotionnellement submergés", le "désespoir et la dépression" se traduit aussi par la

résignation de certains militaires face à la mort". Ils évoquent leur "sentiment de confusion", leur "souffrance de ne plus être militaire", leurs "regrets", notamment, leurs "regrets de ne plus être militaire", leurs "regrets d'être devenu militaire" et le "regret de leur ancien corps". Ils extériorisent leur "colère" et leur "culpabilisation" telle que la "culpabilisation liée pour certains à leur zèle, à leur tempérament fougueux". Toutefois, des dissemblances existent entre ces deux études. Elles se situent au niveau du terrain d'étude et des enquêtés, notamment les militaires dans la présente étude et non des civils.

Aussi, l'étude de Roșca et *al*. (2021) sur les changements psychologiques qui résultent de l'amputation d'un membre et sur la façon dont les patients coordonnent leur vie quotidienne révèle chez eux l'impact émotionnel, les affects négatifs, la tendance à l'isolement, les contraintes et limitations de rôle, le membre fantôme et l'équilibre émotionnel. Ces résultats présentent des similarités avec ceux de la présente étude en ce sens que l'impact émotionnel, les affects négatifs créent chez les militaires amputés de la "honte, le rejet de son corps ou de son apparence", de la tristesse et de la souffrance permanente", ou encore un "malaise". De plus, la tendance à l'isolement s'explique par le "sentiment d'être méprisé", par le "sentiment de ne plus pouvoir être aimé", par le "sentiment d'être abandonné ou de solitude". De ce fait, cette solitude entraîne de la "tristesse" et de la "colère" ; une "colère contre eux-mêmes pour avoir perdu leur autonomie. C'est au regard de cette perte d'autonomie que Roșca et *al*. (op.cit.) parlent de « contraintes et limitations de rôle », car, après l'amputation, de nombreux militaires restent "oisifs, s'ennuient, ne savent que faire", alors que d'autres s'efforcent à trouver un « équilibre émotionnel » en s'adonnant à des "activités de loisirs" qui constitue dans la présente étude la troisième sous-dimension de la dimension conative du retentissement de l'amputation.

De même, les résultats du présent travail sont cohérents avec ceux de Seyman et Ozcetin (2021). En effet, leur étude a été menée auprès de patients ayant subi une amputation d'un membre inférieur et elle indique que la plupart des participants ont souligné être confrontés à des expériences indésirables dans leur vie après l'amputation. À cet effet, au terme de leur recherche, ils ont identifié chez ceux-ci la « perte de contrôle sur sa propre vie », les « rêves par rapport aux réalités de la vie » et les « perceptions futures ». Ainsi, le premier thème trouve des correspondances avec certains termes et expressions issus de la présente étude. Il s'agit du "sentiment de vulnérabilité", du "sentiment d'impuissance et de perte de contrôle" exprimés par les militaires amputés dans la dimension émotionnelle du retentissement de l'amputation. Ils ont le « sentiment de ne pas savoir quoi faire face aux troubles du sommeil et à la fatigue chronique ». Le deuxième thème peut être lié au "sentiment de perte", au "sentiment d'avoir perdu son identité de militaire", au "sentiment d'avoir perdu le goût à la vie, d'avoir tout perdu". Et le troisième thème peut faire référence à la "peur pour son propre avenir, précisant la peur de manquer d'argent et la peur de son incapacité totale à travailler", à la "peur de voir s'aggraver la maladie et de mourir", à la "peur pour l'avenir de ses enfants ; donc, une peur liée à leur scolarisation et à leur prise en charge". Il peut encore aller dans le même sens que le "regret de ne plus pouvoir réaliser ses projets", le "sentiment d'avoir échoué dans la vie", la "perception d'un avenir sombre pour soi et pour ses enfants" au niveau de la sous-catégorie "perception de l'avenir". La thématique des perceptions futures pousse

aussi les militaires amputés à se voir comme des personnes sans avenir désormais. Pour certains, la perte d'une jambe signifie que "leur vie est détruite et n'a plus de sens". Ainsi, au niveau de la sous-dimension "niveau d'adaptation", on enregistre chez d'autres "l'incapacité à se projeter dans l'avenir" et "l'incapacité à se reconvertir ou de ne pas savoir quoi apprendre". Cependant, les dissimilitudes entre ces deux études sont les mêmes que les précédentes et aussi dans le détail des informations apportées par la présente étude.

Au terme de cette discussion, il convient de retenir que la ressemblance majeure entre les travaux antérieurs retenus et la présente étude réside dans la volonté commune de mettre en lumière le vécu psychologique de l'amputation chez les personnes amputées et les divergences principales se trouvent au niveau du terrain d'étude, de l'exploitation en profondeur ou partielle du phénomène étudié et aussi au niveau des enquêtés (militaires/civils).

Par ailleurs, la présente étude s'est limitée uniquement à la résonnance psychologique de l'amputation. Il y a donc lieu pour les recherches futures sur les militaires amputés, de tenir compte aussi du retentissement social ou économique et socioprofessionnelle ou physique et sexuel de l'amputation. De telles recherches vont permettre d'accroître la documentation scientifique sur ce phénomène, d'accroître l'audience de l'amputation auprès des décideurs et spécialistes du domaine et d'améliorer les possibilités de prises en charge des victimes.

Conclusion

L'expérience de l'amputation est d'abord physique. Son retentissement psychologique pénible affecte au plus haut point la vie de l'amputé. Cela a pour conséquence une détérioration du bien-être individuel qui complique le retour à la vie civile du militaire amputé. Elle implique des troubles d'identité et une recherche constante de raisons de vivre. De plus, de nombreux militaires amputés se sentent négligés, isolés et abandonnés dans une société qui les valorise pourtant pour leur sacrifice.

Outre cela, il ressort qu'ils éprouvent des émotions négatives, notamment la honte et le rejet de leur apparence, l'inacceptation de leur condition d'amputés, ainsi que la peur pour leur propre avenir, avec une inquiétude et une tristesse permanente. Ils souffrent psychologiquement de façon générale et, plus spécifiquement de ne plus être militaires, et ils sont émotionnellement submergés. Ils ressentent une colère permanente contre tout le monde, des sentiments de vulnérabilité et d'insécurité vis-à-vis de leur environnement, des sentiments d'injustice, et l'impression d'avoir été trahis par l'armée, par la vie et par leur corps. Leur insatisfaction vis-à-vis de la vie, d'eux-mêmes, puis du service de santé et social de l'armée est grande. La dépression, le désespoir et la résignation face à la mort s'emparent progressivement d'eux. Ainsi, ils ont un sentiment d'impuissance, un sentiment d'avoir perdu leur masculinité, leur virilité, leur identité de militaire et le goût à la vie. En clair, ils ont un sentiment d'avoir tout perdu, de confusion et d'abandon, avec des regrets tantôt de ne plus être militaires, tantôt d'être devenus militaires, ainsi qu'une culpabilisation liée à leur zèle.

Sur le plan cognitif, ils se perçoivent comme des monstres, inutiles et rabaissés, avec un avenir sombre pour eux-mêmes et pour leurs enfants. À cela s'ajoute la perception d'une vie

détruite, d'une vie qui n'a plus de sens, d'une mort imminente ainsi qu'un développement d'idées suicidaires. Ils se disent que leur mal est la résultante d'une malédiction divine ou d'une attaque mystique. Ainsi, pendant que certains estiment que les prières sont inutiles pour eux, d'autres, sont reconnaissants à Dieu et s'en remettent à lui. Bien qu'ils soient souvent fatigués par la vie, ils essaient d'adopter une attitude optimiste en s'attachant à la vie. En conséquence, sur le plan conatif, ils soulignent la volonté de reprendre leur vie en main, la volonté de se battre pour leurs enfants, leur femme et leur famille. Toutefois, l'incapacité à se projeter dans l'avenir, l'incapacité à se reconvertir ou de ne pas savoir quoi apprendre ainsi que l'oisiveté terrassent de nombreux militaires amputés. C'est pourquoi, il faut de toute urgence leur apporter un soutien psychologique ; car, il est nécessaire de guérir l'esprit pour guérir le corps (Potter & Perry, 2005).

Références bibliographiques

Abbas, A. D., & Musa, A. M. (2007). Changing pattern from extremity amputations in University of Maiduguri Teaching Hospital, Nigeria. *Nigerian Journal of Medicine*, *16*(4), 330-333.

Abouammoh, N., Aldebeya, W., & Abuzaid, R. (2021). Experiences and needs of patients with lower limb amputation in Saudi Arabia: a qualitative study. *Eastern Mediterranean Health Journal*, *27*(4), 407-413.

Ali, S., & Haider, S. K. F. (2017). Psychological adjustment to amputation: variations on the bases of sex, age and cause of limb loss. *Journal of Ayub Medical College Abbottabad*, *29*(2), 303-307.

Almottowa, H., Aldurayhim, A., Alsaeri, A., Mnayan, M., Alghamdi, F., Alghamdi, T., ... & Hassan, M. (2022). Rates of Amputations Among Diabetics in Saudi Arabia. *Journal of Healthcare Sciences*, *2*(04), 52-57.

Bardin, L. (2013). L'analyse de contenu. Paris cedex 14: Presses Universitaires de France. «Quadrige», p. 304. DOI: 10.3917/puf. bard. 2013.01. URL: https://shs. cairn. info/l-analyse-de-contenu--9782130627906? lang= fr.

Bertinchamps, D., Fabry, M., Muls, A., Richir, N., Tasiaux, C., Van Driessche, M., ... & Coopman, A. L. (2013). Chapitre 11. L'amputation d'un membre inférieur. In *Les interventions en psychologie de la santé* (pp. 219-237). Dunod.

Canbolat Seyman, C., & Uzar Ozcetin, Y. S. (2022). "I wish I could have my leg": a qualitative study on the experiences of individuals with lower limb amputation. *Clinical Nursing Research*, *31*(3), 509-518.

Ceratti, M. M., Sorbello, C. C. J., Sunye, I. R., Portela, F. S., da Silva, M. F. A., Teivelis, M. P., ... & Wolosker, N. (2024). Traumatic Amputations-A Nationwide Epidemiological Analysis of a developing country over 16 years. *medRxiv*, 2024-09.

Dhillon, M. S., Saini, U. C., Rana, A., Aggarwal, S., Srivastava, A., & Hooda, A. (2022). The burden of post-traumatic amputations in a developing country–An epidemiological study from a level I trauma centre. *Injury*, *53*(4), 1416-1421.

Ezzatvar, Y., & García-Hermoso, A. (2023). Global estimates of diabetes-related amputations incidence in 2010–2020: A systematic review and meta-analysis. *Diabetes research and clinical practice*, *195*, 110194.

Flannery, J. C., & Faria, S. H. (1999). Limb loss: alterations in body image. *Journal of vascular nursing*, *17*(4), 100-106.

Irajian, M., & Esfahlani, M. Z. (2024). Investigating the Etiology of Lower Limb Amputations in East Azarbaijan Hospitals. *Eurasian Journal of Science and Technology*, *4*(1).

Isworo, A., & Pandin, M. G. R. (2022). Patient Experience with Amputation or Limb Loss: Literature Review. *medRxiv*, 2022-04.

Kaisha, W. O., & Khainga, S. (2008). Causes and pattern of unilateral hand injuries. *East African medical journal*, *85*(3), 123-128.

Knežević, A., Salamon, T., Milankov, M., Ninković, S., Jeremić-Knežević, M., & Tomašević-Todorović, S. (2015). Assessment of quality of life in patients after lower limb amputation. *Medicinski pregled*, *68*(3-4), 103-108.

Liu, F., Williams, R. M., Liu, H. E., & Chien, N. H. (2010). The lived experience of persons with lower extremity amputation. *Journal of clinical nursing*, *19*(15-16), 2152-2161.

McDonald, C. L., Westcott-McCoy, S., Weaver, M. R., Haagsma, J., & Kartin, D. (2021). Global prevalence of traumatic non-fatal limb amputation. *Prosthetics and orthotics international*, *45*(2), 105-114.

Mohammed, S. A., & Shebl, A. M. (2014). Quality of life among Egyptian patients with upper and lower limb amputation: sex differences. *Advances in medicine*, *2014*(1), 674323.

Ogeng'o, J. A., Obimbo, M. M., & King'ori, J. (2009). Pattern of limb amputation in a Kenyan rural hospital. *International orthopaedics*, *33*(5), 1449-1453.

Pires, A. (1997). Échantillonnage et recherche qualitative: essai théorique et méthodologique. *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques*, *169*, 113.

Potter, P. A., & Perry, A. G. (2005). *Fundamentals of nursing* (Vol. 3). St. Louis, MO: Mosby.

Price, E. M., & Fisher, K. (2005). Additional studies of the emotional needs of amputees. *JPO: Journal of Prosthetics and Orthotics*, *17*(2), 52-56.

Roșca, A. C., Baciu, C. C., Burtăverde, V., & Mateizer, A. (2021). Psychological consequences in patients with amputation of a limb. An interpretative-phenomenological analysis. *Frontiers in Psychology*, *12*, 537493.

Sadoma, B. R., Sheets, N. W., Plurad, D. S., & Dubina, E. D. (2023). Traumatic amputations treated in US emergency departments: a review of the NEISS database. *The American Surgeon™*, *89*(10), 4123-4128.

Saini, U. C., Bu, S., Bhayana, H., Dhillon, M. S., & Mehra, A. (2023). Longitudinal experience and determinants for common mental health problems, phantom limb and functional outcome in lower limb amputees. *Indian Journal of Orthopaedics*, *57*(12), 2040-2049.

Senra, H., Oliveira, R. A., Leal, I., & Vieira, C. (2012). Beyond the body image: a qualitative study on how adults experience lower limb amputation. *Clinical rehabilitation*, *26*(2), 180-191. https://doi.org/10.1177/0269215511410731

Thanni, L. O. A., & Tade, A. O. (2007). Extremity amputation in Nigeria—a review of indications and mortality. *The Surgeon*, *5*(4), 213-217.

© 2026 OKOU, 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 8 (2)
ISSN: 1987-071X e-ISSN 1987-1023
Received, 2 March 2026
Accepted, 18 June 2026
Published, 1 July 2026
https://www.revue-rasp.org
To cite: Bakouan, S. and Savadogo, F. R. (2026). Estime de soi et performance scolaire des élèves déplacés internes du post-primaire. *Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, 8(2), pp.122-136.*
https://doi.org/10.4314/rasp.v8i2.9

Research

Estime de soi et performance scolaire des élèves déplacés internes du post-primaire

Self-esteem and academic performance of internally displaced post-primary students

Saiba Bakouan[1*], et François Regis SAVADOGO[1]
[1]Département de psychologie, Université Norbert ZONGO, Koudougou, Burkina Faso

***Correspondance : Email :**bakouansaiba@yahoo.fr ; Tel : +226-76-91-14-87 ;

Résumé
La présente étude vise à analyser l'influence de l'estime de soi sur les performances scolaires des Élèves Déplacés Internes (EDI) du post-primaire dans la commune urbaine de Koudougou, au Burkina Faso. L'étude s'inscrit dans un contexte marqué par la crise sécuritaire, qui a entraîné des déplacements massifs de populations, avec des répercussions importantes sur la scolarisation et le bien-être psychologique des élèves concernés. L'approche méthodologique adoptée est mixte : une phase quantitative, basée sur l'échelle d'estime de soi de Rosenberg (RSES), administrée à quarante-cinq (45) EDI, et un questionnaire adressé à cinq (05) enseignants, puis une phase qualitative, comprenant des entretiens semi-directifs réalisés auprès de neuf (09) EDI. Les résultats indiquent que la majorité des EDI présente une faible estime de soi (68,9 %), bien que 62,2 % obtiennent des performances scolaires satisfaisantes (moyenne ≥ 10/ 20). Les tests statistiques révèlent une absence de relation significative entre l'estime de soi, la durée de séjour dans la zone d'accueil et le sexe avec les performances scolaires. Toutefois, les données qualitatives montrent que le vécu traumatique du déplacement, les conditions d'accueil, ainsi que le soutien social jouent un rôle central dans la reconstruction psychologique des EDI. Ces derniers, malgré les difficultés, font preuve de résilience et manifestent un désir de réussir au plan scolaire.

Mots clés : estime de soi, performance scolaire, élèves déplacés internes, post-primaire, approche mixte, Burkina Faso.

Abstract
This study aims to analyze the influence of self-esteem on the academic performance of Internally Displaced Students (IDS) in post-primary education in the urban commune of Koudougou, Burkina Faso. The study takes place in a context marked by the security crisis that has led to massive population displacement, with significant repercussions on the schooling and psychological well-being of the students concerned. The methodological approach adopted is mixed: a quantitative phase based on the Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES) administered to forty-five (45) IDS and a questionnaire sent to five (05) teachers, then a qualitative phase, including semi-structured interviews conducted with nine (09) IDS. The results indicate that

the majority of IDS have low self-esteem (68.9%), although 62.2% achieve satisfactory academic performance (average ≥ 10/20). Statistical tests reveal a lack of significant relationship between self-esteem, length of stay in the reception area, and gender with academic performance. However, qualitative data show that the traumatic experience of displacement, reception conditions, and social support play a central role in the psychological reconstruction of IDPs. Despite the difficulties, they demonstrate resilience and a desire to succeed academically.

Keywords: self-esteem, academic performance, internally displaced students, post-primary, mixed approach, Burkina Faso.

1. Introduction

La dégradation du tissu sécuritaire au Sahel s'est accentuée depuis la chute de Mouammar Kadhafi en 2011 (Tounkara, 2020), entraînant une recrudescence d'attaques terroristes, de prises d'otages et d'autres formes de violence. Ces violences ont fragilisé les États de la région et accentué l'insécurité dans plusieurs pays, dont le Burkina Faso.

Le Burkina Faso, confronté à des défis socio-économiques et politiques, voit sa population affectée par la crise sécuritaire, ce qui entraîne un déplacement massif à l'intérieur du territoire national. Selon les données rapportées par Kéré (2023) au 31 mars 2022, le CONASUR comptait 1 850 293 personnes déplacées internes (PDI) dont 52% étaient des enfants de moins de 15 ans. Le ST-ESU indiquait, dans un rapport publié à la même période, que les écoles étaient particulièrement visées par les attaques terroristes, car elles symbolisent l'État et sont perçues comme un vecteur de transmission d'une autre culture. Ce rapport mentionnait la fermeture de 3 206 écoles primaires, affectant 492 229 élèves et 14 768 enseignants au niveau national (Kéré, 2023). Selon le CONASUR (2023), au 31 mars 2023, le Burkina Faso comptait 2 062 534 personnes déplacées internes**,** dont 17,59 % d'hommes**,** 23,91 % de femmes **et** 58,50 % d'enfants**.** Les écoles ont été particulièrement touchées : 5336 structures éducatives étaient fermées en février 2024, affectant 818 149 élèves, dont 394 293 filles, et 24 281 enseignants, soit près de 20 % de l'ensemble des établissements du pays (UNICEF,2024). Ces fermetures ont eu des répercussions directes sur le droit à l'éducation, en particulier sur les Élèves Déplacés Internes (EDI). Or, l'éducation constitue un enjeu central pour le développement, la cohésion sociale et la transmission des connaissances, des valeurs morales et culturelles. Comme le souligne Ki-Zerbo (1990) : *« Une société qui renonce à prendre en charge sa jeunesse et à la doter des outils d'une promotion optimale, enterre son propre avenir. C'est une société suicidaire* » (p. 15). Cette priorité s'est réaffirmée dans la loi n° 013-2007/AN du 30 juillet 2007, qui établit l'éducation comme un droit pour tous.

Cependant, les Élèves Déplacés Internes (EDI) font face à des conditions de vie précaires et instables qui compromettent leur accès à l'éducation et affectent leur bien-être psychologique. L'estime de soi est un facteur clé de la réussite scolaire, influençant la motivation, la persévérance et la confiance en soi. Dans un contexte marqué par des expériences potentiellement traumatisantes, l'estime de soi des EDI peut être fragilisée, ce qui peut affecter leur parcours scolaire.

Bien que certaines études aient abordé les performances scolaires des EDI, la dimension psychologique liée à l'estime de soi reste peu explorée dans le contexte burkinabè, notamment

au niveau post-primaire. Les travaux existants mettent surtout l'accent sur les aspects descriptifs (perte d'heures de cours, fermeture d'école, difficultés d'accès à l'éducation), laissant en retrait la question de la construction de l'image de soi, du vécu traumatique et du rôle de la résilience dans la poursuite scolaire des EDI. Ainsi, l'analyse du lien entre estime de soi et performances scolaires chez les EDI suppose de prendre en compte des dimensions complémentaires, notamment le traumatisme de déplacement, les conditions d'accueil et le soutien social. L'étude ne se limite donc pas à une relation statistique entre estime de soi et performances scolaires, mais s'inscrit dans une perspective plus large visant à comprendre les dynamiques psychosociales et de résilience qui structurent les trajectoires scolaires des EDI. Cette approche permet de dépasser une lecture strictement psychométrique de l'estime de soi, en l'appréhendant comme un processus évolutif influencé par les expériences vécues et les conditions de vie. Cette compréhension est importante pour mettre en place des stratégies éducatives et psychosociales adaptées à cette population vulnérable.

Dans cette perspective, la présente étude s'inscrit dans la continuité des recherches portant sur l'estime de soi et la réussite scolaire. Elle cherche également à combler un manque dans la littérature en s'intéressant davantage aux dimensions psychologiques, traumatiques et résilientes du vécu des EDI du post-primaire au Burkina Faso.

Cette étude vise à répondre à la question suivante : quels liens existent entre l'estime de soi et les performances scolaires des EDI, en fonction de la durée de séjour dans la zone d'accueil et du sexe ? Les questions spécifiques qui découlent de cette question portent sur : la comparaison des performances scolaires entre les EDI ayant une forte estime de soi et ceux ayant une faible estime de soi ; l'influence de la durée du séjour dans la zone d'accueil sur l'estime de soi et les performances scolaires et enfin, la variation des performances selon le sexe et le niveau d'estime de soi. Ainsi, l'objectif de cette étude est d'analyser les relations entre estime de soi, vécu du déplacement et performances scolaires chez les EDI, en prenant en compte des dimensions psychosociales liées au déplacement. Pour répondre à cet objectif, une approche méthodologique mixte a été adoptée, combinant une mesure quantitative de l'estime de soi et une exploration qualitative des récits des EDI. Cette démarche permet d'articuler les dimensions mesurables avec la complexité psychique des trajectoires vécues, en référence aux théories de l'estime de soi, de l'attachement et des processus de résilience.

2. Matériel et Méthodes

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

Cette étude mixte a été menée du 17 avril au 09 mai 2025 dans cinq établissements du post-primaire de la ville de Koudougou : le Lycée Provincial de Koudougou, le Lycée de Peyiri, le CEG du secteur 09, le Lycée de l'Amitié et le Lycée Municipal de Koudougou.

La population cible est composée de 117 EDI du post-primaire de la commune urbaine de Koudougou, répartis selon le sexe (filles et garçons) et la classe (6e à la 3e). Pour garantir la représentativité, nous avons choisi un échantillonnage aléatoire stratifié proportionnel, afin de préserver la répartition initiale selon le sexe et la classe, avec une taille initiale fixée à 48 élèves. Sur le terrain, certaines classes comptaient moins d'élèves que prévu, ce qui a nécessité un réajustement, et trois questionnaires incomplets ont été écartés, ce qui a laissé un échantillon final de 45 EDI (18 garçons et 27 filles, âgés de 12 à 22 ans, avec une moyenne d'âge de 16,07 ans). La répartition par classe se présente comme suit : 6e (7 EDI, 15,6 %), 5e (11 EDI, 24 %), 4e (16 EDI, 35,6 %) et 3e (11 EDI, 24,4 %), avec une ancienneté moyenne de 2,22 ans dans les

établissements. En complément, un sous-échantillon raisonné de neuf (09) EDI a été sélectionné pour les entretiens semi-directifs. Tandis que cinq (05) enseignants intervenant auprès des EDI ont été sélectionnés de manière raisonnée selon leur expérience, la classe encadrée et leur disponibilité à participer à l'étude, pour répondre à un questionnaire visant à recueillir leur perception sur les différences comportementales, le niveau de confiance en soi, les manifestations de détresse observées chez les EDI. La combinaison des deux techniques d'échantillonnage contribue à garantir une certaine une représentativité, une diversité des profils et une validité des résultats.

2.1.1. **Techniques et outils de collecte des données**

Dans le cadre de cette étude mixte, plusieurs techniques et outils de collecte de données ont été mobilisés pour analyser l'influence de l'estime de soi sur les performances scolaires des élèves déplacés internes. Trois principaux outils ont été utilisés, notamment le questionnaire, l'entretien semi-directif et la recherche documentaire. Le questionnaire, administré aux EDI, intègre l'Échelle d'Estime de Soi de Rosenberg (RSES), un instrument psychométrique validé permettant d'évaluer l'estime de soi globale à partir de dix (10) items cotés sur une échelle de Likert allant de « Tout à fait en désaccord » à « Tout à fait en accord ». La version française du RSES adaptée par Crépin et Delerue a été retenue pour garantir une meilleure compréhension de la consigne, des items et garantir une évaluation fiable de l'estime de soi des participants. Une fiche d'identification anonyme a été jointe au questionnaire afin d'assurer la confidentialité tout en facilitant l'appariement avec les résultats scolaires. Un second questionnaire a été administré aux enseignants afin de recueillir leurs perceptions sur l'estime de soi, les comportements, les performances scolaires des EDI et leurs recommandations pour un meilleur accompagnement de ces élèves. En complément, des entretiens semi-directifs ont été réalisés pour mieux comprendre l'expérience des EDI en lien avec leur estime de soi et leurs performances scolaires. Ces entretiens, conduits en face-à-face ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone afin de permettre une retranscription fidèle et détaillée des données qualitatives recueillies. Un pré-test du guide d'entretien a été réalisé pour vérifier la clarté des questions et ajuster le guide d'entretien final. La recherche documentaire a également permis d'identifier, analyser et synthétiser des informations issues des travaux scientifiques relatifs à notre thématique. Malgré la diversité des sources consultées, certaines publications récentes portant sur les PDI et les EDI n'ont pas pu être exploitées en raison de leur accès restreint. Après avoir analysé les documents consultés pour asseoir notre cadre théorique, nous avons procédé à la collecte de données sur le terrain afin de confronter les éléments théoriques aux réalités du terrain.

2.2. Méthode d'analyse des données

Les données quantitatives issues de l'échelle d'estime de soi de Rosenberg et les performances scolaires des EDI ont été traitées à l'aide du logiciel IBM SPSS Statistics (version 26). L'analyse a d'abord porté sur la description des caractéristiques de l'échantillon, puis sur l'application du test du Khi-deux afin d'examiner les relations entre l'estime de soi, le sexe, l'ancienneté dans la zone d'accueil et les performances scolaires. Les réponses recueillies auprès des enseignants ont été saisies et analysées avec Microsoft Excel, permettant une présentation graphique des résultats. Enfin, les entretiens réalisés auprès des EDI ont fait l'objet d'une analyse thématique destinée à identifier et organiser les thèmes récurrents des récits autour de trois axes principaux : le vécu du déplacement, les formes de soutien reçues et les difficultés rencontrées.

2.3. Théoriques de référence et considérations éthiques

Notre étude s'adosse à plusieurs approches majeures relatives à l'estime de soi. D'abord, la théorie de l'estime de soi de William James (1842-1910) définit l'estime de soi comme le rapport entre réussites et les aspirations. Une forte estime de soi résulte de la concordance entre les réalisations et les aspirations, tandis qu'un écart important entre les deux entraîne une baisse de l'estime de soi. Cette approche permet de comprendre le lien entre l'estime de soi et les performances scolaires des EDI, dans la mesure où des attentes élevées non satisfaites peuvent fragiliser l'image de soi. Ensuite, la théorie du miroir social de Charles Horton Cooley (1902) postule que l'estime de soi se construit à travers le regard et les jugements d'autrui. L'individu élabore son image de soi en fonction de la manière dont il pense être perçu par les personnes significatives de son entourage. Chez les EDI, la valorisation par les enseignants et les pairs peut contribuer à renforcer la confiance et la motivation, tandis qu'un regard négatif, une stigmatisation ou une indifférence risquent de fragiliser davantage leur estime de soi déjà affectée par le déplacement et la perte de repère. Cette théorie met en lumière l'importance des interactions sociales dans la reconstruction psychologique des EDI. De plus, la théorie de la hiérarchie des besoins d'Abraham Maslow (1943) montre que la satisfaction des besoins fondamentaux (physiologiques et de sécurité) conditionne l'accès à des besoins supérieurs tels que l'appartenance, l'estime et l'accomplissement personnel. Pour les EDI, cela signifie que la sécurité, l'accès à la nourriture, à un logement décent et à un cadre scolaire stable constituent des prérequis essentiels au développement d'une estime de soi positive et à la réussite scolaire. Sans cette base de sécurité, les exigences scolaires peuvent être vécues dans un contexte d'insécurité permanente. Enfin, selon Rosenberg (1965, cité par André 2021), l'estime de soi correspond à une évaluation subjective et globale de sa propre valeur. Une estime de soi élevée traduit la confiance et l'acceptation de soi, tandis qu'une faible estime renvoie à l'autocritique. Rosenberg distingue deux formes de respect : le respect inconditionnel, lié à la valeur humaine intrinsèque, et le respect conditionnel, fondé sur la cohérence entre les valeurs personnelles et les réussites. L'absence de ce dernier traduit par une faible estime de soi. Son échelle d'estime de soi (RSES) permet de mesurer cette perception et d'examiner ses liens avec la performance scolaire.

Dans une perspective complémentaire, des approches issues de la psychologie clinique et de la psychanalyse permettent d'enrichir cette lecture. Freud (1923) met en évidence que les conflits internes entre désirs, normes et réalité peuvent fragiliser l'image de soi, notamment dans des situations de traumatisme ou de perte importante. Bowlby (1969), à travers la théorie de l'attachement, souligne que la rupture des liens affectifs sécurisants peut engendrer une insécurité interne durable, susceptible d'influencer les apprentissages, même en contexte de stabilité apparente.

Ces différentes approches, combinées, permettent de dépasser une vision réductrice de l'estime de soi en la considérant comme une construction dynamique, influencée par le vécu traumatique, les relations d'attachement, le regard social et les conditions de vie concrètes des EDI. Elles justifient également l'usage de l'approche qualitative pour saisir la complexité des processus sous-jacents à leurs performances scolaires.

De son côté, Winnicott (1965) insiste sur l'importance d'un environnement « suffisamment bon », permettant à l'enfant de développer une continuité psychique et une image de soi intégrée. Dans un contexte de déplacement interne, la rupture des repères familiaux, scolaires et sociaux

peut perturber ce processus de construction du soi. Enfin, la notion de résilience, issue des travaux en psychologie clinique, permet de comprendre comment certains enfants, malgré des expériences traumatiques, parviennent à se réorganiser psychiquement et à investir la scolarité comme un espace de réadaptation et de valorisation personnelle.

Dans le cadre des considérations éthiques, nous avons expliqué à l'ensemble des participants les objectifs et l'intérêt de l'étude avant la collecte des données. Les participants ont également été informés sur la confidentialité des informations recueillies et l'anonymat de leurs propos. Afin de garantir cet anonymat, des codes ont été utilisés pour identifier les participants lors de l'analyse des données, ce qui a facilité l'appariement avec les résultats scolaires.

3. Résultats

3.1. Analyse quantitative

Ici, nous présentons les résultats issus du RSES, administré aux EDI et du questionnaire complémentaire adressé aux cinq (05) enseignants exerçant dans les établissements accueillant les EDI. Les résultats issus du RSES donnent un aperçu de l'estime de soi des EDI. Quant au questionnaire complémentaire, il permet de recueillir les perceptions des enseignants sur l'estime de soi et les performances scolaires de ces élèves, ainsi que les stratégies mises en place pour les accompagner. Cette démarche vise à compléter les données issues du test d'estime de soi de Rosenberg.

3.1.1. Relation entre l'estime de soi et les performances scolaires

L'analyse de la relation entre l'estime de soi et les performances scolaires des EDI a conduit à l'établissement du tableau ci-dessous, qui présente la répartition des performances en fonction du niveau d'estime de soi.

Tableau 1. Répartition des performances scolaires des EDI en fonction de l'estime de soi

Performances scolaires	Faible estime de soi	Forte estime de soi	Total
Bonnes performances	20 (64,5%)	08 (57,1%)	28 (100,0%)
Faibles performances	11 (35,5%)	06 (42,9%)	17 (100,0%)

- $X^2 = 0,223$; ddl = 1 ; P = 0,637 > 0,05

Source : *généré par SPSS sur la base des données recueillies*, *Mai 2025*

Les résultats montrent que parmi les 14 EDI ayant une forte estime de soi, 08 (57,1%) présentent de bonnes performances scolaires et 06 (42,9%) ont de faibles performances scolaires. Parmi les 31 EDI ayant une faible estime de soi, 20 (64,5 %) affichent de bonnes performances et 11 (35,5 %) de faibles performances. Le test du khi-deux indique qu'il n'existe pas de relation statistiquement significative entre l'estime de soi et les performances scolaires ($X^2 = 0,22$; ddl = 1 ; P = 0,637). Ainsi, aucune association significative n'est observée entre l'estime de soi et les performances scolaires dans notre échantillon.

3.1.2. Estime de soi et performances scolaires selon la durée d'installation des EDI

Tableau 2. Répartition de l'estime de soi des EDI en fonction de la durée d'installation

Ancienneté	Faible estime de soi	Forte estime de soi	Faibles performances	Bonnes performances
Moins d'un an	8 (72,7 %)	3 (27,3 %)	5 (45,5 %)	6 (54,5 %)
Plus d'un an	23 (67,6 %)	11 (32,4 %)	12 (35,3 %)	22 (64,7 %)
Total	31(68,9%)	14 (31,1%)	17 (37,8%)	28 (62,2%)

- Estime de soi : $X^2 = 0,100$; ddl = 1 ; P = 0,751
- Performances scolaires : $X^2 = 0,365$; ddl = 1 ; P = 0,545

Source : *généré par SPSS sur la base des données recueillies, Mai 2025*

Les résultats du tableau montrent que parmi les EDI installés depuis moins d'un an, 3 (27,3 %) présentent une forte estime de soi contre 8 (72,7 %) ayant une faible estime de soi. Concernant leurs performances scolaires, 6 (54,5 %) présentent de bonnes performances, contre 5 (45,5 %) de faibles. Pour les EDI installés depuis plus d'un an, 11 (32,4 %) présentent une forte estime de soi tandis que 23 (67,6 %) affichent une faible estime de soi. En termes de performances scolaires, 22 (64,7 %) obtiennent de bonnes performances contre 12 (35,3 %) ayant de faibles performances. Bien que les EDI présents depuis plus d'un an semblent légèrement mieux réussir scolairement et afficher des taux plus élevés de forte estime de soi, le test du khi-deux indique que ces différences ne sont pas statistiquement significatives, aussi bien pour les performances scolaires ($X^2 = 0,365$; ddl = 1 ; p = 0,545) que pour l'estime de soi ($X^2 = 0,100$; ddl = 1 ; p = 0,751). Ces résultats suggèrent qu'aucune association statistiquement significative n'a été mise en évidence entre la durée d'installation, l'estime de soi et les performances scolaires dans l'échantillon étudié.

3.1.3. Performances scolaires des EDI à forte estime de soi selon le sexe

Tableau 3. Répartition des EDI selon le sexe, l'estime de soi et les performances scolaires

Sexe	Forte estime de soi	Faibles performances	Bonnes performances
Masculin	6 (42,9 %)	1(16,7 %)	5(83,3 %)
Féminin	8 (57,1 %)	5 (83,3 %)	3 (37,5 %)

- $X^2 = 2,940$; ddl = 1 ; P = 0,086 > 0,05

Source *: généré par SPSS sur la base des données recueillies, Mai 2025*

Les résultats montrent que parmi les EDI ayant une forte estime de soi, 6 (42,9 %) sont de sexe masculin contre 8 (57,1 %) de sexe féminin, révélant une légère prédominance des filles dans ce groupe. L'analyse des performances scolaires indique une tendance inverse : 5(83,3 %) des garçons qui présentent une forte estime de soi obtiennent de bonnes performances scolaires, contre seulement 3 (37,5 %) des filles du même groupe. À l'inverse, 5 filles (83,3 %) à forte estime de soi affichent de faibles performances scolaires, comparativement à seulement 1(16,7 %) des garçons. Bien que ces écarts descriptifs suggèrent une tendance favorable aux garçons, l'analyse du khi-deux ($X^2 = 2,940$; ddl = 1 ; P = 0,086) montre que ces différences ne sont pas statistiquement significatives, la valeur de P étant supérieure au seuil de 0,05. Ainsi, aucune relation statistiquement significative n'a été mise en évidence entre le sexe, l'estime de soi et les performances scolaires dans cet échantillon. Nous poursuivons l'analyse en nous intéressant aux perceptions des enseignants.

3.2. Analyse quantitative complémentaire

Dans cette partie de notre travail, nous présentons les résultats du questionnaire qui a été administré à cinq (05) enseignants exerçant dans les établissements accueillant les EDI. Cette démarche vise à compléter les données issues du test d'estime de soi de Rosenberg, en recueillant les perceptions des enseignants sur l'estime de soi et des performances scolaires de ces élèves, ainsi que les stratégies mises en place pour les accompagner.

3.2.1. Perceptions des enseignants

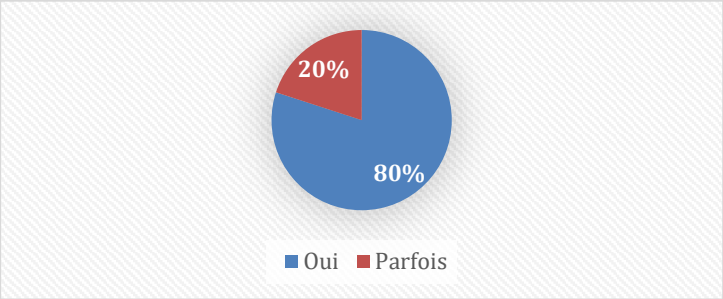
Dans le cadre de cette étude, un questionnaire complémentaire a été administré à cinq

enseignants issus de cinq établissements scolaires accueillant des EDI. L'échantillon comprend deux (02) enseignants ayant une ancienneté comprise entre 5 à 10 ans, et trois (03) ayant une ancienneté d'enseignement de plus de 10 ans. En ce qui concerne les matières enseignées, notons que 20 % enseignent l'Anglais, 20 % les mathématiques et les sciences de la vie et de la Terre, 20 %, et enfin, 40% enseignent le français. Deux enseignants interviennent de la 6e à la 3e, un en 4e et deux en 6e, ce qui leur offre une vision globale du comportement et des performances scolaires des EDI comparativement à leurs pairs. Après cette présentation de l'échantillon, nous nous intéressons aux résultats.

3.2.1.1. Estime de soi des EDI

Cette section présente les perceptions des enseignants sur les différences de comportement, les Signes de détresse observés et le niveau de confiance en soi des EDI.

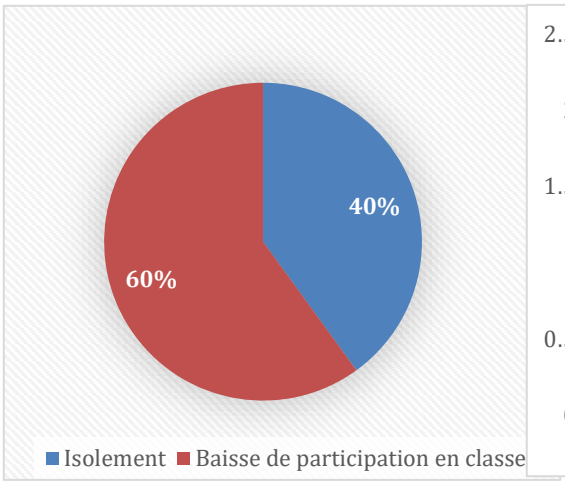
Graphique 1 : Différences de comportement



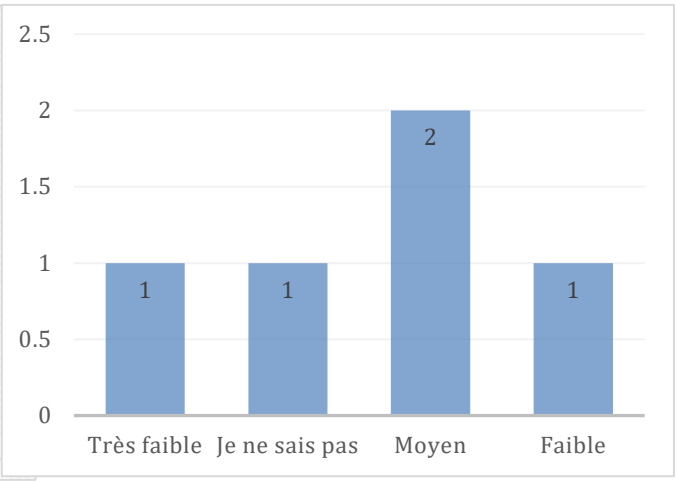
Source *: généré par Excel sur la base des données recueillies, Mai 2025*

À la question « Avez-vous remarqué des différences dans le comportement des EDI par rapport aux autres élèves ? », quatre enseignants sur cinq soit 80 % ont répondu par « Oui », tandis qu'un enseignant (20 %) a répondu « Parfois ». Aucun d'eux n'a répondu « Non ». Ces résultats indiquent que la majorité des enseignants perçoivent un comportement spécifique, probablement lié à leur expérience de déplacement et d'adaptation à un nouvel environnement.

Graphique 2 : Signes de détresse observés des EDI



Graphique 3 : Niveau de confiance en soi des EDI



***Source** : généré par Excel sur la base des données recueillies, Mai 2025*

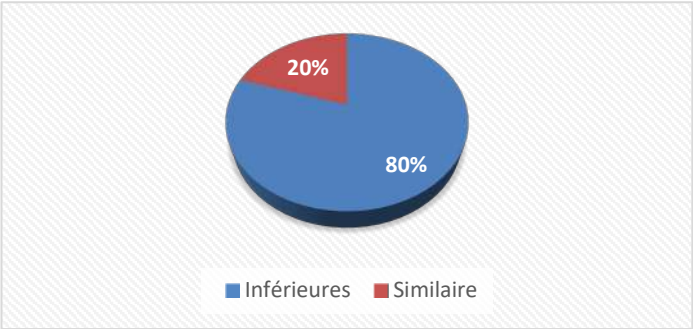
Les données du graphique 2 présentent les signes de détresse observés par les enseignants sur le terrain. De ces données, il ressort que les signes de mal-être les plus observés sont l'isolement

(40%) et la baisse de participation en classe (60%). Concernant la confiance en soi (Graphique 3), 20% des enseignants (01) la jugent très faible**,** 20 % (01 enseignant), la trouve faible, 40 % (02 enseignants) la jugent moyenne**,** et 20 % (01 enseignant) ne se sont pas prononcés. Ces résultats révèlent une estime de soi globalement faible, souvent accompagnée d'attitudes de retrait. Cela rejoint les constats issus de l'échelle d'estime de soi, selon laquelle les EDI semblent présenter une estime de soi relativement fragile.

3.2.1.2. Performances scolaires des EDI

En plus de leur perception sur les différences de comportement, les signes de détresse observés et le niveau de confiance en soi des EDI, les enseignants ont été interrogés sur les performances scolaires des EDI comparées à celles des autres élèves, ainsi que sur les causes des difficultés observées.

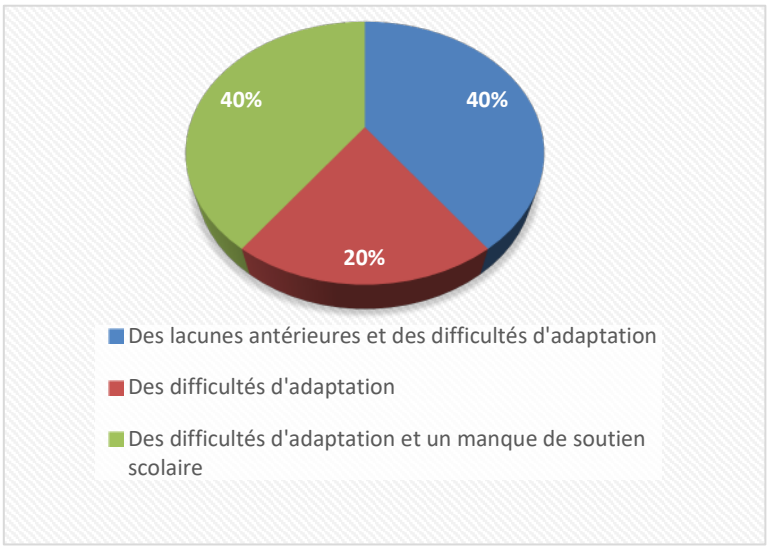
Graphique 3 : Comparaison des performances



***Source** : généré par Excel sur la base des données recueillies, Mai 2025*

Les données recueillies montrent que 80 % des enseignants estiment que les performances scolaires des élèves déplacés internes sont inférieures à celles de leurs pairs non déplacés tandis que 20 % les jugent similaires. Aucun enseignant n'a signalé de performances supérieures. Cette perception met en évidence une fragilité scolaire en lien avec le vécu d'instabilité et les difficultés d'adaptation.

Graphique 4 : Causes des difficultés



Source *: généré par Excel sur la base des données recueillies, Mai 2025*

En ce qui concerne les causes des difficultés scolaires des EDI, les enseignants en ont évoqué plusieurs. D'abord, tous les enseignants, soit 100 % mentionnent des problèmes d'adaptation à un nouvel environnement. Ensuite, deux (02), soit 40% évoquent le manque de soutien scolaire. Et enfin, 40 %, soient deux (02) soulignent des lacunes antérieures liées à des ruptures de scolarité.

3.2.1.3. Stratégies mises en place pour accompagner les EDI

Aucun enseignant interrogé n'a déclaré avoir mis en place de stratégie d'accompagnement pour les EDI. Ce constat laisse penser que l'accompagnement de ces élèves reste encore peu structuré dans les établissements concernés. Cette absence de stratégies peut s'expliquer par un manque de formation, de moyens adaptés ou de sensibilisation sur les difficultés psychosociales et autres rencontrées par les EDI. Il semble donc essentiel de concevoir des dispositifs d'accompagnement ciblés favorisant l'intégration, la confiance en soi et la réussite scolaire des EDI.

Si l'analyse quantitative a permis de dégager des tendances statistiques relatives à l'estime de soi et aux performances scolaires des EDI, elle ne suffit pas à saisir la complexité de leur expérience vécue. C'est pourquoi une approche qualitative a été mobilisée en complément, afin d'approfondir et de nuancer ces résultats.

3.3. Analyse qualitative

À partir des récits recueillis, trois dimensions majeures se dégagent : l'expérience du déplacement, la perception de l'estime de soi et l'impact du déplacement sur la scolarité et les performances scolaires. Les sections suivantes mettent en évidence la manière dont ces dimensions structurent le vécu des EDI.

3.3.1. Le vécu du déplacement et ses conséquences

Les témoignages recueillis auprès des EDI révèlent une expérience difficile marquée par la peur, la tristesse et l'insécurité. En effet, certains ont évoqué l'irruption brutale de groupes armés terroristes dans leur école ou village. Ces propos sont illustrés par les verbatims suivants : *« On faisait le cours, entre-temps les élèves criaient, courez ! Il y avait des terroristes devant les classes* », MNaTu31. Dans certains cas, les EDI ont été directement confrontés à des scènes de violence comme l'explique à nouveau MNaTu31 : « *Ils ont détaché le drapeau, ils ont commencé à tirer leurs armes. On a fui* ». Les premiers moments dans l'établissement d'accueil sont souvent décrits comme éprouvants. Plusieurs EDI déclarent être restés silencieux, repliés sur eux-mêmes et n'osaient pas interagir avec les autres. Par exemple, PAbRaSE déclare *« Au début, je ne parlais à personne »*. De même MNaTu31 confie « *J'étais triste. J'étais assise en classe, je ne parlais pas* ». Ces récits traduisent les difficultés d'adaptation vécues par les EDI qui, malgré un environnement plus sécurisé, demeurent marqués par les expériences du déplacement. Progressivement, les EDI recréent des liens sociaux grâce à des pairs bienveillants. En effet, certains ont développé des amitiés rapidement, d'autres ont dû passer par des intermédiaires pour PDaAw, *« c'est la fille de notre voisin qui m'a aidée à me familiariser avec ses amies ».* Quant à PAbRaSE, *« j'ai eu des amis quand on m'a changé de place en classe* ». Ce processus est éclairé par la théorie du miroir social de Cooley. En effet, les EDI au fil du temps développent progressivement une image de soi plus stable grâce au regard positif ou bienveillant des autres.

3.3.2. La perception de l'estime de soi par les EDI

L'analyse des propos montre que les EDI présentent une estime de soi marquée par leurs conditions de vie et leurs parcours d'adaptation. Certains expriment encore un mal-être face aux difficultés matérielles ou à la séparation d'avec la famille. Ces propos sont illustrés par les verbatims suivants : « *Je ne me sens pas à l'aise ...on n'arrive plus à avoir la nourriture comme là-bas. Et il n'y a pas de lumière* » PAdYo20 ; « *Ce n'est pas bien, ma situation est dure ...j'ai fait deux ans sans voir mes parents* » SGnBaEr27. En revanche, d'autres disent avoir retrouvé un sentiment de bien-être. Par exemple, AKoVi « *Je me sens bien, c'est un bon établissement.* » Et PDaAw ajoute « *Je suis contente, je me sens en sécurité !* ». Certains décrivent une amélioration dans le temps : « *Actuellement, je me sens bien par rapport au début* » MNatu31. La majorité affirme avoir confiance en ses capacités : « *Je sens que moi aussi, je peux m'en sortir, je rêve de devenir quelqu'un » (*AkoVi) et reste motivée malgré les obstacles *« Souvent, le vélo se gâte, je viens à pied à 8h, mais je gère quand même* » PDaAw. Ces témoignages montrent que la sécurité et le soutien semblent favoriser progressivement le développement de la confiance en soi ainsi qu'une perception plus positive de soi.

3.3.3. L'impact du déplacement sur la scolarité et les performances scolaires

Les entretiens montrent que les EDI vivent différemment l'impact du déplacement sur la scolarité et les performances scolaires. Pour certains, l'école est devenue plus exigeante en raison des changements de programme, du manque de ressources et des conditions matérielles difficiles : « *Ce que j'ai vu là-bas et ici, ce n'est pas pareil. […] En sixième, les mathématiques étaient bonnes, mais en quatrième, je me sens mal à l'aise* ». Certains EDI ont mentionné la peur ou les mauvaises conditions d'étude comme facteur de difficulté : « *Je ne pouvais pas dormir, j'avais peur* » AAlZe16 ; « *Il n'y a pas de lumière, les torches deviennent faibles* » PAdYo20. D'autres estiment que la réussite dépend de la concentration : « *L'école n'est pas difficile. Il suffit de se concentrer* » SGnBaEr27 ; « *Il faut écouter les professeurs et bien apprendre ses leçons* » PabRaSE. Les mathématiques, la physique-chimie et l'anglais sont les matières que les EDI jugent difficiles, comme l'illustrent les propos suivants « *En mathématiques, même si le professeur m'explique, je ne comprends pas* », MNaTu31 ; AAlZe16 « *En physique-chimie, je ne comprends pas, Monsieur ne nous explique pas* » ; PabRaSE « *l'anglais, je ne comprends rien dedans, c'est compliqué à mémoriser* ». Pour améliorer leurs performances scolaires, les EDI expriment des besoins concrets : des documents, des cours de soutien et de meilleures conditions d'étude. Nos propos sont illustrés par ces verbatims : SGnBaEr27 « *Si vous pouvez nous encadrer dans les matières les plus difficiles* » ; PDaAW « *J'ai besoin de documents en maths et français* » ; MNatu31 « *Si j'avais des professeurs de maison, ou des cours de vacances, cela m'aiderait* ». Le résultat des entretiens semi-directifs met en évidence la complexité des difficultés rencontrées par les EDI et souligne l'importance du soutien pédagogique et matériel dans leur réussite scolaire.

4. Discussion

Les recherches antérieures sur l'estime de soi et les performances scolaires mettent en évidence des tendances globales, bien que les résultats varient selon le contexte et le sexe des élèves. Des travaux issus de la psychologie scolaire montrent que l'estime de soi est souvent associée à la motivation, la persévérance et la tolérance à l'échec , facteurs généralement associés à de meilleures performances scolaires dans la littérature (Kouame,2009; Caille et O'Prey, 2006, cité par Bawa, 2017). Caille et O'Prey (2006, cité par Bawa, 2017) ont ainsi montré que, sept

ans après l'entrée en sixième, les filles présentent une estime de soi plus faible que les garçons, sans que cela n'entraîne systématiquement de faibles performances scolaires. De même, Kouame (2009), dans une étude menée auprès de 30 élèves défavorisés d'Abidjan, a observé qu'une estime de soi élevée était associée à de meilleures performances scolaires, avec des variations selon le sexe. Chez les élèves ayant une faible estime de soi, les filles obtiennent de meilleurs résultats que les garçons, tandis que chez ceux ayant une forte estime de soi, les garçons étaient plus performants. Des travaux plus récents (Bawa,2017 ; Koffi & Aho,2020), confirment cette relation positive entre estime de soi et performance scolaire, tout en soulignant l'importance du soutien psychosocial dans la réussite scolaire.

En revanche, les résultats de la présente étude ne mettent pas en évidence de relation statistiquement significative entre estime de soi et performances scolaires chez les EDI ($P = 0,637 > 0,05$). Cette absence de corrélation peut être liée à la situation particulière des EDI, marquée par des expériences de déplacement forcé, la perte de repères familiaux, la précarité économique et les difficultés émotionnelles liées au déplacement, qui peuvent atténuer ou déplacer l'effet direct de l'estime de soi sur la réussite scolaire.

Cette absence de relation statistiquement significative ne doit pas être interprétée comme une absence d'effet psychologique, mais plutôt comme le reflet de la complexité des interactions entre variables dans un contexte de vulnérabilité psychosociale. L'estime de soi apparaît ainsi comme un processus dynamique, influencé par des facteurs contextuels et relationnels.

Les données qualitatives permettent de comprendre certains mécanismes subjectifs que les analyses statistiques ne peuvent pas saisir, notamment les processus de résilience, de compensation et de réorganisation de l'image de soi dans un contexte d'insécurité. Ils montrent que la motivation et la confiance en soi des EDI s'inscrivent dans des dynamiques influencées par les conditions environnementales et les besoins fondamentaux, tels que décrits par James (1890) et Maslow (1954).

Par ailleurs, aucune relation significative n'a été observée entre la durée de séjour dans la zone d'accueil et le niveau d'estime de soi ou les performances scolaires ($P = 0,751 > 0,05$). Toutefois, les entretiens suggèrent que la durée de séjour favorise progressivement l'adaptation sociale des EDI et contribue à la reconstruction d'une image de soi plus stable, notamment à travers le regard bienveillant des pairs et des enseignants, conformément à la théorie du miroir social de Cooley (1864–1929). Cette observation rejoint la théorie du miroir social, selon laquelle l'image de soi se construit au fur et à mesure de l'intégration sociale, même si cela ne se traduit pas immédiatement par une relation statistique mesurable avec les performances scolaires.

Enfin, les différences selon le sexe n'ont pas non plus révélé d'écart statistiquement significatif car $P = 0,086 > 0,05$. Cependant, les analyses descriptives suggèrent que les garçons ayant une forte estime de soi présentent légèrement de meilleures performances que les filles du même profil. Par ailleurs, les filles semblent exprimer davantage de difficultés d'adaptation, souvent associées à des facteurs socioculturels. Ces résultats rejoignent partiellement ceux de Kouamé (2009) ainsi que de Caille et O'Prey (2006, cité par Bawa, 2017), qui suggèrent de possibles variations de genre dans la relation entre estime de soi et performances scolaires.

Dans l'ensemble, l'absence de corrélation statistique ne remet pas en cause la pertinence du concept d'estime de soi. Elle suggère plutôt que l'estime de soi semble intervenir comme une variable influencée par des facteurs contextuels tels que le soutien social, la résilience, la qualité

de l'accueil et les conditions de vie. L'intégration d'une perspective clinique permet d'éclairer certains résultats paradoxaux de l'étude. Selon Bowlby (1969), la rupture des liens d'attachement peut générer une fragilité affective durable, susceptible d'influencer le rapport à l'école et aux apprentissages. Winnicott (1965) souligne que l'environnement scolaire peut jouer un rôle de « cadre suffisamment bon », permettant une reconstruction progressive de l'image de soi chez l'enfant. Dans cette logique, l'investissement scolaire observé chez certains EDI peut être compris comme un mécanisme d'adaptation face à des pertes affectives et à des expériences de rupture. Cette étude apporte ainsi un éclairage sur une population vulnérable, encore peu explorée dans la littérature, notamment en lien avec l'estime de soi et les performances scolaires.

5. Conclusion

Cette étude avait pour objectif d'examiner les liens entre l'estime de soi et les performances scolaires chez les EDI, dans un contexte marqué par l'instabilité sécuritaire, la précarité et la réorganisation sociale. Pour ce faire, une approche méthodologique mixte a été adoptée, combinant des données quantitatives et qualitatives afin d'appréhender à la fois les dimensions mesurables et les expériences vécues des élèves. Les analyses statistiques n'ont pas mis en évidence de relation significative entre estime de soi, ancienneté dans la zone d'accueil, le sexe et les performances scolaires. En revanche, les données qualitatives suggèrent que la réussite scolaire des EDI dépend de plusieurs facteurs, notamment la motivation personnelle, le développement progressif de la confiance en soi, le soutien des pairs et des enseignants, ainsi que les conditions globales d'apprentissage.

Ces résultats indiquent que la réussite scolaire des EDI ne peut être comprise uniquement à partir de mesures psychométriques de l'estime de soi, telles que celles issues de l'échelle de Rosenberg. Ils mettent également en évidence l'importance des dimensions psychologiques et contextuelles, notamment les effets des expériences difficiles liées au déplacement, la rupture des repères familiaux et le sentiment d'insécurité, dans la compréhension des trajectoires scolaires. L'étude contribue ainsi à une meilleure compréhension de la complexité du parcours scolaire des EDI et souligne la nécessité d'intégrer les dimensions psychosociales dans les politiques éducatives et les dispositifs d'accompagnement.

Toutefois, ces résultats doivent être interprétés avec prudence. La taille réduite de l'échantillon, notamment le faible nombre d'EDI présentant une forte estime de soi, limite la portée inférentielle des analyses statistiques et réduit la possibilité de mettre en évidence certaines associations significatives. Dès lors, les résultats ne sauraient être généralisés à l'ensemble des EDI du Burkina Faso, mais constituent des éléments exploratoires permettant d'éclairer leur vécu scolaire et psychosocial.

Cette étude ouvre des perspectives pour des recherches futures, notamment sur la résilience, les dispositifs d'accompagnement psychosocial et les pratiques pédagogiques inclusives, à travers des approches qualitatives plus approfondies fondées sur des entretiens plus approfondis, des analyses de récits de vie et des approches narratives. Enfin, elle invite à des actions concrètes pour offrir aux EDI un environnement favorable à leur bien-être et à leur réussite scolaire, en tenant compte à la fois de leurs besoins matériels, leur sécurité et leurs besoins psychologiques fondamentaux.

En définitive, l'articulation entre données quantitatives et qualitatives constitue un élément central de cette étude. Les résultats statistiques mettent en évidence l'absence de relations statistiquement significatives entre les variables étudiées, tandis que les récits des EDI permettent une compréhension plus fine des dynamiques psychologiques et sociales en jeu. Ces deux niveaux d'analyse apparaissent ainsi complémentaires et contribuent à éviter une lecture réductrice du phénomène étudié.

Remercements

Nous exprimons notre profonde reconnaissance à toutes les personnes qui ont accepté de participer à cette étude, en consacrant de leur temps pour répondre à nos questions et partager leurs expériences. Leur contribution a été déterminante pour la réalisation de ce travail de recherche.

Conflit of Intérêts

Références

André, E. (2021). *Estime de soi et réussite scolaire à l'école primaire* [Thèse de doctorat, INSPE].

Bawa, I. H. (2017). Estime de soi et performances scolaires chez les élèves des classes de troisième au Togo. *Sciences, Langage et Communication,*1(1).

Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss* (2nd ed). Basic Books.

CONASUR. (2023). *Tableau de bord général sur l'enregistrement des personnes déplacées internes au Burkina Faso au 31 mars 2023* [Rapport]. Secrétariat permanent du Conseil national de secours d'urgence et de réhabilitation

Cooley, C.H. (1902). *Human nature and the social order*. Toronto: Charles Scribner and Sons.

Freud, S. (1923). *Le moi et le ça* (S. Jankélévitch, Trad*.). In Essais de psychanalyse appliquée*. Paris, France : Gallimard. (Œuvre originale publiée en 1923).

Ki-Zerbo, J. (1990). *Éduquer ou périr*. Le Harmattan.

Kouame, K. A. E. (2009). *Estime de soi et performance scolaire chez élèves de quatrième à Abidjan* [Mémoire de diplôme de conseiller psychologue, Université de Cocody]. https://www.memoireonline.com/07/10/3758/Estime-de-soi-et-performances-scolaires-chez-des-eleves-de-quatrieme--Abidjan.html

Loi n° 013/2007/AN/portant Loi d'orientation de l'éducation au Burkina Faso du 30 juillet 2007. Ouagadougou

Maslow, A. H. (1943). A theory of human motivation. *Psychological Review, 50*(4), 370–396

Tounkara, G. I. (2020, 10 janvier). Crise libyenne et insécurité dans le Sahel. Deutsche Welle. https://www.dw.com/fr/crise-libyenne-et-ins%C3%A9curit%C3%A9-dans-le-sahel/a-51958261

UNICEF. (2024). *Rapport Mensuel ESU, Mars 2024*. https://www.unicef.org/burkinafaso/media/4826/file/RAPPORT%20MENSUEL%20ESU_MARS_2024.pdf.

Williams N. Koffi N. W. (2020). L'influence de l'estime de soi sur les performances scolaires des élèves du secondaire en Côte d'Ivoire : cas des élèves du collège Descartes Marcory de la DREN 2

Winnicott, D. W. (1965). *The Maturational Processes and the Facilitating Environment : Studies in the Theory of Emotional Development.*

© 2026 BAKOUAN, 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 8 (2)
ISSN: 1987-071X e-ISSN 1987-1023
Received, 29 March 2026
Accepted, 18 June 2026
Published, 4 July 2026
https://www.revue-rasp.org
To cite: Bouaré, I., et al. (2026). Pauvreté, alphabétisation du chef de ménage et rétention des filles à l'école. *Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, 8(2), pp.137-159.*
https://doi.org/10.4314/rasp.v8i2.10

Research

Pauvreté, alphabétisation du chef de ménage et rétention des filles à l'école

Poverty, literacy of the head of household and retention of girls in school

Issa BOUARE[1*], Aminata COULIBALY[2] , Arouna SOUGANE[3]

1. Directeur Général Adjoint, Institut national de la Statistique du Mali, Bamako, Mali
2. Chef de Division enquêtes, Institut national de la Statistique du Mali, Bamako, Mali
3. Directeur Général, Institut national de la Statistique du Mali, Bamako, Mali

***Correspondance** : Email : issabouare2016@gmail.com ; Tel +223- 76-41-81-17

Résumé

Cette étude analyse l'effet de la pauvreté multidimensionnelle et de l'alphabétisation du chef de ménage sur la fréquentation scolaire des filles de 7 à 18 ans, à partir des données de l'Enquête Modulaire et Permanente auprès des Ménages (EMOP) 2023 de l'Institut National de la Statistique. Une approche descriptive et une régression logistique sont mobilisées. Les résultats montrent que la pauvreté multidimensionnelle réduit fortement les chances de scolarisation des filles, tandis que l'alphabétisation du chef de ménage n'a pas d'effet significatif. Le lien biologique avec le chef de ménage et l'accessibilité aux infrastructures scolaires influencent également la fréquentation scolaire, notamment en milieu rural. Ces résultats plaident pour des politiques de réduction de la pauvreté, d'amélioration de l'accès à l'éducation et de sensibilisation des ménages.

Mots-clés : pauvreté, alphabétisation, fréquentation scolaire.

Abstract

This study analyzes the effect of multidimensional poverty and the literacy of the head of household on school attendance for girls aged 7 to 18, using data from the 2023 Modular and Permanent Household Survey (EMOP) conducted by the National Institute of Statistics. A descriptive approach and logistic regression were employed. The results show that multidimensional poverty significantly reduces girls' chances of attending school, whereas the literacy of the household head has no significant effect. Biological ties to the head of household and access to school infrastructure also influence school attendance, particularly in rural areas. These findings support policies aimed at poverty reduction, improved access to education, and increased household awareness.

Keywords: poverty, literacy, school attendance.

1. Introduction

L'éducation joue un rôle prépondérant dans la formation et la promotion sociale de l'homme. Elle occupe une place de choix dans le Programme de développement durable à l'horizon 2030. Ce programme prône un accès équitable à une éducation de qualité pour tous les sexes. Il met un accent particulier sur celle des filles dans l'objectif de réduire les disparités de genre. En raison de son importance dans la contribution au développement, le secteur de l'Education a toujours été au centre des préoccupations du peuple malien et des gouvernements qui se sont succédés depuis 1960, date de l'accession du pays à la souveraineté nationale. Pour prendre en compte les disparités de genre, le Mali a adopté une politique nationale de scolarisation des filles en 2010[1].

La scolarisation de la fille jusqu'à l'obtention d'un diplôme ou son alphabétisation pour améliorer ses chances de trouver un emploi peut contribuer au bien-être de la famille (Loua, 2018).. Scolariser une fille, c'est lui permettre de prendre confiance en elle, de faire ses propres choix et d'avoir un métier pour construire son avenir.

. De 2015 à 2023, au Mali, les taux bruts de scolarisation des filles au premier et au second cycle ont évolué en dent de scie. Ils sont passés respectivement de 63,1 % à 79,6% et de 42,8 % à 50,5 %. Sur la même période, les indices de parité ont évolué de 84,7% à 95,0% et de 47,7% à 51,40% respectivement. (Annuaire statistiques : CPS[2] du secteur de l'Education).

A la faveur des réformes envisagées dans le secteur, des mesures spécifiques ont été prises pour encourager la scolarisation des filles. C'est ainsi qu'il y a eu, en 1992, la création d'une Cellule nationale pour la promotion de la scolarisation des filles ; en 1993, la décision du maintien des filles enceintes dans l'enseignement fondamental. En 2011, on a créé la Division scolarisation des filles et en 2013, celle de la Politique nationale genre, pour leur scolarisation et leur maintien à l'école ainsi que pour la promotion des femmes. Un Centre national des cantines scolaires a vu le jour en 2011, à travers le programme national d'alimentation, avec 1 500 cantines et des rations régulières d'huile attribuées aux filles assidues (Loua, 2019).

En *dépit des efforts consentis dans l'amélioration de l'offre scolaire et l'adoption de politiques incitatives à la scolarisation des filles, la réduction des disparités reste timide.* Plusieurs études montrent que les déterminants de la scolarisation des filles sont liés aux facteurs socio-culturels et à la pauvreté des ménages. A notre connaissance, très peu de travaux se sont intéressés aux liens entre la pauvreté multidimensionnelle, l'alphabétisation du chef de ménage et le maintien des filles à l'école. Notre travail cherche à comprendre en quoi la pauvreté multidimensionnelle des ménages et le statut d'alphabétisation du chef de ménage impactent-ils la rétention des filles à l'école ?

Son objectif vise à analyser l'effet de la pauvreté des ménages et du statut d'alphabétisation de son chef sur la fréquentation scolaire des filles., pour mieux comprendre les facteurs socioéconomiques ou de privations et culturels qui conditionnent leur maintien dans le système scolaire. Les résultats vont contribuer à l'identification des pistes pour améliorer les chances des filles scolarisées à se maintenir dans le système éducatif. Pour ce faire, nous examinons le lien entre les dimensions de la pauvreté des ménages, le statut d'alphabétisation du chef de ménage et la fréquentation scolaire des filles.

[1] Human Rights Watch : Document de politique nationale de scolarisation des filles. https://features.hrw.org › african-union › files › M

[2] Cellule de Planification et de Statistique

La présente étude est structurée autour de cinq parties. La première concerne l'introduction, la seconde se rapporte aux matériels et méthode utilisés, les résultats sont présentés dans la troisième partie, la quatrième est focalisée sur la discussion des travaux. Le document se termine par une conclusion qui rappelle brièvement les objectifs ainsi que les principaux résultats obtenus.

2. Matériels et Méthodes

3.1 Les fondements théoriques de la scolarisation des enfants

La scolarisation d'un enfant, résulte de la conjonction de plusieurs facteurs. Ceux-ci peuvent être regroupés dans deux grandes dimensions : l'offre et la demande. La dimension offre renvoie aux capacités institutionnelles, aux moyens humains et matériels offerts et à leur répartition quantitative et qualitative sur le territoire national et entre les groupes sociaux. Elle dépend étroitement des politiques d'éducation et donc de l'environnement politique global, mais aussi du dynamisme de certains groupes de la société civile ou de l'initiative privée des individus (Lange et Yaro, 2003).

2.1.1. Les facteurs socioculturels

De toute l'histoire de l'éducation formelle, la gent féminine a été presque partout celle qui a fait plus difficilement son entrée dans la structure scolaire (UNESCO, 1991). Les disparités s'observaient tant dans l'accès, le maintien dans la structure que dans l'orientation que l'école proposait à sa clientèle suivant les différences sexuelles. Il faudra attendre après la seconde guerre mondiale pour voir s'opérer une plus grande démocratisation de l'école envers les filles (Ketoglo, 1999).

Le contexte socioculturel définit le rapport particulier à l'école, en termes d'enjeux économiques et sociaux perçus, d'attentes et de représentations (Deleigne, 2004).. Pour se reproduire, toute société éprouve une impérieuse nécessité d'éducation[3] , à travers l'action des aînés sur les cadets. L'éducation est avant tout un besoin social (Emile Durkheim 1922, Tiéman Diarra, 1981). Elle est l'action que la société exerce sur les enfants pour en faire ce qu'elle voudrait qu'ils soient. Cette action est, de ce fait, organisée autour d'un « certain nombre d'idées, de sentiments et de pratiques que l'éducation doit inculquer à tous les enfants indistinctement à quelque catégorie sociale qu'ils appartiennent » (Durkheim, 2003).

Avant l'introduction de l'école, « chaque société disposait d'un système éducatif lui permettant de donner à l'enfant une éducation et une formation conforme à ses coutumes afin de l'intégrer progressivement en son sein. Des cérémonies à la naissance aux rites initiatiques, les différents rituels de passage constituaient très certainement des éléments fondateurs de la socialisation des enfants ». (LANGE, 1998).

En effet, « Si l'éducation comprend l'acquisition d'aptitudes, le changement d'attitudes et de valeurs, l'assimilation de connaissances et d'informations, la scolarisation quant à elle est l'acquisition d'expériences d'apprentissage, au sein d'un système particulier et surtout à l'intérieur d'une salle de classe » (Koura Diallo, 2001). L'école est-elle une institution marginalisée ou intégrée dans les systèmes éducatifs traditionnels ? Comment cette marginalisation ou cette intégration s'exprime-t-elle ? C'est la question de l'intégration de l'école dans le schéma éducatif qui est ainsi posée (Deleigne, 2004).

[3] Il s'agit ici de l'éducation dans son acception la plus large de transmission de savoir, connaissances et aptitudes permettant de mieux vivre en société.

La perception que les ménages ont de l'école et leur motivation à envoyer leurs enfants à l'école et à les y maintenir est hétérogène : selon que les parents sont allés ou non à l'école, l'évaluation de son utilité sera différente. Les parents sans niveau d'instruction ou analphabètes peuvent ne pas appréhender l'école comme indispensable pour l'épanouissement culturel et matériel des enfants car les valeurs et normes traditionnelles sont leur modèle de référence (Gérard, 1999).

Lorsque les parents ont eu la chance d'être éduqués, ils perçoivent mieux l'école comme constituant une composante majeure de l'itinéraire de socialisation de leurs enfants. Des études dans les pays en développement, ont montré que la fréquentation scolaire des enfants, dépendait en grande partie du capital éducatif des parents (Durand, 2006 ; Kobiane, 2006).

Le rôle capital joué par le niveau d'instruction des parents dans la scolarisation des enfants, apparaît de manière très nette au Sénégal. En effet, la chance d'être scolarisée est 5,8 fois supérieur pour les filles dont les deux parents ont été scolarisés par rapport à celles dont aucun des parents n'a été scolarisé. En milieu rural, ce rapport est même de 1 à 8,9. ; recensement et enquête démographique au Mali (Marcoux, 1994) ; enquêtes démographiques et de santé sur plusieurs pays africains (Lloyd et Blanc, 1995 ; Clévenot et Pilon, 1996).

2.1.2. Les facteurs économiques : effets directs et coûts d'opportunité

Les facteurs économiques agissent sur la scolarisation des enfants à travers deux principaux effets, qui sont d'ailleurs en interaction : un effet direct qui se traduit par la capacité des ménages et des familles à supporter les coûts financiers de la scolarisation de leur progéniture ; et un effet indirect qui se traduit par les coûts d'opportunités, c'est-à dire le manque à gagner auquel certains ménages sont confrontés quand les enfants vont à l'école au lieu de participer à des activités permettant au ménage de tirer des ressources financières substantielles à leur survie.

La fréquentation scolaire d'un enfant dépend des capacités de ses parents à payer les droits d'inscription exigés par les écoles, à supporter les dépenses vestimentaires et d'achat de livres ou de matériel pédagogique.

Les rapports des enquêtes sur la consommation des ménages montrent que les pauvres consacrent la quasi-totalité de leur ressource à l'alimentation. Lorsque les ménages obtiennent plus d'argent, ils dépensent aussi plus d'argent pour la nourriture, mais la part alimentaire dans le budget total descend (la loi d'Engel[4]). Engel a déclaré qu'un ménage est pauvre s'il utilise plus de 60 % du budget pour les produits alimentaires, et extrêmement pauvre s'il en affecte plus de 80 % dans l'alimentation (INSTAT, 2023)[5].

Afin de donner une chance à tous les enfants pour qu'ils puissent avoir un minimum d'instruction, la plupart des Etats dont le Mali, ont institué la gratuité de l'éducation primaire[6]. Mais il reste que cette gratuité ne concerne que les frais de scolarité et très souvent, les ménages doivent acheter les fournitures scolaires et parfois aussi les manuels.

Dans certains cas, la gratuité, associée à une offre insuffisante d'établissements scolaires, conduit à la dégradation de la qualité et aux abandons qui touchent plus les pauvres que les

[4] H. Houthakker, « An International Comparison of Household Expenditure Patterns, Commemorating The Centenary of Engel's Law », Econometrica, vol. 25, 1957, pp. 532-551
[5] Rapport annuel de l'EMOP 2023, P49
[6] Loi d'orientation sur l'éducation

riches. Diagne Abdoulaye et Dovoedo Amen (2003)[7] montrent qu'au Sénégal les différences de scolarisation des enfants entre les 20% des ménages les plus riches et les 40% des ménages les plus pauvres passent d'un rapport de 1 à 2 pour la scolarisation primaire à un rapport de 1 à 6 pour la scolarisation secondaire premier cycle.

Caractéristiques de l'enfant et scolarisation

Deux caractéristiques fondamentales de l'enfant sont connues dans la littérature pour jouer un rôle dans les chances de scolarisation. Il s'agit du sexe et du lien de parenté avec le chef du ménage. En Afrique, le confiage d'enfants est une pratique fortement répandue (Vandermesch, 2000). Pilon (2003) souligne que majoritairement, les enfants confiés présentent des taux de scolarisation plus faibles que les enfants du chef des ménages, même s'il existe des exceptions, notamment en milieu rural.

Différence de sexe et scolarisation

Selon les théories féministes, en Afrique, les différences de rôles et de statuts entre les femmes et les hommes résultent d'une position de subordination de la femme dans la société, position historiquement et culturellement construite (Bourdieu, 1990, cité par Locoh et al, 1996). Les conséquences de cette subordination se traduisent par une sous-scolarisation des filles car elles sont socialisées pour être de bonnes épouses et mères de famille.

Les familles sont réticentes à la scolarisation des filles, soit dans un souci de préservation de l'ordre social traditionnel, soit en cas de rationnement des ressources. Cette logique de domination de la femme pourra d'ailleurs se trouver amplifiée par le phénomène de confiage-exploitation évoqué ci-dessus. Selon l'étude de (Tape G. et Bih E, 2002) sur les opportunités et les freins à la bonne performance des filles à l'école primaire dans le Nord de la Côte d'Ivoire, les travaux ménagers et domestiques occupent la plus grande partie du temps des enfants. Ces travaux sont, pour la fille, la cuisine, la vaisselle, la lessive, les corvées d'eau. Pour le garçon, il s'agit de l'aide apportée au père dans ses diverses activités (entretien de la maison familiale, désherbage de la cour, etc.).

2.1.3. De l'impact de l'offre sur la fréquentation scolaire des enfants

Si les caractéristiques économiques et culturelles des ménages ainsi que celles de l'enfant jouent un rôle important sur la fréquentation scolaire des jeunes, les facteurs liés à l'offre d'éducation ne sont pas à négliger. En effet, même dans le cas des ménages qui disposent des ressources économiques et culturelles permettant d'envoyer et de maintenir leurs enfants à l'école, encore faut-il qu'il existe une offre scolaire accessible. Cette offre comporte elle-même deux dimensions : la dimension "quantité" et la dimension "qualité". La dimension quantité fait référence à la densité du maillage du territoire par les établissements scolaires.

Plus les établissements scolaires vont être nombreux et équitablement répartis entre les localités, plus les parents pourront scolariser leurs enfants, non pas seulement parce que les distances sont courtes, mais aussi parce que la proximité joue un rôle de publicité en faveur de la scolarisation.

L'éloignement de l'école peut constituer une entrave à la scolarisation et au maintien de la fille à l'école dans le milieu rural. Lorsque l'école est trop éloignée des enfants, les parents préfèrent

[7] Ainsi, Diagne Abdoulaye et Dovoedo Amen (2003) : « Décision de scolarisation primaire des ménages et niveau de vie au Sénégal », rapport Final du programme de recherche « analyse des impacts de la pauvreté et des inégalités de revenus des politiques macroéconomiques et d'ajustement au Sénégal » (MIMAP/Sénégal), CREA 2003, 34 pages.

déscolariser les filles, qui, en raison des tâches ménagères qu'elles ont à effectuer, ne peuvent pas supporter les distances quotidiennes à parcourir (Loua, 2021). Dans le cadre de cette étude, aucune variable ne permet de saisir la dimension qualité de l'enseignement ; nous nous limiterons à la mesure de l'impact de l'aspect accessibilité de l'offre.

2.2.Objectifs :

La plupart des études réalisées sur la scolarisation des enfants sont focalisées sur les disparités de genre entre garçons et filles et sur les effets de la pauvreté monétaire sur les chances de fréquentation scolaire. La présente, est centrée sur la sous population des filles de 7 à 18 ans avec l'avantage de supprimer l'effet de sexe. Elle intègre le concept de pauvreté multidimensionnelle, concept rarement discuté dans la littérature.

Notre objectif est d'évaluer l'impact des facteurs culturels, socioéconomiques, du statut de l'enfant et de l'offre sur la scolarisation des filles au Mali à travers les données de l'EMOP 2023. Il s'agit spécifiquement de mesurer :

- l'influence de la pauvreté multidimensionnelle en termes de privation sur la fréquentation scolaire des filles ;
- l'influence du statut d'alphabétisation du chef de ménage sur la fréquentation scolaire des filles ;
- l'effet du lien de parenté de la fille avec le chef de ménage sur ses chances de fréquentation scolaire ;
- l'impact de l'accessibilité du ménage aux infrastructures scolaire sur la fréquentation scolaire des filles.

2.3. Source des données

Les données utilisées dans le cadre de cette étude sont tirées de l'enquête modulaire et permanente intégrée auprès des ménages (EMOP-2023 réalisée par l'Institut National de la Statistique (INSTAT). L'objectif général de cette enquête est de renseigner les indicateurs de suivi et d'évaluation du Cadre Stratégique pour la Croissance Economique et le développement Durable (CREDD) ainsi que ceux des programmes sectoriels de développement mis en en œuvre par le Mali.

Réalisée par sondage auprès d'un échantillon de 8 888ménages, l'EMOP est d'envergure nationale. Son questionnaire comporte un module de base dans lequel se trouve la section Education structurée autour des variables en lien avec la scolarisation et l'alphabétisation et permet de capter les informations sur le profil scolaire des membres du ménage. Seuls les individus âgés de 15 ans ou plus sont concernés par l'alphabétisation. Pour l'appréhender, l'enquêté doit répondre à la question suivante : *E10*[8]*. [NOM] sait-il/elle lire et écrire dans l'une des langues suivantes ?*

On cherche à savoir si la personne enquêtée est capable de lire et écrire des phrases simples et un texte courant, tel que des journaux. Le questionnaire ne comprend pas un test rigoureux permettant d'évaluer le niveau d'analphabétisme : les enquêteurs doivent se servir de leur jugement et des informations fournies par l'enquêté pour évaluer chaque personne. La personne peut être alphabétisée dans n'importe quelle langue, et pas seulement dans la principale langue ou la langue officielle ; il suffit que la langue soit communément utilisée sous la forme écrite.

[8] 1-Français ; 2-Arabe ; 3-Anglais ; 4-Langue nationale ; 5.-Autres.

Au Mali, l'inscription des enfants est autorisée dès l'âge de 6 ans[9] dans le premier cycle de l'enseignement fondamental. Pour des raisons de comparaison et de cohérence avec d'autres études nous ciblons la tranche d'âge des filles âgées de 7 à 18 ans. D'autre part, nous estimons qu'à 6 ans, l'enfant garde encore toutes ses chances de scolarisation même s'il n'est pas inscrit dans une école formelle au moment du passage de l'enquêteur.

La première question (*E01 :[NOM] a-t-il/elle été à l'école formelle ?* permet d'appréhender la prévalence de l'inscription à l'école formelle au sein de la population. La réponse à cette question renvoie à deux catégories de population à savoir, celles inscrites à l'école formelle et l'autre non.

Pour apprécier le taux de fréquentation actuelle des enfants d'âge scolaire entre 7 et 18 ans, la question *E04 : Quel résultat [nom] a-t-il obtenu au cours de l'année dernière ?* est posée afin de filtrer les abandons en cours de scolarisation avant la question en lien avec la variable d'intérêt, qui porte sur la question *E05* : *est-ce que Nom fréquente actuellement l'école formelle ?*[10] Cette variable capte la fréquentation scolaire actuelle de l'enfant à travers la construction d'une variable binaire qui vaut 1 si la réponse à E05 est oui et 0 pour les filles qui ne sont pas allées à l'école ou sont déscolarisées.

2.3.1. Approche d'analyse

Le traitement et l'exploitation de la base de données de l'EMOP nous permet de privilégier deux types d'analyses. La première, descriptive et bivariée, met en association la variable endogène et celles explicatives. La seconde, est basée sur la régression économétrique permet d'estimer les coefficients des variables explicatives du modèle en vue de donner une mesure de leur impact ou effet sur la variable endogène.

Pour ce faire, nous recourons à la régression logistique. Ce choix s'explique à cause de la nature dichotomique de la variable d'intérêt. Pour modéliser la probabilité de succès (en cours de scolarisation) ou d'échec (non en cours de scolarisation) de tels évènements, la théorie mathématique utilise les propriétés de la loi logistique dont la mise en œuvre permet d'estimer l'effet des différentes variables explicatives retenues sur la variable dépendante étudiée[11].

En supposant Y la variable d'intérêt de notre étude qui capte le statut de fréquentation scolaire, pour tout individu $i = 1, 2, \ldots\ldots\ldots\ldots n$ de notre sous population on a :

$$yi = \begin{cases} 1 \; si \; l'individu \; i \; est \; en \; cours \; de \; scolarisation; \\ o \; autrement \end{cases}$$

Soit $X = (x_1, x_2, \ldots, x_k)$, la matrice des k facteurs susceptibles d'influencer $Y = (y_1, y_2, \ldots, y_n)$.

La probabilité d'être en cours de scolarisation sachant X, s'ajuste à la fonction de répartition F de la loi logistique de paramètre β. On pose :

$$P(Y = 1 \; / \; X) = F(\beta X)$$

$$\text{Où } F(X\beta) = \; 1/(1 + e^{-X\beta})$$

[9]La loi d'orientation sur l'éducation en date du 28 décembre 1999, en son article 34, stipule que les enfants sont accueillis dans l'enseignement fondamental à partir de 6ans

[10] Par école formelle on entend l'école classique et les médersas.

[11] Pour d'ample explication, (Christophe Hurlin, 2003 P7) est une bonne référence

Dans la pratique, les transformations mathématiques nous amènent à la forme suivante :

En nommant (p) la probabilité qu'un enfant d'âge scolaire fréquente actuellement l'école et en considérant des variables indépendantes (xi) (i allant de 1 à k), l'équation de régression logistique peut s'écrire :

$$\frac{p}{1-p} = e^{\beta 0+\beta 1x1+\cdots\beta kxk} = e^{\beta 0}\prod_{i=1}^{k} e^{\beta ixi}$$

Où $\frac{p}{1-p}$ appelé «odds ratio» (OR) est le rapport de la probabilité que l'événement survienne à celle que l'événement ne survienne pas; les βi sont les coefficients de régression.

$e^{\beta i}$ est le facteur par lequel le «odds ratio» change lorsque la $i^{ème}$ variable indépendante passe de la valeur 0 à la valeur 1.

Les paramètres ou coefficients du modèle sont estimés en utilisant la méthode du maximum de vraisemblance. L'interprétation des résultats se fonde sur les rapports de chance ou « odds ration » (Hurlin, 2003). Si OR > 1 (resp. OR < 1), le lien entre Y et X est positif (resp. négatif).

2.3.2. Construction des variables d'études

Les données primaires issues du terrain permettent de cerner le niveau d'alphabétisation des membres du ménage âgés d'au moins 15 ans. La variable statut d'alphabétisation du chef de ménage, selon qu'il soit alphabétisé ou non, est construite en fonction de ces données de base. Ces données sont exploitées pour construire la variable *statut de l'enfant dans le ménage*[12] à travers la variable *lien avec le chef de ménage.* L'EMOP utilise une fiche grappe qui collecte les informations sur les infrastructures de la localité. Cette fiche capte la distance des ménages de la grappe aux infrastructures scolaires. La limite de cet outil, est que tous les ménages d'une même localité ou grappe sont à égale distance de l'infrastructure.

Pour mesurer la pauvreté multidimensionnelle dans les ménages, on calcul un Indice de Pauvreté Multidimensionnelle (IPM). La méthodologie de calcul de cet indice dépend du contexte de chaque pays.
Il est déterminé par plusieurs composantes : les dimensions, les indicateurs avec leurs poids, et les seuils de privations. Au Mali, on a retenu cinq dimensions : l'*éduction*, la *santé*, l*'hygiène de vie et assainissements*, les *conditions de vie* et l'*emploi*.

Un ménage est considéré comme démuni ou non, selon sa position par rapport aux cinq dimensions et selon chaque indicateur. L'application de la méthodologie de calcul de l'IPM sur les données de l'enquête de référence permet de générer un score pour chaque ménage enquêté.

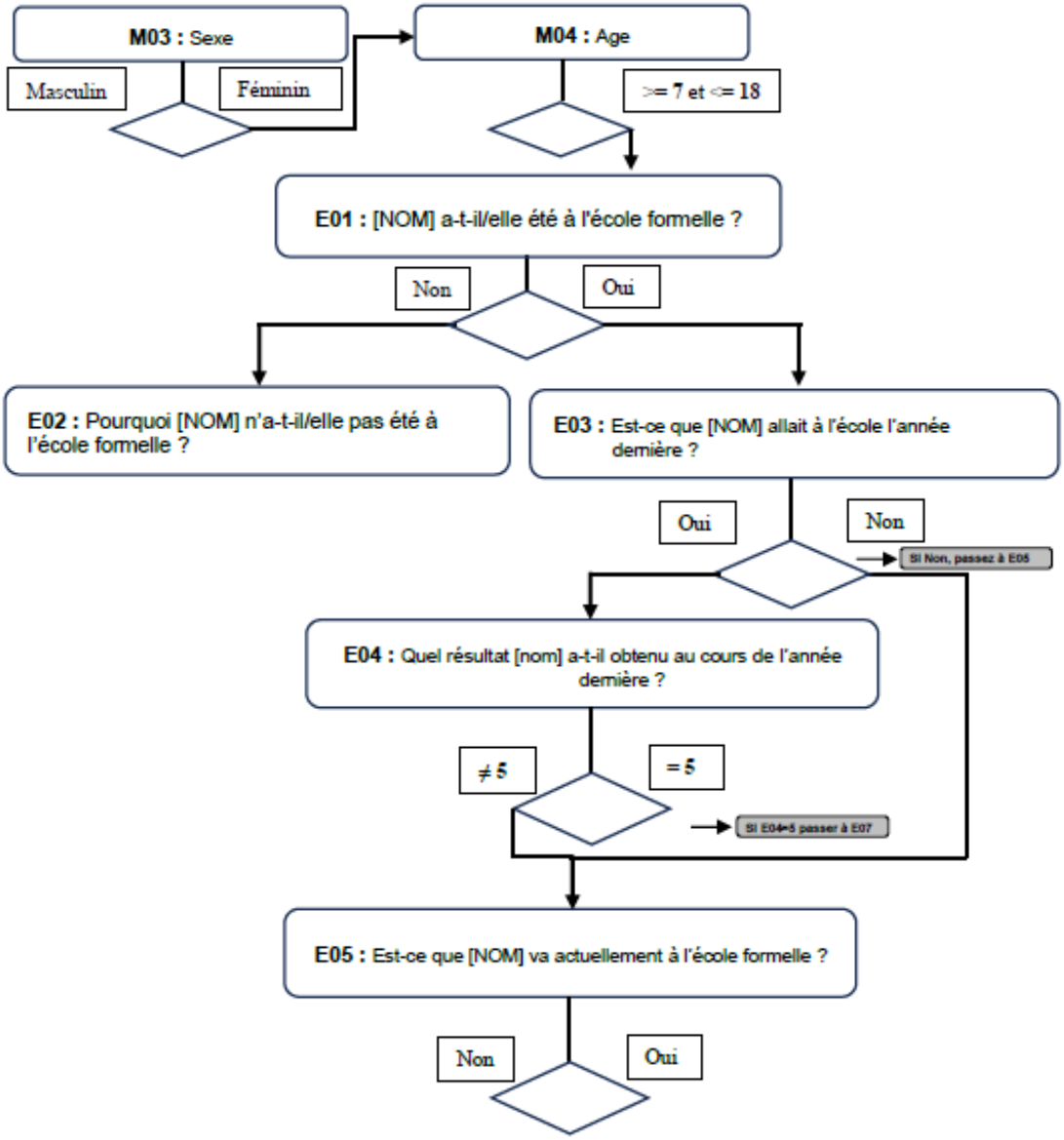
Le ménage est classé pauvre ou non au sens de l'IPM selon que ce score soit supérieur à 1/3 (INSTAT, 2017). Par construction, un ménage peut être classé pauvre en même temps sur les cinq dimensions. Les ménages sont classés ou regroupés, selon qu'ils soient, non pauvre ou pauvre par rapport à chaque dimension.

12 Cette variable capte le lien biologique de l'enfant avec le CM

Dans la mise en œuvre du modèle, les variables suivantes ont été introduites: la pauvreté, l'alphabétisation du CM, le lien de parenté de la fille avec le CM, la distance entre le ménage et l'école fondamentale la plus proche, le milieu de résidence, le sexe du CM et la taille du ménage.

Les analyses statistiques sont réalisées à l'aide des logiciels Excel, SPSS et Stata. Ces logiciels sont utilisés pour générer les graphiques, le traitement des bases de données, la production des statistiques descriptives et l'estimation des modèles économétriques permettant d'analyser les facteurs associés au phénomène étudié. SPSS est utilisé pour le traitement et la production des tableaux descriptifs.. Excel sert à générer les tableaux et les graphiques. Le logiciel Stata est utilisé pour la mise en œuvre du modèle de régression dans le cadre des analyses explicatives.

Diagramme de sélection des filles (7-18 ans) en cours de scolarisation



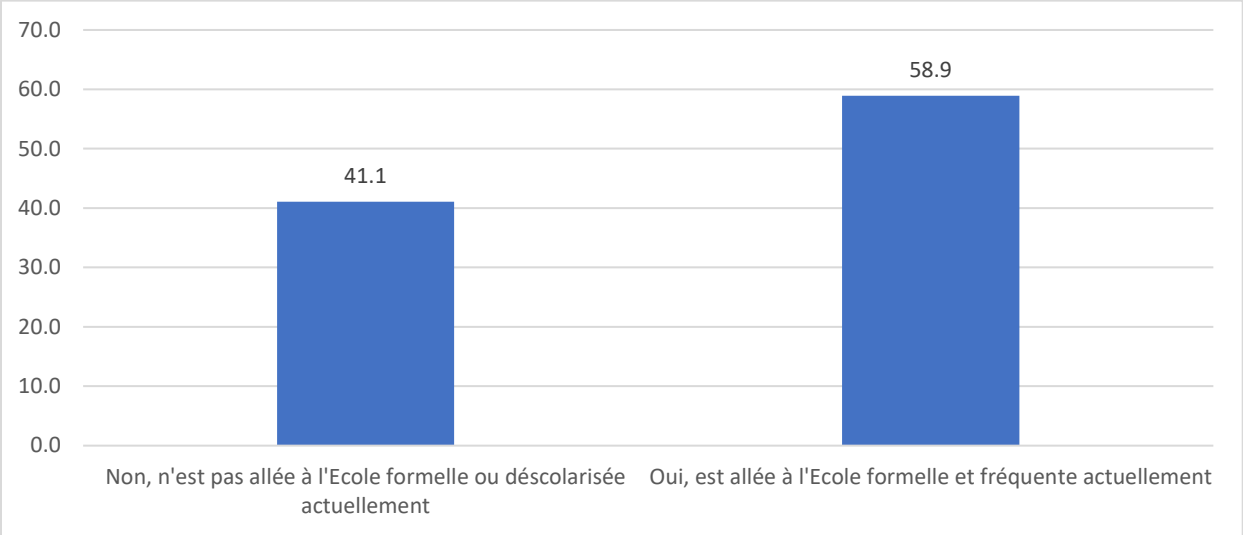
Modalités	
E02. Pourquoi [NOM] n'a-t-il/elle pas été à l'école formelle ? 0 = Trop jeune (moins de 7 ans) 1 = Trop chère 2 = Pas d'école/Trop loin 3 = Préférence pour un apprentissage ou un travail 4 = Handicap/Maladie 5 = Refus/Désintéressement des parents 6=Travaux champêtre/pastoralisme 7=Travaux domestiques 8=Manque de moyens financiers 9=Insécurité dans la localité 10 = Ecole inutile 11 = Autre	**E04. Quel résultat [nom] a-t-il obtenu au cours de l'année dernière ?** 1=Diplômé, études achevées 2=Passe en classe supérieure 3=Echec, redoublement 4=Echec, renvoi 5=Abandon en cours d'année

3. Résultats

3.1. Tendances observées dans l'analyse des résultats descriptifs

Les efforts à fournir en termes de scolarisation des filles restent encore importants

Suite au traitement des données, nous en avons dénombré 3308679 filles entre 7 et 18 ans au nombre desquelles, 2218105 sont allées à l'école formelle soit un taux de scolarisation de 67%. Le taux de fréquentation scolaire du moment est estimé à 58,9%, loin des attentes de la scolarisation universelle pour tous et particulièrement les jeunes filles.

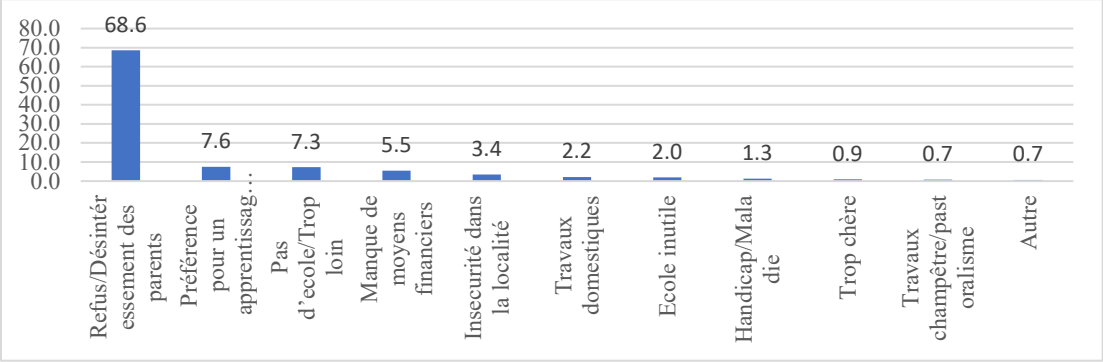


Source : INSTAT, EMOP 2023

Graphique 1 : Répartition des filles (7-18 ans) selon le statut actuel de fréquentation scolaire (%)

Le manque d'intérêt des parents à scolariser leurs filles est la principale cause de la non scolarisation de ces enfants. En effet, plus de deux tiers 68,6 % des filles non scolarisées citent le *manque d'intérêt des parents* comme la raison de leur non inscription à l'école. Cette raison dépasse de loin, toutes les autres, qu'elles soient d'ordre économiques, de proximité de l'école, de sécurité, etc.

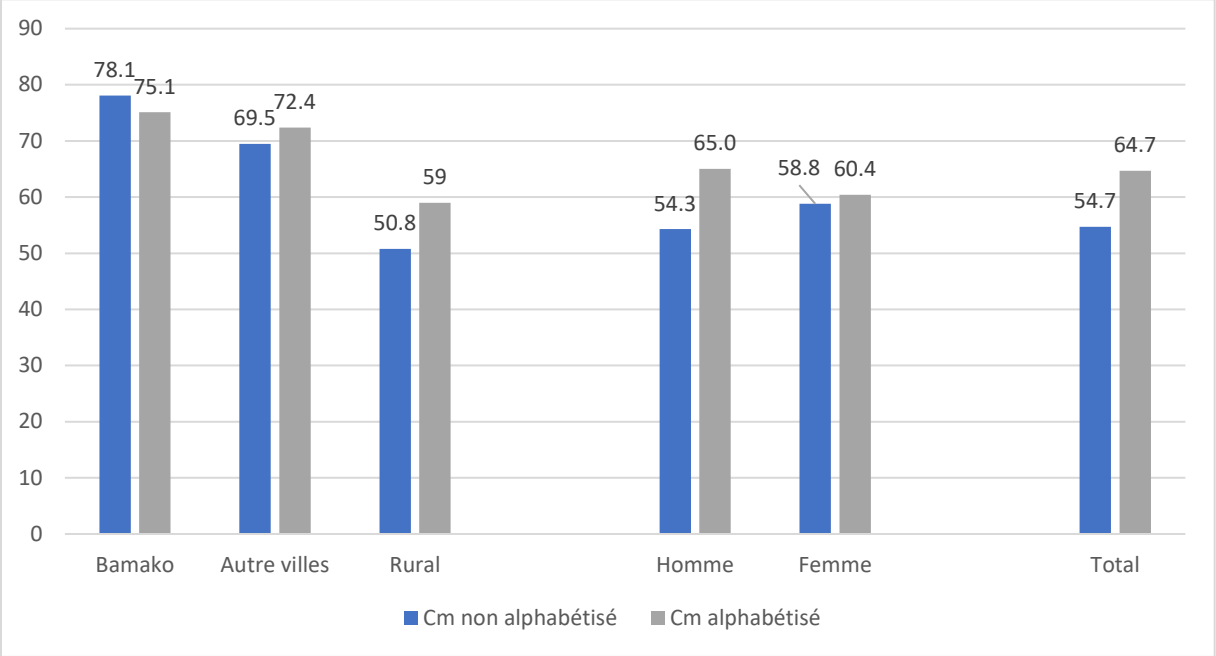
La *préférence pour un apprentissage*, *l'absence d'école*, le *manque de moyen*, l'*insécurité* et les *travaux domestiques* pris ensemble représentent 25% des raisons de non scolarisation.



Source : INSTAT, EMOP 2023

Graphique 2 : Répartition des filles (7-18 ans) jamais scolarisées selon les raisons évoquées (%)

La tendance observée au niveau du graphique 3 indique que la proportion de filles actuellement scolarisées est plus élevée dans les ménages où le chef est alphabétisé (64,7 %) que dans ceux où il ne l'est pas (54,7 %), soit un écart de 10 points de pourcentage. Les résultats par milieu de résidence, montrent que Bamako présente les niveaux de scolarisation les plus élevés, quel que soit le statut d'alphabétisation du CM. Toutefois, on observe un léger avantage pour les ménages avec CM non alphabétisé (78,1%) par rapport aux ménages avec CM alphabétisé (75,1%).



Source : INSTAT, EMOP 2023

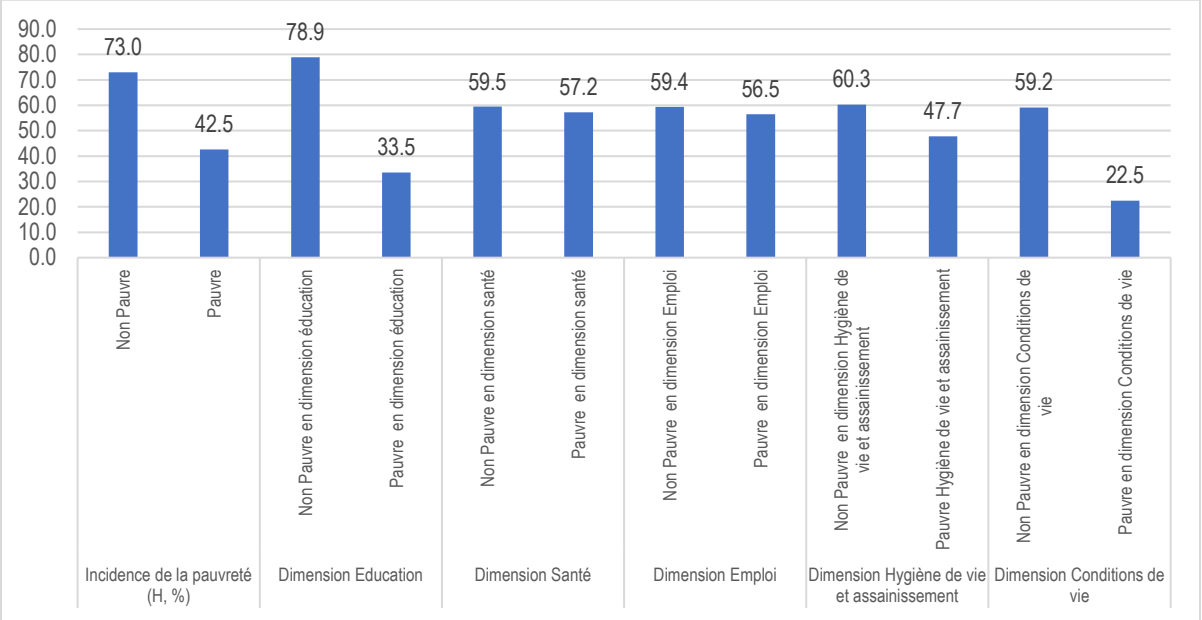
Graphique 3 : Fréquentation scolaire des filles (7-18 ans) selon le milieu, le sexe du CM et son statut d'alphabétisation (%)

Le graphique 4 présente la fréquentation scolaire des filles âgées de 7 à 18 ans selon le statut de pauvreté du ménage et ses différentes dimensions, notamment l'*éducation*, la *santé*, l'*emploi*, l'*hygiène de vie* et les *conditions de vie*. Ces résultats mettent en évidence des disparités importantes de scolarisation selon le niveau de bien-être du ménage. Ils montrent une forte disparité entre les ménages pauvres et non pauvres. En effet, 73,0 % des filles issues de ménages non pauvres fréquentent l'école, contre seulement 42,5 % parmi celles vivant dans des ménages pauvres, soit un écart de 30,5 points de pourcentage.

Les dimensions *éducation* et *conditions de vies* ont des liens remarquables avec la scolarisation des filles. Au niveau de l'*éducation*, le taux de fréquentation scolaire atteint 78,9 % dans les ménages non pauvres contre seulement 33,5 % pour les pauvres, soit un écart de 45,4 points de pourcentage. La dimension *conditions de vies* présente également un écart important entre les groupes. Les filles en privation de *conditions de vies* sont moins présentes à l'école. Leur taux de fréquentation est estimé à 22,5 % contre 59,2 %, soit un écart de 36,7 points de pourcentage. Ce résultat traduit les difficultés d'accès des filles vivant dans les ménages à conditions de vie précaires.

Derrière ces deux dimensions, celle relative à l'*hygiène et environnemen*t, présente également des disparités. Le taux de scolarisation est de 60,3 % dans les ménages non pauvres contre 47,7 % dans les ménages pauvres, soit une différence de 12,6 points de pourcentage.

Les différences de scolarisation sont relativement faibles dans les dimensions *santé* et *emploi*. Le taux de fréquentation scolaire est de 59,5 % chez les filles sans privation en santé contre 57,2 %, soit un écart de 2,3 points de pourcentage. En ce qui concerne l'*emploi*, la fréquentation scolaire est de 59,4 % pour les ménages non pauvres contre 56,5 % pour les ménages pauvres, soit un écart de 2,9 points de pourcentage. Dans les deux cas, les différences observées sont relativement faibles. La pauvreté mesurée en termes de privation sur ces deux dimensions, n'apparaît pas comme facteur discriminant entre les groupes.



Source : INSTAT, EMOP 2023

Graphique 4: Fréquentation scolaire des filles (7-18 ans) selon la dimension de la pauvreté du ménage (%)

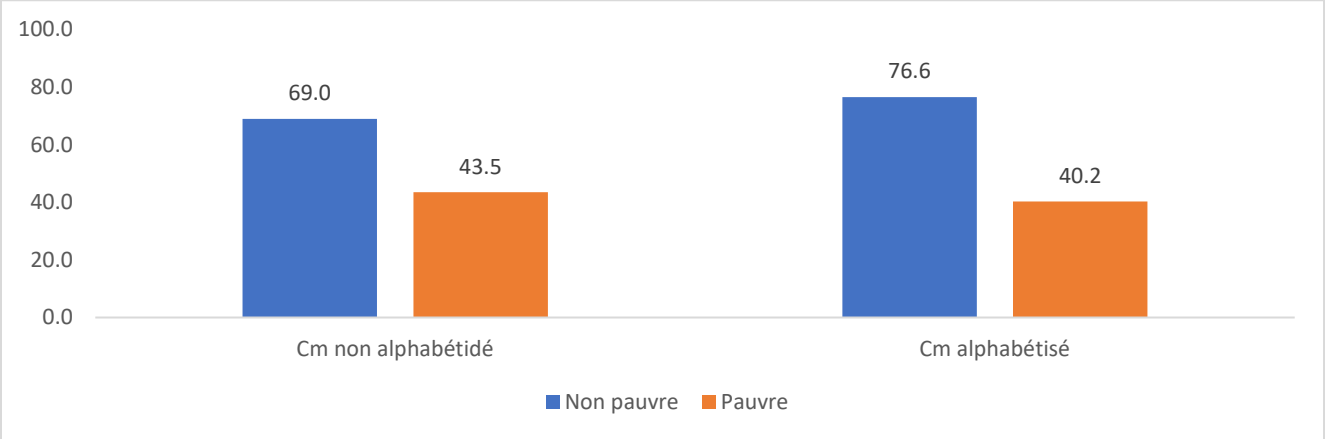
La pauvreté multidimensionnelle, une entrave à l'accès et au maintien des filles à l'école

Le graphique 5 met en évidence des écarts importants liés à la pauvreté et à l'alphabétisation. En effet, la pauvreté apparaît comme un facteur fortement associé à la fréquentation scolaire des filles. Dans les ménages pauvres, le taux de fréquentation des filles est relativement faible, atteignant 40,2 % lorsque le chef de ménage est alphabétisé et 43,5 % lorsqu'il ne l'est pas. Ces proportions indiquent que moins d'une fille sur deux fréquente l'école dans les ménages pauvres, ce qui traduit l'effet contraignant de la pauvreté sur l'accès à l'éducation.

D'autre part, la fréquentation scolaire est plus élevée dans les ménages non pauvres. Elle atteint 76,6 % lorsque le chef de ménage est alphabétisé contre 69 % lorsqu'il ne l'est pas. Il apparaît ainsi que plus des deux tiers des filles issues de ménages non pauvres sont scolarisées.

Par rapport au statut d'alphabétisation du chef de ménage, son effet est plus visible dans les ménages non pauvres. Dans ces ménages, l'alphabétisation du chef est associée à un taux de fréquentation plus élevé (76,6 % contre 69 %). On peut donc penser à ce niveau que les chefs de ménage alphabétisés sont probablement plus conscients de l'importance de l'éducation des

filles et plus enclins à investir dans leur scolarisation. En revanche, dans les ménages pauvres, l'effet de l'alphabétisation du chef de ménage apparaît limité, ce qui indique que la contrainte économique peut neutraliser l'effet positif du capital éducatif parental.

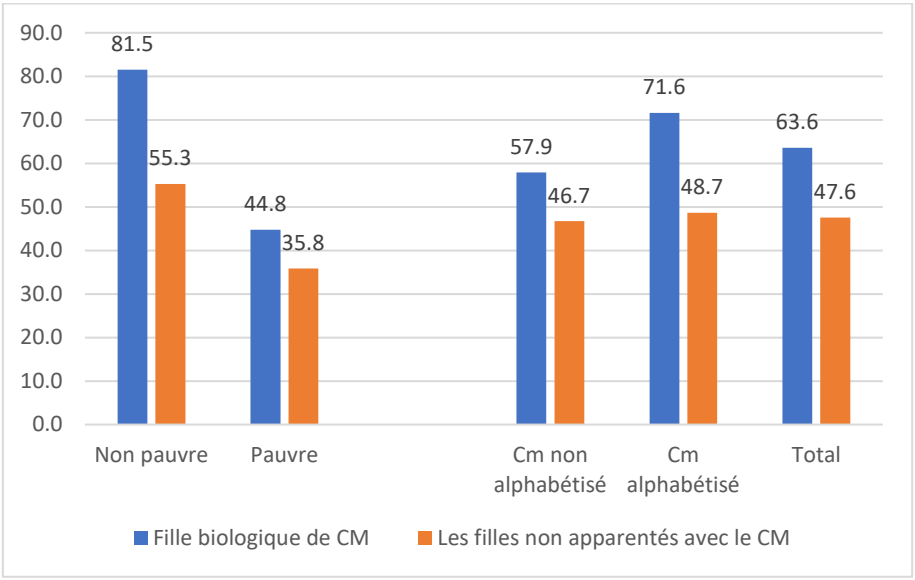


Source : INSTAT, EMOP 2023

Graphique 5 Fréquentation scolaire des filles (7-18 ans) selon les statuts de la pauvreté et d'alphabétisation du CM (%)

Concernant le lien que la fille peut avoir avec le CM, les résultats mettent en évidence une différence de fréquentation scolaire. Celles ayant un lien biologique avec le CM présentent un taux de scolarisation estimé à 63,6 % tandis que les autres filles du ménage, qu'elles soient apparentées ou non, affichent un taux de 47,6 %. La comparaison de ces proportions fait apparaître un écart de 16 points de pourcentage entre les deux groupes. Ainsi, les filles biologiquement liées au chef de ménage enregistrent un niveau de fréquentation scolaire plus élevé que celui observé chez les autres filles vivant dans le même ménage.

Globalement, les résultats montrent des écarts de fréquentation scolaire associés au lien de parenté avec le chef de ménage, avec des niveaux plus élevés chez les filles biologiques quel que soit les statuts de pauvreté et d'alphabétisation du chef de ménage.

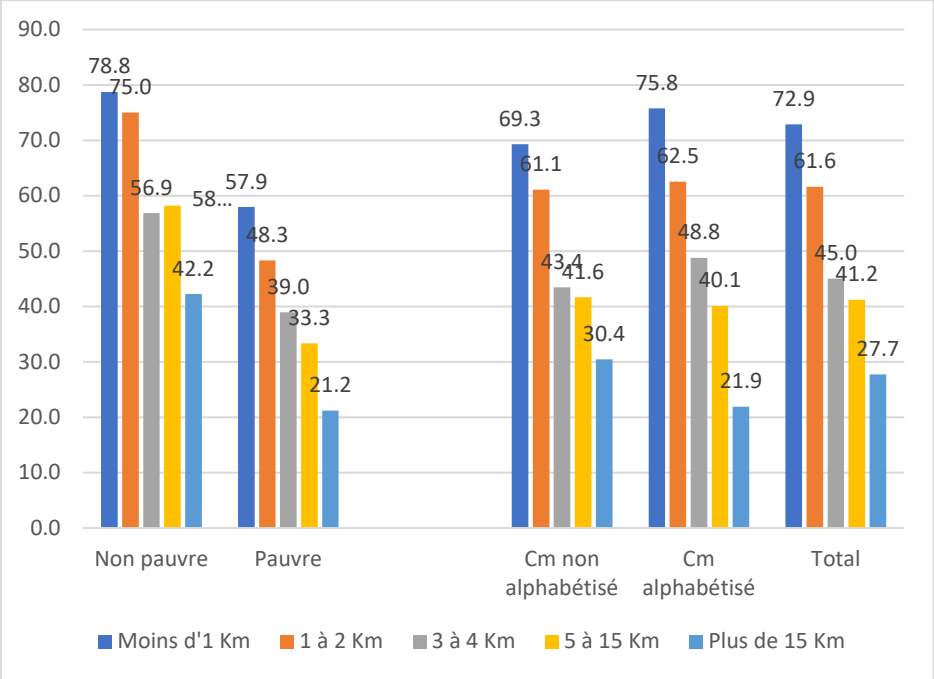


Graphique 6 Fréquentation scolaire des filles (7-18 ans) selon le lien de parenté de la fille, les statuts de la pauvreté et d'alphabétisation du CM (%)

L'éloignement géographique, un facteur contraignant la fréquentation scolaire des filles

A travers les données du graphique 7, la fréquentation scolaire diminue à mesure que la distance entre le ménage et l'école augmente. Ainsi, le taux global passe de 72,9 % pour les filles résidant à moins d'un kilomètre d'une école à 61,6 % entre 1 et 2 km, puis à 45,0 % entre 3 et 4 km, 41,2 % entre 5 et 15 km, pour atteindre 27,7 % au-delà de 15 km. Ainsi, du fait de l'éloignement de l'école au-delà de 15 km, environ 7 filles sur dix y sont privées.

Les résultats mettent en évidence une baisse progressive de la fréquentation scolaire avec l'éloignement géographique, des niveaux plus élevés chez les filles non pauvres, ainsi que des différences de fréquentation selon le statut d'alphabétisation du chef de ménage.



Graphique 7 Fréquentation scolaire des filles (7-18 ans) selon l'accessibilité aux écoles fondamental I et II, les statuts de la pauvreté et d'alphabétisation du CM (%)

3.2. Analyse des résultats de la régression logistique

La régression logistique binaire multinomiale mise en œuvre, permet d'isoler l'effet propre des variables explicatives de la scolarisation des filles en mettant en évidence l'impact de la pauvreté multidimensionnelle, du statut d'alphabétisation du chef de ménage et d'autres caractéristiques socio-démographiques en lien avec la fille, et le chef de ménage. En outre, elle permet d'évaluer les effets de certaines variables contextuelles telles que le milieu de résidence de l'enfant et les conditions d'accès aux infrastructures scolaires mesurées par la distance.

Dans nos résultats, nous avons trouvons une influence négative et significative de la pauvreté multidimensionnelle sur la scolarisation des filles. Ils révèlent que les filles pauvres, c'est-à-

dire celles vivant dans les ménages caractérisés par au moins une privation, ont 70% de chance en moins d'être scolarisées par rapport aux filles non pauvres. Cette valeur traduit une forte disparité de scolarisation entre les deux groupes selon le niveau de privation du ménage. En les comparant, les filles pauvres sont beaucoup moins représentées parmi les filles scolarisées mettant en évidence un écart quantitatif important entre filles pauvres et non pauvres concernant l'accès à l'école.

Contrairement à la littérature et à nos résultats descriptifs, le capital culturel, mesuré par le statut d'alphabétisation du chef de ménage n'a pas révélé d'effet significatif sur la scolarisation des filles avec une p-value de 0,666, valeur largement supérieure aux seuils usuels de significativité[13]. En d'autres termes, le fait que le chef de ménage soit alphabétisé n'augmente pas significativement les chances de scolarisation des filles lorsque les autres variables sont contrôlées.

Les résultats montrent que le lien de parenté avec le chef de ménage est associé à des écarts marqués de scolarisation entre les filles. Comparées aux filles biologiques du chef de ménage, les autres filles (apparentées[14]) ont 49 % de chances en moins d'être scolarisées. Ainsi, les filles biologiques apparaissent comme le groupe ayant les probabilités de fréquentation scolaire les plus élevées devant les filles apparentées.

La distance entre l'école et le ménage de résidence de la fille est négativement associée à sa présence scolaire. Les filles résidant dans les ménages situés entre 3 à 4 km ou à plus de 15 km ont respectivement 56% et 79% de chances en moins d'être en cours de scolarisation par rapport à celles qui habitent à moins d'1 km. Plus l'école est éloignée, moins les filles y sont présentes. L'éloignement est donc un facteur de réduction de la scolarisation des filles, révélé au niveau descriptif et confirmé par les résultats de la régression.

Résultats de la régression logistique binaire multinomiale : modèle généré à l'aide du logiciel stata

[13] Seuils jugés significatifs : 1% ; 5% et 10%

[14] Il s'agit des filles qui résident dans le ménage à travers d'autres relations sociales ou communautaires

Logistic regression — Number of obs = 6,076; LR chi2(15) = 1439.70; Prob > chi2 = 0.0000; Log likelihood = -3449.9013; Pseudo R2 = 0.1726

Scol_fille	Odds Ratio	Std. Err.	z	P>|z|	[95% Conf.	Interval]
H						
Pauvre	.2987939	.0189408	-19.06	0.000	.2638842	.338322
alpha_chef						
cm alphabétisé	1.027835	.0654052	0.43	0.666	.9073152	1.164364
milieu						
Rural	.7948733	.0612152	-2.98	0.003	.6835098	.9243811
sexe_chef						
Cm Femme	.9349981	.1062801	-0.59	0.554	.7482654	1.168331
gr_taille_menage						
4-6 pers.	1.83239	.3368661	3.29	0.001	1.278007	2.627257
6 pers +	2.115512	.3847195	4.12	0.000	1.481218	3.021426
Distance_fond1_fond2						
1 à 2 Km	.7057971	.0705237	-3.49	0.000	.5802662	.8584845
3 à 4 Km	.4447782	.0470629	-7.66	0.000	.3614731	.5472817
5 à 15 Km	.4125357	.0371729	-9.83	0.000	.3457493	.4922229
Plus de 15 Km	.2172014	.0233175	-14.22	0.000	.1759877	.2680667
lien_fille1						
Autres parents du CM	.5168486	.0377189	-9.04	0.000	.4479647	.5963248
Non parentés	.06637	.0126925	-14.18	0.000	.0456236	.0965504
age_group						
30-49 ans	2.15636	.4780858	3.47	0.001	1.396374	3.329974
50-69 ans	1.773089	.3931296	2.58	0.010	1.148159	2.738162
70 ans et +	2.578391	.6060896	4.03	0.000	1.626526	4.0873
_cons	1.48338	.3820242	1.53	0.126	.8954409	2.457354

4. Discussions

La présente étude analyse l'influence de la pauvreté multidimensionnelle, de l'alphabétisation du chef de ménage, du lien de parenté et de l'accessibilité scolaire sur la fréquentation scolaire des filles de 7 à 18 ans au Mali à partir des données EMOP 2023.

Du fait de l'ignorance de certains parents, illustrée à travers leur « manque d'intérêt» pour l'école ou de «refus à scolariser», beaucoup de filles ne sont pas scolarisées ou sont déscolarisées.

Le taux de scolarisation atteint 67 %, proche des statistiques nationales, mais reste inférieur aux objectifs de scolarisation universelle. Le taux de fréquentation scolaire (58,5 %) confirme que près de quatre filles sur dix sont hors de l'école, traduisant les difficultés persistantes d'accès et de maintien. L'ignorance de certains parents et les normes socioculturelles demeurent des facteurs majeurs réduisant la présence des filles à l'école.

Des effets de privations en éducation, conditions de vie et hygiène et assainissement, facteurs de limitation de la scolarisation des filles

Au sens de l'IPM, la dimension *éducation* est appréhendée par deux indicateurs qui sont *l'année de scolarité* et la *fréquentation scolaire* associés à des seuils de privation.

C'est ainsi qu'un ménage est en privation d'éducation « *s'il existe au moins un enfant en âge de scolarisation (6-14 ans) ne fréquentant pas l'école »* ou « *qu'aucun membre âgé de 15 ans et plus n'a complété 9 ans de scolarité ».*

Les privations en éducation apparaissent comme le déterminant le plus important. Les filles vivant dans des ménages non pauvres en éducation présentent un taux de fréquentation de 78,9 % contre 33,5 % dans les ménages pauvres. Ce résultat confirme que le capital éducatif du ménage favorise les investissements scolaires et rejoint Huisman et Smits (2009), Glick et Sahn (2000) et Vissého (2005). Malgré des différences de mesure, ces travaux convergent sur le rôle central de l'éducation familiale.

Dans la construction de la dimension *conditions de vie*, il est pris en compte sept indicateurs à savoir : *l'électricité, l'accès à un logement décent, l'accès à l'information, l'accès à des terres agricoles et non agricoles sûres*, *l'accès aux services financiers*, la *mobilité* et *autres actifs.*

Les conditions de vie du ménage se mesurent à travers un indice combinant les critères de privation associés à chaque indicateur définis comme suit : « *Le ménage ne possède pas de voiture et possède moins de deux des actifs suivants : vélo, moto, charrette, chameau, âne, cheval »* ou « *Le ménage possède moins de deux des actifs suivants : réfrigérateur, foyer, fer électrique, fer à charbon, ventilateur, climatiseur, groupe électrogène, panneau solaire, chauffe-eau, charrue »* ou « *Le ménage n'a pas accès à une terre agricole ou non agricole »* ou « *Aucun membre du ménage de 15 ans et plus n'a un compte dans les établissements financiers ou une carte prépayée ».*

Les privations en conditions de vie réduisent également la scolarisation. L'écart de 36,7 points entre ménages pauvres et non pauvres montre que l'insuffisance des équipements, de l'électricité et des actifs limite les apprentissages et accroît les abandons. Ces résultats corroborent Filmer (2005), Filmer et Pritchett (1999, 2001) ainsi que Plan International (2016), qui soulignent l'effet des contraintes économiques sur les arbitrages éducatifs.

L'hygiène de vie et l'assainissement constituent un défi majeur de santé publique pour les pays en développement. L'accès insuffisant à l'eau potable et à l'assainissement de base aggravent les risques de maladies diarrhéiques et de malnutrition. Pour prendre en compte cet aspect important du bien-être, nous utilisons quatre indicateurs qui sont : *l'Eau potable*, *les Installations sanitaires, l'Evacuation des ordures et l'Evacuation des eaux usées.*

Le ménage est en privation d'hygiène de vie et d'assainissement s'il *« utilise l'eau d'un puits traditionnel, de la surface, d'un porteur d'eau ou autre, ou le temps d'aller, attente et retour est de 30 minutes ou plus pendant la saison sèche ou pluvieuse »* ou « *utilise une latrine commune à plusieurs ménages, dans la nature, autres »* ou « *évacue les ordures dans la rue, caniveau, nature, tas d'immondice, font de l'enfouissement, incinération ou autres »* ou *« évacue les eaux usées dans la cour, rue, caniveau, nature ou autre ».*

La privation en hygiène et assainissement est associée à une baisse de 12,6 points de la fréquentation scolaire. Les maladies, l'insuffisance d'eau potable et d'installations sanitaires peuvent accroître l'absentéisme, notamment chez les adolescentes. Ces observations rejoignent celles de Global Partener ship for Education (GPE, 2018), qui montrent que des infrastructures sanitaires adéquates constituent un levier essentiel du maintien des filles à l'école.

Impacts marginaux de privations en santé et en emploi sur la scolarisation des filles

Abordant les aspects relatifs à la santé, la dimension est captée à travers trois indicateurs servant de mesure au *recours aux services de santé en cas de besoin*, à *l'alimentation et la nutrition* et à *l'assurance maladie*.

Le ménage est classé pauvre en santé, si son score est en dessous du seuil de privation calculé à partir des critères suivants : « *Au moins un membre du ménage a été malade ou blessé pendant les 3 derniers mois et n'a pas fait une consultation médicale, quelle qu'en soit la raison »* ou *« Le ménage a eu des difficultés à se nourrir au cours des 12 derniers mois »* ou *« Aucun membre du ménage n'a une assurance maladie* ».

L'emploi est cerné également par trois indicateurs à savoir la sous-utilisation de la main d'œuvre, l'emploi vulnérable et les personnes en situation de NEET. Les critères de privation retenus pour le classement du ménage sont : « Au moins un membre du ménage âgé de 15 ans et plus est au chômage ou se trouve dans une situation de sous-emploi ou est main d'œuvre potentielle » ou « Au moins un membre du ménage âgé de 15 ans ou plus est travailleur pour compte propre ou aide familial » ou « Au moins une personne âgée de 15-35 ans n'est ni en emploi, ni scolarisée, ni en formation »

Contrairement aux autres dimensions, celles en lien avec la santé et l'emploi exercent des effets marginaux. Les faibles écarts observés suggèrent que ces privations influencent davantage les conditions d'apprentissage que l'inscription elle-même. Cette interprétation est cohérente avec Sen (1999), Duflo et Banerjee (2011), Glewwe et Miguel (2007), Basu (1999) et Filmer et Pritchett (1999), qui rappellent que les stratégies familiales, les revenus et les ressources disponibles modèrent les effets des vulnérabilités sanitaires et professionnelles.

Les résultats mitigés de l'alphabétisation sur la scolarisation des filles

Les analyses descriptives montrent une meilleure fréquentation lorsque le chef de ménage est alphabétisé. Toutefois, cette relation disparaît dans le modèle multivarié. La pauvreté multidimensionnelle semble neutraliser l'effet propre de l'alphabétisation. Les limites de mesure fondées sur l'auto-déclaration peuvent également expliquer cette absence de significativité, comme le soulignent Mingat et al. (2013). Par ailleurs, la persistance des normes patriarcales peut affaiblir la traduction de l'alphabétisation en comportements favorables à la scolarisation.

Les chances de fréquentation scolaire s'améliorent lorsque la fille est l'enfant biologique du Chef de ménage

Le lien de parenté influence fortement la fréquentation scolaire. Les filles apparentées disposent de 49 % de chances en moins d'être scolarisées que les filles biologiques du chef de ménage. Ce résultat traduit des arbitrages dans l'allocation des ressources éducatives et rejoint Becker (1964) ainsi que Bambara et Wayack-Pambè (2019), même si ces derniers mettent également en évidence certaines situations où le confiage favorise la scolarisation. Les discriminations envers les enfants confiés décrites par Mulopwe (2025) confortent néanmoins nos observations.

L'éloignement, mesuré à travers la distance entre le ménage et l'établissement scolaire constitue un déterminant majeur de la scolarisation des filles.

Dans cette partie, on s'intéresse aux conditions d'offre scolaire appréhendée par l'éloignement du ménage à l'infrastructure la plus proche en tant qu'indicateur d'accès susceptible d'impacter l'inscription et le maintien des filles à l'école.

L'éloignement des infrastructures scolaires constitue un facteur majeur influençant les décisions de scolarisation des filles au sein des ménages. Plus la distance augmente, plus la probabilité de fréquentation diminue, particulièrement pour les filles en raison des coûts, de la fatigue et des préoccupations de sécurité. Ces résultats confirment les analyses de l'UNESCO (2012), Hunt (2008), Hénaff, Lange et Martin (2009) et Lange, Zoungrana et Yaro (2002), qui soulignent l'importance de l'accessibilité de l'offre éducative.

5. Conclusion

Notre travail consistait à évaluer l'impact de la pauvreté multidimensionnelle des ménages, du statut d'alphabétisation du chef de ménage, du statut de l'enfant au sein du ménage et de la distance des ménages aux infrastructures éducatives sur la fréquentation scolaire des filles âgées de 7 à 18 ans, à partir des données de l'EMOP 2023.

Les résultats obtenus, mettent en évidence, l'influence significative de la pauvreté à plusieurs dimensions sur les chances de fréquentation scolaire des filles. Ils révèlent que les filles vivant dans des ménages en privation ont 70% de chances en moins d'être scolarisées que celles issues de ménages sans privation. L'étude met en lumière, la prédominance de la pauvreté des privations sur le capital culturel mesuré à travers le statut d'alphabétisation du chef de ménage qui n'a pas d'effet significatif sur les niveaux de fréquentation toute chose égale par ailleurs. Les travaux montrent un effet négatif de la distance qui sépare les ménages des infrastructures scolaires sur la scolarisation des filles surtout en milieu rural où les opportunités d'offres sont limitées. On aboutit également au fait que les chances de fréquentation des filles s'améliorent lorsqu'elles sont liées biologiquement au chef de ménage traduisant ainsi la reproduction des inégalités à travers l'école.

Nos travaux viennent enrichir la littérature sur la scolarisation des filles en se référant sur l'approche de pauvreté multidimensionnelle insuffisamment exploitée dans les analyses éducatives au Mali. En outre, ils permettent d'améliorer les prises de décisions pour mieux orienter les politiques éducatives et sociales de la nation.

Déclaration de conflit d'intérêts :
Nous soussignés, Issa BOUARE, Aminata COULIBALY, Arouna SOUGANE déclarons n'avoir rencontré aucun conflit d'intérêts susceptible d'avoir influencé la réalisation ou l'interprétation des résultats présentés dans cet article. Nous confirmons également que cette recherche a été menée en toute indépendance scientifique. Aucun financement, relation financière, affiliation institutionnelle ni intérêt personnel n'a influencé la conception de l'étude, l'analyse des résultats ou la rédaction du manuscrit. Enfin, nous confirmons avoir participé de manière significative à la réalisation de l'étude et approuvons la version finale du manuscrit soumis à publication.

Bibliographie

Huisman, J., Smits, J. (2009). Effects of household- and district-level factors on primary school enrollment in 30 developing countries. World Development, 37(1), 179-193. https://doi.org/10.1016/j.worlddev.2008.01.007

Vissého, A. (2005). Impact de la pauvreté sur la scolarisation et le travail des enfants de 6-14 ans au Togo. Centre d'Etudes et de Recherches sur le Développement International (CERDI),

& Unité de recherche Démographique (URD), Université de Lomé (UL) BP 12971 Lomé – Togo

Glick, P., Sahn, D. E. (2000). Scolarisation des filles et des garçons dans un pays d'Afrique de l'Ouest : effets du niveau d'instruction des parents, du revenu et de la structure familiale. Economics of Education Review, 19, 63-87.

URL : https://doi.org/10.1016/S0272-7757(99)00029-1

Filmer, D. Pritchett, L. (2001). Estimation des effets de la richesse sans données sur les dépenses — ni larmes : une application aux inscriptions scolaires dans les États de l'Inde. Démographie , Springer ; Population Association of America (PAA), vol. 38(1), pages 115-132,

DOI : 10.1353/dem.2001.0003

Pritchett, L., Filmer, D. (1999). Ce que les fonctions de production de l'éducation montrent réellement : une théorie positive des dépenses d'éducation. Economics of Education Review , Elsevier, vol. 18(2), pages 223-239, avril.

URL : https://doi.org/10.1016/S0272-7757(98)00034-X

Plan international (2016). Scolarisation des filles : quels sont les principaux obstacles ?

URL : https://www.plan-international.fr/actualites/scolarisation-des-filles-les-principaux-obstacles/

Basu, K. (1999). Child Labor: Cause, Consequence, and Cure, with Remarks on International Labor Standards. American Economic Association, Journal of Economic Literature, 37(3), 1083-1119.

DOI : 10.1257/jel.37.3.1083

Filmer, D., Pritchett, L. (1999). The Effect of Household Wealth on Educational Attainment: Evidence from 35 Countries. Population and Development Review, 25(1), 85-120.

DOI : 10.1111/j.1728-4457.1999.00085. x.

Sen, A. (1999). Development as Freedom. New York : Oxford University Press.

Banerjee, A. V., Duflo, E. (2011). Poor Economics: A Radical Rethinking of the Way to Fight Global Poverty. New York : PublicAffairs.

Glewwe, P., Miguel, E. (2007). The Impact of Child Health and Nutrition on Education in Less Developed Countries. In T. P. Schultz & J. Strauss (Eds.), Handbook of Development Economics (Vol. 4, pp. 3561-3606). Amsterdam: Elsevier.

Bourdieu, P., Passeron, J.-C. (1970). La reproduction. Éléments pour une théorie du système d'enseignement. Paris : Éditions de Minuit.

Loua (2018)

https://doi.org/10.4000/ries.6571

Vandermeersch, C. (2000). Les enfants confiés au Sénégal (Thèse de doctorat, Université Paris I Panthéon-Sorbonne).

UNESCO. (2012). Rapport mondial de suivi sur l'EPT 2012. Jeunes et compétences : L'éducation au travail. Éditions UNESCO.

URL : https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000217509_fre

Hunt, F. (2008). Dropping out from school: A cross-country review of literature (CREATE Pathways to Access Research Monograph No. 16). Centre for Research on Educational Access, Transitions and Equity, University of Sussex.

URL : https://eric.ed.gov/?id=ED504047

Hénaff, N., Lange, M.-F., Martin, J.-Y. (2009). Les systèmes éducatifs en Afrique : Crises et transformations. Paris, France : De Boeck Université

Lange, M.-F., Zoungrana, C., & Yaro, Y. (2002). Distance scolaire, demande d'éducation et scolarisation en Afrique subsaharienne. Paris, France : Karthala

Ananie Kazadi Mulopwe. Problématique de la non-scolarisation des filles en milieu urbain. Revue des sciences juridiques et de l'interdisciplinarité, 2025, Presses universitaires de Likasi, 8 (1), pp.153-166. ⟨hal-05328973⟩

URL : https://hal.science/hal-05328973v1
Groupement Educatif (2024), Formation à la coordination de base (core 2) et atelier de développement de la stratégie : note conceptuelle, Bamako, Mali du 24 au 28 juillet 2023
URL : https://reliefweb.int/report/mali/mali-compte-rendu-cluster-education-janvier-2024-meeting-minutes
Loua, S. (2018). État des lieux de l'éducation des filles et des femmes au Mali : contraintes et défis p. 103-113
URL: https://doi.org/10.4000/ries.6571
Loua, S. (2021). Décrochage scolaire des jeunes filles au Mali : contraintes et défis. The Journal of Quality in Education, 11(17).
Loua, S. (2021). Rapport enseignants-élèves et qualité des apprentissages scolaires au Mali. La nouvelle revue - Éducation et société inclusives, 91(5), 111-126. https://doi.org/10.3917/nresi.091.0111
Fink, C (2011) L'éducation des femmes et le développement en Afrique subsaharienne. Economies et finances ⟨dumas-00653382⟩
24. Ministère de l'Alphabétisation et des Langues nationales du Mali (2010). Document de Politique nationale des filles, Impression 2010
DIARRA, O., LANGE, M-F (1998) : ATELIER INTERNATIONAL « savoirs et développement » Bondy, 25, 26, 27 mars 1998.
Loua (2019). La question de la réussite scolaire des filles au Mali. Revue internationale d'éducation de Sèvres
URL : http://journals.openedition.org/ries/7310
DOI : https://doi.org/10.4000/ries.7310
Lange, M-F., Yaro, Y. (2003) L'évolution de l'offre et de la demande d'éducation en Afrique subsaharienne. Quatrième Conférence africaine sur la population, UAPS/ UEPA, Tunisie, 8 - 12 décembre 2003
Ketoglo (1999). Les filles et la scolarisation au Mali : Les inégalités de fréquentation à Bamako. Mémoire présenté à la Faculté des Etudes Supérieures de l'Université de Laval, Département de sociologie, février 1999
DIARRA, T. (1981). Enfant, éducation et communauté dans la pensée populaire des bamanan du Beledugu Mali. École de Hautes Etudes en Sciences Sociales Paris, 1981.
Durkheim, E. (1922). Éducation et sociologie. Paris : Félix Alcan.
Durkheim, E. (2003). Éducation et sociologie. Paris : Presses Universitaires de France.
Deleigne, M.-C. (2004). La mesure statistique et ses limites : l'exemple du système scolaire malgache. Cahiers de la recherche sur l'éducation et les savoirs, (3), 167-189.
URL : https://doi.org/10.4000/cres.1395
Lange, M.-F. (1998). L'école au Togo : processus de scolarisation et institution de l'école en Afrique. Paris : Karthala. p. 29
Diallo, K. (2001). L'influence des facteurs familiaux, scolaires et individuels sur l'abandon scolaire des filles en milieu rural de la région de Ségou (Mali). (Thèse de doctorat, Université de Montréal)
Deleigne, M.-C. (2004). La mesure statistique et ses limites : l'exemple du système scolaire malgache. Cahiers de la recherche sur l'éducation et les savoirs, (3), 167-189. https://doi.org/10.4000/cres.1395
Gérard, E. (1999). La tentation du savoir en Afrique : politiques, mythes et stratégies d'éducation au Mali. Paris : Karthala.
Durand, M.-H. (2006). Les enfants non scolarisés en milieu urbain : une comparaison des déterminants intrafamiliaux, interfamiliaux et des effets de voisinage dans sept capitales ouest-africaines. Working Paper DT/2006/02, DIAL, IRD, Paris.

Kobiané, J.-F. (2006). Ménages et scolarisation des enfants au Burkina Faso : à la recherche des déterminants de la demande scolaire. Louvain-la-Neuve : Academia-Bruylant.
Mingat, A., Ndem, F., Seurat, A. (2013). La mesure de l'alphabétisme : limites des approches conventionnelles et enjeux méthodologiques. UNESCO / analyse sur les statistiques d'alphabétisation.
Tapé, G., Bih, E. (1996). Étude sur les opportunités et les freins à la bonne performance des filles à l'école primaire. Abidjan, Côte d'Ivoire : MEN/ROCARE.
Bourdieu, P. (1990). La domination masculine. Paris : Seuil.
Locoh, T., Labourie-Racapé, A. (1996). Genre et sociétés en Afrique : implications pour le développement. Paris : INED.
Pilon, M. (2003). Les déterminants de la scolarisation des enfants en Afrique subsaharienne : le rôle des structures familiales et des arrangements résidentiels. Paris : CEPED.
Marcoux, R. (1998). Le travail ou l'école : l'activité des enfants et les caractéristiques des ménages en milieu urbain au Mali. Montréal : Université de Montréal / CEPED.
RESEN. (2017). Rapport d'État du Système Éducatif National du Mali : Pour une nouvelle dynamique de développement du système éducatif malien. Bamako : Ministère de l'Éducation nationale du Mali / CONFEMEN.
Ministère de l'Alphabétisation et des Langues nationales du Mali (2010). Document de Politique nationale des filles. Impression 2010.
Plan international (2012). Parce que je suis une fille, Rapport Afrique 2012, Progrès et obstacles à la scolarisation des filles en Afrique.
INSTAT du Mali (2025). Rapport de l'indice de pauvreté multidimensionnelle au Mali. Septembre 2025.
INSTAT du Mali (2023). Rapport de synthèse des résultats du premier passage de l'Enquête Modulaire Permanente auprès des ménages (EMOP). Janvier-Mars 2023.
INSTAT du Mali (2017). La pauvreté à plusieurs dimensions. Novembre 2017.
Bambara. A, Wayack-Pambè, M. Pauvreté, scolarisation des enfants et sexe du chef de ménage au Burkina Faso : une analyse à partir de deux indicateurs de niveau de vie. https://doi.org/10.4000/gef.585
Bouaré, I., Coulibaly, A., Marcoux, R., Pilon, M. (2018). Enfant hors l'école et analphabétisme au Mali : analyse des méta données et des mesures. Rapport de recherche de l'ODSEF, Québec, novembre 2018 P7 :http://demostaf.site.ined.fr/
Bouaré, I. et al. (2012). Les déterminants de la fréquentation scolaire au Mali : Entre caractéristiques socioculturelles et économiques et statut de l'enfant dans le ménage. CEPS INSTEAD Working Paper No 2012-41 Décembre 2012
Hurlin, C. (2003). Econométrie des variables qualitatives. Polycopié de cours, 2003, P7).
Desjardins, J. (2005). Analyse de la régression. université de Montréal, 2005.
DOI : 1020982/tqmp.01.1. p035

© 2026 BOUARE, 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 8 (2)
ISSN: 1987-071X e-ISSN 1987-1023
Received, 31 March 2026
Accepted, 18 June 2026
Published, 6 July 2026
https://www.revue-rasp.org
To cite: Cisse, S. (2026). Migration et stagnation du niveau de fécondité dans le district de Bamako. *Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, 8(2), pp.160-181.* https://doi.org/10.4314/rasp.v8i2.11

Research

Migration et stagnation du niveau de fécondité dans le district de Bamako

Migration and stagnation of fertility levels in the Bamako district

Siaka CISSE

Département de la Recherche, de la Normalisation et des Enquêtes, Institut National de la Statistique, Bamako, Mali.

Correspondance: Email : siakacisse79@gmail.com; **Tél** : 00223 76614281 / 66614281

Résumé

La présente communication a pour objectif d'identifier le rôle de la migration féminine vers la capitale au maintien d'une fécondité à un niveau stationnaire depuis plus de vingt ans dans le district de Bamako. Elle part de l'hypothèse que les femmes migrantes en destination de la capitale conserveraient longtemps les normes et préférences de socialisation en faveur d'une descendance nombreuse. Leur nombre élevé d'enfants contribuerait ainsi à la stabilité du niveau global de la fécondité. Les données de l'Enquête Démographique et de Santé (EDS), réalisée en 2018, ont été utilisées à cet effet. Les résultats indiquent que les migrantes récemment établies dans la capitale ont un nombre moyen d'enfants qui n'est pas significativement différent de celui des femmes d'origine bamakoise. En revanche, les migrantes anciennes, conformément à notre postulat de base, contribuent à porter le niveau global de fécondité à Bamako en raison de leur nombre élevé d'enfants. Ce niveau élevé de fécondité chez les migrantes anciennes tient à leur profil défini principalement par un niveau d'instruction relativement faible et une intensité de mariage plus élevée.

Mots clés : Migration récente, migration ancienne, fécondité observée, préférence en matière de fécondité

Abstract

This study explores the role of female migration to the capital city in maintaining a stable fertility rate over 20 years in the Bamako district. The hypothesis is that migrant women moving to the capital city will continue to uphold social norms favoring larger families, thereby contributing to a steady overall fertility rate. Data from the 2018 Demographic and Health Survey (DHS) were analyzed for this study.

The results indicate that newly settled migrant women in the capital city have an average number of children similar to that of native Bamako women. However, as hypothesized, older migrant women significantly increase the overall fertility rate in Bamako owing to the higher number of children. This high fertility among older migrant women is primarily attributed to their profiles, which are characterised by relatively low levels of education and higher marriage rates.

Key words: Recent migration, old migration, observed fertility, fertility preference

1. Introduction

Le Mali a mis en œuvre certaines réformes économiques depuis les plans d'ajustement structurel des années 1980 pour faire face à de nombreuses contraintes qui entravent son potentiel de croissance économique. Cependant, ces efforts notamment des trente dernières années n'ont pu aboutir aux progrès escomptés puisqu'ils ont été à certains égards atténués par la forte croissance démographique que le pays a connue. En effet, la population malienne a été multipliée par 3,8 depuis l'indépendance. Elle est passée de 5,310 millions d'habitants en 1960 à 21,561 millions d'habitants en 2021. La croissance naturelle de la population s'est considérablement accélérée en passant de 1,4 % en 1960 à 3,14 % en 2021 selon la projection des Nations Unis en 2022.[1] Cette forte croissance de la population malienne depuis 1960 est le résultat du maintien d'une fécondité supérieure à 6 enfants par femme et d'une baisse continue de la mortalité, en particulier celle des enfants de moins de 5 ans, dont le niveau conditionne largement l'espérance de vie à la naissance.

Le rythme de croissance démographique est plus élevé en milieu urbain qu'en milieu rural depuis 1960. Ce fort accroissement démographique en milieu urbain n'est pas lié uniquement à une forte fécondité, il s'explique en partie par l'exode rural (Diallo & Doumbia, 2020), mais aussi par une durée de vie moyenne à priori sensiblement plus importante en milieu urbain liée à de meilleures conditions de vie et à un meilleur accès aux services de santé. De même que la population urbaine totale, celle de Bamako a augmenté très rapidement. Elle a été multipliée par 20 en passant de 130 mille habitants en 1960 à 2,618 millions d'habitants en 2020 et représente maintenant un quart de la population totale urbaine (United Nations, 2019). Estimée à 419 239 en 1976, la population de Bamako est aujourd'hui à 2 899 672 en 2022 et à 4 227 569 en tenant compte du nouveau découpage causé par l'extension de la ville. Le taux de croissance annuel à Bamako passe ainsi à 6,5% entre 2009 et 2022 contre respectivement 4,2% entre 1976-1987, 4% entre 1987et 1998, 5,4% entre 1998 et 2009.[2] Si le rythme de croissance annuel actuel se poursuit, la population de Bamako doublera après chaque 12 ans et sera estimée à plus de 8 millions en 2034.

Cette forte croissance de la population, notamment urbaine, pose des défis majeurs en termes de sécurité alimentaire, d'assainissement, d'infrastructures scolaires, de santé et de sécurité des personnes et de leurs biens dans un contexte marqué entre autres par une insuffisance d'offres de

[1] https://population.un.org/wpp/Download/Standard/MostUsed/
[2] Le taux de croissance annuel est de 3,3% au niveau national

services sociaux de base, d'opportunités en termes d'emplois dont la plupart sont dans le secteur informel.

Parallèlement à cet essor démographique, on observe également, à Bamako, une résistance à la baisse de la fécondité depuis plus de vingt (20) ans. En effet, l'Indice Synthétique de fécondité (ISF), défini par le nombre moyen d'enfants par femme, est passé de 4,7 en 1996 à 4,8 en 2018 avec de surcroît une augmentation observée en 2013 (5,1).

De nombreux chercheurs se sont intéressés depuis plusieurs décennies à l'étude des comportements reproductifs ou procréateurs des migrants en provenance des zones rurales vers les centres urbains dans les pays en développement avec très souvent l'idée de comprendre et d'anticiper la croissance de la population, notamment urbaine. Ces recherches antérieures, menées dans divers contextes, ont abouti à une variété de résultats.

Sur le plan théorique, quatre approches sont couramment évoquées pour expliquer ces différences de fécondité entre, d'une part, les migrants et les non-migrants du milieu d'origine, et, d'autre part, les migrants et les non-migrants dans les lieux de destination. Ces théories sur la relation entre la migration urbaine et la fécondité concernent (1) la sélection, (2) l'adaptation, (3) la socialisation et (4) la perturbation qui expliquent pourquoi les migrants peuvent avoir une fécondité plus élevée ou plus faible que les non-migrants (Anglewicz, Corker, & Kayembe, 2017; Lindstrom, Hernandez-Jabalera, & Giorguli Saucedo, 2021)

La théorie de la sélection suggère que la distinction entre les migrants et les non-migrants en matière de fécondité résulte de caractéristiques liées à la fois à la migration et à un désir de fécondité plus faible. En d'autres termes, cette hypothèse de sélectivité soutient que l'acte de migration est sélectif et concerne des femmes présentant certaines caractéristiques corrélées à un niveau de fécondité plus faible. Chattopadhyay et ses collaborateurs (2006) évoquent, par exemple, des niveaux d'éducation plus élevés, des désirs forts de mobilité sociale et un statut socio-économique plus élevé. Ainsi, quel que soit leur statut de migration, les femmes ayant une instruction, des préférences de fécondité et des comportements d'utilisation de la contraception moderne identiques à ceux de leurs homologues du lieu de destination urbain auront tendance à présenter également des niveaux de fécondité faibles (Boujija, 2023; Kulu, 2005; Rokicki, Montana, & Fink, 2014).

L'hypothèse d'adaptation met l'accent sur le fait que les migrants s'adapteront progressivement au nouvel environnement socio-économique, culturel et physique de leur destination, en modifiant leurs attitudes et leurs comportements en matière de fécondité après la migration (Brockerhoff & Yang, 1994; Rokicki et al., 2014). Cette adaptation implique une diminution du désir ou des préférences élevées de fécondité des migrants vers les zones urbaines suite à leur adaptation aux contraintes urbaines (coût élevé de la vie et de l'éducation des enfants, etc.), à plus d'exposition aux médias modernes, à l'acceptation des normes de fécondité urbaines favorables à une réduction de la taille de la famille dans un nouvel environnement offrant un accès beaucoup plus accru à la contraception et facilitant l'avortement provoqué (Shapiro & Tambashe, 2002). Ces changements de comportement peuvent être assez rapides pour permettre un rapprochement du niveau de

fécondité des migrants à celui des résidents habituels de la zone de destination selon Stephen et Bean (Stephen & Bean, 1992).

A l'inverse de l'adaptation, l'hypothèse de la socialisation postule que les préférences des migrants en matière de fécondité sont déterminées par leur premier environnement, à l'occurrence celui de l'enfance. Cela implique une résistance aux changements dans les normes et comportements en matière de fécondité qui peuvent prendre du temps pour se produire en allant souvent au-delà d'une génération (Campbell, Sahin-Hodoglugil, & Potts, 2006). Ainsi, les niveaux de fécondité des migrants en provenance des zones rurales vers les centres urbains pourraient être similaires à ceux des non-migrants restés dans leur zone d'origine rurale en raison des préférences et normes de fécondité héritées de leur socialisation (Stephen & Bean, 1992).

La perturbation met l'accent sur les raisons pour lesquelles la migration entraîne une diminution des maternités avant et après le moment de la migration ou de la mobilité. Plusieurs auteurs évoquent la séparation des conjoints, le stress associé au déménagement, les difficultés initiales d'intégration ou les réductions de revenus à l'arrivée à destination pour expliquer une baisse temporaire du niveau de fécondité chez les femmes migrantes (Kulu, 2005). Une séparation temporaire des conjoints par exemple peut avoir un effet important sur la fécondité notamment dans les populations à forte fécondité en réduisant considérablement les chances de conception (Brockerhoff & Yang, 1994). Cette hypothèse de perturbation explique un changement dans le calendrier de la fécondité mais n'impacte pas l'intensité ou les préférences individuelles en matière de fécondité. La baisse du nombre de naissances autour du moment de la migration n'implique pas une modification du nombre d'enfants désirés ou des préférences en la matière, mais concerne uniquement le calendrier de leur survenance (Boujija, 2023).

Les effets de la migration sur la fécondité, présentés dans ces différentes théories, sont susceptibles de s'influencer mutuellement et se produisent selon des mécanismes variables selon les contextes. Par exemple, un effet de sélection peut accélérer l'adaptation pendant qu'une perturbation importante de la fécondité due à la migration pourrait conduire à une absence d'adaptation suite à un retour de la fécondité dans la période post-migratoire (Boujija, 2023). Il en n'est de même pour la socialisation qui peut constituer un frein à l'adaptation à un environnement favorable aux préférences à une faible fécondité. Cette relation entre la sélection, la socialisation, la perturbation et l'adaptation présente aussi un caractère dynamique ayant fait l'objet de plusieurs recherches qui aboutissent à des conclusions diverses et souvent contradictoires selon les contextes. En effet, il ressort de certaines études que la migration vers les zones urbaines est associée à une baisse de la fécondité (Omondi & Ayiemba, 2003) notamment pour les générations nées dans le lieu de destination urbain après celles des migrants (Chattopadhyay et al., 2006).

En revanche, il a été constaté pour le cas du Cameroun que le différentiel de fécondité entre les migrants ruraux vers les zones urbaines et les personnes qui restent en milieu rural est très faible en comparaison par exemple avec la Corée et le Mexique (Lee, 1992). Dans une même étude réalisée dans quelques pays de l'Afrique Subsaharienne, il est ressorti un double constat d'une baisse de la fécondité chez les migrantes récentes au Ghana et au Mali et une augmentation de la

fécondité parmi le groupe de migrants récents au Kenya et au Togo (Brockerhoff & Yang, 1994). Un résultat similaire a été observé au Nigeria par Adewuyi (Adewuyi, 1986) où l'augmentation du revenu du mari était étroitement liée à la hausse du niveau de fécondité dans les zones urbaines. Un tel résultat indique qu'une amélioration de la situation économique peut conduire à une augmentation du niveau de fécondité même en zone urbaine.

D'autres recherchent révèlent que la fécondité des migrants se situe entre celle du milieu de destination et de la zone de départ en postulant que les migrants sont influencés par les deux contextes (Behrman & Weitzman, 2022). C'est ce qui pourrait expliquer que des groupes de migrants provenant d'origines différentes aient des niveaux inégaux de fécondité dans un même lieu de destination toutes choses étant égales par ailleurs (Boujija, 2023; Lindstrom et al., 2021; Mussino & Cantalini, 2022).

En tout état de cause, il est important de préciser que dans un contexte comme celui du Mali, les villes attirent beaucoup de personnes dont la plupart sont d'origine rurale et celles-ci prennent assez de temps à adapter leurs modes de vie et valeurs familiales à l'environnement urbain (Kouaouci, 1992). Les changements de préférences en matière de fécondité ne se produisent pas rapidement pour espérer voir les migrantes adopter un mode de vie tendant à réduire leur fécondité dans un court terme. Ce constat est corroboré par l'idée selon laquelle la fécondité des migrants est assez proche de celle des femmes restées dans les lieux d'origine et largement supérieur à celles des résidents habituels dans les lieux urbains de destination (Brockerhoff & Yang, 1994; Lindstrom et al., 2021).

Pour le Mali, Brockerhoff et Yang (Brockerhoff & Yang, 1994) avaient mis en évidence en 1994 une baisse importante de la fécondité chez les migrantes en comparaison avec les femmes restées en zone rurale, certainement pour des raisons liées à l'hypothèse de perturbations inhérentes au processus de migration. Toutefois la problématique de la relation entre migration et fécondité reste un domaine à investiguer car il y a trois décennies que cette étude a été réalisée et les contextes de migration et d'urbanisation ont certainement changé. Les villes sont devenues plus attractives qu'il y a 30 ans en raison de la concentration des infrastructures, de l'essentiel des services sociaux et des opportunités d'emplois favorisée par un pouvoir politique très centralisé et un maillage des transports trop faible sur l'ensemble du territoire (Diallo, Diarra, Toure, Cisse, & Doumbia, 2020; TIMBINE, SAMAKE, & SIDIBÉ, 2021).

Pour le cas spécifique de Bamako, on assiste à une forte croissance démographique accompagnée d'un constat de stagnation du niveau de la fécondité depuis plus de deux décennies. Selon les résultats des différents recensements, le taux de croissance annuel à Bamako passe à 6,5% entre 2009 et 2022 contre respectivement 4,2 entre 1976 et 1987 ; 4% entre 1987 et 1998 ; 5,4 entre 1998 et 2009. À l'instar de plusieurs villes africaines, cette forte propension de la population du district de Bamako est liée non seulement à la croissance démographique mais surtout à sa forte attractivité.

L'Indice Synthétique de fécondité (ISF) au niveau national est resté supérieur à 6 (6,7 en 1996 ; 6,8 en 2001 ; 6,6 en 2006 ; 6,1 en 2013 et 6,3 en 2018). A Bamako, il est passé de 4,7 en 1996 à

4,8 en 2018 avec de surcroît une augmentation observée en 2013 (5,1). Comme on peut le constater, le niveau de fécondité reste quasiment inchangé depuis plus de 20 ans à Bamako. Pourtant, les niveaux de fécondité étant beaucoup plus faibles dans les zones urbaines que dans les zones rurales dans toute l'Afrique subsaharienne, on s'attendrait à ce qu'une urbanisation rapide et une migration des zones rurales vers les zones urbaines accélère la baisse de la fécondité globale (Brockerhoff et Yang, 1994). Selon Randall et ses collaborateurs (Randall, Mondain, et Diagne, 2010), dans un contexte actuel fortement marqué par la globalisation des cultures, l'urbanisation, la massification et la généralisation de l'éducation sont supposées induire une transformation dans les stratégies reproductives traditionnellement pronatalistes. Comment peut-on alors expliquer cette stagnation du niveau de fécondité dans la capitale qui pourtant offre un accès beaucoup plus élevé à la contraception moderne ? Cette situation mérite un examen de la relation entre migration d'origine essentiellement rurale et le niveau de fécondité à Bamako. C'est ce qui justifie cet article dont l'objectif est d'identifier le rôle de la migration féminine au maintien de la fécondité à un niveau stationnaire à Bamako en partant de l'hypothèse des contraintes à l'adaptation des migrantes aux comportements procréateurs en ville généralement favorables à une faible fécondité.

Bien que les approches théoriques mobilisées restent relativement proches de celles de Brockerhoff et Yang (Brockerhoff & Yang, 1994), les hypothèses et les conclusions attendues diffèrent sensiblement. Cette étude postule que les femmes migrantes contribuent plutôt au maintien d'un niveau de fécondité relativement stable dans le district de Bamako. Elle cherche ainsi à montrer que, malgré le contexte urbain, les migrantes conservent durablement des normes et comportements reproductifs favorables à une descendance élevée, contribuant ainsi à une certaine résistance de la fécondité à la baisse dans la capitale malienne. En effet, les préférences en matière de fécondité en faveur d'une descendance nombreuse acquises dès l'enfance par les femmes migrantes constituent un frein aux changements dans les normes et comportements en matière de fécondité rendant difficile une adaptation au mode de vie urbain en matière de procréation (Campbell et al., 2006).

La présente étude apporte donc un éclairage complémentaire et actualisé sur la relation entre migration et fécondité dans un contexte urbain profondément transformé par les dynamiques récentes d'urbanisation et de mobilité interne.

Nous postulons spécifiquement pour le cas du Mali, que :

H1 : la fécondité est élevée chez les migrantes parce qu'elles ont un niveau d'instruction inférieur à celui des femmes au lieu de destination ;

H2 : le niveau de fécondité serait plus élevé chez les femmes migrantes que chez celles originaires de Bamako n'ayant connu aucune migration, parce qu'elles sont pour la plupart mariées, le mariage constituant le principal cadre de la procréation dans le contexte malien.

2. Matériels et méthodes

2.1. Données, utilisées et cibles

Les données de la 6ème enquête démographique et de santé réalisée en 2018 ont été exploitées dans le cadre de cette communication. Elle a été réalisée par l'Institut National de la Statistique (INSTAT) avec l'assistance technique de ICF et en étroite collaboration avec la Cellule de Planification et de Statistique Secteur Santé-Développement Social et Promotion de la Famille (CPS/SS-DS-PF).

L'échantillon de cette enquête était un échantillon aréolaire, stratifié et à deux degrés avec stratification au premier degré selon le milieu de résidence. L'enquête est conçue pour produire des résultats représentatifs au niveau de l'ensemble du pays, par région (8 régions administratives et au district de Bamako) et milieu de résidence (urbain-rural).[3] Utilisant le Recensement Général de la Population et de l'Habitat réalisé en 2009 (RGPH 2009) comme base de sondage, 104 grappes urbaines et 275 grappes rurales ont été sélectionnées au premier degré, et au second degré, 26 ménages ont été tirés par grappe (ou 35 ménages par grappe dans les régions de Kidal, Gao et Tombouctou). Les ménages sélectionnés ont été visités et interviewés. Toutes les femmes de 15-49 ans dans tous les ménages sélectionnés étaient éligibles pour répondre au questionnaire individuel femme. Notre cible dans le cadre de cette communication représente les femmes âgées de 15 à 49 ans vivant dans le District de Bamako.

2.2. Aspects méthodologiques

L'approche méthodologique pour identifier le lien entre la migration féminine et la fécondité reposera dans un premier temps sur la comparaison des indices de fécondité, des indicateurs sur le contrôle de naissance et du désir d'enfants des femmes migrantes et non-migrantes. Ensuite, des analyses plus approfondies, fondées sur des régressions, seront utilisées pour caractériser le profil des femmes migrantes plus enclines à maintenir des comportements procréateurs traditionnels.

Pour les associations au niveau descriptif, nous avons calculé certains indicateurs classiques de la fécondité en les croisant avec le statut migratoire afin d'identifier les influences possibles de la migration. Ces calculs descriptifs bivariés ont été complétés par l'utilisation du programme tfr2, élaboré par Bruno Schoumaker (Schoumaker, 2013) et exécutable sous STATA, qui facilite le calcul des taux de fécondité par âge et des indices synthétiques de fécondité (ISF) sous l'hypothèse de constance de la structure de la fécondité par âge, à l'aide d'un modèle de régression de Poisson.

Dans la perspective de recherche des facteurs des disparités de fécondité, des aspirations fécondité et du contrôle de fécondité entre les migrantes et non migrantes, nous avons recouru à des modèles de régression pour approfondir les analyses. Deux types de modèle ont été utilisé en fonction de la nature des variables explicatives utilisées dans le cadre de ce travail. Dans un premier temps, la

[3] Dans la région de Kidal, compte tenu des difficultés d'accès aux populations rurales et des problèmes de sécurité, seule la partie urbaine a pu être enquêtée

régression de Poisson a été utilisée pour expliquer les effets nets de la migration sur le nombre de naissance chez les femmes bamakoises. Ensuite, la régression logistique a été utilisée pour étudier les différences dans les aspirations de fécondité et l'utilisation de la contraception moderne dans le cadre du contrôle de la fécondité.

La régression de Poisson est un type de modèle linéaire généralisé dans lequel la distribution conditionnelle de la variable dépendante est de Poisson et dont la fonction de liaison est logarithmique (Schoumaker, 2013). Selon le modèle de Poisson, la probabilité que la variable aléatoire Yi soit égale au nombre de naissances observé (y_i) est supposée suivre une distribution de Poisson avec une moyenne μ_i : $p(Yi = yi|\mu i) = \frac{\exp(\mu i)\mu i^{yi}}{yi!}$ (1). La moyenne μ_i peut être décomposée en un produit du taux de fécondité (λ_i) et de l'exposition (t_i) : $\mu_i=\lambda_i t_i$ (2). En prenant le logarithme de cette expression, on obtient : $\log(\mu i) = \log(ti) + \log(\lambda i)$ (3). Le modèle de régression consiste à modéliser le logarithme des taux (λ_i) comme une combinaison linéaire de variables indépendantes. Dans le module tfr2, les variables indépendantes comprennent une fonction de l'âge et, éventuellement, des covariables supplémentaires : $\log(\lambda_i)=\alpha+(age)+g(covariates)$ (4). En remplaçant $\log(\lambda_i)$ dans l'équation 3, l'équation de la régression de Poisson estimée prend la forme suivante : $\log(\mu_i)=\log(t_i)+\alpha+f(age)+g(covariates)$ (5) et les taux peuvent être calculés directement comme le produit des exponentielles des fonctions de l'âge et des covariables (coefficients de régression) par cette expression mathématique : $\lambda_i=exp[f(age)]*exp[g(covariates)]$.

S'agissant de la régression logistique, elle mesure l'effet des facteurs explicatifs (quantitatifs ou catégoriels) sur une variable dichotomique ou binaire dite dépendante. Dans notre cas, nous estimons le fait d'avoir une aspiration élevée de fécondité et la propension d'utiliser une méthode de contraception moderne. Ainsi, il est procédé à la construction des variables binaires prenant la valeur 1 lorsque la femme déclare vouloir plus d'enfants ou utiliser une méthode moderne de contraception et 0 autrement. L'estimation peut se modéliser de la façon suivante : $P_i = Prob(Y_i = 1/x_i) = F(x_i\beta)$ avec Y_i la variable dépendante à expliquer qui prend la valeur 1 si l'individu *i* dit vouloir plus d'enfants ou utilise une méthode de contraception moderne actuellement et 0 si non. F est la fonction de répartition de la loi logistique et x_i le vecteur des variables explicatives. Globalement, la méthode de régression logistique binaire est basée sur le calcul des rapports de côtes par le modèle Logit. Il s'agit de déterminer, pour chaque variable explicative, la probabilité pour les femmes d'une catégorie donnée (par exemple celles ayant connu la migration dans les trois ou cinq dernières années) de recourir à l'utilisation d'une méthode de contraception par rapport à celles d'une catégorie de référence (femmes d'origine de Bamako et n'ayant pas connu de migration par exemple).

Description des variables

Variables d'intérêt

L'analyse des différences de comportement en matière de fécondité entre les migrants et les non-migrants a été effectuée en examinant les taux de fécondité, l'Indice Synthétique de Fécondité

(ISF), le nombre idéal d'enfants, les préférences en matière de fécondité, l'utilisation de la contraception et les besoins non satisfaits en matière de contraception. Le nombre d'enfants et le désir d'enfants ont été utilisées comme variables dépendants dans deux modèles de régression.

Les taux de fécondité sont calculés en rapportant le nombre de naissances survenus au cours des trois dernières années (septembre 2015 à août 2018) dans chaque groupe d'âge à l'effectif de ce groupe. L'ISF représente le nombre moyen d'enfant par femme. Les procédures de calcul de ces indicateurs à partir de l'histoire des naissances à travers le module Stata sont décrites par Bruno Schoumaker (Schoumaker, 2013)

Quant au nombre idéal d'enfant, la question suivante a été posée aux enquêtés qui n'avaient pas d'enfants, « Si vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans votre vie, combien en voudriez-vous ? ». Aux enquêtés qui avaient des enfants, il leur a été demandé : « Si vous pouviez revenir à l'époque où vous n'aviez pas d'enfants et choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans votre vie, combien auriez-vous voulu en avoir ? ». Ces questions étaient posées à la fois aux hommes et aux femmes.

Pour les préférences en matière de fécondité, il a été demandé aux femmes et hommes s'ils souhaitaient plus d'enfants, combien de temps voudraient-ils attendre avant la naissance du prochain enfant. Ceux qui sont stérilisés sont considérés comme ne voulant plus d'enfants.

La proportion de femmes ayant des besoins non satisfaits en matières de contraception sont celles : (1) qui ne sont pas enceintes et ni en aménorrhée post-partum et qui sont considérées comme étant fécondes et qui veulent retarder la venue du prochain enfant de 2 années ou plus ou qui ne veulent plus d'enfant mais qui n'utilisent pas de méthode contraceptive, ou (2) dont la grossesse actuelle a été mal planifiée ou est non souhaitée, ou (3) qui sont en aménorrhée post-partum et dont la dernière naissance des deux dernières années était mal planifiée ou non souhaitée.

Variables explicatives

Les recherches sur la fécondité des migrants, utilisant les données de l'EDS, fournissent des informations riches sur la fécondité observée mais décrivent de façon limitée les trajectoires migratoires (Boujija, 2023). L'enquête EDS est avant tout une opération statistique ayant principalement pour objectif d'évaluer la santé maternelle et infantile. Toutefois, elle collecte aussi des informations sur le lieu de résidence antérieure et le nombre d'années vécues dans le lieu de résidence actuelle. Nous avons donc utilisé ces deux variables pour mesurer la migration interne à Bamako chez les femmes âgées de 15 à 49 ans. Toutes celles qui déclarent avoir toujours vécu à Bamako sont considérées comme n'ayant pas connu de migration. Selon les différents recensements de population, la migration récente concerne la dernière migration effectuée au cours des cinq dernières années avant la date du recensement. Toute migration de plus de cinq ans est considérée comme migration ancienne. Dans cette recherche, la migration récente vers Bamako concerne les femmes ayant vécu moins de 4 ans à Bamako avec une résidence antérieure différente. Les migrantes anciennes sont celles qui se sont installées à Bamako et y ont vécu 4 à 10 ans. La migration plus ancienne renvoie à tout déplacement à Bamako ayant abouti à un séjour de plus de

10 ans. Le choix des seuils de moins de 4 ans, de 4 à 10 ans et de plus de 10 ans tient également compte de la distribution des effectifs observés dans les données, afin d'obtenir des catégories suffisamment représentatives pour l'analyse statistique.

Outre le statut migratoire, d'autres variables explicatives ont été utilisées dans ce travail pour servir de contrôle afin d'identifier l'effet net de la migration sur la fécondité. Il s'agit de l'âge, de la situation matrimoniale, du niveau d'instruction et du statut d'utilisation de la contraception chez les femmes de 15 à 49 ans.

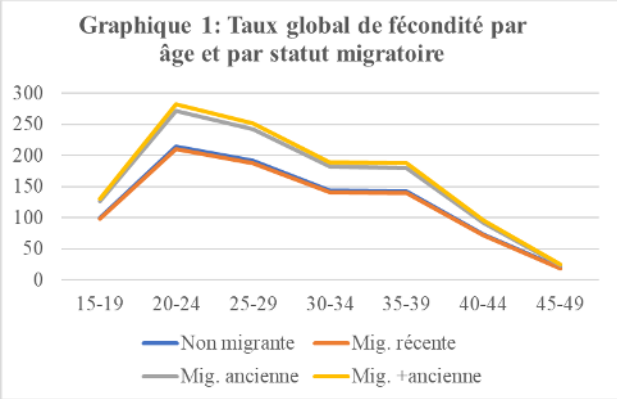
3. Résultats

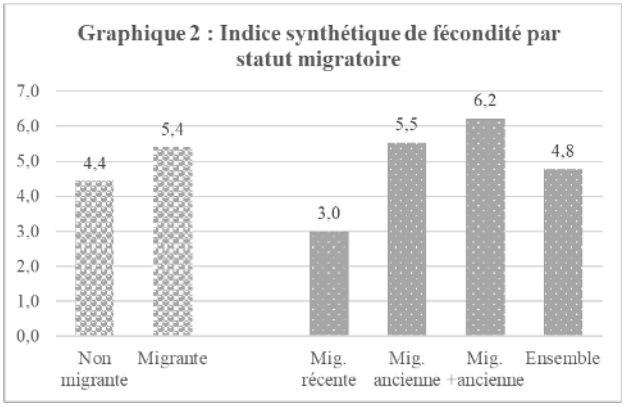
Cette section traite des résultats issus des différentes analyses descriptives et explicatives utilisées pour vérifier les hypothèses formulées plus haut. Ces hypothèses portent sur le rôle de la migration féminine dans la régulation du niveau de fécondité, des préférences en matière de fécondité et des actions de contrôle du calendrier des naissances dans le contexte malien.

3.1.Niveau de fécondité selon le statut migratoire

Le lien entre fécondité et migration a été examiné à travers les taux spécifiques par âge des femmes de 15 à 49 ans et l'Indice Synthétique de fécondité (ISF), qui représentent respectivement le nombre de naissances pour 1 000 femmes dans chaque catégorie d'âge concernée et le nombre moyen par femme. Il ressort de ces analyses un niveau de fécondité plus prononcé chez les femmes ayant migré anciennement à Bamako par rapport aux autochtones. En effet, les courbes des taux de fécondité par âge chez les femmes qui ont connu une migration vers Bamako au-delà de 3 ans sont largement au-dessus de celles du lieu de destination traduisant ainsi plus de naissances chez celles-ci indépendamment de l'âge (graphique 1). Autrement dit, les femmes anciennement établies à Bamako dans un cadre de migration ont un niveau de fécondité supérieur à tous les âges que leurs homologues d'origine bamakoise. En revanche, la migration récente est associée à un niveau faible de fécondité. Les femmes, qui se sont installées à Bamako il y a moins de 4 ans, ont même un niveau de fécondité inférieur à celui des natives de Bamako.

Ces constats sont corroborés par les ISF (graphique 2). Les femmes non-migrantes ont en moyenne 4,4 enfants par femme contre 5,4 chez les femmes migrantes. De plus, le niveau de fécondité augmente suivant le gradient de la durée d'établissement des migrantes à Bamako. Comme indiqué par les taux de fécondité, les migrantes récentes, qui ont moins de 4 ans de durée d'établissement à Bamako, ont un nombre moyen d'enfants inférieur à celui des femmes bamakoises. Au-delà de 3 ans, on observe un ISF plus élevé qui augmente avec la durée de migration.





Source : EDS 2018, calcul de l'auteur

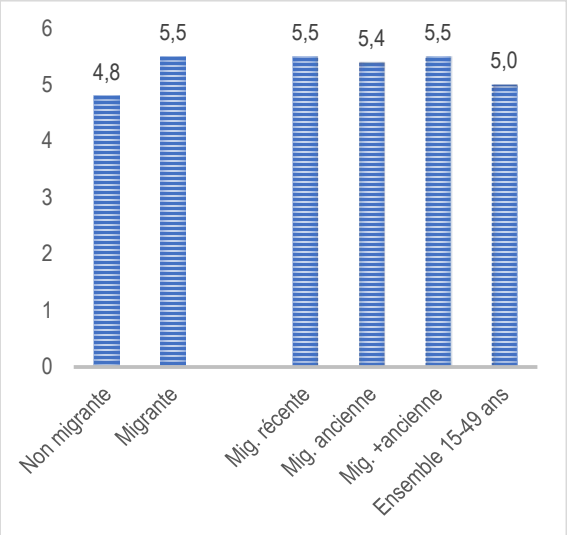
3.2.Préférence en matière de fécondité selon le statut migratoire

Le désir d'enfants est globalement élevé chez les femmes bamakoises. La moitié d'entre elles expriment le désir d'avoir 5 enfants, dont 25% souhaitent en avoir 6. Ces résultats corroborent un penchant général pour une descendance nombreuse, comme l'indique l'analyse du niveau de fécondité observé. Une analyse selon le statut migratoire fait ressortir au graphique 3 ci-dessous que les femmes migrantes ont une aspiration féconde plus élevée que les natives de Bamako indépendamment de la durée de résidence à Bamako. Le nombre moyen idéal d'enfants pour les femmes d'origine bamakoise est estimé à 4,8, contre 5,5 pour les femmes migrantes.

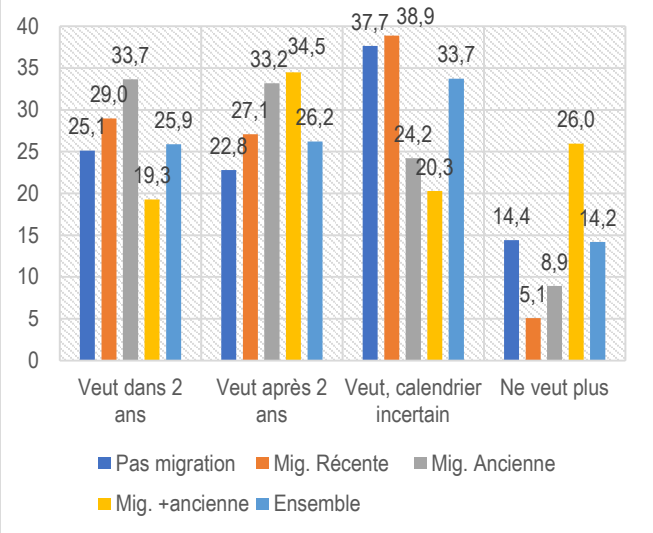
Un examen plus détaillé des préférences en matière de fécondité, en tenant compte de la durée de migration, révèle des résultats très similaires (graphique 4). De façon globale, les femmes qui désirent davantage d'enfants à court terme (dans les deux ans suivant leur interview) sont relativement plus nombreuses parmi les migrantes, notamment parmi celles ayant une durée de résidence à Bamako comprise entre 3 et 11 ans. En effet, 35 % et 29% des migrantes récentes et anciennes souhaitent avoir plus d'enfants dans les deux prochaines années contre 26% chez les non-migrants d'origine bamakoise. À moyen terme (après les deux ans qui suivent la date de l'enquête), il ressort globalement un désir plus élevé d'avoir des enfants chez les migrantes, quelle qu'en soit la durée, par rapport aux non-migrantes. Nous notons 35%, 33% et 27% des femmes migrantes respectivement de plus de 10 ans, 4 à 10 ans et de moins de 4 ans de résidence à Bamako qui expriment leur désir d'avoir plus d'enfants deux années après, contre 23% chez les non-migrantes.

On peut globalement retenir que les préférences en matière de fécondité sont plus fortes chez les femmes migrantes que chez celles originaires de Bamako n'ayant connu aucune migration. Toutefois, l'aspiration à une forte fécondité s'estompe lorsque les femmes migrantes séjournent plus de 10 ans à Bamako. Autrement dit, le désir d'une descendance nombreuse diminue avec le temps, notamment chez les femmes migrantes. Par exemple, la proportion de femmes ne désirant plus d'enfants est de 29 % chez les migrantes ayant vécu plus de 10 ans à Bamako, contre 14 %, 5 % et 10 % chez les non-migrantes, celles ayant récemment migré (moins de 4 ans de séjour) et celles dont la durée de résidence est comprise entre 3 et 11 ans.

Graphique 3 : Nombre idéal moyen d'enfant par femme selon le statut migratoire



Graphique 4 : Préférences en matièrede fécondité selon le statut migratoire

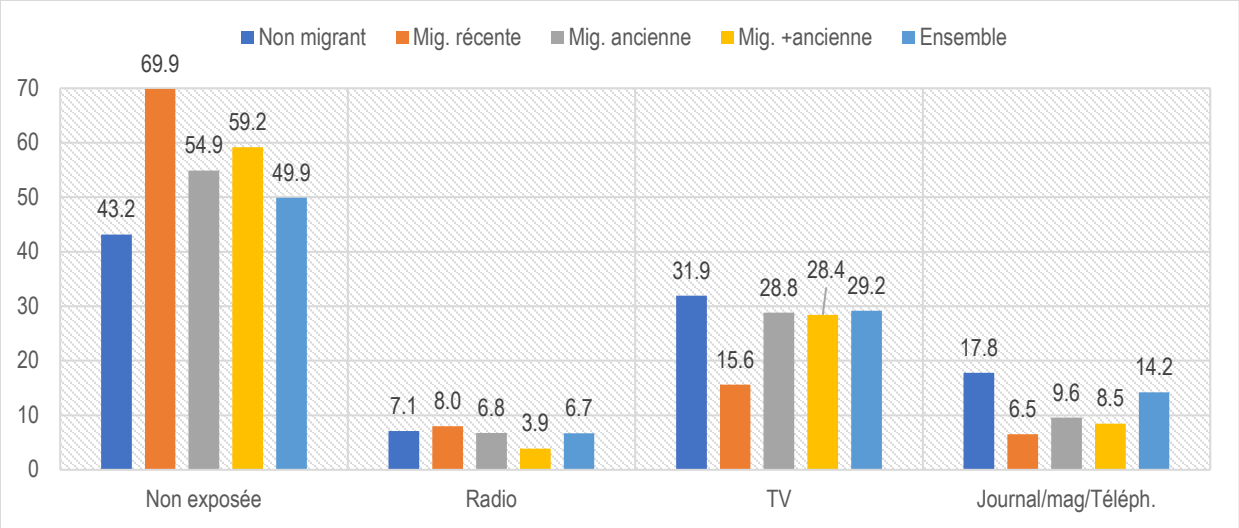


Source : EDS 2018, calcul de l'auteur

3.3.Contrôle de fécondité selon le statut migratoire

Globalement, les femmes vivant à Bamako ont une meilleure connaissance des méthodes contraceptives. La presque totalité d'entre-elles (99% pour au moins une des méthodes et 98% pour au moins une méthode moderne) connaissent au moins une méthode de contraception. Toutefois, ces femmes restent moins exposées aux messages diffusés dans les médias. La moitié (49,9%) n'ont pas entendu de messages diffuses dans les médias, environ 30% ont entendu les méthodes contraceptives à travers la télévision, seulement 14,2 et 6,7% en ont eu connaissance dans les journaux ou magazines ou téléphone et radio. De toutes les médias, les femmes semblent moins exposées à la diffusion des messages sur la radio. Principalement, les informations sur les méthodes de contraception proviennent des visites dans les centres de santé : plus de la moitié (52,2%) dans les centres de santé communautaire, 12,8 % dans les centres de santé de référence et 13,8 % dans les pharmacies privées. Les migrantes récentes semblent être relativement les moins nombreuses à entendre les messages d'information sur les méthodes de contraception dans les médias notamment la télévision et les journaux ou magazines ou téléphone. Elles sont plus exposées aux messages de la radio que les autres mais avec une proportion assez faible (8%) traduisant globalement une faible exposition à cette source en matière de réception des informations sur les méthodes de contraception.

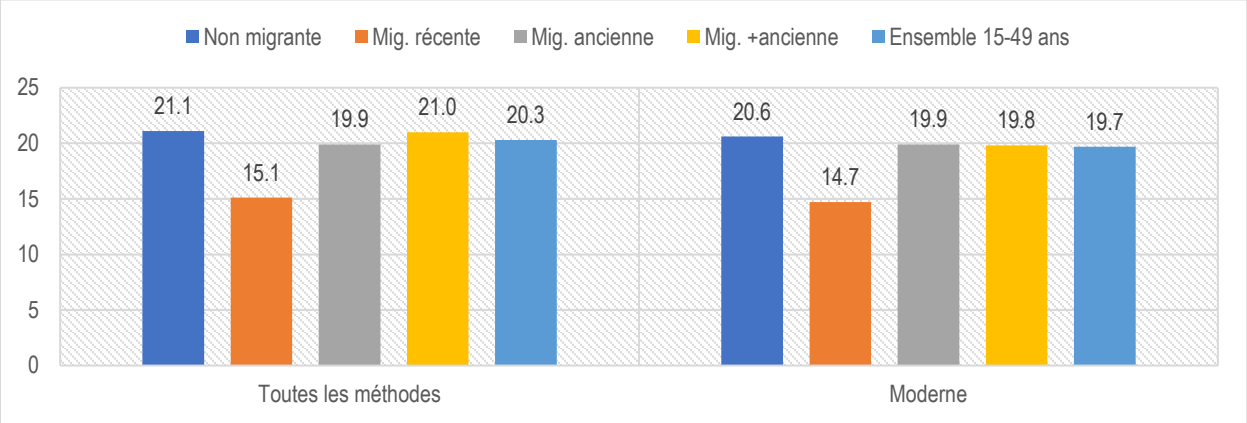
Graphique 5 : Information sur les méthodes contraceptives



Source : EDS 2018, calcul de l'auteur

Malgré une bonne information sur les méthodes de contraception dans un contexte (capitale où les structures de santé y sont concentrées) offrant une plus grande accessibilité aux produits contraceptifs en comparaison avec les autres régions du pays, force est de constater que le niveau d'utilisation est un peu faible. Globalement, un cinquième (20,3 %) des femmes utilisent une méthode quelconque de contraception et un niveau d'utilisation presque similaire est observé pour la contraception moderne (19,7 %). Le niveau d'utilisation est beaucoup plus faible chez les femmes ayant connu une migration récente, à peine une personne sur dix (15,1 % pour une contraception quelconque et 14,7 % pour les méthode modernes) utilise une contraception qu'elle qu'en soit la méthode.

Graphique 6 : Utilisation des méthodes contraceptives

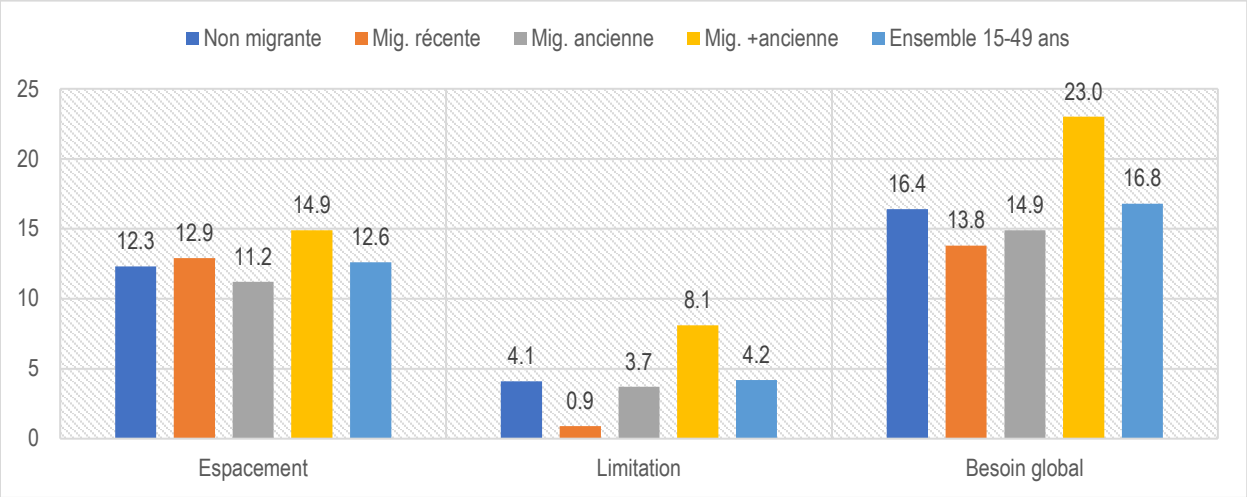


Source: EDS 2018, calcul de l'auteur

Comme il ressort des rapports de l'EDS pour le Mali à l'instar des autres pays de l'Afrique Sub-sahariens, les méthodes contraceptives sont plus utilisées pour des besoins d'espacement que de limitation. C'est pour cela qu'on peut observer que les besoins non satisfaits en matière d'utilisation des méthodes de contraception pour espacer les naissances sont plus prononcés quel

que soit le statut migratoire. Par ailleurs, les besoins non satisfaits sont globalement plus marqués chez les femmes ayant connu la migration il y a plus de 10 ans. Ce résultat tiendrait aussi au fait que ces femmes sont parmi celles qui ont exprimé le plus grand désir de ne vouloir aucun autre enfant comme indiqué plus haut au graphique 4.

Graphique 7 : Besoin non satisfait en matière de contraception



Source: EDS 2018, calcul de l'auteur

3.4.Analyse des facteurs de fécondité différentielle selon le statut de migration

Les résultats de la régression de Poisson mettent en exergue une faible propension à accoucher chez les femmes non migrantes de Bamako et celles ayant connu une migration récente (moins de 4 ans de séjour à Bamako), indépendamment de leur âge. Les migrantes anciennement installées il y a 4 à 10 ans et celles ayant plus de 10 ans de résidence à Bamako ont respectivement un taux de fécondité supérieur de 27% et 31% que celles n'ayant connu aucune migration.

Le niveau de fécondité élevé chez les migrantes anciennes s'explique par leur profil, caractérisé par des caractéristiques socioéconomiques qui les distinguent des migrantes récentes et des non-migrantes résidant à Bamako. En effet, l'introduction de la variable niveau d'instruction dans la régression (modèle 3) diminue les différences dans les rapports de taux de fécondité entre les non migrantes et les migrantes anciennement établies à Bamako. Les migrantes y compris celles arrivées récemment à Bamako sont relativement moins instruites : 59% des femmes âgées de 15-49 ans non migrantes de Bamako ont atteint au moins le niveau secondaire contre 32% chez les migrantes récentes, 36% chez les migrantes ancienne et 31% chez celles installées à Bamako il y a plus de 10 ans.

En plus du niveau d'instruction, le mariage ressort comme une variable intermédiaire importante des disparités de fécondité entre les femmes migrantes et celles originaires de Bamako. Le taux de fécondité est multiplié par plus de 5 lorsque la femme est mariée, et l'introduction de la variable « état matrimonial » dans le modèle contribue à réduire les écarts de taux de fécondité entre les non-migrantes et les migrantes. Cela traduit un niveau plus prononcé du mariage chez les migrantes

notamment celles anciennement arrivées à Bamako. Pour illustration, 32% des femmes âgées de 15-49 ans non migrantes de Bamako n'ont jamais contracté de mariage, cette proportion est de 36% chez les migrantes récentes contre respectivement 13% chez les migrantes ancienne et plus ancienne.

Par ailleurs, paradoxal que cela puisse paraître, le niveau de fécondité est élevé chez les femmes utilisatrices de contraception moderne. Elles ont 41% de plus d'enfants que les femmes non utilisatrices de produits contraceptifs modernes. Ce résultat peut s'expliquer par le fait que les femmes recourent à la contraception moderne essentiellement pour espacer les naissances plutôt que de les limiter ou d'éviter les grossesses. C'est ce qui explique que l'utilisation de la contraception moderne est plus fréquente chez les femmes mariées (22% contre 13% chez les femmes n'ayant jamais été mariées).

Tableau 1 : Rapports de taux de fécondité par caractéristiques socioéconomiques pour les trois années précédant l'enquête, EDS Mali 2018 (calcul à l'aide du module tfr2).

Variable	Rapport de taux			
Migration interne				
Non migrantes (référence)				
Récente	0,9845	0,9807	0,9048	0,8523
Ancienne	1,2688**	1,2431**	1,1713	1,0774
Plus ancienne	1,3193***	1,3093***	1,2370**	1,1621
Groupe d'âge				
15-19 (référence)				
20-24		1,6022***	1,5772**	0,9831
25-29		2,0007***	1,8808***	0,9664
30-34		1,9213**	1,8124**	0,9511
35-39		1,8280*	1,6164	0,8801
40 et plus		0,9863	0,8498	0,4479*
Niveau d'instruction				
Aucun (référence)				
Primaire			0,9029	0,9864
Secondaire			0,7752***	0,8710
Supérieur			0,7070**	0,8693
Statut matrimonial				
Célibataire (référence)				
Marié				5,7878***
Autre statut[4]				1,2145
Utilisation de la contraception				
N'utilise pas (référence)				
Utilise				1,4128***
N	1 731	1 731	1 731	1 731

Source: EDS 2018, calcul de l'auteur

[4] Autre statut contient celles en union libre (0,6%), veuves (1,2%), divorcé (1,4), séparé (1,3%)

L'examen du souhait d'enfant dans les deux prochaines années ou plus selon le statut migratoire nous révèle paradoxalement un désir d'enfant plus élevé chez les migrantes récentes alors qu'elles ont, selon les résultats précédents, un risque plus faible d'avoir un nombre élevé d'enfants. Elles ont près de trois fois plus de chances à vouloir un enfant que les non-migrantes originaires de Bamako. Ce désir d'enfants supplémentaires est d'autant plus élevé que ces femmes ayant migré récemment sont jeunes. En effet, l'introduction de la variable groupe d'âge dans la régression (modèle 2) fait baiser les rapports de chances du désir d'un autre enfant entre les non-migrantes et les migrantes récentes. Cela signifie en d'autres termes que les femmes ayant migré récemment sont relativement plus jeunes que leurs homologues non-migrantes et encore plus que celles installées il y a plus de 10 ans à Bamako. A titre d'illustration, 71% des migrantes récentes ont moins de 25 ans contre 45% chez les non-migrantes et seulement 20% chez celles ayant connu une migration il y a plus de 10 ans. Etant relativement plus jeunes, ces femmes ont une forte aspiration à avoir un enfant dans les deux prochaines années ou plus. De surcroît, on pourrait comprendre aisément cette aspiration à avoir un enfant par le fait que plus d'un tiers (36,9%) d'entre elles n'ont pas encore contracté de mariage et pourraient avoir une plus grande aspiration à avoir des enfants dans un avenir proche dans le cadre du mariage.

En revanche, les femmes ayant migré à Bamako et vécu plus de 10 ans, ont un désir d'enfant moins élevé que les non-migrantes. Elles ont 41% plus de chance à ne vouloir aucun enfant par rapport aux non-migrantes. Ce résultat s'explique par le fait que ces femmes pour la plupart ont déjà atteint une descendance souhaitée et sont pour la plupart à un âge avancé comparativement aux migrantes récentes : 41% d'entre elles ont plus de 34 ans (contre 8% chez les migrantes récentes et 24% chez les non-migrantes).

Tableau 2 : Propension d'un désir élevé d'enfants selon les caractéristiques sociodémographiques et économiques

Variables	M1	M2	M3	M4
Migration interne				
Non migrantes (référence)				
Récente	2,8804***	0,9981	1,2052	1,2319
Ancienne	1,4319	1,0650	1,2273	1,2795
Plus ancienne	0,41385***	,65552*	0,69984	0,7267
Groupe d'âge				
15-19 (référence)				
20-24		1,3885	1,3656	2,4753
25-29		0,34070**	0,36134**	0,7778
30-34		0,13572***	0,14567***	0,3093**
35-39		0,0279***	0,03186***	0,0680***
40 et plus		0,00675***	0,00739***	0,0160***
Niveau d'instruction				
Aucun (référence)				
Primaire			1,4776	1,3441
Secondaire			1,4687	1,3175

Supérieur			3,0515**	2,8240**
Statut matrimonial				
Célibataire (référence)				
Marié				0,2564***
Autre statut				0,3788*
Constante	6,0408***	64,6419***	44,897***	77,9828***
N	1 615	1 615	1 615	1 615
Prob > chi2	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
Pseudo R2	0,0336	0,3937	0,4007	0,4087

Source: EDS 2018, calcul de l'auteur

4. Discussion et conclusion

La présente communication fait suite au constat d'une résistance à la baisse de la fécondité à Bamako depuis plus d'une vingtaine d'années : le nombre moyen d'enfants par femme est passé de 4,7 en 1996 à 4,8 en 2018. L'objectif de ce travail est d'identifier le rôle de la migration féminine au maintien de la fécondité à un niveau stationnaire dans la capitale. L'hypothèse centrale est que les femmes migrantes à destination de Bamako conserveraient pendant longtemps les normes et préférences de socialisation en faveur d'une descendance nombreuse. Elles auraient, par conséquent, un nombre d'enfants plus élevé, ce qui inhibe tout effort de réduction de la fécondité chez les femmes de la capitale et contribue à maintenir la fécondité globale à un niveau immuable à Bamako. Plus spécifiquement, nous sommes partis du postulat que le niveau de fécondité élevée chez les migrantes par rapport à celui des femmes de destination s'explique par leur faible niveau d'instruction (Hypothèse spécifique 1) et est lié à l'ampleur du mariage chez les migrantes qui constitue le principal cadre de la procréation dans le contexte malien (Hypothèse spécifique 2). Pour tester ces hypothèses au cas du Mali, les données de l'Enquête Démographique et de Santé (EDS), réalisée en 2018, ont été utilisées pour analyser les différentielles de fécondité entre les femmes migrantes vers Bamako et celles de destination.

Les résultats font observer que les femmes, anciennement établies à Bamako dans un cadre de migration, ont un niveau de fécondité supérieur à tous les âges que leurs homologues d'origine bamakoise. Les femmes non-migrantes de Bamako et celles ayant connu une migration récente (moins de 4 ans de séjour à Bamako) ont une propension plus faible à avoir un enfant indépendamment de leur âge. En effet, les migrantes installées il y a quatre à dix ans et celles ayant plus de dix ans de résidence à Bamako ont respectivement un taux de fécondité supérieur de 27% et 31% que celles n'ayant connu aucune migration. Un résultat similaire a été observé au Cameroun où le différentiel de fécondité entre les migrants ruraux vers les zones urbaines et les personnes restées en milieu rural était très faible en comparaison avec la Corée et le Mexique (Lee, 1992).

Ce niveau de fécondité élevé chez les migrantes, notamment anciennes, tient à leur profil défini principalement par un niveau d'instruction relativement faible et une intensité de mariage plus élevée comme nous le soupçonnions. Les rapports des taux de fécondité entre les migrantes et les autochtones sont d'autant plus faibles que les niveaux d'instruction augmentent chez les migrantes.

Plus les femmes migrantes sont instruites, moins les disparités de fécondité avec les natives s'amplifient. Ainsi, le niveau de fécondité est plus élevé chez les migrantes parce qu'elles ont atteint un niveau d'instruction relativement faible. En effet, 59% des femmes âgées de 15-49 ans non migrantes de Bamako ont atteint au moins le niveau secondaire contre 32% chez les migrantes récentes, 36% chez les migrantes anciennes et 31% chez celles installées à Bamako il y a plus de 10 ans. Au regard de la place que lui confère la littérature, l'instruction de la femme apparait comme un facteur incontournable de baisse de la fécondité. Elle facilite l'accès à la connaissance, ouvre plus d'opportunités d'emplois rémunérés et diminue la dépendance économique de la femme vis-à-vis de son entourage (conjoint, famille, communauté). Un niveau de scolarisation élevé procure à la femme un pouvoir plus élevé de négociation au sein du couple, notamment en matière de procréation. À travers les connaissances et les éventuels revenus qu'elle procure aux femmes, l'instruction est généralement associée à une meilleure survie des enfants, contribuant ainsi à la baisse de la demande d'enfants (Basu, 2002; Moumouni, 2016).

Outre le niveau d'instruction, le mariage apparaît comme un facteur important de différenciation du niveau de fécondité entre les migrantes et les femmes originaires de Bamako. Le taux de fécondité est multiplié de plus de 5 fois lorsque la femme est mariée et le mariage étant plus prononcé chez les migrantes notamment anciennes, le niveau de fécondité ne peut qu'être logiquement élevé chez celles-ci. Pour illustration, 32% des femmes âgées de 15-49 ans non-migrantes de Bamako n'ont jamais contracté de mariage, cette proportion est de 36% chez les migrantes récentes contre seulement 13% chez les migrantes anciennes. Ainsi, le mariage détermine fortement un niveau élevé de naissances sans doute parce que les grossesses surviennent principalement dans le cadre du mariage même si on assiste de plus en plus à des naissances prémaritales. Cela s'explique aussi par le fait qu'étant moins instruites, les femmes migrantes sont plus exposées aux mariages précoces que les non-migrantes vivant à Bamako en ce sens que la scolarisation féminine contribue à une nuptialité plus tardive et à une réduction de la fécondité. Plus les femmes sont instruites, plus elles se marient tardivement, moins elles font d'enfants (Charbit & Kébé, 2006).

De plus, la forte fécondité observée chez les migrantes découle-t-elle de leur désir relativement élevé d'enfants ? De manière générale, les préférences en matière de fécondité sont plus élevées chez les femmes migrantes que chez celles originaires de Bamako n'ayant connu aucune migration. Toutefois, l'aspiration à une forte fécondité s'estompe chez celles au-delà de 10 ans de migration. Autrement dit, le désir d'une descendance nombreuse baisse avec le temps chez les femmes migrantes notamment au-delà de 10 ans de durée de séjour à Bamako. Elles ont une propension de plus de 41 % à ne pas vouloir d'enfants par rapport aux non-migrantes. Ce résultat s'explique par le fait que ces femmes ont généralement déjà atteint une descendance souhaitée et sont pour la plupart à un âge avancé comparativement aux migrantes récentes : 41% d'entre elles ont plus de 34 ans (contre 8% chez les migrantes récentes et 24% chez les non-migrantes).

Comme il avait été mis en évidence au Ghana (Brockerhoff & Yang, 1994), nous observons un faible niveau de fécondité chez les migrantes récentes. Le niveau de fécondité augmente suivant

le gradient de la durée d'établissement des migrantes à Bamako. Les migrantes récentes à Bamako ont un nombre moyen d'enfants qui n'est pas significativement différent de celui des femmes d'origine bamakoise. Au-delà de 4 ans de résidence, on observe un ISF plus élevé et qui augmente avec la durée de migration. Le fait que le niveau de fécondité est faible parmi les femmes migrantes récentes pourrait s'expliquer par leur jeunesse et un taux moins élevé de nuptialité chez celles-ci par rapport aux migrantes anciennes. À titre d'illustration, 71% des migrantes récentes ont moins de 25 ans contre 45% chez les non-migrantes et seulement 20% chez celles ayant connu une migration il y a plus de 10 ans. Etant relativement plus jeunes, ces femmes ont une forte aspiration à avoir un enfant dans les deux prochaines années ou plus. Elles ont une propension de près de trois fois supérieure à souhaiter un enfant que les non-migrantes originaire de Bamako alors qu'elles ont presque le même niveau de fécondité observé. On pourrait comprendre aisément cette aspiration à avoir un enfant par le fait que plus d'un tiers (36,9%) d'entre elles n'ont pas encore contracté de mariage et pourraient avoir une plus grande aspiration à avoir des enfants très prochainement dans le cadre du mariage. Ces femmes appartenant au groupe de migrantes récentes pourraient être essentiellement des aides ménagères appelées communément servantes qui viennent travailler dans la capitale avant leur mariage et qui pour la plupart du temps ne séjournent pas plus de trois ans à Bamako. Ces mobilités obéissent à des pratiques culturelles et économiques visant à aller travailler dans la ville pour aider les familles à faire face aux dépenses liées aux mariages. Cependant, les difficultés économiques qu'éprouvent certains couples nouvellement installés dans la ville ne sont pas à exclure car peuvent constituer des effets perturbateurs à la procréation (Boujija, 2023; Brockerhoff & Yang, 1994; Kulu, 2005).

Par ailleurs, aussi paradoxal que cela puisse paraître, le niveau de fécondité est élevé parmi les femmes utilisatrices de contraception moderne. Elles ont 41% plus d'enfants que les femmes non utilisatrices de produits contraceptifs modernes. Ce résultat peut s'expliquer par le fait que les femmes font recours à la contraception moderne essentiellement pour espacer les naissances plutôt que de les limiter ou d'éviter les grossesses, en témoigne une utilisation de la contraception moderne plus prononcée chez les femmes mariées (22% contre 13% chez les femmes n'ayant jamais été mariées).

Il est vrai que les migrantes récentes ont une fécondité semblable à celle des natives de Bamako mais notre postulat de base est confirmé, à savoir que les migrantes vers Bamako, de par le nombre élevé d'enfants auxquels elles donnent vie, contribuent à tirer vers le haut le niveau global de fécondité à Bamako, qui est resté stable depuis plus de deux décennies. Ce résultat apporte un éclairage supplémentaire sur la compréhension du maintien du niveau de fécondité à Bamako, où la transition démographique est censée s'amorcer rapidement et toucher le reste du pays. La grande attractivité de la capitale porte à croire que la migration va se poursuivre et que le niveau de fécondité à Bamako restera longtemps stable avec tous les problèmes que cela implique. La forte croissance démographique, liée essentiellement à une baisse progressive de la mortalité, notamment chez les enfants en bas âge, sans réduction substantielle du niveau de fécondité, resté élevé, pose un problème majeur d'offre de services sociaux de base (santé, éducation, eau,

électricité, infrastructures routières), surtout dans un contexte déjà préoccupant de chômage et de sous-emploi des jeunes, qui contribue inéluctablement à renforcer l'insécurité.

Globalement, une des actions à recommander à l'endroit des décideurs est de poursuivre les efforts pour accroitre l'offre éducative de qualité pour faire bénéficier aux filles une meilleure scolarisation afin de réduire considérablement les mariages précoces, principale source d'une fécondité élevée même à Bamako. Partant de l'idée que la baisse de la fécondité passe par un recul de l'âge au mariage, le maintien à l'école et un niveau élevé de scolarisation des filles contribueront sans doute à faire émanciper les femmes du rôle traditionnel de reproductrices qui leur est très souvent dévolu (Charbit & Kébé, 2006).

Cette étude présente certaines limites qu'il convient de prendre en compte lors de l'interprétation des résultats. Premièrement, les données de l'EDS 2018, principalement conçues pour l'analyse des questions de santé maternelle et infantile, offrent des informations limitées pour appréhender finement les trajectoires migratoires des femmes. La mesure du statut migratoire repose essentiellement sur le lieu de résidence antérieur et la durée de résidence à Bamako, sans permettre de retracer les migrations multiples, temporaires ou circulaires, ni de préciser les motifs détaillés de migration, alors même que ces dimensions peuvent influencer les comportements reproductifs.

Par ailleurs, plusieurs facteurs susceptibles d'influencer simultanément les comportements migratoires et reproductifs n'ont pas été suffisamment explorés, notamment les conditions d'insertion urbaine, les réseaux familiaux, les conditions économiques des ménages, ainsi que les effets des crises sécuritaires récentes et des déplacements forcés de populations sur les dynamiques migratoires vers Bamako. Enfin, certaines interprétations relatives aux migrantes récentes demeurent exploratoires et mériteraient d'être approfondies à partir de données longitudinales ou d'approches qualitatives mieux adaptées à l'analyse des trajectoires migratoires et familiales.

Malgré ces limites, cette étude apporte un éclairage actualisé sur les interactions entre la migration interne et la fécondité dans le contexte urbain malien.

5. Références bibliographiques

Adewuyi, A. A. (1986). Interrelations between duration of residence and fertility in a Nigerian primate city. *The Nigerian journal of economic and social studies*, *28*(2), 197-211.

Anglewicz, P., Corker, J., & Kayembe, P. (2017). The fertility of internal migrants to Kinshasa. *Genus*, *73*(1), 4. https://doi.org/10.1186/s41118-017-0020-8

Basu, A. M. (2002). Why does education lead to lower fertility? A critical review of some of the possibilities. *World Development*, *30*(10), 1779-1790.

Behrman, J. A., & Weitzman, A. (2022). Point of Reference : A Multisited Exploration of African Migration and Fertility in France. *International Migration Review*, *56*(3), 911-940. https://doi.org/10.1177/01979183211046571

Boujija, Y. (2023). *Entre terre et ville : Migrations internes, réseaux sociaux et fécondité idéationnelle en région rurale sénégalaise*. https://doi.org/https://hdl.handle.net/1866/31924

Brockerhoff, M., & Yang, X. (1994). Impact of migration on fertility in sub-Saharan Africa. *Biodemography and Social Biology*, *41*(1-2), 19-43. https://doi.org/10.1080/19485565.1994.9988857

Campbell, M., Sahin-Hodoglugil, N. N., & Potts, M. (2006). Barriers to Fertility Regulation : A Review of the Literature. *Studies in Family Planning*, *37*(2), 87-98. https://doi.org/10.1111/j.1728-4465.2006.00088.x

Charbit, Y., & Kébé, M. (2006). Education et changements démographiques. *Défis du développement en Afrique subsaharienne. L'éducation en jeu*, 25-36.

Chattopadhyay, A., White, M. J., & Debpuur, C. (2006). Migrant fertility in Ghana : Selection versus adaptation and disruption as causal mechanisms. *Population Studies*, *60*(2), 189-203. https://doi.org/10.1080/00324720600646287

Diallo, B. A., Diarra, B., Toure, M., Cisse, D. A., & Doumbia, B. (2020). Etalement urbain à Bamako : Facteurs explicatifs et implications. *Afrique science*, *17*(6), 58-75.

Diallo, B. A., Djibrilla Alhadji, & Doumbia, B. (2020). Etalement urbain à Bamako : Facteurs explicatifs et implications. *Afrique science*, *17*(6), 58-75.

Kouaouci, A. (1992). Migrations des femmes et fécondité en Algérie. *Revue des mondes musulmans et de la Méditerranée*, *65*(1), 165-173.

Kulu, H. (2005). Migration and Fertility : Competing Hypotheses Re-examined. *European Journal of Population / Revue Européenne de Démographie*, *21*(1), 51-87. https://doi.org/10.1007/s10680-005-3581-8

Lee, B. S. (1992). The Influence of Rural-Urban Migration on Migrant's Fertility Behavior in Cameroon. *International Migration Review*, *26*(4), 1416-1447. https://doi.org/10.1177/019791839202600415

Lindstrom, D. P., Hernandez-Jabalera, A., & Giorguli Saucedo, S. (2021). Migration, Family Formation and Fertility in the Americas. *International Migration Review*, *55*(1), 280-314. https://doi.org/10.1177/0197918320923353

Moumouni, N. A. (2016). Projet de famille et processus d'autonomisation des individus en matière de fécondité au Niger. *Docteur ès sciences de la société, Faculté des sciences de la société, Université de Genève*. Consulté à l'adresse https://access.archive-ouverte.unige.ch/access/metadata/51d5a151-5cb1-456e-ad5c-27b5bac32708/download

Mussino, E., & Cantalini, S. (2022). Influences of origin and destination on migrant fertility in Europe. *Population, Space and Place*, *28*(7), e2567. https://doi.org/10.1002/psp.2567

Omondi, C. O., & Ayiemba, E. H. O. (2003). *Migration and fertility relationship : A case study of Kenya*. Consulté à l'adresse http://erepository.uonbi.ac.ke/handle/11295/39790

Randall, S., Mondain, N., & Diagne, A. (2010). Perspectives intergénérationnelles sur la reproduction au Sénégal. *XVI Colloque international de l'Aidelf: Relations intergénérationelles–Enjeux démographiques, Genève*, 21-24. Consulté à l'adresse https://www.erudit.org/en/books/actes-des-colloques-de-lassociation-internationale-des-demographes-de-langue-francaise/relations-intergenerationnelles-enjeux-demographiques-actes-xvie-colloque--978-2-9521220-3-0/004184co.pdf

Rokicki, S., Montana, L., & Fink, G. (2014). Impact of migration on fertility and abortion : Evidence from the household and welfare study of Accra. *Demography*, *51*(6), 2229-2254.

Schoumaker, B. (2013). A Stata module for computing fertility rates and TFRs from birth histories : Tfr2. *Demographic research*, *28*, 1093-1144.

Shapiro, D., & Tambashe, B. O. (2002). Fertility transition in urban and rural sub-Saharan Africa : Preliminary evidence of a three-stage process. *Journal of African Policy Studies*, *8*(2-3), 105-130.

Stephen, E. H., & Bean, F. D. (1992). Assimilation, Disruption and the Fertility of Mexican-Origin Women in the United States. *International Migration Review*, *26*(1), 67-88. https://doi.org/10.1177/019791839202600104

TIMBINE, M., SAMAKE, I., & SIDIBÉ, J. (2021). Migration et dynamique spatiale à Bamako et ses environs : Enjeux et perspectives. *Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique*, *3*(1), 17-31.

2026 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 8 (2)
ISSN: 1987-071X e-ISSN 1987-1023
Received, 31 December 2025
Accepted, 29 June 2026
Published, 9 July 2026
https://www.revue-rasp.org
To cite: Traore, O.L et al. (2026). Satisfaction des parents en pédiatrie au Centre Hospitalier Universitaire de Tengandogo, Ouagadougou. *Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, 8(2), pp.182-192.* https://doi.org/10.4314/rasp.v8i2.12

Research

Satisfaction des parents en pédiatrie au Centre Hospitalier Universitaire de Tengandogo, Ouagadougou

Parental satisfaction in pediatrics at the Tengandogo University Hospital Center, Ouagadougou

TRAORE Osara Lamoussa[1]*, DAO Lassina[1], BOUGOUMA/OUATTARA Orokia[1], MAIGA Bintou[1], KOUETA Fla[2]

[1] Service de pédiatrie, Centre Hospitalier Universitaire Tengandogo, Ouagadougou, Burkina Faso
[2] Chef de Service, Centre Hospitalier Universitaire Yalgado OUEDRAOGO, Ouagadougou, Burkina Faso
*** Correspondance :** Email : wossanra@gmail.com ; Tel : +226-785-471-12

Résumé

La mesure de la satisfaction des patients est une préoccupation majeure pour les établissements de santé, car elle constitue un indicateur essentiel de la qualité des soins. Cette étude visait à évaluer la satisfaction des parents d'enfants hospitalisés au service de pédiatrie du Centre Hospitalier Universitaire de Tengandogo (CHU-T), afin d'identifier les points forts et les axes d'amélioration. Il s'agit d'une étude transversale descriptive et analytique, menée de manière prospective au CHU-T du 18 octobre au 18 décembre 2023, incluant 167 parents accompagnateurs d'enfants hospitalisés. Le taux de participation a été de 97,66%. Une prédominance masculine a été observée chez les enfants (sex-ratio de 1,19) et 70,66 % d'entre eux étaient accompagnés de leur mère. L'accueil a été jugé satisfaisant par 85,63% des parents. Cependant, seuls 2,99 % des accompagnants connaissaient l'identité du personnel soignant, et 56,89 % ont estimé ne pas avoir reçu suffisamment d'informations sur l'état de santé de leur enfant. Le confort, la qualité des repas et l'hygiène des toilettes étaient satisfaisants (respectivement 96,41%, 80,84% et 77,25%). Globalement, 80,84% des accompagnants étaient satisfaits, avec une association significative entre la satisfaction globale et le lieu de résidence (p = 0,009). Cette étude, peu fréquente dans notre contexte, souligne l'importance d'une évaluation continue de la satisfaction afin d'améliorer la qualité des soins.

Mots clés : Évaluation, Satisfaction, Hospitalisation, Parents, Patients, Pédiatrie.

Abstract

Measuring patient satisfaction is a major concern for healthcare institutions, serving as a key indicator of the quality of care. This study aimed to evaluate the satisfaction of parents of

hospitalised children in the pediatric department of the Tengandogo University Hospital Centre (CHU-T) to identify strengths and areas for improvement. This was a descriptive and analytical cross-sectional study, conducted prospectively at CHU-T from October 18 to December 18, 2023, involving 167 parents accompanying hospitalized children. The participation rate was 97.66%. A male predominance was observed in children (sex ratio of 1.19), and 70.66% of children were accompanied by their mothers. Reception was rated as satisfactory by 85.63% of parents. However, only 2.99% of caregivers were aware of the healthcare staff's identity, and 56.89% reported not receiving sufficient information on their child's health status. Comfort, meal quality, and toilet hygiene were satisfactory (96.41%, 80.84%, and 77.25%, respectively). Overall, 80.84% of companions were satisfied, and there was a significant association between overall satisfaction and place of residence (p=0.009). This study, infrequent in our context, highlights the importance of continuous satisfaction evaluation to enhance the quality of care.

Keywords : Evaluation, Satisfaction, Hospitalization, Parents, Patients, Pediatrics.

1. Introduction

La mesure de la satisfaction des patients est un indicateur clé de la qualité des soins et un objectif majeur des établissements de santé (ANAES, 1996 ; Barlési et al., 2006). Cette évaluation, essentielle pour l'amélioration continue des services et l'alignement sur les besoins des usagers, est reconnue comme un pilier de la qualité des soins à l'échelle internationale (Bovier et al., 2004 ; Donabedian, 1988 ; IOM, 2001 ; Roemer et Montoya-Aguilar, 1988). En pédiatrie, l'avis des parents est d'autant plus crucial que, en tant que principaux acteurs et décideurs, ils sont au cœur de la prise en charge de leurs enfants (Carré, 2017).

Au Burkina Faso, bien que l'importance de la satisfaction des patients soit reconnue, les études systématiques évaluant cet aspect dans les services hospitaliers restent limitées. Le Centre Hospitalier Universitaire de Tengandogo (CHU-T), en tant que structure de référence, s'efforce de faire constamment évoluer ses services. Une évaluation locale de la satisfaction des parents offre une occasion unique d'identifier les forces et les faiblesses spécifiques du service de pédiatrie afin d'orienter des actions d'amélioration ciblées (Reeder, 1972 ; Senez et al., 1999).

2. Matériels et Méthodes

La présente étude a été menée conformément aux principes de la recherche scientifique et aux directives éthiques en vigueur. Elle visait à collecter des données objectives tout en respectant la dignité et la confidentialité des participants.

2.1. Type et Cadre de l'étude

Il s'agit d'une étude transversale, descriptive et analytique, avec une collecte prospective des données. Le travail a été réalisé au Centre Hospitalier Universitaire de Tengandogo (CHU-T).

Sur les plans géographique et administratif, Tengandogo est une localité située à la périphérie sud de Ouagadougou, rattachée à la commune rurale de Komsilga dans la province du Kadiogo. Sur le

plan politique et institutionnel, cet établissement constitue une référence stratégique pour le système de santé burkinabè. Inauguré le 25 octobre 2010 sous l'appellation d'Hôpital National Blaise Compaoré, il a été érigé en Centre Hospitalier Universitaire en 2015 avant de prendre sa dénomination actuelle en 2019.

L'établissement est situé précisément à l'entrée sud de la ville de Ouagadougou, le long de la route nationale n°5. Cette position géographique lui permet de desservir les populations des quartiers sud de la capitale ainsi que celles du district sanitaire de Boulmiougou. Le service de pédiatrie, point d'ancrage de l'étude, dispose d'une unité d'urgences de 10 lits, d'un bâtiment d'hospitalisation de 34 lits et d'une section de néonatologie. Le personnel est composé de pédiatres, de médecins en spécialisation, d'infirmiers et de stagiaires.

2.2. Population et Échantillonnage

La population cible était constituée de tous les parents ou tuteurs légaux d'enfants âgés de 0 à 15 ans, hospitalisés dans l'unité de pédiatrie du CHU-T. La période de l'étude s'est étendue sur deux mois, du 18 octobre au 18 décembre 2023. Un sondage exhaustif a été réalisé, incluant tous les parents d'enfants présents au moment de l'étude et répondant aux critères de sélection. Parmi les 171 ceux-ci, 167 parents ont participé à l'étude, soit un taux de participation de 97,66 %.
Les critères d'inclusion étaient :

- Être le parent d'un enfant âgé de 0 à 15 ans admis dans l'unité d'hospitalisation de pédiatrie du CHU-T durant la période de l'étude.
- Consentir oralement à participer à l'étude.

Les critères de non-inclusion étaient :

- Les parents ne consentant pas à participer.
- Les parents sont dans l'incapacité de répondre aux questions.
- Les parents d'enfants hospitalisés en néonatologie, en raison des heures de visite restreintes qui limitent l'interaction.

2.3. Variables et collecte de données

Les variables étudiées incluaient :

- **Variables sociodémographiques** : âge de l'enfant, sexe de l'enfant, filiation du parent (lien de parenté avec l'enfant), âge du parent ou du tuteur, profession du parent, niveau d'études du parent, statut matrimonial du parent.

- **Degré de satisfaction** : évalué sur plusieurs aspects :

    - Le fonctionnement du service (qualité de l'accueil aux urgences pédiatriques, disponibilité du personnel, identification du personnel soignant, information sur la date et l'organisation de la sortie).
    - La relation avec le personnel (médecins, infirmiers, vigiles, accompagnants).
    - La qualité des soins (informations sur l'état de santé, le traitement, les examens paracliniques).

    - Le cadre d'hospitalisation (confort et entretien de la chambre, calme, qualité des repas, accès et entretien des toilettes).
    - La satisfaction globale.
- **Variables économiques** : notamment les frais liés aux services (ex. toilettes).

Les données ont été recueillies par un enquêteur au moyen d'un questionnaire écrit et anonyme, administré auprès des patients ou de leurs accompagnants. L'outil de collecte a été pré-testé sur un échantillon de 20 patients. La collecte s'est déroulée pendant l'hospitalisation et lors de la sortie des patients, après l'obtention des autorisations nécessaires de la direction du CHU-T.

2.4. Analyse des données

La saisie des données a été réalisée à l'aide du logiciel Microsoft Office 2016 (Word, Excel, PowerPoint). L'analyse statistique a été effectuée à l'aide du logiciel EpiInfo version 7.5.1. Le test du Chi-carré a été utilisé pour comparer les variables qualitatives, avec un seuil de signification fixé à $p < 0,05$.

2.5. Considérations éthiques et déontologiques

Une autorisation de collecte de données et de réalisation de l'étude a été obtenue auprès de l'administration du CHU-T avant le début des activités. La confidentialité des réponses et l'anonymat des participants ont été strictement respectés. L'objectif de l'enquête a été clairement expliqué aux accompagnants, et ils ont été rassurés quant à la confidentialité de leurs réponses. Le consentement oral a été recueilli avant toute administration du questionnaire. Aucun nom ni prénom de patients ni d'accompagnants n'a été enregistré sur les questionnaires.

3. Résultats

L'étude a inclus 167 parents accompagnant des enfants hospitalisés, pour un taux de participation de 97,66 %.

3.1. Caractéristiques sociodémographiques

Le tableau I présente la répartition des patients hospitalisés selon la classe d'âge.

Tableau I : Répartition des patients selon les classes d'âge (n=167)

Age (Mois)	Effectifs	Pourcentage (%)
< 1	34	20,4
1 – 24	52	31,1
25 – 60	35	21
> 60	46	27,5
Total	**167**	**100**

Source : Données de l'étude (2023)

Les nouveau-nés et nourrissons (moins de 24 mois) constituaient la majorité des enfants hospitalisés (51,5% de la cohorte).

Parmi les enfants, le sexe masculin était prédominant (54,5%, avec un sex ratio de 1,19), et 70,66% étaient accompagnés par leur mère. L'âge moyen des accompagnants était de 35,36 ans. Les cultivateurs/éleveurs représentaient 35,3% des accompagnants, et 50,3% des parents n'étaient pas scolarisés. La plupart des parents (81%) étaient mariés.

3.2. Motifs d'hospitalisation

Le tableau II détaille les motifs d'hospitalisation des enfants.

Tableau II : Répartition des patients selon le motif d'hospitalisation (n=167)

Motifs d'hospitalisation	Effectifs	Pourcentage (%)
Paludisme grave	50	29,94
Infections néonatales précoces	23	13,77
Dengue	11	6,59
Pneumopathie	8	4,79
Pathologie chirurgicale	6	3,59
Anémie	6	3,59
Cardiopathie congénitale	5	2,99
Souffrance fœtale aiguë	3	1,8
Insuffisance cardiaque	2	1,2
Insuffisance rénale	2	1,2
Autres motifs (moins de 1%)	11	6,6
TOTAL	167	100

Source : Données de l'étude (2023)

Le paludisme grave était le principal motif d'hospitalisation (29,94%).

3.3. Niveaux de satisfaction

Le tableau III présente l'appréciation des parents quant à la qualité de l'accueil reçu aux urgences pédiatriques**.**

Tableau III : Appréciation de l'accueil reçu aux urgences pédiatriques (n=167)

Qualité de l'accueil	**Effectifs**	**Pourcentage (%)**
Très bonne	3	1,80
Bonne	143	85,63
Assez bonne	19	11,38
Mauvaise	2	1,20
Total	**167**	**100**

Source : Données de l'étude (2023)

Une large majorité de parents (85,63%) a jugé l'accueil aux urgences pédiatriques comme bon. Concernant l'identification du personnel, seulement 2,99% des accompagnants connaissaient

l'identité du personnel soignant. Les soins et la disponibilité du personnel (jour et nuit) ont été jugés très satisfaisants par plus de 90% des parents. Le tableau IV illustre le degré de satisfaction des parents quant aux informations reçues sur l'état de santé de leur enfant.

Tableau IV : Degré de satisfaction concernant les informations sur l'état de santé de l'enfant (n=167)

Qualité des informations	Effectifs	Pourcentage (%)
Très bien	1	0,60
Bien	22	13,17
Moyen	48	28,74
Pas assez	95	56,89
Pas du tout	1	0,60
Total	**167**	**100**

Source : Données de l'étude (2023)

Plus de la moitié des parents (56,89%) ont déclaré ne pas avoir reçu suffisamment d'informations sur l'état de santé de leur enfant.

Le tableau V indique le degré de satisfaction concernant les précautions prises par le personnel au cours de la journée pour le respect de l'intimité des patients.

Tableau V : Satisfaction sur les précautions d'intimité prises par le personnel dans la journée (n=167)

Précaution (journée)	Effectifs	Pourcentage (%)
Très bonne	154	92,22
Bonne	11	6,59
Assez bonne	1	0,6
Mauvaise	1	0,6
Total	**167**	**100**

Source : Données de l'étude (2023)

La quasi-totalité des parents (92,22%) a jugé "très bonnes" les précautions prises en journée pour le respect de l'intimité.

De même, 93,41% des parents ont jugé "bonne" la satisfaction concernant les précautions prises par le personnel la nuit pour le respect de leur intimité. La relation avec les médecins (94,61%) et les infirmiers (88,62%) était majoritairement jugée bonne. Le confort de la chambre (96,41%), l'hygiène (90,42%) et le calme (98,8%) étaient satisfaisants. La qualité des repas a été appréciée par 80,84% des parents et l'entretien des toilettes par 77,25%. Globalement, 81,33% des parents ont exprimé une impression positive en quittant l'hôpital.

3.4. Facteurs liés à la satisfaction globale

Le tableau VI analyse les facteurs potentiellement associés au niveau global de satisfaction.

Tableau VI : Facteurs liés au niveau global de satisfaction (n=166)

Variables	Satisfaction globale (%)	OR (IC95%)	p
Age de l'accompagnant			
Moins de 30 ans	99 (76,15)	2,1 (0,79-5,68)	0,12
30 ans et plus	31 (23,85)		
Age des enfants			
Inférieur ou égal à 5 ans	54 (41,54)	1,3 (0,49-3,52)	0,57
Plus de 5 ans	76 (58,46)		
Lieu de résidence			
Zone rurale	79 (56,83)	**0,3 (0,13-0,78)**	**0,00**
Zone urbaine	60 (43,17)		
Niveau d'instruction			
Scolarisé	66 (47,48)	0,6 (0,26-1,43)	0,26
Non scolarisé	73 (52,52)		
Sexe de l'enfant			
Féminin	61 (43,88)	1,5 (0,69-3,66)	0,26
Masculin	78 (56,12)		

Source : Données de l'étude (2023)

Une association significative (p=0,00) a été observée entre la satisfaction globale et le lieu de résidence, indiquant une satisfaction plus élevée chez les parents des zones rurales.
Aucune association significative n'a été trouvée entre la satisfaction globale et l'âge de l'accompagnant, l'âge ou le sexe de l'enfant, ni le niveau d'études des parents.

4. Discussion

4.1. Caractéristiques sociodémographiques

La prédominance masculine observée chez les enfants hospitalisés (54,5 %) est conforme à d'autres études menées au Mali et au Burkina Faso (Sy, 2003 ; Traoré A., 2007 ; Traoré L., 2013). L'âge moyen des parents (35,36 ans) est similaire à celui rapporté dans certaines études (Traoré L., 2013 ; Yaméogo et al., 2017 ; Zerbo, 2018) mais supérieur à d'autres (Mendave Mouafo, 2019). La forte proportion de parents cultivateurs/éleveurs (35,3 %) et non scolarisés (50,3 %) est supérieure à celle rapportée par d'autres travaux (Traoré A., 2007 ; Traoré L., 2013).

4.2. Motifs d'hospitalisation

Le paludisme grave constitue le principal motif d'hospitalisation (29,94 %), confirmant la lourde charge de morbidité liée à cette pathologie dans la région (Ministère de la Santé du Burkina Faso, 2003 ; Sy, 2003).

4.3. Niveaux de satisfaction

L'accueil a été jugé satisfaisant par une large majorité de parents (85,63 %), ce qui est comparable à d'autres études (Mendave Mouafo, 2019 ; Traoré A., 2007 ; Traoré L., 2013). Cependant, l'identification du personnel reste un défi, avec 97,6 % des parents incapables d'identifier les soignants, un taux plus élevé que dans d'autres contextes (Traoré L., 2013 ; Yaméogo et al., 2017). Concernant l'information sur l'état de santé, 56,89 % des parents ont estimé n'avoir pas reçu suffisamment d'informations, un taux inférieur à certaines études (Sy, 2003) et supérieur à d'autres (Dipama, 2011). La qualité des soins et la disponibilité du personnel ont reçu des niveaux de satisfaction très élevés, similaires à d'autres travaux (Traoré A., 2007 ; Traoré L., 2013). La relation avec le personnel est très appréciée, ce qui concorde avec l'importance de l'aspect relationnel soulignée par certains auteurs (Burrnand et Paccaud, 1997 ; Zerbo, 2018).

4.4. Satisfaction globale et facteurs associés

Le taux de satisfaction globale de 81,33 % est comparable à des études menées au Burkina Faso (Zongo, 2011) et dans d'autres pays (Bouche et al., 2006 ; CHU Saint-Étienne, 2023 ; MSSS, 2023). L'analyse a révélé une association significative entre le lieu de résidence et la satisfaction globale. Les patients résidant en zone rurale pourraient manifester une plus grande satisfaction du fait de l'accès à un hôpital de référence (Aldana et Piechulek, 2001). Contrairement à certaines études (Abouda et al., 2011), notre travail n'a pas mis en évidence de lien significatif avec l'âge ou le niveau d'études des parents.

5. Conclusion

La mesure de la satisfaction des patients est aujourd'hui une préoccupation générale de tous les établissements de santé, car elle constitue une source d'informations précieuses pour l'amélioration continue de la qualité des soins. Notre étude, la première du genre au Centre Hospitalier Universitaire de Tengandogo (CHU-T) sur ce sujet, a révélé un niveau global de satisfaction des parents de 80,84%.

Ce niveau de satisfaction, bien que majoritairement positif, masque des insuffisances qu'il est crucial d'adresser. Les principaux points d'insatisfaction identifiés concernent les délais d'attente, l'absence de toilettes fonctionnelles la nuit et le paiement de leur accès, le manque d'identification visible du personnel, et des lacunes dans l'information fournie aux parents sur l'état de santé de leurs enfants.

Ces constats soulignent l'urgence d'une démarche proactive et continue pour optimiser la prise en charge au CHU-T. Il serait judicieux de mettre en œuvre des actions ciblées, telles que l'amélioration des circuits de prise en charge pour réduire l'attente, l'aménagement d'un accès gratuit et permanent à des toilettes propres, la généralisation du port de badges d'identification pour tout le personnel, et le renforcement de la communication entre les soignants et les parents. Une évaluation régulière et systématique de la satisfaction permettra de suivre l'impact de ces améliorations et d'adapter les stratégies afin de garantir des soins de qualité, humanisés et centrés

sur le patient et sa famille, contribuant ainsi à l'atteinte des objectifs de santé publique au Burkina Faso.

Remerciements

Nous souhaitons exprimer notre sincère gratitude à toutes les personnes et institutions qui ont contribué, de près ou de loin, à la réalisation de cette étude. Notre gratitude s'adresse également à la Direction Générale du Centre Hospitalier Universitaire de Tengandogo (CHU-T) pour avoir autorisé cette étude. Nous remercions chaleureusement l'ensemble du personnel du service de pédiatrie du CHU-T, en particulier le corps médical, paramédical et administratif, pour leur précieuse collaboration et leur aide à la collecte des données.

Enfin, une pensée particulière et nos remerciements les plus sincères vont aux enfants malades et à leurs familles, sans la participation desquels cette étude n'aurait pas pu être menée.

Conflit d'intérêts

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts lié à cette publication.

Références

Abouda, W., Bannour, W., Bouafia, N., et al. (2011). La prestation repas au CHU F Hached de Sousse, Tunisie : Avis patient et cadre soignant. *ScienceLib. Mersenne*, 3, 12p.

Agence Nationale d'Accréditation en Santé (ANAES). (1996). *La satisfaction des patients lors de leur prise en charge dans les établissements de santé, revue de la littérature médicale*. Paris : ANDEM/Service Évaluation Hospitalière.

Aldana, J. M., et Piechulek, H. (2001). Satisfaction des patients et qualité des soins dans des zones rurales du Bangladesh. (5).

Ann, S. (2010). *The safe motherhood action agenda: priorities for the next decade*.

Barlési, F., Chabert-Greillier, L., Loundou, A., Siméoni, M. C., Greillier, L., Doddoli, C., et al. (2006). Validation de la version française du Princess Margaret Hospital Patient Satisfaction with Doctor Questionnaire : le F-PMH/PSQ MD. *Revue des Maladies Respiratoires*, 23(3), 227-36.

Bouche, G., Lebeau, M., Aubeneau, C., Klossek, J. M., Gasquet, I., et Migeot, V. (2006). Mesure de la satisfaction des patients au service d'une meilleure organisation des consultations dans un pôle de centre hospitalier universitaire. *Risques et Qualité*, 3, 225-232.

Bovier, P., Haller, D., et Lefébvre, D. (2004). Mesurer la qualité des soins en médecine de premier recours : difficultés et solutions. *Médecine et hygiène*, 62, 1833-6.

Burrnand, B., et Paccaud, F. (1997). *Maîtrise de la qualité dans les hôpitaux universitaires : satisfaction des patients*. Suisse : IUMSP.

Carré, S. (2017). Étude de la satisfaction du patient et de son entourage en établissements de santé. *Colloque « les usagers d'hier à aujourd'hui »*.

Centre Hospitalier Universitaire de Saint-Étienne. (2023). *Évaluation de la satisfaction des patients hospitalisés*. France.

Dipama, D. (2011). *Évaluation de la satisfaction des patients sur la prise en charge dans le service des urgences médicales du Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo* [Thèse de médecine, n°1723]. Ouagadougou.

Donabedian, A. (1988). The quality of care. How can it be assessed? *JAMA*, 260(12), 1743-8.

Doumbia, M. N. (2001). *Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant dans le service de consultation externe à l'hôpital Gabriel Touré* [Thèse de médecine]. Bamako.

Gentile, S., Ledoray, V., Blandiniere, D., Antoniotti, S., et Sambuc, R. (1999). La satisfaction des patients au sortir des services des urgences : Étude multicentrique de la région Provence-Alpes-Côte-d'Azur. 8, 27-32.

Hein, L. (2017). *Évaluation du niveau de satisfaction des patients hospitalisés au département de médecine et spécialités médicale du centre hospitalier universitaire Souro Sanou à Bobo Dioulasso en 2017 au Burkina Faso* [Thèse de médecine, n°112].

Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS). (2007). *Mesure de la satisfaction des usagers des établissements de santé*. Paris : Igas ; 2007-045p.

Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSD). (2008). *Recensement général de la population et de l'habitation de 2006*. Ministère de l'économie et des finances, Ouagadougou.

Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSD). (2022). *Tableau de bord démographique*. Burkina Faso.

Institute of Medicine (IOM). (2001). *Crossing the quality chasm: A new health System for 21st century*. Washington DC, National Academy Press.

Kanté, S. (2003). *Accompagnement des patients à l'hôpital du point G* [Thèse de médecine]. Bamako.

Maïga, B. (2003). *Référence à la pédiatrie de l'hôpital Gabriel Touré* [Thèse de médecine]. Bamako.

Mendave Mouafo, V. (2019). *Enquête sur la satisfaction des parents des patients hospitalisés en réanimation CHU Gabriel-Touré* [Thèse de médecine]. Mali.

Ministère de la Santé du Burkina Faso. (2003). *Programme national d'assurance qualité en santé*.

Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS). (2023). *Mesure de la satisfaction des parents à l'égard des soins et services*. Canada.

Mtiraoui, A., et Alouini, B. (2002). Évaluation de la satisfaction des patients hospitalisés à l'hôpital de Kairouan. *Tunisie médicale*, 80, 13-121.

Palm, Y. (2014). *Évaluation de la satisfaction des patients pris en charge dans l'unité d'hospitalisation du service de cardiologie du centre hospitalier universitaire Yalgado Ouédraogo* [Thèse de médecine, n°29]. Burkina Faso.

Palmer, R. H., Donabedian, A., et Povar, G. J. (1991). *Striving for quality in health care. An inquiry into policy and practice*. Health Administration Press. Ann. Arbor.

Pourin, C., Tricaud, S., et Barberger-Gateau, P. (1999). Élaboration et validation d'une méthode de mesure de la satisfaction des patients : l'expérience Saphora-MCO. *Gestion hospitalière*, 388, 480-91.

Reboul-Marty, J., Thoreux, P., Debien, M., Roynard, J. L., Durand, M., et Languillat, G. (2000). L'évaluation de la satisfaction des patients des services d'urgence est-il possible ? 9, 331-338.

Reeder, L. G. (1972). The patient-client as a consumer: some observations on the changing professional-client relationship. *Journal of Health and Social Behavior*, 13, 406-412.

Roemer, M., et Montoya-Aguilar, C. (1988). *Quality assessment and assurance in primary health care*. Genevia, WHO Offset Publication No. 105.

Senez, B., Orvain, J., Doumenc, M., et al. (1999). *Qualité des soins : revue à travers la littérature des outils et des critères utilisés en médecine ambulatoire*. ANAES.

Stiffler, M. (2021). Qu'est-ce que l'évaluation ? *Commission européenne*.

Sy, O. (2003). *Morbidité et mortalité dans le service de pédiatrie B du CHU Gabriel Touré* [Thèse de médecine]. Bamako.

Traoré, A. (2007). *Étude de la satisfaction des parents des enfants vus à la consultation externe au service de l'hôpital Gabriel* [Thèse de médecine]. Bamako.

Traoré, L. (2013). *Évaluation de la satisfaction des parents des enfants hospitalisés dans les départements de pédiatrie du centre hospitalier universitaire Yalgado Ouédraogo* [Thèse de médecine]. Burkina Faso.

Yaméogo, A., Millogo, C., Palm, F., et al. (2017). Évaluation de la satisfaction des patients dans le service de cardiologie du CHU Yalgado Ouédraogo. *Pan African Medical Journal*. Burkina Faso.

Zerbo, Z. (2018). *Évaluation des accompagnants des patients hospitalisés dans les services du département de pédiatrie du centre hospitalier universitaire Souro Sanou (CHUSS) de Bobo Dioulasso* [Thèse de médecine, n°130].

Zongo, J. (2011). *Évaluation de la satisfaction des bénéficiaires de l'offre des soins dans les maternités de la ville de Ouagadougou* [Thèse de médecine, n°229]. Burkina Faso.

2026 TRAORE, 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 8 (2)
ISSN: 1987-071X e-ISSN 1987-1023
Received, 6 April 2026
Accepted, 18 June 2026
Published, 10 July 2026
https://www.revue-rasp.org
To cite: Boena, A. M et al. (2026). Profil de toxicité des chimiothérapies du cancer du sein au département de gynécologie-obstétrique et médecine de la reproduction du centre hospitalier universitaire sourô sanou. *Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, 8(2), pp.193-200.* https://doi.org/10.4314/rasp.v8i2.13
Research

Profil de toxicité des chimiothérapies du cancer du sein au département de gynécologie-obstétrique et médecine de la reproduction du centre hospitalier universitaire sourô sanou.

Toxicity profile of breast cancer chemotherapies in the department of gynecology-obstetrics and reproductive medicine of the Souro Sanou University Hospital Center.

Maneguedo Alexandre Boena[1*], Mohamed Dieudonné Ouattara[2], Stephanie Mariama Millogo[2], Tindaogo Serge Soumdaogo [1]

[1]Service de médecine interne, Centre Hospitalier Universitaire Sourô SANOU, Bobo Dioulasso, Burkina Faso

[2]Service d'oncohématologie, Centre Hospitalier Universitaire de Pala, Bobo-Dioulasso, Burkina Faso

***Correspondance** : **email** :alexboena@gmail.com; Tel : +22675313118

Résumé

Dans plus de 60% des cas dans notre contexte, le cancer est diagnostiqué à un stade avancé. A ces stades, la chimiothérapie cytotoxique constitue le traitement le plus utilisé. Ces médicaments présentent des effets indésirables pouvant altérer la qualité de vie des patients et compromettre leurs chances de guérison. L'objectif est de rapporter les différentes toxicités de la chimiothérapie des cancers du sein afin de planifier une prise en charge efficace. Il s'est agi d'une étude transversale descriptive menée pendant six mois, incluant toutes les patientes traitées par chimiothérapie pour un cancer du sein. Les variables étaient sociodémographiques, en rapport avec le cancer, l'état général OMS de la patiente, le protocole de chimiothérapie, les toxicités immédiates et secondaires au cours des 6 premiers mois et l'évolution. Nous avons colligé 92 patientes, dont l'âge moyen était de 37 ans, avec des extrêmes de 19 et 71 ans. La fréquence des toxicités était de 91,35% tous grades confondus. Il s'agissait surtout de toxicité digestive : nausée-vomissement (91,3%), diarrhée (37%), mucites (27,2%), constipation (15,2%) ; de toxicité hématologique : anémie (68,5%), neutropénie (46,7%), thrombopénie (18,5%) d'alopécie (70,7%). Le délai moyen de survenue était inférieur à 10 jours. La prise en charge était ambulatoire dans 75%. L'évolution était favorable dans 81%. Les effets indésirables de la chimiothérapie sont très fréquents. La prévention et l'éducation des patients restent la meilleure arme de lutte.

Mots-clés : toxicité, chimiothérapie, cancer du sein ; CHUSS

Abstract
In more than 60% of cases in our setting, cancer is diagnosed at an advanced stage. At these stages, cytotoxic chemotherapy is the most commonly used treatment. These drugs have side effects that can impair patients' quality of life and compromise their chances of recovery. The objective is to report on the various toxicities of chemotherapy for breast cancer in order to plan for their effective management. This was a descriptive cross-sectional study conducted over a six-month period that included all female patients receiving chemotherapy for breast cancer. The variables included sociodemographic factors, cancer-related factors, the patient's WHO performance status, the chemotherapy regimen, immediate and late toxicities within the first six months, and clinical outcomes. We included 92 female patients with a mean age of 37 years (range, 19-71 years). The incidence of toxicity was 91.35% across all grades. The most common toxicities were gastrointestinal: nausea and vomiting (91.3%), diarrhoea (37%), mucositis (27.2%), and constipation (15.2%); hematologic toxicity: anaemia (68.5%), neutropenia (46.7%), and thrombocytopenia (18.5%); and alopecia (70.7%). The median time to onset was less than 10 days. Outpatient management was provided in 75% of cases. The outcome was favorable in 81% of cases. Toxicities during chemotherapy are very common. Prevention and patient education remain the best strategies for managing them.
Keywords: toxicity, chemotherapy, breast cancer; CHUSS

1. Introduction

A l'origine de plus de 9 millions de décès en 2022, le cancer est l'une des principales causes de mortalité dans le monde (Bray et al., 2024). Au Burkina Faso, le cancer du sein occupe le premier rang des cancers féminins avec 1 372 nouveaux cas et 818 décès enregistrés en 2022 (Bray et al., 2024). Cela s'explique par le retard diagnostique lié à des facteurs socio-économiques et culturels. Ainsi, plus de 60 % des patients sont pris en charge à des stades avancés, comme rapporté dans une série africaine (Ouédraogo et al., 2018). Dans ce contexte, la chimiothérapie cytotoxique demeure le pilier du traitement systémique, qu'elle soit administrée en néoadjuvant, en adjuvance ou en métastatique. Son objectif est de réduire la masse tumorale, de prévenir les récidives et d'améliorer la survie globale (Lewis et al., 2025). Cependant, l'efficacité de ces agents est limitée par leur faible spécificité d'action. En ciblant les cellules tumorales et les cellules saines à renouvellement rapide, ils induisent des toxicités fréquentes : myélosuppression, troubles gastro-intestinaux, alopécie et mucites (Almeida et al., 2023 ; Anoop et al., 2021). Ces effets indésirables ne se limitent pas à l'inconfort immédiat ; ils peuvent compromettre l'adhésion thérapeutique, entraîner des réductions de doses et dégrader significativement la qualité de vie des patients. Malgré l'ampleur de ces risques, les données documentant le profil de tolérance des protocoles utilisés au Burkina Faso restent insuffisantes. C'est dans cette optique que nous avons mené cette étude visant à évaluer les toxicités liées à la chimiothérapie du cancer du sein, afin d'optimiser les stratégies de prise en charge, d'anticiper les complications et d'améliorer les résultats cliniques et la qualité de vie des patientes.

2. Matériels et Méthodes

2.1.Type et cadre de l'étude

Il s'agissait d'une étude observationnelle descriptive, transversale, à collecte prospective, réalisée au sein du DGOMR/CHU-SS sur une période de six mois, du 01 mars au 30 août 2025.

2.2.Population d'étude

Elle était constituée de patientes suivies pour un cancer du sein au sein du département de gynécologie-obstétrique et de médecine de la reproduction du Centre hospitalier universitaire Sourô Sanou.

2.3.Techniques et outils de collecte des données

Les données ont été recueillies à partir des registres de chimiothérapie, des dossiers médicaux des patientes, des fiches de suivi de la chimiothérapie, des cahiers de chimiothérapie, ainsi que lors des rendez-vous de contrôle. Ces informations ont été collectées à l'aide d'une fiche d'enquête standardisée, préalablement élaborée à cet effet. Le questionnaire a été rempli par les médecins investigateurs après l'obtention du consentement libre et éclairé.

2.4.Critères d'inclusion

Ont été incluses dans notre étude, toutes les patientes âgées d'au moins 18 ans suivies pour cancer du sein histologiquement confirmé et ayant reçu au moins une cure de chimiothérapie.

2.5.Critères de non-inclusion

N'ont pas été incluses dans notre étude, les patientes dont les dossiers médicaux étaient incomplets.

2.6. Paramètres de l'étude

2.6.1. Les paramètres étudiés :

- Les données sociodémographiques : Âge (en années), profession, niveau de scolarisation, situation matrimoniale, résidence.
- Les données cliniques : le stade du cancer (Métastatique ou non) ;
- Les données thérapeutiques : protocoles de chimiothérapie, nombre de cures ; intercure (intervalle entre deux séances de chimiothérapie) ;
- Les toxicités liées à la chimiothérapie classées en garde selon les critères du NCI-CTCAE (National Cancer Institute - Common Terminology Criteria for Adverse Events version 5.0) clinique et biologique ;
- Irrégularité de la chimio du fait des toxicités, retard entre cure, nombre de jour de retard, type de toxicité en cause.
- La modalité de prise en charge : en ambulatoire ou en hospitalisation.
- L'évolution clinique après la prise en charge.

2.6.2. Définitions opérationnelles (NCI, 2017)

-Les toxicités ont été définies et classées selon la Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE) du National Cancer Institute comme représentées dans le tableau ci-après :

Tableau 1 : Classification des toxicités de la chimiothérapie selon la CTCAE

Toxicité	Grade 1 (Léger)	Grade 2 (Modéré)	Grade 3 (Sévère)	Grade 4 (Menaçant)
Alopécie	Perte de cheveux < 50%	Perte de cheveux ≥50%	Non applicable	Non applicable
Neutropénie	PNN : 2000-1500	PNN : 1000-1500	PNN : 500-1000	PNN < 500
Nausées	Perte d'appétit sans vomissement	Apports oraux diminués, vomissements modérés	Vomissements incoercibles (nécessitant des soins)	Non applicable
Vomissements	1-2 épisodes/24h	3-5 épisodes/24h	3-5 épisodes/24h	Nécessitant une hospitalisation
Fatigue	Fatigue soulagée par le repos	Fatigue non soulagée, limite les activités	Fatigue limite les soins personnels (s'habiller, manger)	Non applicable
Mucite/Stomatite	Asymptomatique/Léger	Douleur, mange des aliments solides	Douleur intense, mange peu, nécessite régime liquide	Fibrine, alimentation parentérale
Diarrhée	< 4 selles/jour en plus de la base	4-6 selles/jour en plus de la base	≥7 selles/jour en plus de la base	Conséquences hémodynamiques
Neuropathie	Paresthésie/engourdissement léger	Paresthésie modérée (limite activités instrumentales)	Paresthésie sévère (limite activités de soins)	Invalidante
Cardiotoxicité	Anomalie asymptomatique	Symptomatique, contrôlé	Symptomatique, difficile à contrôler	Hospitalisation pour défaillance

PNN : Polynucléaires neutrophiles

-Toxicité aigüe : évènement indésirable survenant pendant l'administration de la chimiothérapie ou dans un délai court après celle-ci ; généralement dans les jours ou semaines suivant le traitement.

-Toxicité tardive ou chronique : ensemble des effets indésirables persistants ou apparaissant à distance de l'administration de la chimiothérapie ; plusieurs mois ou années après la fin du traitement

2.7.Traitement et analyse des données

Les données ont été analysées à l'aide du logiciel R 4.3.2 et SPSS version 27.0. Pour les variables quantitatives avec une distribution normale, la moyenne et l'écart types respectifs ont été calculés

et pour les variables quantitatives avec une distribution significativement asymétrique, la médiane et l'intervalle interquartile.

2.8.Considérations éthiques

Les fiches de collecte étaient anonymes assurant ainsi la protection de l'identité des malades pendant l'étude et lors de la diffusion des résultats. Aussi les données ne seront accessibles qu'à l'équipe de recherche. Des demandes d'autorisation d'enquêtes ont été faites à l'endroit du directeur médical et scientifique (DMS) du CHU Souro Sanou avant le début de l'étude.

3. Résultats

Au total, 92 patientes atteintes de cancers du sein et traitées par chimiothérapie ont été incluses dans l'étude. L'âge moyen des patientes était de 37 ans, avec des extrêmes de 19 et 71 ans. La majorité des patientes étaient des ménagères (68,88%), non scolarisées (56,88%) et 64,13% vivaient en zone rurale. La survenue d'au moins une toxicité liée à la chimiothérapie a été observée chez 84 patientes, soit une fréquence globale de 91,35%, tous grades confondus. Il s'agissait surtout de toxicité digestive : nausée-vomissement (91,3%), diarrhée (37%), mucites (27,2%), constipation (15,2%) ; de toxicité hématologique : anémie (68,5%), neutropénie (46,7%), thrombopénie (18,5%) d'alopécie (70,7%) comme indiqué dans le tableau ci-après. Le délai moyen de survenue des toxicités était inférieur à 10 jours après l'administration de la chimiothérapie. La prise en charge était réalisée en ambulatoire dans 75% des cas. L'évolution clinique était favorable dans 81 % des cas après traitement symptomatique et/ou adaptation thérapeutique.

Tableau 2 : Répartition des toxicités en fonction de leur grade et de leur fréquence

Types de toxicité	Symptômes	Grade I-II (%)	Grade III-IV(%)	Total (%)
Digestive	Nausées/vomissements	66 (71,7)	18 (19,6)	84 (91,3)
	Diarrhée	26 (28,3)	8 (8,7)	34 (37)
	Mucites	19 (20,7)	6 (6,5)	25 (27,2)
	Constipation	14 (15,2)	0 (0)	14 (15,2)
	Anorexie	15(16,3)	2 (2,2)	17(18,5)
Hématologiques	Anémie	49(53,3)	14(15,2)	63(68,5)
	Neutropénie	31(33,7)	12(13)	43(46,7)
	Thrombopénie	14(15,2)	3 (3,3)	17(18,5)
Cutanéo-phaneriens	Alopécie	65(70,7)	0(0)	65(70,7)
	Hyperpigmentation cutanée			25 (27,17)
	Syndrome main-pied	6(6,5)	2(2,2)	8(8,7)
Neurologiques	Neuropathies périphériques	10(10,9)	3(3,3)	13(14,1)
Générales	Asthénie	34(37,0)	5(5,4)	39 (42,2)
Rénales	Toxicité rénale	4(4,3)	1(1,1)	5(5,4)
Hépatiques	Cytolyse/cholestase	5(5,4)	1(1,1)	6(6,5)

4. Discussion

Cette étude descriptive réalisée au DGOMR du CHUSS met en évidence une fréquence très élevée des toxicités liées à la chimiothérapie chez les patientes atteintes de cancers du sein, avec une prévalence globale de 91,35%. Ce résultat confirme que la chimiothérapie cytotoxique demeure associée à une morbidité importante dans notre contexte, comme rapporté dans plusieurs études africaines. La fréquence globale observée dans notre série est comparable à celle rapportée au Congo (Bolenga et al., 2024) qui notaient des toxicités chez plus de 85% des patients sous chimiothérapie, ainsi qu'aux séries du Burkina Faso (Ouédraogo et al., 2018) et du Sénégal (Hesketh, 2008). Le grand nombre de patientes vivant en zone rurale, non scolarisées et dépendantes financièrement pourrait également contribuer à la fréquence élevée des toxicités observées. En effet, plusieurs travaux africains ont montré que la précarité favorise les retards diagnostiques, la dénutrition, augmentant ainsi la vulnérabilité aux complications de la chimiothérapie (Jedy-Agba et al., 2023 ; Sengayi et al., 2022).

Les toxicités digestives constituaient les effets indésirables les plus fréquents dans notre étude, dominées par les nausées-vomissements (91%). Ces résultats sont concordants avec ceux rapportés dans la littérature africaine (Bolenga et al., 2024 ; Ouedraogo et al., 2018). La forte prévalence des nausées-vomissements peut s'expliquer par l'utilisation fréquente de protocoles à base de sels de platine et de fluoropyrimidines, reconnus pour leur potentiel émétisant. La diarrhée et les mucites, observées respectivement chez 37% et 27,2% des patientes, sont également décrites dans les séries utilisant des fluoropyrimidines (Robert, 2020).

Les toxicités hématologiques représentaient un autre groupe majeur d'effets indésirables, avec une prévalence élevée de l'anémie (68,5%) et de la neutropénie (46,7%). Des proportions similaires ont été rapportées dans des études africaines (Ouedraogo et al., 2018). Ces toxicités peuvent être expliquées par plusieurs facteurs : le diagnostic tardif, l'altération de l'état général, la dénutrition fréquente, ainsi que la disponibilité limitée des facteurs de croissance hématopoïétiques.

L'alopécie, observée chez plus de 70,7% des patients, constituait la principale toxicité cutanéo-phanérienne. Elle représente une source importante de détresse psychologique et d'altération de l'image corporelle, comme souligné dans plusieurs études (Robert, 2020). Notre étude n'a cependant pas évalué de manière spécifique la qualité de vie des patientes ni l'impact psychosocial des toxicités. Dans les sociétés africaines, où les croyances du cancer sont associées à la souffrance et à la mort, ces toxicités peuvent majorer la stigmatisation et la détresse psychologique des patientes. L'utilisation prochaine d'outils validés de mesure de la qualité de vie, tels que les questionnaires de l'European Organisation for Research and Treatment of Cancer (EORTC QLQ-C30 et QLQ-BR23), permettrait une approche plus globale des conséquences des traitements anticancéreux (Gbenou et al., 2021 ; Coughlin, 2019).

Les neuropathies périphériques, retrouvées chez 14,1% des patients, sont classiquement décrites avec les sels de platine et les taxanes (Hesketh, 2008).

La majorité des toxicités observées dans notre étude étaient de grade I ou II, tandis que les toxicités sévères (grades 3-4) restaient minoritaires. Cette distribution est comparable à celle décrite dans

les séries africaines et internationales, où les toxicités sévères représentent généralement moins de 20 % des cas (Bolenga et al., 2024 ; Ouedraogo et al., 2018).
La prise en charge ambulatoire, observée dans 75% des cas, définit l'adaptation des pratiques cliniques aux contraintes de ressources socioéconomiques et à la disponibilité limitée des lits d'hospitalisation. Dans le contexte africain, le recours aux soins repose essentiellement sur l'accompagnement familial et l'autogestion des effets secondaires à domicile. L'éloignement des structures spécialisées, les coûts liés aux transports et aux hospitalisations peuvent favoriser des retards de consultation. Cette situation démontre l'importance de renforcer les programmes d'éducation thérapeutique et la décentralisation des soins oncologiques en Afrique subsaharienne (Vanderpuye et al., 2017 ; World Health Organization, 2023).

5. Limites de l'étude

Cette étude présente des limites, notamment son caractère descriptif et monocentrique, ainsi que sa durée. En effet, sa durée relativement courte ne permettait pas d'évaluer correctement les toxicités tardives. Son caractère rétrospectif basé sur l'exploitation des dossiers médicaux exposait à un risque de sous-déclaration de certaines toxicités. Enfin, l'absence d'approche qualitative n'a pas permis d'explorer le vécu psychologique, familial et social des patientes face aux effets indésirables des traitements. Des études prospectives associant des approches quantitative et qualitative permettraient de mieux comprendre l'expérience des patientes et les déterminants socioculturels influençant la tolérance thérapeutique.

6. Conclusion

Cette étude met en évidence une toxicité très importante liée à la chimiothérapie chez les patientes atteintes de cancer du sein et les toxicités digestives faites de nausées-vomissement constituaient le chef de fil du fait de l'utilisation fréquente de protocole à base de sel de platine et de fluoropyrimidines. La majorité des toxicités observées étaient légères à modérées si bien que le traitement était le plus souvent symptomatique et pouvait se faire en ambulatoire avec amendement le plus souvent des symptômes de toxicités.

Remerciements

Toute notre reconnaissance et gratitude au personnel du département de gynécologie-obstétrique et médecine de la reproduction du centre hospitalier universitaire sourô sanou.

Conflit d'intérêts

Les auteurs déclarent qu'ils n'ont aucun conflit d'intérêts concernant cette publication

References

Bray, F., Laversanne, M., Sung, H., Ferlay, J., Siegel, R. L., Soerjomataram, I., & Jemal, A. (2024). Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA: A Cancer Journal for Clinicians, 74(3), 229–263. https://doi.org/10.3322/caac.21834.

Bolenga, L. A. F., Ndingossoka, R. J., Rissia, F., Kaboré, D. D., Ngolet, L. O., Ondele Dzeoko, R., & Nkoua-Mbon, J. B. (2024). La morbidité au cours de la chimiothérapie antinéoplasique de l'adulte à Brazzaville. Health Sciences and Disease, 25(6), 107–110.

Ouédraogo, S., Zohoncon, T. M., Traoré, E. M. A., Somda, K. S., & Ouédraogo, C. (2018). Toxicité de la chimiothérapie anticancéreuse au Burkina Faso. Pan African Medical Journal, 31, 149. https://doi.org/10.11604/pamj.2018.31.149.16738

Lewis, L., Thompson, B., Stellmaker, R., & Koelmeyer, L. (2025). Body composition and chemotherapy toxicities in breast cancer: A systematic review of the literature. Journal of Cancer Survivorship, 19, 914–929. https://doi.org/10.1007/s11764-023-01512-z.

Almeida, V., Pires, D., Silva, M., Teixeira, M., Teixeira, R. J., Louro, A., Dinis, M. A. P., Ferreira, M., & Teixeira, A. (2023). Effets secondaires de la thérapie contre le cancer : Implications psychosociales—Une revue systématique de la littérature. Healthcare, 11(19), 2621. https://doi.org/10.3390/healthcare11192621

Anoop, T. M., Joseph, R. P., Mini, P. N., Pranab, K. P., Gopan, G., & Chacko, S. (2021). Cutaneous toxicities in breast cancer patients receiving chemotherapy and targeted agents: Observational clinical study. Clinical Breast Cancer. https://doi.org/10.1016/j.clbc.2021.01.009

National Cancer Institute. (2017). Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE). Retrieved from https://ctep.cancer.gov

Hesketh, P. J. (2008). Antiemetic therapy for chemotherapy-induced nausea and vomiting. New England Journal of Medicine, 358(23), 2482–2494. https://doi.org/10.1056/NEJMra0706547

Robert, A. (2020). Le vécu de l'alopécie chimio-induite chez les femmes: Les comprendre pour les soigner (Travail de bachelor). Haute École de Santé. Retrieved from https://arodes.hes-so.ch

Jedy-Agba E, Curado MP, Ogunbiyi O, Oga E, Fabowale T, Igbinoba F, et al. Cancer epidemiology in sub-Saharan Africa. Lancet Oncol. 2023;24(5):e209-20.

Sengayi M, Babb C, Urban M, Chokunonga E, Korir A, Ramesar R, et al. Socioeconomic inequalities and breast cancer outcomes in Africa. BMC Cancer. 2022;22(1):145.

Gbenou AS, Houngbe F, Ahouangbe C, Zannou DM, Gnimavo R, Avodé DG. Quality of life among women treated for breast cancer in sub-Saharan Africa. Support Care Cancer. 2021;29(8):4567-75.

Coughlin SS. Social determinants of breast cancer risk, stage, and survival. Breast Cancer Res Treat. 2019;177(3):537-48.

Vanderpuye V, Grover S, Hammad N, Pooja PR, Olopade F, Stefan DC. Cancer care challenges in sub-Saharan Africa. Lancet Oncol. 2017;18(6):e348-e357.

World Health Organization. Global Breast Cancer Initiative Framework: Uniting to accelerate progress towards the goals of the Global Breast Cancer Initiative. Geneva: WHO; 2023.

2026 BOENA, 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 8 (2)
ISSN: 1987-071X e-ISSN 1987-1023
Received, 14 February 2026
Accepted, 6 July 2026
Published, 17 July 2026
https://www.revue-rasp.org
To cite: Nduaya, C., et al. (2026). Entre contraintes quotidiennes et autonomisation progressive: expériences d'observance thérapeutique chez les jeunes vivant avec le diabète à Kinshasa, République démocratique du Congo. *Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, 8(2), pp.201-213.*
https://doi.org/10.4314/rasp.v8i2.14
Research

Entre contraintes quotidiennes et autonomisation progressive: expériences d'observance thérapeutique chez les jeunes vivant avec le diabète à Kinshasa, République démocratique du Congo

Between daily constraints and gradual empowerment: experiences of therapeutic adherence among young people living with diabetes in Kinshasa, Democratic Republic of Congo

Crispin NDUAYA[1,2], IMANI Bin-Eradi[2,3], Simon Mabakutuvangilanga[1,2,3,4], Léon-Cyprien NGANDU[2,3]

[1]Département des Sciences Infirmières, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kinshasa, Kinshasa, République démocratique du Congo.
[2]École Doctorale Monique Rothan Tonder, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kindu, Kindu, Province du Maniema, République démocratique du Congo.
[3]École Universitaire de Recherche en Sciences Infirmières, Laboratoire Educations et Pratiques de Santé (LEPS, EA 3412), UFR SMBH, Université Sorbonne Paris Nord, Bobigny, France.
[4]Centre de recherche en Sciences Infirmières, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kindu, Kindu, Province du Maniema, République démocratique du Congo.

Correspondance : email lenduaya@gmail.com |Tel : +32 467 735 912 | +243 999 301 353

Résumé

Le diabète chez les jeunes constitue un défi croissant en Afrique subsaharienne, où la précarité économique, l'insécurité alimentaire et l'accès limité aux soins compliquent la prise en charge de la maladie. À Kinshasa, le Bureau Diocésain des Œuvres Médicales (BDOM) garantit une prise en charge sans frais pour les jeunes patients diabétiques ; toutefois, les déterminants de l'observance thérapeutique et de l'autogestion au sein de ce cadre demeurent insuffisamment documentés. La présente étude examine l'expérience vécue des jeunes suivis par ce centre afin d'identifier les facteurs influençant leur observance thérapeutique. À cette fin, une étude qualitative de type phénoménologique a été menée auprès de 32 jeunes diabétiques âgés de 15 à 35 ans, sélectionnés par échantillonnage intentionnel. Les données ont été recueillies à l'aide d'entretiens semi-directifs et analysées selon une approche thématique inductive, en suivant les six étapes de Braun et Clarke (2022). Les résultats ci-après ont été observés : L'observance médicamenteuse est favorisée par la perception de la gravité du diabète, la gratuité des soins et la responsabilité personnelle, mais entravée par l'insécurité alimentaire et les contraintes liées au traitement. Le respect du régime alimentaire constitue la principale difficulté, alors que l'activité physique est généralement bien intégrée au quotidien. Le soutien familial, l'aide des infirmiers et des pairs permettent aux patients d'accepter le traitement et de devenir de plus en plus indépendants et disciplinés. En somme, la bonne observance thérapeutique des jeunes diabétiques de Kinshasa repose sur un fragile équilibre entre les obstacles structurels et les ressources individuelles et sociales. Même si les soins gratuits et l'éducation thérapeutique sont indispensables, il faut aussi mettre en place des programmes pour combattre l'insécurité

alimentaire et permettre aux malades de devenir réellement indépendants.

Mots-clés : Observance thérapeutique ; jeunes diabétiques ; autogestion ; autonomisation ; vécu ; contraintes quotidiennes

Abstract
Diabetes among young people represents a growing public health challenge in sub-Saharan Africa, where economic hardship, food insecurity, and limited access to healthcare complicate disease management. In Kinshasa, the *Bureau Diocésain des Œuvres Médicales* (BDOM) provides free healthcare services for young people living with diabetes. However, the determinants of treatment adherence and self-management in this setting remain poorly documented. This study explored the lived experiences of young people receiving care at this center to identify the factors influencing their treatment adherence. A qualitative phenomenological study was conducted among 32 young people with diabetes aged 15–35 years, recruited through purposive sampling. Data were collected through semi-structured interviews and analyzed using an inductive thematic approach based on the six-phase framework proposed by Braun and Clarke (2022). The findings revealed that medication adherence was promoted by participants' awareness of the seriousness of diabetes, free access to care, and a strong sense of personal responsibility, but was hindered by food insecurity and treatment-related constraints. Adherence to dietary recommendations emerged as the greatest challenge, whereas regular physical activity was generally well integrated into participants' daily lives. Support from family members, nurses, and peers helped participants accept their treatment and gradually become more autonomous and self-disciplined in managing their condition. Overall, the adherence of young people with diabetes in Kinshasa is conditioned by an unstable equilibrium between the structural barriers and individual and social resources. While free healthcare and systematic educational interventions are vital, so are the primary food security-related actions focused on establishing patient-centred self-management.

Keywords: Treatment adherence; young people with diabetes; self-management; empowerment; lived experience; daily challenges.

1. Introduction

L'Afrique subsaharienne connaît une transition épidémiologique particulièrement rapide, passant d'un profil dominé par les maladies transmissibles à une double charge de morbidité où les maladies chroniques non transmissibles occupent une place croissante dont le diabète. Selon la Fédération Internationale du Diabète, 25 millions d'adultes vivent actuellement avec le diabète en Afrique, et ce nombre devrait augmenter de 142% pour atteindre 60 millions de personnes d'ici à 2050.(IDF, 2025) Plus préoccupant encore, l'Organisation Mondiale de la Santé rapporte qu'entre 2011 et 2021, le nombre de cas de diabète de type 1 chez les enfants et les adolescents de moins de 19 ans a été multiplié par cinq dans la Région africaine, signalant une émergence inquiétante du diabète chez les jeunes populations (OMS, 2024).

Cette évolution épidémiologique s'accompagne de défis particuliers dans le contexte africain, caractérisé par la pauvreté, l'insuffisance des infrastructures et du personnel de santé. Soigner un diabétique peut coûter plus de la moitié du PIB annuel d'une famille lorsque celui-ci est de 300 dollars US, illustrant l'ampleur du défi économique pour les populations vulnérables (Besançon et al., 2015). En Afrique, l'approvisionnement en insuline est souvent inconstant dans les hôpitaux des grandes villes et, dans les zones rurales, exceptionnellement accessible,

et son prix demeure prohibitif pour les plus pauvres. (Bermudez-Tamayo et al., 2017). Par ailleurs, conformément au rapport de la Fédération internationale du diabète mentionné précédemment, plus de la moitié des personnes atteintes de diabète dans la Région africaine ne font l'objet d'aucun diagnostic, ce qui laisse présager une charge réelle nettement supérieure aux données officielles. Le diabète chez les jeunes présente des particularités qui le distinguent de celui de l'adulte d'âge mûr. L'annonce du diagnostic durant l'adolescence ou au début de l'âge adulte intervient lors d'une phase critique du développement psychosocial, marquée par la construction identitaire, la recherche d'autonomie et l'intégration sociale. La confrontation avec une maladie chronique nécessitant une gestion quotidienne rigoureuse et contraignante peut générer un choc psychologique important et compromettre l'acceptation de la maladie et par conséquent compromet l'observance thérapeutique (Kahkoska & Dabelea, 2021).

La littérature indique que l'observance thérapeutique demeure un défi majeur dans la prise en charge du diabète, particulièrement en Afrique. Les données disponibles révèlent des taux alarmants de non-observance : Au Bénin, seulement 9,1 % des patients présentaient une bonne observance thérapeutique (Wanvoegbe et al., 2018) ; en Guinée, 40 % des patients étaient non observants (Zainoul et al., 2024) ; tandis qu'en Afrique du Nord, la prévalence globale de la non observance atteignait 38 %(Achouri et al., 2021). Les causes de cette mauvaise observance sont multiples et complexes, incluant le coût des traitements, le statut socio-économique, un régime diabétique non adapté, et l'oubli de la prise de médicaments. Au Gabon, la principale raison était financière, ce qui souligne l'impact des contraintes économiques (Garbacz, 2015).

La République démocratique du Congo, et particulièrement sa capitale Kinshasa, n'échappe pas à cette problématique. Le coût prohibitif des soins retarde non seulement l'accès, mais compromet également l'observance, entraînant un cercle vicieux où la maladie progresse tandis que les malades se retrouvent dans l'incapacité d'exercer leurs activités génératrices de revenus. Dans ce contexte, le BDOM Kinshasa a mis en place un projet facilitant l'accès gratuit aux soins pour les enfants, les adolescents et les jeunes diabétiques. Ce programme constitue une initiative précieuse, mais dont l'impact sur l'observance thérapeutique demeure insuffisamment documenté.

Malgré l'importance croissante du diabète chez les jeunes en Afrique subsaharienne, les connaissances sur leur vécu et leur observance thérapeutique demeurent encore limitées, particulièrement en République Démocratique du Congo. La majorité des études disponibles portent essentiellement sur des populations adultes et privilégient des approches quantitatives centrées sur la mesure de l'observance thérapeutique, sans explorer en profondeur l'expérience quotidienne des jeunes vivant avec cette maladie chronique. Néanmoins, les adolescents et les jeunes adultes atteints de diabète se trouvent confrontés à des problématiques particulières liées au développement de l'autonomie, aux pressions sociales et économiques, ainsi qu'aux impératifs constants de l'autogestion de leur pathologie. En accordant la parole directement aux jeunes diabétiques pris en charge au centre de la 2ème Rue/Limete à Kinshasa, la présente étude propose une compréhension contextualisée des facteurs favorisant ou entravant l'observance thérapeutique dans un milieu urbain aux ressources limitées. Elle souligne également les stratégies d'adaptation, les modalités de soutien social et les mécanismes de résilience que les jeunes mobilisent dans la gestion quotidienne de leur affection. Par le biais de son approche qualitative, cette recherche contribue à l'approfondissement des connaissances sur l'expérience du diabète chez les jeunes Africains et fournit des données pertinentes pour l'élaboration d'interventions adaptées en matière d'éducation thérapeutique et d'accompagnement psychosocial.

2. Matériels et Méthodes

2.1. Devis de recherche

Cette étude a adopté une approche qualitative de type phénoménologique visant à explorer et à comprendre en profondeur l'expérience vécue des jeunes diabétiques quant à leur observance thérapeutique. Le choix d'une approche phénoménologique se justifie par la volonté de saisir le sens que les participants attribuent à leur expérience de la maladie chronique et à sa gestion au quotidien, en accordant la priorité à leur perspective subjective et à leur vécu personnel. (Englander & Morley, 2023)

2.2. Contexte et site de l'étude

L'étude s'est déroulée au Centre de prise en charge du diabète de la 2ème Rue Limete à Kinshasa, appartenant au bureau diocésain des œuvres médicales de Kinshasa (BDOM) en République Démocratique du Congo. Ce centre, offre des soins gratuits aux enfants, adolescents et jeunes diabétiques de moins de 40 ans et constitue une structure de référence pour la prise en charge du diabète de cette population cible dans la capitale Kinshasa.

2.3. Population et échantillon

La population cible de cette étude était constituée des adolescents et jeunes adultes diabétiques, tous types de diabète confondus, suivis régulièrement au centre de Limete. Un échantillon de 32 participants a été recruté selon une méthode d'échantillonnage intentionnel, permettant de sélectionner des participants susceptibles de fournir des informations riches et pertinentes en lien avec les objectifs de l'étude. Ainsi, pour être inclus dans l'étude, le patient devrait être âgé entre 15 et 35 ans, avoir un diagnostic confirmé de diabète sucré, être suivi au centre depuis au moins trois mois, accepter volontairement de participer à l'étude, et être capable de s'exprimer en français ou en lingala.

2.4. Collecte des données

Les données ont été collectées entre octobre et novembre 2024 au moyen d'entretiens individuels semi-directifs. Cette méthode a été privilégiée car elle permet d'explorer en profondeur l'expérience des participants tout en offrant la flexibilité nécessaire pour suivre les pistes narratives émergentes et approfondir les aspects significatifs pour chaque participant. (Fortin & Gagnon, 2016)

Un guide d'entretien a été élaboré sur la base des objectifs de recherche et de la revue de littérature. Les entretiens ont été menés dans un espace privé et confidentiel du Centre de prise en charge de Limete, garantissant l'intimité et la libre expression des participants. Chaque entretien a duré entre 25 et 30 minutes et a été enregistré avec l'autorisation préalable des participants, puis intégralement retranscrit. Le recrutement et la collecte de données se sont poursuivis jusqu'à la saturation des données.

2.5. Analyse des données

Les entretiens ont été retranscrits intégralement puis analysés selon l'approche d'analyse thématique inductive décrite par Virginia Braun et Victoria Clarke (2022). Dans un premier temps, les deux chercheurs ont procédé indépendamment à plusieurs lectures approfondies des verbatim afin de s'immerger dans les données. Un codage initial ouvert a ensuite été réalisé de

manière inductive, sans grille préétablie, à partir des éléments récurrents et significatifs exprimés par les participants. Les premiers codes élaborés de manière indépendante par les deux chercheurs ont fait l'objet de comparaisons, dans le but de déceler les convergences et les divergences d'interprétation. Les points de désaccord ont été examinés jusqu'à l'établissement d'un consensus. Les codes présentant des similitudes ont été regroupés en sous-thèmes, puis en thèmes centraux illustrant l'expérience vécue des jeunes diabétiques. Ce processus d'interaction constante entre les données, les codes et les thèmes a permis d'affiner progressivement l'interprétation et d'élaborer le modèle conceptuel final de l'étude. La triangulation entre chercheurs a contribué à renforcer la crédibilité et la rigueur analytique des résultats.

2.6. Considérations éthiques

Le protocole de recherche a été soumis et approuvé par le Comité National d'Éthique de la Santé de la République démocratique du Congo. (Décision n° 506/CNE/BN/PMMF/2024 du 06/02/2024). Tous les participants ont reçu une information complète et claire sur les objectifs de l'étude et ont signé un formulaire de consentement éclairé. L'identité des participants a été protégée en attribuant des codes anonymes. Les entretiens ont été menés avec sensibilité et respect, en tenant compte de la vulnérabilité potentielle de jeunes patients vivant avec une maladie chronique.

3. **Résultats**

3.1. Caractéristiques des participants

L’étude a inclus 32 jeunes vivant avec le diabète, dont 24 femmes et 8 hommes. L’âge des participants au moment des entretiens variait de 22 à 27 ans, tandis que l’âge au diagnostic se situait entre 16 et 23 ans, avec une moyenne de 20,4 ans. La durée de vie avec le diabète variait de moins d’un an à neuf ans, permettant de recueillir des expériences correspondant à différents stades d’adaptation à la maladie.

3.2. Résultats analytiques

L’analyse thématique des entretiens a permis d’identifier trois macro-thèmes décrivant le processus d’observance thérapeutique chez les jeunes diabétiques : (1) la négociation permanente entre volonté individuelle et contraintes du quotidien ; (2) le soutien social comme ressource d’adaptation ; et (3) la construction progressive de l’autonomie dans la gestion de la maladie.

3.2.1. Entre volonté individuelle et contraintes structurelles : une observance continuellement négociée

Les participants manifestaient une forte conscience de l’importance du traitement dans le maintien de leur santé. Pour plusieurs d’entre eux, l’observance thérapeutique était directement associée à la survie et à la prévention des complications. Cette perception favorisait un sentiment de responsabilité individuelle et une volonté affirmée de suivre les recommandations médicales. *« Je sais que si j’arrête le traitement, le sucre va monter et je peux tomber malade grave. » ; « C’est ma vie, c’est moi qui dois me battre avec la maladie. »*

Cependant, cette volonté se trouvait régulièrement confrontée à des contraintes qui limitaient la capacité réelle des jeunes à respecter leur traitement. L’insécurité alimentaire apparaissait comme l’une des principales difficultés évoquées. Certains participants rapportaient renoncer

temporairement à la prise de médicaments lorsqu'ils ne disposaient pas d'aliments suffisants. « *Quand je n'ai rien mangé, je ne prends pas mes comprimés*. »

D'autres obstacles étaient liés aux exigences de la vie quotidienne, notamment les oublis occasionnés par les activités professionnelles ou scolaires, les appréhensions initiales face aux injections ou encore certains effets indésirables perçus.

Les difficultés étaient particulièrement marquées en ce qui concerne l'alimentation. Bien que les participants démontrent une bonne connaissance des recommandations diététiques, les contraintes économiques limitaient souvent leur capacité à les appliquer. « *À la maison, on mange ce qu'il y a, on ne peut pas choisir. »*

Ainsi, l'expérience de l'observance apparaissait comme une négociation permanente entre les connaissances acquises, les recommandations médicales et les réalités socio-économiques du quotidien.

À l'inverse, l'activité physique semblait plus facilement intégrée dans les habitudes de vie. Plusieurs participants pratiquaient déjà une activité sportive avant le diagnostic et n'ont pas perçu de difficulté majeure à poursuivre cette pratique. « *Je faisais déjà du sport avant, donc continuer n'était pas difficile. »*

L'activité physique était fréquemment associée à un sentiment immédiat de bien-être et de contrôle de la maladie. « *Après le sport, je me sens léger, en forme.* »

3.2.2. Le soutien social comme ressource d'adaptation et de maintien de l'observance

Face aux difficultés rencontrées dans la gestion quotidienne du diabète, les participants décrivaient l'existence d'un réseau de soutien jouant un rôle essentiel dans leur parcours thérapeutique.

La famille constituait la principale source d'aide. Son soutien prenait diverses formes : assistance financière, accompagnement aux consultations, aide à l'alimentation et rappels réguliers concernant la prise du traitement. « *La famille me donne le transport et me rappelle toujours mon traitement*. »

Les professionnels de santé, en particulier les infirmiers, étaient également perçus comme des acteurs centraux du processus d'adaptation. Les participants soulignaient leur rôle dans la transmission des connaissances, l'apprentissage des compétences d'autogestion et le soutien psychologique. « *Les soignants me montrent comment manger et comment contrôler mon sucre*. » Au-delà de l'acquisition de connaissances, cette relation favorisait le développement de la confiance en soi et renforçait la capacité des jeunes à faire face aux exigences de la maladie.

Les échanges avec d'autres jeunes diabétiques représentaient une troisième forme de soutien particulièrement appréciée. Le partage d'expériences similaires contribuait à réduire le sentiment d'isolement et permettait de normaliser la vie avec le diabète. « *Quand je parle avec un autre jeune diabétique, ça me redonne de la force. »*

Ces différentes formes de soutien agissaient de manière complémentaire et constituaient un véritable environnement facilitateur de l'observance thérapeutique.

3.2.3. La construction progressive de l'autonomie : apprendre à vivre avec le diabète

Au fil du temps, les participants décrivaient un processus progressif d'apprentissage et d'appropriation de leur maladie. Cette évolution se traduisait notamment par l'acquisition de compétences pratiques permettant une gestion plus autonome du traitement.

L'apprentissage des auto-injections et de l'auto-surveillance glycémique était souvent présenté comme une étape déterminante dans ce parcours. « *Maintenant, je fais mes injections tout seul. Au début j'avais peur, mais j'ai appris. »* Cette autonomisation était étroitement liée à l'accompagnement reçu de la part des professionnels de santé. « *Ce sont les infirmiers qui m'ont appris comment faire. »*

Au-delà des compétences techniques, les jeunes exprimaient progressivement leur volonté de ne pas laisser la maladie définir leur identité ou limiter leurs projets de vie. « *Je fais mes activités normales, le diabète ne m'empêche pas de sortir ou de travailler*. »

L'instauration de routines personnelles constituait un autre mécanisme important d'adaptation. Plusieurs participants avaient développé des stratégies visant à réduire les oublis et à renforcer leur discipline thérapeutique. « *Je note tout pour ne pas oublier mes médicaments*. »

Ainsi, l'autonomie apparaissait moins comme un état acquis que comme un processus dynamique d'apprentissage, de responsabilisation et d'adaptation continue.

3.2.4. Synthèse des résultats

Les résultats mettent en évidence que l'observance thérapeutique des jeunes diabétiques ne repose pas uniquement sur la motivation individuelle. Elle résulte d'une interaction constante entre les contraintes matérielles, les ressources sociales disponibles et les capacités d'autogestion développées au fil de l'expérience de la maladie. Dans ce processus, le soutien familial, professionnel et relationnel joue un rôle médiateur fondamental en compensant partiellement les contraintes du contexte de vie. Cette dynamique favorise progressivement l'acquisition d'une plus grande autonomie dans la gestion du diabète. Pour les jeunes rencontrés, vivre avec le diabète consiste ainsi à apprendre continuellement à concilier les exigences thérapeutiques avec les réalités de la vie quotidienne, tout en préservant un sentiment de normalité et de contrôle sur leur existence.

L'analyse permet de proposer une représentation narrative du processus d'observance thérapeutique chez les jeunes diabétiques (Figure 1)

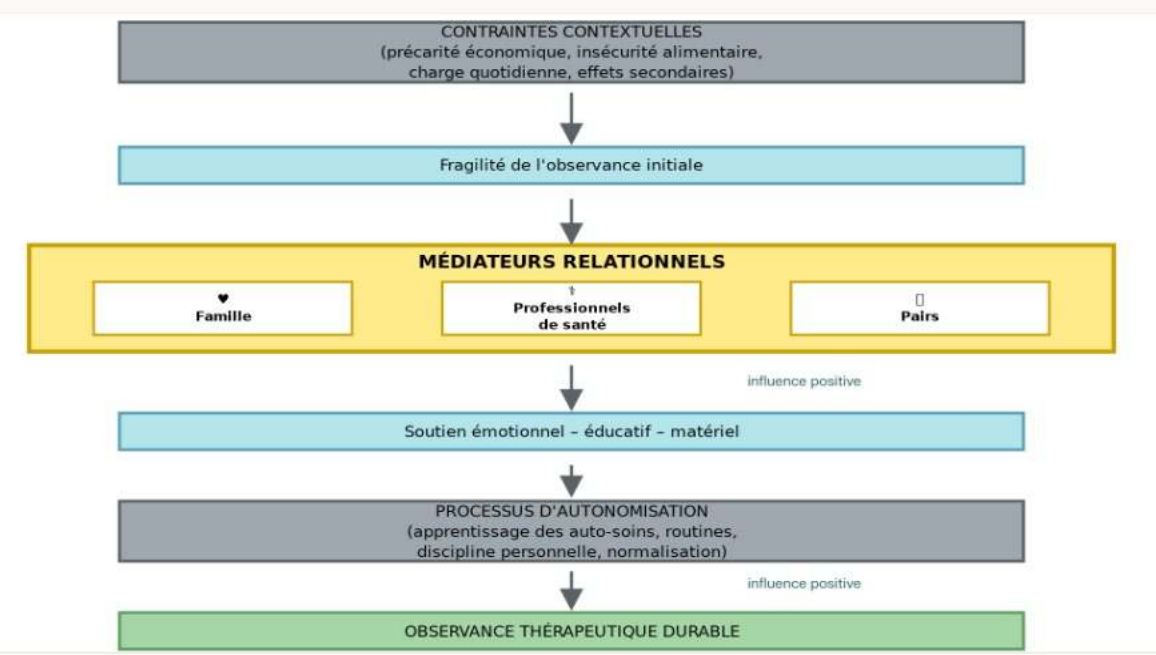


Figure 1. Modèle conceptuel issu de l'analyse qualitative des expériences d'observance thérapeutique chez les jeunes vivant avec le diabète à Kinshasa

4. **Discussion**

Les résultats de cette étude montrent que l'observance thérapeutique chez les jeunes vivant avec le diabète à Kinshasa ne peut être comprise comme un simple comportement individuel consistant à suivre ou non des prescriptions médicales. Elle apparaît plutôt comme un processus dynamique, continuellement influencé par les conditions de vie, les ressources relationnelles et les capacités d'adaptation développées au fil de l'expérience de la maladie. Cette perspective met en évidence la dimension profondément sociale de l'autogestion du diabète dans un contexte urbain à ressources limitées.

Au-delà de la volonté individuelle, les récits recueillis révèlent que les jeunes sont quotidiennement amenés à négocier entre les exigences thérapeutiques et les contraintes de leur environnement. Cette observation rejoint la conception multidimensionnelle de l'observance proposée par l'Organisation mondiale de la Santé, selon laquelle les comportements thérapeutiques résultent d'interactions complexes entre facteurs individuels, sociaux, économiques et organisationnels (OMS, 2003). Dans le contexte de Kinshasa, l'observance semble ainsi émerger d'un équilibre fragile entre vulnérabilité structurelle et capacité d'agir.

Observance médicamenteuse : une motivation réelle confrontée aux contraintes du quotidien

Les participants exprimaient une conscience aiguë de l'importance du traitement et associaient fréquemment sa poursuite à la préservation de leur santé et de leur survie. Cette forte motivation rappelle les résultats observés dans plusieurs études africaines où la perception du risque de complications constitue un moteur important de l'adhésion thérapeutique (Owolabi et al., 2024).

Toutefois, l'étude montre que la motivation seule ne garantit pas une observance durable. Les difficultés rapportées par les participants – insécurité alimentaire, oublis liés aux activités quotidiennes, appréhension des injections ou effets secondaires perçus – illustrent les multiples ajustements que les jeunes doivent réaliser pour intégrer le traitement dans leur vie quotidienne. Ces résultats suggèrent que les écarts observés dans l'observance ne traduisent pas nécessairement un manque d'engagement, mais davantage les limites imposées par un environnement parfois peu favorable à la gestion optimale d'une maladie chronique. Cette interprétation rejoint les travaux de Polonsky et Henry (2016), qui décrivent l'observance comme un processus de négociation permanente entre les exigences thérapeutiques et les réalités de la vie quotidienne.

Dans cette perspective, l'accès gratuit aux médicaments constitue une condition importante mais insuffisante. Les besoins d'accompagnement éducatif, émotionnel et social apparaissent tout aussi déterminants pour soutenir l'observance à long terme.

L'alimentation : le point de rencontre entre vulnérabilité économique et gestion du diabète

Parmi les différentes composantes de l'autogestion, l'alimentation est apparue comme la plus difficile à maintenir. Les participants décrivaient un décalage fréquent entre les recommandations nutritionnelles reçues et leurs possibilités réelles de les appliquer. Cette situation illustre concrètement la manière dont les inégalités socio-économiques peuvent influencer les comportements de santé.

Des observations similaires ont été rapportées dans plusieurs pays à revenu faible ou intermédiaire où l'insécurité alimentaire constitue un obstacle majeur à la prise en charge du diabète (Ippolito et al., 2017 ; Seligman et al., 2012 ; Pastakia et al., 2017). Cependant, les témoignages recueillis dans cette étude montrent que cette difficulté ne relève pas uniquement d'un manque de ressources. Elle traduit également une tension psychologique entre le désir de suivre les recommandations médicales et l'impossibilité pratique de le faire.

Cette situation souligne l'importance d'une éducation thérapeutique adaptée au contexte local. Des conseils nutritionnels construits à partir des habitudes alimentaires, des disponibilités alimentaires et du pouvoir d'achat des familles pourraient favoriser une meilleure appropriation des recommandations et réduire le sentiment d'échec parfois associé au non-respect du régime prescrit.

L'activité physique : un comportement plus facilement maintenu

Contrairement aux dimensions médicamenteuse et alimentaire, l'activité physique semblait relativement bien intégrée dans le quotidien des participants. Plusieurs jeunes pratiquaient déjà une activité sportive avant le diagnostic et ont simplement poursuivi cette habitude après l'annonce de la maladie.

Ce résultat met en évidence l'importance des comportements préexistants dans la construction de l'autogestion. Lorsqu'un comportement est déjà intégré aux routines quotidiennes et associé à des bénéfices perçus rapidement, son maintien paraît plus aisé. Les participants décrivaient notamment un sentiment de bien-être, de légèreté et de contrôle après l'exercice physique. Ces observations rejoignent les travaux d'Andrade et collaborateurs (2021) ainsi que les modèles d'auto-efficacité de Bandura (1997), qui soulignent l'importance des expériences positives dans la consolidation des comportements favorables à la santé.

Le soutien social : un médiateur essentiel de l'observance

L'un des résultats les plus marquants de cette étude concerne le rôle central du soutien social. Les récits des participants montrent que l'observance ne se construit pas de manière isolée mais dans un environnement relationnel mobilisant la famille, les professionnels de santé et les pairs.

La famille constitue la première source de soutien, tant sur le plan matériel qu'émotionnel. Au-delà de l'aide financière ou des rappels liés au traitement, elle participe à la création d'un cadre favorable à la gestion de la maladie. Cette observation rejoint les travaux montrant que le soutien familial améliore l'observance, la qualité de vie et l'adaptation psychosociale des jeunes vivant avec le diabète (Pamungkas et al., 2017 ; Feldman et al., 2018).

Les infirmiers apparaissent également comme des acteurs clés du processus d'adaptation. Leur rôle dépasse la transmission de connaissances pour inclure l'accompagnement, l'encouragement et le renforcement de la confiance en soi. Dans un contexte où les ressources spécialisées restent limitées, cette proximité relationnelle constitue un levier important de l'éducation thérapeutique.

Enfin, les échanges entre pairs contribuent à normaliser l'expérience de la maladie. Le fait de rencontrer d'autres jeunes confrontés aux mêmes défis réduit le sentiment d'isolement et favorise le développement de stratégies d'adaptation. L'ensemble de ces ressources agit comme un véritable système de soutien compensant partiellement les contraintes du contexte de vie.

L'autonomisation : un processus progressif d'apprentissage

L'étude met en évidence que l'autonomie thérapeutique ne s'acquiert pas immédiatement après le diagnostic mais résulte d'un processus progressif d'apprentissage. Les jeunes décrivent un cheminement marqué par l'acquisition de compétences techniques, le développement de routines personnelles et une meilleure compréhension de leur maladie.

Cette évolution correspond aux modèles contemporains d'autogestion et d'empowerment qui considèrent le patient comme un acteur central de sa prise en charge plutôt qu'un simple exécutant des prescriptions médicales. L'apprentissage des auto-injections, de l'auto-surveillance glycémique et des stratégies permettant d'éviter les oublis témoigne d'un renforcement progressif du pouvoir d'agir.

Un élément particulièrement intéressant réside dans la volonté exprimée par plusieurs participants de maintenir une vie sociale, scolaire ou professionnelle perçue comme normale. Cette recherche de normalité apparaît comme un indicateur important d'adaptation psychologique et sociale à la maladie chronique. L'autonomie ne consiste donc pas uniquement à maîtriser les gestes techniques du traitement, mais également à intégrer le diabète dans son projet de vie sans que celui-ci devienne l'élément central de son identité.

Implications pratiques

Les résultats suggèrent que les interventions destinées aux jeunes diabétiques devraient dépasser une approche exclusivement biomédicale. Le renforcement de l'éducation thérapeutique infirmière, le développement de groupes de soutien entre pairs, l'implication active des familles et la prise en compte des réalités socio-économiques apparaissent comme des leviers complémentaires pour améliorer durablement l'observance thérapeutique.

Ces résultats soutiennent également l'intérêt d'approches centrées sur l'autonomisation, dans lesquelles les jeunes sont accompagnés dans le développement de compétences leur permettant de gérer leur maladie de manière plus autonome et adaptée à leur contexte de vie.

Limites et perspectives futures

Cette étude présente certaines limites qui doivent être prises en compte dans l'interprétation des résultats. D'abord, le recrutement des participants dans un seul centre de prise en charge peut limiter la transférabilité des résultats à d'autres contextes de soins ou à des milieux ruraux disposant de ressources différentes. De plus, comme la participation des jeunes était fortuite, les survivants ayant davantage investi leur suivi auraient pu être plus enclins à participer. Par ailleurs, les données reposaient sur des rapports d'individus, ce qui rendait l'étude vulnérable au biais de désirabilité sociale. Néanmoins, l'hétérogénéité des participants, la richesse des verbatims obtenus et la triangulation entre chercheurs ont renforcé la crédibilité des résultats et la profondeur interprétative. Des études à long terme capables d'explorer l'évolution possible de l'autonomie thérapeutique à mesure que les jeunes grandissent sont nécessaires, et les interventions éducatives doivent être reliées à des contextes socioéconomiques locaux spécifiques.

Conclusion

Cette étude met en évidence que l'observance du traitement chez les jeunes atteints de diabète vivant à Kinshasa dépend de l'interaction de plusieurs variables, à la fois des contraintes socioéconomiques et thérapeutiques, ainsi que des ressources relationnelles mobilisées lors des interactions avec la vie quotidienne. Les résultats montrent que la gratuité des soins facilite l'adhésion au traitement médicamenteux chez les jeunes diabétiques. En revanche, suivre les recommandations alimentaires demeure particulièrement difficile dans un contexte marqué par la précarité économique et l'insécurité alimentaire. À l'opposé, l'activité physique paraît s'intégrer plus aisément dans les habitudes de vie des participants, qui la pratiquent souvent sans difficulté majeure. L'étude met également en évidence le rôle déterminant de l'entourage : le soutien de la famille, l'accompagnement des infirmiers et les échanges avec d'autres jeunes vivant avec le diabète renforcent progressivement la confiance des patients et leur capacité à gérer eux-mêmes leur maladie. Ces résultats rappellent que l'amélioration de l'observance thérapeutique ne repose pas uniquement sur les connaissances ou la motivation individuelle. Elle nécessite aussi des interventions d'éducation thérapeutique adaptées aux réalités sociales, économiques et psychologiques des jeunes, afin de les accompagner vers une autonomie durable dans la gestion de leur diabète

Remerciements

Les auteurs expriment leur profonde gratitude au Medecin Directeur du BDOM Kinshasa ainsi qu'à l'ensemble des prestataires de soins impliqués dans la prise en charge des enfants et des jeunes diabétiques au Centre de santé de Limete, sans lesquels cette étude n'aurait pu être réalisée. Ils adressent également leurs sincères remerciements à Monsieur Mamvaka Jean pour son précieux appui dans la collecte des données auprès des jeunes participants.

Conflit of Intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt dans cette étude.

Déclaration d'utilisation des outils d'IA

Les auteurs déclarent avoir utilisé un outil d'intelligence artificielle générative (ChatGPT, version 5.5) pour la traduction du titre et du résumé en anglais ainsi que pour l'amélioration linguistique et stylistique du manuscrit. Ensuite, les auteurs ont révisé et validé le contenu généré et assument l'entière responsabilité de ce qui a été publié.

Références

Achouri, M. Y., Tounsi, F., Messaoud, M., Senoussaoui, A., & Ben Abdelaziz, A. (2021). Prévalence de la mauvaise observance thérapeutique chez les diabétiques de type 2 en Afrique du Nord : Revue systématique et méta-analyse. La Tunisie Médicale, 99(10), 932–945.

Adewuyi, F. A., Knobel, P., Gogna, P., & Dadvand, P. (2023). Health effects of green prescription: A systematic review of randomized controlled trials. Environmental Research, 236, 116844. https://doi.org/10.1016/j.envres.2023.116844

Andrade, L., Geffin, R., Maguire, M., Rodriguez, P., Castro, G., & Alkhatib, A., et al. (2021). Associations between access to recreational facilities and adherence to physical activity guidelines. Frontiers in Public Health, 9, 660624. https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.660624

Azar, S., Maroun Abou Jaoude, N., Kędzia, A., & Niechciał, E. (2024). Barriers to type 1 diabetes adherence in adolescents. Journal of Clinical Medicine, 13(19), 5669. https://doi.org/10.3390/jcm13195669

Bandura, A. (1997). Self-efficacy: The exercise of control. W.H. Freeman.

Bermudez-Tamayo, C., Besançon, S., Johri, M., Assa, S., Brown, J. B., & Ramaiya, K. (2017). Direct and indirect costs of diabetes mellitus in Mali: A case-control study. PLOS ONE, 12(5), e0176128. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0176128

Besançon, S., Fall, I. S., Doré, M., Sidibé, A., Hagon, O., Chappuis, F., et al. (2015). Diabetes in an emergency context: The Malian case study. Conflict and Health, 9(1), 15. https://doi.org/10.1186/s13031-015-0042-9

Braun, V., & Clarke, V. (2022). Conceptual and design thinking for thematic analysis. Qualitative Psychology, 9(1), 3–26. https://doi.org/10.1037/qup0000196

Coulter, A., Entwistle, V. A., Eccles, A., Ryan, S., Shepperd, S., & Perera, R. (2015). Personalised care planning for adults with chronic or long-term health conditions. Cochrane Database of Systematic Reviews, (3), CD010523. https://doi.org/10.1002/14651858.CD010523.pub2

Coulter, A., & Oldham, J. (2016). Person-centred care: What is it and how do we get there? Future Hospital Journal, 3(2), 114–116. https://doi.org/10.7861/futurehosp.3-2-114

Dabas, H., Sarin, J., & Madhu, S. V. (2023). Insulin adherence in adolescents with type 1 diabetes mellitus. Indian Journal of Endocrinology and Metabolism, 27(5), 394–397.

Englander, M., & Morley, J. (2023). Phenomenological psychology and qualitative research. Phenomenology and the Cognitive Sciences, 22(1), 25–53. https://doi.org/10.1007/s11097-021-09781-2

Feldman, M. A., Anderson, L. M., Shapiro, J. B., Jedraszko, A. M., Evans, M., & Weil, L. E. G., et al. (2018). Family-based interventions targeting improvements in health and family outcomes of children and adolescents with type 1 diabetes. Current Diabetes Reports, 18(3), 15. https://doi.org/10.1007/s11892-018-0981-9

Fédération Internationale du Diabète. (2025). IDF diabetes atlas: Africa regional report. https://diabetesatlas.org

Fougère, É. (2021). Alimentation et diabète. Actualités Pharmaceutiques, 60(602), 57–58.

Garbacz, M. P. (2015). L'observance du traitement antidiabétique chez les patients diabétiques au Gabon. Médecine des Maladies Métaboliques, 9(2), 198–202.

Gopalan, A., Habib, A. R., & Grant, R. W. (2021). Racial and ethnic differences in age at diabetes diagnosis. JAMA Internal Medicine, 181(12), 1560–1561.

https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2021.6010
Hagger, M. S. (2025). Psychological determinants of health behavior. Annual Review of Psychology, 76, 821–850. https://doi.org/10.1146/annurev-psych-020124-114222
Harrison, R., Walton, M., Manias, E., Smith-Merry, J., Kelly, P., & Iedema, R. (2015). Patients' experiences of adverse events in health care. International Journal for Quality in Health Care, 27(6), 424–442.
Ippolito, M. M., Lyles, C. R., Prendergast, K., Marshall, M. B., Waxman, E., & Seligman, H. K. (2017). Food insecurity and diabetes self-management among food pantry clients. Public Health Nutrition, 20(1), 183–189.
Kahkoska, A. R., & Dabelea, D. (2021). Diabetes in youth: A global perspective. Endocrinology and Metabolism Clinics of North America, 50(3), 491–512.
Kyngäs, H. (2004). Support network of adolescents with chronic disease. Journal of Adolescent Health, 34(6), 473–482.
Mphasha, M. H., Rapetsoa, M., Mathebula, N., Makua, K., & Mazibuko, S. (2023). Non-adherence to growth monitoring sessions. South African Family Practice, 65(1), e1–e7.
Owolabi, E. O., Boakye, M. D. S., Omololu, S. O., Smalls, B. L., & Shaibi, G. Q. (2024). Technology-based interventions to promote diabetes self-management behaviors. Current Diabetes Reports, 24(12), 257–272.
Pamungkas, R. A., Chamroonsawasdi, K., & Vatanasomboon, P. (2017). Family support integrated with diabetes self-management. Behavioral Sciences, 7(3), 62.
Pastakia, S. D., Pekny, C. R., Manyara, S. M., & Fischer, L. (2017). Diabetes in sub-Saharan Africa: From policy to practice. Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity, 10, 245–254.
Pilot, S., Cohen, R., Reach, G., Cosson, E., Le Clesiau, H., Hercberg, S., et al. (2013). Insécurité alimentaire chez des patients diabétiques précaires. Diabetes & Metabolism, 39, A85–A86.
Polonsky, W. H., & Henry, R. R. (2016). Poor medication adherence in type 2 diabetes. Patient Preference and Adherence, 10, 1299–1307.
Seligman, H. K., Jacobs, E. A., López, A., Tschann, J., & Fernandez, A. (2012). Food insecurity and glycemic control. Diabetes Care, 35(2), 233–238.
Wanvoegbe, F. A., Agbodande, K. A., Alassani, A., Aviansou, A., Gninkoun, J., Amoussou-Guenou, D., et al. (2018). Évaluation de l'observance thérapeutique chez les diabétiques au Bénin. Médecine d'Afrique Noire, 355–361.
WHO. (2003). Adherence to long-term therapies: Evidence for action. WHO.
WHO. (2024a). World health statistics 2024. WHO.
WHO. (2024b). Consolidated guideline on self-care interventions for health and well-being. WHO.
Zainoul, B. E., Mamoudou, D. M. D., Mazid, D. A., Alpha, D. M., Mamadou, D. A., & Kadidiatou, B., et al. (2024). Adherence to drug therapy in type 2 diabetics in Conakry. Health Research in Africa, 2(12).

2026 NDUAYA, 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 8 (2)
ISSN: 1987-071X e-ISSN 1987-1023
Received, 9 March 2026
Accepted, 10 July 2026
Published, 18 July 2026
https://www.revue-rasp.org
To cite: Douba, A., et al. (2026). Recommandations du GTCV de la Côte d'Ivoire pour la lutte contre la rage. *Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, 8(2), pp.214-228.*
https://doi.org/10.4314/rasp.v8i2.15

Research

Recommandations du GTCV de la Côte d'Ivoire pour la lutte contre la rage

Recommendation of Côte d'Ivoire NITAG for rabies control

Douba Alfred[1,2,*], Ahoussou Eric Martial Kouakou[1,2], Diallo Maky[1,2], Bissagéné Emmanuel[1]

[1]Comité National des Experts Indépendants pour la Vaccination et les Vaccins de Côte d'Ivoire, Abidjan, Côte d'Ivoire
[2] Université Félix Houphouët-Boigny, Cocody, Abidjan, Côte d'Ivoire

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

Résumé

Le Ministre chargé de la santé a adressé une saisine au Comité National d'Experts Indépendants pour la Vaccination et les Vaccins de la Côte d'Ivoire (CNEIV-CI) afin d'obtenir son avis sur l'extension de la prophylaxie post-exposition antirabique à l'ensemble des centres de santé du pays et l'utilisation des immunoglobulines antirabiques dans la catégorie d'exposition III de l'OMS. Les objectifs étaient de décrire la méthode utilisée pour répondre à la saisine et préciser l'avis du CNEIV-CI. Le CNEIV-CI a suivi un processus systématique de recherche, d'évaluation et de synthèse des évidences. Les preuves ont été évaluées à l'aide de l'outil Critical Appraisal Skills Programme *(CASP)*. La rage est une zoonose toujours mortelle dès l'apparition des signes cliniques. Les victimes sont principalement les enfants de moins de 15 ans. Le chien est responsable de 99% des cas de rage humaine dans les régions endémiques.
Elle est évitable à 100 % grâce à la vaccination des animaux et des humains. Le CNEIV-CI a recommandé l'extension de la prophylaxie post-exposition antirabique à l'ensemble des centres de santé du pays et l'utilisation des immunoglobulines antirabiques dans la catégorie d'exposition III.
Mot clés : recommandations, prophylaxie post exposition antirabique, Côte d'Ivoire.

Abstract

The Minister of Health submitted a request to the National Immunization Technical Advisory Group (NITAG) of Côte d'Ivoire also called National Committee of Independent Experts for Vaccination and Vaccines of Côte d'Ivoire (CNEIV-CI) to obtain its opinion on extending post-exposure prophylaxis against rabies to all health centers in the country and on the use of rabies immunoglobulins in WHO exposure category III. The objectives were to describe the method used to respond to the request and to clarify the CNEIV-CI's opinion. The CNEIV-CI followed a systematic process of searching, evaluating, and synthesizing the evidence. The evidence was

assessed using the Critical Appraisal Skills Program (CASP) tool. Rabies is a zoonotic disease that is always fatal once clinical signs appear. The victims are primarily children under 15 years of age. Dogs are responsible for 99% of human rabies cases in endemic regions. Rabies is 100% preventable through vaccination of both animals and humans. The CNEIV-CI recommended extending post-exposure prophylaxis to all health centers in the country and the use of rabies immunoglobulins in exposure category III.
Keywords: **recommendations, rabies post-exposure prophylaxis, Côte d'Ivoire.**

1. Introduction

En décembre 2009, la Côte d'Ivoire s'est dotée d'un Groupe Technique Consultatif national pour la Vaccination (GTCV), dénommé Comité National d'Experts Indépendants pour la Vaccination et les Vaccins de la Côte d'Ivoire (CNEIV-CI) (Blau et al., 2012). Ce Comité a été mis en place dans le cadre de l'Initiative SIVAC (*The Supporting Independent Immunization and Vaccine Advisory Committees Initiative*) (Senouci et al., 2010), à la suite d'une recommandation de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) visant une prise de décision à base factuelle, au niveau national (OMS, 2009).

Le CNEIV-CI est chargé d'émettre des avis et recommandations scientifiques et techniques pouvant guider le Ministre chargé de la Santé dans la définition, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des politiques et stratégies de vaccination (Blau et al., 2012). Depuis sa création, le CNEIV-CI a émis de nombreuses recommandations ayant abouti à l'introduction de vaccins dans le Programme Elargi de Vaccination (PEV) y compris la recommandation du schéma vaccinal à dose unique contre les infections dues au *Papillomavirus Humain* (Douba et al., 2025). En Côte d'Ivoire, l'utilisation d'un nouveau vaccin à l'échelle nationale dans les centres de santé publics, soit dans le cadre du PEV, soit dans le cadre de la riposte à une épidémie, nécessite l'avis du CNEIV-CI de même que l'utilisation d'un nouveau schéma vaccinal. Ainsi, en 2021, le CNEIV-CI a donné un avis favorable à l'utilisation de la prophylaxie post exposition (PPE) antirabique par voie intradermique (CNEIV-CI, 2021) recommandé par l'OMS. Ce protocole présente les avantages de réduction des coûts, d'économies de doses, de réduction de temps de réalisation complète et d'efficacité égale ou supérieure au protocole par voie intramusculaire (OMS, 2018). Cette recommandation du CNEIV-CI relative au protocole intradermique a été entérinée par le Ministre chargé de la santé en 2023 (Ministère de la santé, 2023) et son application a effectivement débuté le 1er juillet 2024 dans les centres antirabiques de l'Institut National d'Hygiène Publique (Tétchi et al., 2025). Dans le but d'atteindre l'objectif de zéro décès lié à la rage au plus tard en 2030, en Côte d'Ivoire (FAO, 2018), le Ministre chargé de la santé a sollicité le CNEIV-CI pour un avis et des recommandations sur la PPE antirabique précisément l'extension de cette prophylaxie à l'ensemble des centres de santé du pays et l'utilisation des immunoglobulines antirabiques dans la catégorie d'exposition III de l'OMS (Ministère de la santé, 2025). C'est dans ce cadre que le présent travail a été réalisé. L'objectif général est de contribuer à l'élimination de la rage en Côte d'Ivoire. Les objectifs étaient de décrire la méthode utilisée pour l'élaboration d'une note de recommandations basée sur des données probantes pour répondre à la saisine et préciser l'avis du CNEIV-CI sur l'extension de la prophylaxie antirabique à l'ensemble des centres de santé du pays et l'utilisation des immunoglobulines antirabiques dans les cas d'exposition de catégorie III de l'OMS.

2. Matériels et méthodes

2.1. Établissement d'un groupe de travail

Pour la formulation d'une note de recommandations basée sur des évidences, le CNEIV-CI a utilisé une démarche systématique qui comprend :

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

Ainsi un groupe de travail a été mis en place et s'est réuni du 1er au 5 décembre 2025, en 5 sessions.

L'appartenance au groupe de travail était volontaire et a concerné les membres de droit du CNEIV-CI. Ensuite, ce groupe a été élargi par l'inclusion d'experts extérieurs sélectionnés par le CNEIV-CI sur la base de leur expertise (une spécialiste en santé Cheffe du service antirabique de l'Institut National d'Hygiène Publique, une spécialiste en maladies infectieuses du Centre Hospitalier Universitaire de Treichville et un biologiste Chef du service de virologie de l'Institut pasteur de Côte d'Ivoire). Les termes de référence de ce groupe étaient de rechercher, résumer et analyser les informations requises pour soutenir les délibérations du CNEIV-CI. Ce Groupe a été soutenu par un secrétariat.

2.2. Cadre de la recommandation

Le cadre de la note de recommandations inclut les composantes suivantes :

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

Le groupe de travail a été reparti en sous-groupes selon les composantes du cadre de la note de recommandations.

2.3. Recherche et évaluation de l'évidence

2.3.1. Formulation des questions sur les effets de l'intervention

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

- Quelle est l'ampleur de la rage en Côte d'Ivoire ?
- La PPE antirabique confère-t-elle une protection efficace contre la rage ?
- Les avantages conférés par la PPE antirabique sont-ils supérieurs aux effets indésirables qu'elle induit ?
- Quel est le coût-efficacité/bénéfice de la PPE antirabique ?

- Quels sont les aspects politiques et opérationnels pour l'extension de la PPE antirabique à l'ensemble des centres de santé du pays et l'utilisation des immunoglobulines antirabiques dans l'exposition de catégorie III de l'OMS ?

2.3.2. Sources documentaires

Diverses bases de données bibliographiques ont été identifiées (Pubmed, Global NITAG Network, Google scholar, site de l'OMS : https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/rabies) pour la recherche de l'évidence. Les documents du service de la surveillance épidémiologique de l'Institut National d'Hygiène Publique et du service des maladies infectieuses du Centre Hospitalier Universitaire de Treichville ont aussi été inclus dans les sources documentaires.

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

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

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

- *Population* : enfants, jeunes, adultes ;
- *Intervention* : prophylaxie post exposition antirabique ;
- *Comparator* : placébo ;
- *Outcome* : efficacité, effets indésirables/secondaires.

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

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

Questions	Mots clés
Quelle est l'ampleur de la rage en Côte d'Ivoire ?	Rage – incidence – morbidité – décès – mortalité – Côte d'Ivoire
La prophylaxie post exposition antirabique confère-t-elle une protection efficace contre la rage ?	Efficacité – vaccins antirabiques – prophylaxie post exposition antirabique – enfants – jeunes – adultes
Les avantages conférés par la prophylaxie post exposition antirabique sont-ils supérieurs aux effets indésirables qu'elle induit ?	Prophylaxie post exposition antirabique – Vaccins antirabiques – effets indésirables – enfants – jeunes – adultes
Quel est le coût-efficacité/coût-bénéfice de la prophylaxie post exposition antirabique ?	Prophylaxie post exposition antirabique – Vaccins antirabiques – coût-efficacité – coût-bénéfice

Quels sont les aspects politiques et opérationnels pour l'extension de la prophylaxie post exposition antirabique à l'ensemble des centres de santé du pays et l'utilisation des immunoglobulines antirabiques dans l'exposition de catégorie III de l'OMS ?	Prophylaxie post exposition antirabique – Vaccins antirabiques – immunoglobulines antirabiques – aspects politiques – aspects opérationnels

Source : conçu par le groupe de travail

2.3.4. Evaluation de l'évidence

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

3. Résultats

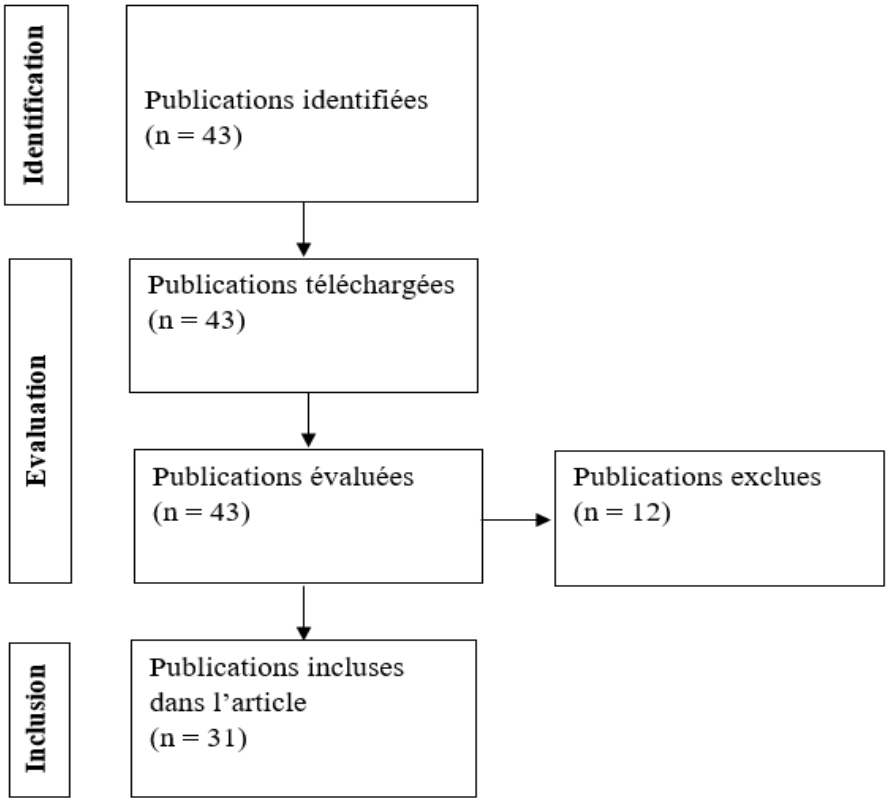


Figure 1 : diagramme de flux des publications incluses dans l'articles

La recherche bibliographique a servi à d'identifier 40 publications qui ont été évaluées. Parmi celles-ci 12 ont été exclues à l'évaluation pour des raisons de doublon, non-pertinence et insuffisance d'information pour la référence.

La hiérarchisation des preuves a été faite en se basant sur les orientations du Centre for Evidence-Based Medecine d'Oxford (2013) et celles de la Haute Autorité de Santé (2013).
Les sources des 31 publications incluses dans l'étude sont PubMed (11), Google Scholar (4), les sites de l'Organisation Mondiale de la Santé (4), le Secrétariat du Comité National d'Experts Indépendants pour la Vaccination et les Vaccins de la Côte d'Ivoire à l'Institut National d'Hygiène Publique à Treichville – Abidjan, Côte d'Ivoire (4), Scientific Research (2), Pillole.org (1), le site internet du produit Berirab® (1), le site de la Haute Autorité de Santé (1), le site de l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (1), la Direction de Coordination du Programme Elargi de Vaccination, Abidjan, Côte d'Ivoire (1) et le site de l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des Produits de Santé (1).

3.1. Données sur la maladie

- **Agent pathogène**

Le virus de la rage appartient à la famille des Rhabdoviridae et au genre Lyssavirus dont il existe 14 espèces. C'est un virus enveloppé à simple brin d'ARN non segmenté (OMS, 2018 ; Khairullahet al., 2023). Il est inactivé par le savon, l'aération et la lumière du soleil (Khairullahet al., 2023).

- **Réservoir**

Le réservoir du virus est constitué de carnivores (chiens, renards, Coyotes, mangoustes, civettes, loups, etc.) et de chauves-souris (Carnivora et Chiroptera) (OMS, 2018 ; Khairullah et al., 2023 ; Wobessi et al., 2021).

- **Transmission**

La transmission du virus à l'homme se fait par morsure ou griffure d'un animal infecté (Whitehouse et al., 2023 ; Khairullah et al., 2023). Le chien est responsable de 99% des cas de rage humaine dans les régions endémiques, les animaux sauvages étant responsable d'un très faible pourcentage des cas.
(OMS, 2018 ; Kallo et al., 2020 ; Khairullah et al., 2023).
La transmission interhumaine de la rage est très rare et survient à la suite d'une greffe de tissus ou d'organes infectés (OMS, 2018 ; Khairullah et al., 2023). Toutefois, il est important de noter que le virus de la rage est étant présent dans la salive, les larmes, l'urine et les tissus nerveux des cas de rage humaine, l'exposition à ces liquides et tissus corporels comporte un risque théorique de transmission du virus (OMS, 2018).

- **Facteurs favorisant**

Les facteurs favorisant la survenue de la rage sont variés et incluent l'âge inférieur à 15 ans, le sexe masculin, la résidence en zone rurale, la non-utilisation de la prophylaxie post-exposition, l'absence de vaccination, la possession d'animaux de compagnie (chiens, chats) non vaccinés, le chien mordeur non vacciné, la morsure à la tête, au cou ou à la main, la profession de vétérinaire, la profession d'agent de laboratoire qui effectue des recherches sur le virus de la rage et des matières infectées, la pratique d'activités favorisant le contact avec les animaux sauvages (camping, randonnées, exploitation de grottes) et la vie dans un pays endémique de la rage (Issaka et al., 2023a ; Issaka et al., 2023b ; Tetchi et al., 2020 ; Khairullah et al., 2023). En plus de ces facteurs, l'accès limité aux services de santé a été associé à une augmentation de la mortalité liée à la rage (Faust et al., 2024).

- **Groupes à risque**

Les groupes à risque de contracter la rage sont les enfants dont l'âge est inférieur à 15 ans, les personnes de sexe masculin, les vétérinaires, les médecins et les personnes prenant en charge des cas de rage humaine, les agents de laboratoire effectuant des recherches sur le virus de la rage, les chasseurs, les gardes forestiers, les voyageurs provenant de zones indemnes de rage et se rendant en zones endémiques (Issaka et al., 2023a ; Issaka et al., 2023b ; Tetchi et al., 2020 ; Khairullah et al., 2023).

- **Signes cliniques**

Après une période d'incubation variant de 1 à 3 mois, dans la majorité des cas, les personnes atteintes de rage peuvent présenter des signes comprenant la fièvre, des maux de tête, des nausées ou vomissements, une faiblesse localisée, une dysphagie, des hallucinations, les crampes musculaires, une paresthésie, des picotements ou une douleur neuropathique au niveau de la morsure due à la réplication du virus, une hydrophobie, une aérophobie et une photophobie (OMS, 2018 ; Khairullah et al., 2023). La maladie se manifeste sous forme de signes d'hyperactivité (rage furieuse) ou de signes paralytiques (rage paralytique) et la mort survient 7 à 10 jours après l'apparition des premiers signes (OMS, 2018).

- **Diagnostic biologique**

La méthode de référence pour le diagnostic de la rage est dosage des anticorps par fluorescence dans le tissu cérébral en post mortem (OMS, 2018). Cependant, la salive peut servir à l'isolement du virus ou du matériel génétique viral, le sérum et le liquide céphalo-rachidien sont utilisés pour la détection d'anticorps antirabiques et les biopsies cutanées de follicules pileux prélevés à la nuque servent à la détection d'antigènes rabiques (Ling et al., 2023)

- **Traitement**

Le traitement est symptomatique et repose essentiellement sur des soins intensifs, l'administration de sédatifs, la prise en charge de la paralysie et la ventilation assistée (Khairullah et al., 2023).

- **Ampleur**

Le nombre annuel de décès dus à la rage dans le monde est estimés à 59 000. La plupart de ces décès surviennent en Asie (59,6%) et en Afrique (36,4%) (Ling et al., 2023), et environ 40% sont des enfants âgés de moins de 15 ans (OMS, 2018). En Côte d'Ivoire, le nombre moyen annuel de décès dus à la rage est estimé à 18 avec plus de 10 000 personnes exposées (Kallo et al., 2020).

3.2. Caractéristiques des vaccins, immunoglobulines antirabiques et prophylaxie

- **Caractéristiques des vaccins**

Les vaccins antirabiques contiennent des virus rabiques inactivés cultivés dans des cellules (cellules Vero, cellules embryonnaires de poulet ou cellules diploïdes humaines) ou dans des œufs embryonnés (de canard ou de poule) et un stabilisant (l'albumine humaine ou de la gélatine). Ils contiennent au moins 2,5 UI par dose intramusculaire. Ils se présentent sous forme de flacons de 0,5 ml ou de 1 ml en mono dose. Conservés entre +2 et +8 °C et à l'abris de la lumière, leur durée minimale de conservation est de 3 ans. Ce sont des vaccins lyophilisés qui doivent être utilisés dans les 8 heures suivant leur reconstitution (OMS, 2018). Ils sont administrés par voie intradermique ou intramusculaire dans la région deltoïdienne ou antérolatérale de la cuisse. Bien qu'ils soient sûrs et bien tolérés, leur administration peut entrainer la survenue d'érythèmes mineurs et transitoires, des douleurs et/ou des gonflements au point d'injection (en cas de vaccination répétée par voie intradermique), une fièvre

passagère, des symptômes gastro-intestinaux, des céphalées et des étourdissements (OMS, 2018). En ce qui concerne l'administration concomitante avec d'autres vaccins, les vaccins antirabiques peuvent être coadministrés avec des vaccins inactivés (contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche, l'encéphalite japonaise et la poliomyélite) ou des vaccins vivants (contre la rougeole, les oreillons et la rubéole) (OMS, 2018). Par ailleurs, ils peuvent être administrés chez les femmes allaitantes, aux femmes enceintes et aux personnes infectées par le VIH dont le taux de CD4 >25% (pour les enfants âgés de moins de 5 ans) ou le taux de CD4 ≥200 cellules/mm³ (pour les personnes âgées d'au moins 5 ans) (OMS, 2018).

- **Immunoglobulines antirabiques**

Il existe l'immunoglobuline antirabique d'origine humaine dont la dose maximale à administrer est de 20 UI/kg de poids corporel et l'immunoglobuline antirabique d'origine équine dont la dose maximale est de 40 UI/kg de poids corporel. L'immunoglobuline doit être administrée avant le huitième jour suivant la première dose de vaccin antirabique (période d'absence des anticorps antirabiques) (OMS, 2018). L'immunoglobuline antirabique humaine est biodisponible dans le circuit sanguin du receveur après environ 2 à 3 jours de l'application intramusculaire. La demi-vie est de 3 à 4 semaines en moyenne. Les effets indésirables (Frissons, fièvre, indisposition, douleurs locales, sensibilité à la pression, enflures au site d'injection, nausées, vomissements, arthralgies et maux de dos, céphalées, réactions d'hypersensibilité, choc anaphylactique) sont rares (CSL Behring AG, 2014).

En ce qui concerne l'immunoglobuline antirabique équine, la concentration sérique atteint le maximum (C_{max} = 8.86 ± 6.65 µg/ml) en 10,80 ± 2,48 heures. Les effets indésirables immédiats comprennent l'hypotension, la dyspnée, l'urticaire et rarement un choc anaphylactique. Les effets indésirables retardés incluent une réaction inflammatoire associée à une fièvre, un prurit, un érythème ou une urticaire, une adénopathie et des arthralgies (Sanofi Pasteur, 2017).

- **Prophylaxie**

On distingue la prophylaxie préexposition (PPrEx) et la prophylaxie poste exposition (PPE).

La PPrEx est recommandée chez les groupes à haut risque (les vétérinaires, les médecins et les personnes prenant en charge des cas de rage humaine, les agents de laboratoire effectuant des recherches sur le virus de la rage, les chasseurs, les gardes forestiers, les voyageurs provenant de zones indemnes de rage et se rendant en zones endémiques) (Khairullah et al., 2023).

Les schémas d'administration des vaccins sont présentés dans le tableau II.

Tableau II : schéma d'administration des vaccins antirabique en prophylaxie préexposition

RABIVAX-S®				
Voie intramusculaire (1 dose = 1 ml)	1 dose à injecter à :	J0	J7	
Voie intradermique (1 dose = 0,1 ml)	2 doses à injecter à :	J0	J7	
VERORAB®				
Voie intramusculaire (1 dose = 0,5 ml)	1 dose à injecter à :	J0	J7	J21 ou J28
	ou à :	J0	J7	
Voie intradermique (1 dose = 0,1 ml)	2 doses à injecter à :	J0	J7	
VAXIRAB N®				
Voie intramusculaire (1 dose = 1 ml)	1 dose à injecter à :	J0	J7	J21 ou J28

J = jour

Source : conçu à partir des informations issues des références suivantes : Serum Institute of India Pvt. Ltd., 2024 ; Sanofi Winthrop Industrie, 2025 ; Zydus Lifesciences Limited, 2024

Pour la voie intradermique, deux doses sont administrées à J0 et deux à J7. L'administration des deux doses a lieu sur des sites différents.
En ce qui concerne la PPE, elle consiste en :

- Premièrement : laver et rincer la plaie avec du savon et de l'eau pendant 10 à 15 minutes pour réduire l'inoculum viral au niveau de la plaie (OMS, 2018), puis la sécher et appliquer un antiseptique (mercurochrome, alcool à 70 %, povidone iodée, chlorure de benzalkonium à 1 % à 4 % ou bromure de centrimonium à 1 %) (Khairullah et al., 2023).
- Deuxièmement : administrer un vaccin antirabique (en cas d'indication) pour réduire le risque d'invasion des nerfs périphériques par le virus rabique. Cette réduction du risque s'explique par les anticorps induits par la vaccination (OMS, 2018).

Les schémas d'administration des vaccins sont présentés dans le tableau III.
Tableau III : schéma d'administration des vaccins antirabiques en prophylaxie post-exposition

RABIVAX-S®						
Voie intramusculaire (1 dose = 1 ml)	1 dose à injecter à :	J0	J3	J7	J14	
Voie intradermique (1 dose = 0,1 ml)	2 doses à injecter à :	J0	J3	J7		
VERORAB®						
Voie intramusculaire (1 dose = 0,5 ml)	1 dose à injecter à :	J0	J3	J7	J14	J28
	ou à :	J0(2)*		J7	J21	
Voie intradermique (1 dose = 0,1 ml)	2 doses à injecter à :	J0	J3	J7		
VAXIRAB N®						
Voie intramusculaire (1 dose = 1 ml)	1 dose à injecter à :	J0	J3	J7	J14	J28
Voie intradermique (1 dose = 0,1 ml)	2 doses à injecter à :	J0	J3	J7		J28

*deux doses à administrer à J0
Source : conçu à partir des informations issues des références suivantes : Serum Institute of India Pvt. Ltd., 2024 ; Sanofi Winthrop Industrie, 2025 ; Zydus Lifesciences Limited, 2024

Pour la voie intradermique, deux doses sont administrées à J0, J3, J7 et à J28. L'administration des deux doses a lieu sur des sites différents.
En Côte d'Ivoire, depuis le 1er juillet 2024, le protocole vaccinal en vigueur en prophylaxie post-exposition dans les centres antirabiques est le protocole intradermique, consistant à injecter à la victime deux doses (à deux sites différents) à J0, J3 et J7 (Tétchi et al., 2025).

- Troisièmement : infiltrer l'immunoglobuline antirabique à l'intérieur et autour de la plaie, immédiatement après l'exposition, afin de neutraliser le virus de la rage au niveau de la plaie (OMS, 2018).

L'indication de la PPE et la procédure recommandée selon la catégorie d'exposition sont présentées dans le tableau IV.
Tableau IV : indication de la PPE et la procédure recommandée selon la catégorie d'exposition

Catégorie d'exposition	Type de contact	Indication de la PPE	Procédure recommandée
Catégorie I	Contact ou alimentation de l'animal, léchage d'une peau intacte	Non	Aucune

(pas d'exposition)			
Catégorie II (exposition)	Mordillage de la peau découverte, griffures bénignes ou excoriations sans saignement	Oui	Vaccination immédiate
Catégorie III (exposition grave)	Morsures ou griffures uniques ou multiples ayant traversé le derme, contamination des muqueuses ou d'une peau érodée par la salive après léchage par un animal, exposition par contact direct avec des chauves-souris	Oui	Vaccination immédiate + immunoglobuline antirabique

Source : (OMS, 2018)

Selon les recommandations de l'OMS, en cas d'exposition de catégorie III, la victime doit recevoir le vaccin et les immunoglobulines antirabiques. En cas d'exposition de catégorie II, la victime reçoit uniquement le vaccin antirabique. En cas d'exposition de catégorie I, la victime ne reçoit ni le vaccin ni les immunoglobulines antirabiques.

- **Prévention**

La rage est évitable à 100 % grâce à la vaccination des animaux et des humains (Ling et al., 2023) et à la sensibilisation des populations à risque (OMS, 2018).

Dans les zones d'endémie, la vaccination de masse des chiens visant une couverture de 70% (Kallo et al., 2020 ; Wobessi et al., 2021) a pour effet d'interrompre la transmission du virus rabique à sa source animale à travers l'immunité de groupe (Ling et al., 2023), réduisant ainsi considérablement la transmission à l'homme (Kallo et al., 2020). L'efficacité de cette stratégie de lutte est illustrée par le programme d'élimination de la rage humaine mis en œuvre par l'Organisation panaméricaine de la santé (OPS). En effet, en 1983, en vue de lutter efficacement contre la rage humaine transmise par les chiens, l'OPS a organisé une vaccination de masse des chiens qui a abouti à une réduction de 90 % les cas de rage canine au Chili et dans d'autres pays d'Amérique latine (Ling et al., 2023). Quant à la vaccination des humains, elle est principalement recommandée pour les populations à haut risque soit en préexposition soit en post-exposition (OMS, 2018).

En plus de la vaccination, la sensibilisation constitue une stratégie essentielle de la lutte contre la rage. Cette sensibilisation devrait inclure une collaboration entre les secteurs concernés (secteur humain et secteur animal) pour la prévention des morsures et griffures d'animaux, l'éducation des populations, la promotion d'une attitude responsable des propriétaires de chiens et les premiers soins à prodiguer en post-exposition immédiate (OMS, 2018).

3.3. Considérations économiques et opérationnelles

Les dépenses annuelles directes et indirectes engendrées par la rage dans le monde sont estimées à 5,5 milliards de dollars. Ces dépenses n'incluent pas les coûts sociaux tels que les décès, les pertes de productivité dues aux décès prématurés et le traumatisme psychologique (Khairullah et al., 2023). En Côte d'Ivoire, le coût annuel de la rage est estimé à 41 millions de dollars (Kallo et al., 2020). L'application du protocole intradermique en PPE favorise une réduction du

prix de la dose du vaccin qui passe de 8 000 à 2 000 FCFA (soit de 14,55 à 3,64 $US ; 1 $US = 560 FCFA).
Au niveau opérationnel, les vaccins et les immunoglobulines antirabiques peuvent être mis à disposition dans les centres de santé publiques du pays comme se fait l'approvisionnement des vaccins du Programme Elargi de Vaccination (PEV), en continuant la mise à disposition des vaccins antirabiques dans les centres antirabiques de l'Institut National d'Hygiène Publique à travers le pays.

3.4.Politiques de santé et aspects programmatiques
En Côte d'Ivoire, la lutte contre la rage bénéficie d'une attention particulière de la part des autorités sanitaires. Cette attention se traduit par la mise en place d'un Programme National de Lutte Intégrée contre la Rage en Côte d'Ivoire pour la période 2018-2030 (FAO et MiRAH, 2020). Dans ce cadre le pays bénéficiera d'un soutien du Gavi en termes de doses de vaccins antirabiques en 2026 (25 000 doses), 2027 (35 000 doses), 2028 (40 000 doses), 2029 (45 000 doses) et 2030 (50 000 doses) (MSHCMU, 2024).

4. Discussion

Le présent travail a pour objectifs, premièrement, de décrire la méthode utilisée pour l'élaboration d'une note de recommandations fondée sur des données probantes pour répondre à la saisine du Ministre chargé de la santé et, secondairement, de préciser l'avis du CNEIV-CI sur l'extension de la prophylaxie antirabique à l'ensemble des centres de santé du pays et sur l'utilisation des immunoglobulines antirabiques dans les cas d'exposition de catégorie III de l'OMS. Pour atteindre ces objectifs, un groupe de travail a été constitué. L'appartenance à ce groupe s'est initialement limitée aux membres de droit du CNEIV-CI. À sa création, le CNEIV-CI comptait 17 membres de droit émanant de 12 domaines d'expertise, à savoir la santé publique, l'épidémiologie, la vaccinologie, la microbiologie, la pédiatrie, l'infectiologie, la gynécologie, la pharmacologie, la biostatistique, l'économie de la santé, la socio-anthropologie, la médecine du travail (Blau, 2012). Cette diversité d'expertises est aussi constatée dans d'autres GTCV de pays africains notamment l'Ouganda (UNITAG,2021), le Togo (Ministère de la santé du Togo, 2015) et la Zambie (Simuyemba, 2022). A ce jour, le CNEIV-CI ne compte que huit membres de droit issus de huit domaines d'expertise car, au fil des années, il a connu une attrition pour plusieurs raisons notamment l'expatriation, le manque de motivation, le manque de temps et le décès. La réduction du nombre des membres de droit et par conséquent, la réduction du nombre de domaines d'expertises entraine une sollicitation d'experts externes le cas échéant. Ainsi, trois experts externes ont été conviés à intégrer le groupe de travail. La sollicitation d'experts externes a aussi été rapportée par Bell et collaborateurs (2019) qui ont réalisé une enquête incluant 38 GTCV de pays à revenu faible et intermédiaire. Par ailleurs, selon Howard et collaborateurs (2018), en cas d'absence de certaines expertises au sein des GTCV notamment les économistes de la santé, les considérations économiques ne sont pas prises en compte dans la formulation de recommandations.

En ce qui concerne l'extension de la prophylaxie antirabique à l'ensemble des centres de santé du pays, Luka et collaborateurs (2025) rapportent que la décentralisation de la prophylaxie PPE vers un plus grand nombre d'établissements améliore l'accès des personnes exposées à la rage

à la PPE. L'extension de la prophylaxie antirabique à l'ensemble des centres de santé d'un pays est donc une stratégie qui pourrait résoudre le problème d'accessibilité géographique à la PPE qui est une des principales causes de décès liés à la rage en Afrique (Faust et al., 2024), en général, et en Côte d'Ivoire (Tetchi et al., 2020), en particulier. Cette extension de la prophylaxie antirabique nécessite un bon système de distribution des vaccins. Cependant, dans la plupart des pays, à l'exception du Bhoutan, la gestion des vaccins antirabiques n'est pas du ressort des circuits nationaux d'approvisionnement en vaccins, tels que le Programme Elargi de Vaccination (PEV). L'OMS recommande donc l'intégration de la PPE aux services de vaccination de routine afin d'améliorer la distribution et la disponibilité des vaccins antirabiques (Luka et al., 2025). En Côte d'Ivoire, les vaccins antirabiques sont disponibles, en ce concerne le domaine public, dans les 31 centres de l'Institut National d'Hygiène Publique (INHP) à travers le pays. La Côte d'Ivoire réaliserait des économies substantielles si elle intègre la distribution des vaccins et immunoglobulines antirabiques, dans le cadre de l'extension de la PPE, dans le système de distribution des vaccins du PEV, car cette intégration engendrerait peu ou pas de coûts additionnels.

Concernant les immunoglobulines antirabiques, leur utilisation est recommandée dans les cas d'exposition de catégorie III de l'OMS (OMS, 2018). Le coût par dose d'immunoglobulines antirabiques équines se situerait entre 25 et 50 dollars américains (entre 13 750 et 27 500 FCFA ; 1 USD = 550 FCFA), tandis que celui des immunoglobulines antirabiques humaines se situerait entre 100 et 250 dollars américains (entre 55 000 et 137 500 FCFA) (OMS, 2021). Ce coût pourrait constituer un obstacle à l'accès aux immunoglobulines antirabiques pour de nombreuses personnes exposées au risque de la rage. En effet, il ressort d'une étude réalisée en Côte d'Ivoire que la principale raison d'abandon de la PPE était le manque de moyen financier (Zamina et al., 2018).

Au terme du processus de travail et en réponse à la saisine du Ministre chargé de la santé, le CNEIV-CI a formulé les recommandations suivantes :

- l'extension de la prophylaxie antirabique à l'ensemble des centres de santé du pays ;
- l'utilisation des immunoglobulines antirabiques dans la catégorie d'exposition III de l'OMS ;
- le renforcement de la surveillance des manifestations post vaccinales indésirables ;
- la gratuité pour la prophylaxie post-exposition antirabique pour les élèves, étudiants, chômeurs et les populations rurales.

5. Conclusion

La rage est évitable par la vaccination chez les animaux et les humains. En Côte d'Ivoire, le protocole vaccinal en vigueur en prophylaxie post-exposition, dans les centres antirabiques, est le protocole intradermique. Pour répondre à une saisine du Ministre chargé de la santé relative à l'extension de ce protocole, le CNEIV-CI a suivi processus systématique. Au terme de ce processus, le CNEIV-CI a recommandé, sur la base de données probantes, l'extension de la prophylaxie post-exposition antirabique à l'ensemble des centres de santé du pays, l'utilisation des immunoglobulines antirabiques dans la catégorie d'exposition III de l'OMS, le renforcement de la surveillance des manifestations post vaccinales indésirables et la gratuité pour la prophylaxie post-exposition antirabique pour les élèves, étudiants, chômeurs et les

populations rurales. La bonne mise en œuvre de cette extension de la prophylaxie post-exposition antirabique nécessite l'intégration de la distribution des vaccins antirabiques dans le système de distribution des vaccins du PEV. Enfin, une stratégie devrait être mise en place pour rendre financièrement accessible les immunoglobulines antirabiques.

Conflit d'intérêts

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

Remerciements

Le CNEIV-CI remercie les experts extérieurs ayant apporté leur contribution à la l'élaboration de la note de recommandation :

- Dr KOUAKOU Gisèle, Maître de Conférences Agrégé, du service des Maladies Infectieuses du Centre Hospitalier Universitaire de Treichville, Abidjan, Côte d'Ivoire
- Dr TECHI Sopi Matilde, Cheffe du Centre Antirabique de l'INHP, Treichville, Abidjan, Côte d'Ivoire
- Dr ADJOGOUA Edgard Valéry, Chef du Département de virologie de l'Institut Pasteur de Côte d'Ivoire, Abidjan, Côte d'Ivoire

Références bibliographiques

Bell, S., Blanchard, L., Walls, K., Mounier-Jack, S. & Howard, N., (2019). Value and effectiveness of National Immunization Technical Advisory Groups in low- and middle-income countries: a qualitative study of global and national perspectives. *Health Policy and Planning*, 34 : 271–81. doi: 10.1093/heapol/czz027

Blau, J., Faye, C.P., Senoucia, K., Dagnan, N.S., Douba, A., Saracino, T.J., & Gessner, D.B., (2012). Mise en place d'un Groupe technique consultatif pour la vaccination en Côte d'Ivoire : processus et enseignements. *Vaccine*, 30 : 2588–2593. doi:10.1016/j.vaccine.2012.01.066

CNEIV-CI, (2021). Avis du CNEIV-CI sur l'adoption par l'INHP du nouveau protocole de l'OMS concernant la prophylaxie vaccinale des exposées à la rage en Côte d'Ivoire. CNEIV-CI N°6

CSL Behring AG, (2014). Berirab®. Consulté le 23 février 2025 ; récupéré à partir de l'adresse web https://compendium.ch/product/1001769-berirab-sol-inj-300-ui-2ml/mpro

Douba, A., Ahoussou, K.M.E., Boa, A., Issaka, T., & Bissagnéné, E., (2025). Schéma vaccinal à dose unique contre le HPV en Côte d'Ivoire : position du CNEIV-CI. Douba, A., Ahoussou, K.M.E., Boa, A., Issaka, T., & Bissagnéné, E., (2025). Schéma vaccinal à dose unique contre le HPV en Côte d'Ivoire : position du CNEIV-CI. *Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique*, 7(1), 20-35. https://doi.org/10.4314/rasp.v7i1.2

Durieux, N., Vandenpu, S. & Pasleau, F., (2013). Médecine factuelle : la hiérarchisation des preuves par le Centre for Evidence-Based Medecine d'Oxford. *Rev Med Liège,* 68 : 12 : 644-649. Consulté le 15 juin 2026 ; récupéré à partir de l'adresse web https://orbi.uliege.be/bitstream/2268/159899/1/DurieuxN_etal_OCEBM_RmLg.pdf

FAO & Ministère des Ressources Animales et Halieutiques, (2020). Programme National de Lutte Intégrée contre la Rage en Côte d'Ivoire [2018-2030]. Consulté le 23 février 2025 ; récupéré à partir de l'adresse web https://doi.org/10.4060/ca7453fr.

FAO, Oie, WHO, & Global Alliance for Rabies control. Zero by 30: the global strategic plan. Geneva 2018. Consulté le 5 décembre 2026. Récupéré à partir de l'adresse web https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/dd25afe1-7e74-46d3-b8e7-b5cc7ced55f1/content

Faust, A., & Ray, N., (2024). Consequences of geographical accessibility to post-exposure treatment for rabies and snakebite in Africa: a mini review. *Front. Health Serv*, 4:1309692. Doi: 10.3389/frhs.2024.1309692

Haute Autorité de Santé, (2013). Niveau de preuve et gradation des recommandations de bonne pratique - Etat des lieux. Consulté le 15 juin 2026 ; récupéré à partir de l'adresse web https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-06/etat_des_lieux_niveau_preuve_gradation.pdf

Howard, N., Walls, H., Bell, S., & Mounier-Jack, S., (2018). The role of National Immunisation Technical Advisory Groups (NITAGs) in strengthening national vaccine decision-making: A comparative case study of Armenia, Ghana, Indonesia, Nigeria, Senegal and Uganda. *Vaccine*, 36 : 5536–43. https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2018.07.063

Issaka, T., Tetchi., S.P., Coulibaly, A., Djoman, C., Dagnan, N. S., & Dosso, M., (2023a). Epidemiological Facies of Human Rabies Deaths in Côte d'Ivoire from 2016 to 2022. *Open Journal of Epidemiology*, 13, 372-384. https://doi.org/10.4236/ojepi.2023.134027

Issaka, T., Tetchi., S.P.,Akani, B., Djoman,C., & Benié, B.j., (2023b). Analysis of Epidemiological Investigations and Responses to Human Rabies Deaths in Côte d'Ivoire, 2021. *Open Journal of Epidemiology*, 13 : 208-217. https://doi.org/10.4236/ojepi.2023.133016

Kallo, V., Sanogo, M., Boka,, M., Dagnogo, M., Tetchi, M., Traoré, S. & Bonfoh, B., (2020). Estimation of dog population and dog bite risk factors in departments of San Pedro and Bouake in Côte d'Ivoire. *Acta Tropica*, 206 : 105447. https://doi.org/10.1016/j.actatropica.2020.105447

Khairullah, R.A., Kurniawan, C.S., Hasib, A., Silaen, M.S.O., Widodo, A., Effendi, H.M., & Yanestria, M.S., (2023). Tracking lethal threat: in-depth review of rabies. *Open Veterinary Journal*, 13(11): 1385–1399. DOI: 10.5455/OVJ.2023.v13.i11.1

Ling, J.Y.M., Halim, A.N.F.A., Ahmad, D., Ramly, N., Hassan, R.M., Rahim, A.S.S.S., & Hidrus, A., (2023). Rabies in Southeast Asia: a systematic review of its incidence, risk factors and mortality. *BMJ Open*, 13:e066587. Doi:10.1136/ bmjopen-2022-066587

Luka, M.M., Ferguson, A.E., Rees, E., Hoffu, H., Changalucha, J., Lushasi, K., & Hampson, K., (2025). Optimising human rabies vaccine supply chains: A modelling study. *Vaccine,* 54 : 127108. https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2025.127108

Ministère de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle (MSHPCMU), (2023). Mise en œuvre du protocole antirabique intradermique (ID) recommandé par l'OMS. Courrier N°670/MSHPCMU/DGS/INHP/BBJ du 9 mai

Ministère de la santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle (MSHPCMU), (2025). Sollicitation d'un avis et recommandations du CNEIV-CI sur la prophylaxie post-exposition antirabique en Côte d'Ivoire. Courrier N°7825/MSHPCMU/CAB/INHP/EKD/CF du 30 octobre

Ministère de la Santé de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle (MSHCMU), 2024. Dossier de soumission de la Côte d'Ivoire à Gavi pour l'accès aux vaccins antirabiques.

OMS, (2009). Réunion du Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination, novembre 2008 - conclusions et recommandations. *Weekly Epidemiological Record* ; 1-2 : 1-16. Consulté le 13 février 2026. Récupéré à partir de l'adresse web https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/31092842-1ed3-498a-ac7e-1d8fc622d8f8/content

OMS, (2018). Vaccins antirabiques : Note de synthèse de l'OMS – avril 2018. *Relevé Epidémiologique Hebdomadaire,* 93 (16) : 201-220

OMS, (2021). Equine rabies immunoglobulin. Consulté le 8 avril 2026. Récupéré à partir de l'adresse web https://list.essentialmeds.org/recommendations/1221?ln=FR

Public Health Resource Unit. (2006). Critical Appraisal Skills Programme (CASP): making sense of evidence. England. Consulté le 26 mai 2023 ; récupéré à partir de l'adresse web https://www.pillole.org/public/aspnuke/downloads/documenti/strumentiappraisal.pdf

Sanofi Pasteur, 2017. FAVIRAB. Consulté le 23 février 2025 ; récupéré à partir de l'adresse web https://agence-prd.ansm.sante.fr/php/ecodex/rcp/R0292373.htm

Senouci, K., Blau, J., Nyambat, B., Faye, C.P., Gautier, L., Silva, D.A., & Gessner, D.B., (2010). The Supporting Independent Immunization and Vaccine Advisory Committees (SIVAC) Initiative: A country-driven, multi-partner program to support evidence-based decision making. *Vaccine*, 28S : A26–A30. doi:10.1016/j.vaccine.2010.02.028

Tetchi, S.M., Coulibaly, M., Kallo, V., Traoré, G.S., Issaka, T., Benié, B.V.J., & Bonfoh, B., (2020). Risk factors for rabies in Côte d'Ivoire. *Acta Tropica*, 212 : 105711. https://doi.org/10.1016/j.actatropica.2020.105711

Tétchi, M., Zogbé, S., Djoman-Mangou, C., Ekra, D., Tiembré, I., (2025). Situation de la rage humaine en Côte d'Ivoire. Présentation au cours de l'atelier du CNEIV-CI du 1er au 5 décembre, Grand-Bassam, Côte d'Ivoire

Whitehouse, R.E., Mandra, A., Bonwitt, J., Beasley, A.E., Taliano, J., Rao, K.A., (2023). Human rabies despite post-exposure prophylaxis: a systematic review of fatal breakthrough infections after zoonotic exposures. *Lancet Infect Dis*., 23(5): e167–e174. doi:10.1016/S1473-3099(22)00641-7

Wobessi, S.N.J., Kenmoe, S., Mahamat, G., Belobo, E.T.J., Emoh, D.P.C., Efietngab, N.A., & Njouam, R., (2021). Incidence and seroprevalence of rabies virus in humans, dogs and other animal species in Africa, a systematic review and meta-analysis. *OneHealth*, 13 : 100285

Zamina B.Y.G., Tiembre ´ I., Attoh-Touré H., N'Guessan K.E., Tetchi S.M., Benié B.V.J., (2018). Facteurs associés à l'abandon de la prophylaxie post-exposition au centre antirabique d'Abidjan, Côte d'Ivoire. Médecine et Santé Tropicales, 28 : 212-218. doi: 10.1684/mst.2018.0796.

2026 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 8 (2)
ISSN: 1987-071X e-ISSN 1987-1023
Received, 2 April 2026
Accepted, 12 July 2026
Published, 18 July 2026
https://www.revue-rasp.org
To cite: Biaou, C., et al. (2026). Représentations sociales et enjeux de santé publique autour des jeux de hasard dans les villes de Cotonou, Dassa-Zoumè et Parakou au Bénin. *Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, 8(2), pp.229-244.* https://doi.org/10.4314/rasp.v8i2.16

Research

Représentations sociales et enjeux de santé publique autour des jeux de hasard dans les villes de Cotonou, Dassa-Zoumè et Parakou au Bénin

Social representations and public health issues related to gambling in the cities of Cotonou, Dassa-Zoumè, and Parakou, Benin

Chabi Olaniran Alphonse Biaou[1,2*], Vignon Dègbédji Bédié[3], N'koué Emmanuel Sambieni[4], Bertin Sanda[5], Yolaine Glèlè Ahanhanzo[2]

[1]*Université d'Abomey-Calavi, Ecole Doctorale des Sciences de la Santé, Cotonou, Bénin*
[2] *Institut Régional de Santé Publique, Département d'épidémiologie et de biostatistiques, Ouidah, Bénin.*
[3] Institut Régional de Santé Publique, Département des Politiques et systèmes de santé, Ouidah, Bénin.
[4]*Université de Parakou, Faculté des Lettres, Arts et Sciences Humaines, Parakou, Bénin*
[5]*Université d'Abomey-Calavi, Ecole Doctorale Pluridisciplinaire Espaces, Cultures et Développement*

***Correspondance** : email : alphonse.biaou@yahoo.fr; Tel :+229 0197730142

Résumé

Les jeux de hasard occupent une place croissante dans les activités récréatives et économiques au Bénin, notamment à Cotonou, Dassa-Zoumè et Parakou. Leur expansion, portée par les paris sportifs, les jeux en ligne, la loterie et les machines à sous, s'accompagne d'un intérêt accru des populations mais aussi de préoccupations de santé publique. Malgré cette popularité, les perceptions sociales qui façonnent les pratiques et influencent les comportements demeurent peu documentées. Cette étude qualitative analyse les représentations, attitudes et motivations liées aux jeux de hasard dans trois communes du pays. La collecte repose sur des entretiens semi-directifs, des focus groups et des observations de terrain, permettant de saisir la diversité des discours et des contextes. Les résultats révèlent des perceptions contrastées : le jeu est perçu à la fois comme une opportunité économique, une source de divertissement et un espace de sociabilité, mais aussi comme une activité risquée susceptible d'entraîner des pertes financières, de la dépendance et des tensions familiales. Ces perceptions influencent fortement les comportements individuels et collectifs, notamment chez les jeunes. Les données soulignent la nécessité de renforcer les actions de prévention, de sensibilisation et de régulation, afin de limiter les risques sanitaires et sociaux associés aux jeux de hasard.

Mots clés : Jeux de hasard, Perceptions sociales, Santé publique, Dépendance au jeu, Prévention

Abstract

Gambling has become increasingly prominent within recreational and economic activities in Benin, particularly in Cotonou, Dassa-Zoumè, and Parakou. Its expansion, driven by sports betting, online gambling, lottery games, and slot machines, has sparked growing public interest, but also significant public health concerns. Despite this rise in popularity, the social perceptions that shape gambling practices and influence behavioral patterns remain poorly documented. This qualitative study explores representations, attitudes, and motivations related to gambling

across three municipalities in the country. Data collection relied on semi-structured interviews, focus group discussions, and field observations, allowing for a nuanced understanding of the diversity of discourses and contexts. The findings reveal contrasting perceptions: gambling is viewed simultaneously as an economic opportunity, a source of entertainment, and a social space, but also as a risky activity that can lead to financial loss, addiction, and family tensions. These perceptions strongly influence both individual and collective behaviors, particularly among young people. The evidence highlights the need to strengthen prevention, awareness-raising, and regulatory measures in order to mitigate the health and social risks associated with gambling.

Keywords: Gambling; Social perceptions; Public health; Gambling addiction; Prevention

1. Introduction

Les jeux de hasard, définis comme des activités où les résultats dépendent principalement du hasard plutôt que des compétences (R. Custer et H. Milt, 1985), connaissent une expansion rapide au Bénin, portée par la digitalisation et la multiplication des offres, notamment les paris sportifs, les jeux en ligne et les dispositifs informels présents dans les espaces urbains de Cotonou, Dassa-Zoumè et Parakou. Cette évolution locale fait écho à une tendance mondiale où les paris sportifs et les jeux numériques deviennent très accessibles, fortement médiatisés et progressivement normalisés, ce qui entraîne une participation accrue, notamment chez les jeunes adultes (Wardle et al., 2024 ; Ukhova et al., 2024).

Au Bénin, les observations empiriques et les données rapportées montrent que le phénomène prend une ampleur significative : à Parakou, 30,56 % des personnes interrogées déclarent jouer aux jeux d'argent et la prévalence du jeu pathologique atteint 24,65 % selon le DSM-5 (Ataigba et al., 2023). À Cotonou, C.-N. Codo et al. (2024) mettent en évidence la présence préoccupante de mineurs dans les espaces de jeu, exposés à des risques psychosociaux tels que le mensonge, la manipulation, l'isolement, le vol, le stress, la dépendance et les symptômes dépressifs. Sur le plan international, l'OMS rappelle que les jeux d'argent causent des dommages sanitaires, sociaux et économiques considérables et que les réponses politiques restent souvent centrées sur les comportements individuels plutôt que sur les déterminants structurels tels que l'accessibilité, le marketing et la conception des produits de jeu (Ukhova et al., 2024 ; WHO, 2024).

Face à cette situation, la Lancet Public Health Commission on Gambling recommande des approches populationnelles incluant : la réduction de l'exposition, la régulation indépendante de l'industrie, la protection stricte des mineurs, l'encadrement du marketing et les dispositifs d'auto-exclusion (Wardle et al., 2024). Au Bénin, une réforme majeure a été engagée en 2023 avec la création de la Cellule de Supervision du Secteur des Jeux (CSJ) et la mise en place d'une plateforme nationale de contrôle des jeux en ligne, destinée à protéger les mineurs, à lutter contre les opérateurs illégaux et à renforcer la transparence du secteur (Ministère de l'Économie et des Finances, 2023 ; République du Bénin, 2023).

Dans une perspective socio-anthropologique, les jeux de hasard ne sont pas de simples loisirs : ils constituent un fait social structuré par des normes, des imaginaires et des rationalités situées (R. Caillois, 1967 ; J.-P. Olivier de Sardan, 2008 ; S. Moscovici, 1961). Au Bénin, cette dimension est ancienne. Les pratiques ludiques s'inscrivent dans des traditions culturelles locales où le jeu occupe une place à la fois récréative et symbolique, mêlant divertissement, spiritualité et régulation sociale (Djogbenou, 2017). Les croyances, dispositions et aspirations de mobilité sociale contribuent à façonner l'engagement dans le jeu (M. Weber, 1922 ; P.

Bourdieu, 1979), tandis que les dynamiques interactionnelles (E. Goffman, 1967), l'« économie morale » (E. P. Thompson, 1971 ; J. C. Scott, 1976 ; 1977) et les imaginaires du destin et de la chance (A. Mbembe, 2000) éclairent les motivations profondes, les attentes, les espoirs et les tensions morales que les acteurs projettent dans la pratique du jeu. De ce point de vue, les formes de participation observées à Cotonou, Dassa-Zoumè et Parakou s'inscrivent dans des logiques économiques locales, des imaginaires sociaux riches et des trajectoires individuelles marquées par la précarité, produisant des vulnérabilités différenciées (Ataigba et al., 2023 ; C.-N. Codo et al., 2024 ; Bitanihirwe et al., 2022).

En somme, l'expansion des jeux de hasard au Bénin, alimentée par les transformations globales de l'industrie du jeu (Wardle et al., 2024 ; Ukhova et al., 2024), par les dynamiques socio-économiques locales (Ataigba et al., 2023 ; C.-N. Codo et al., 2024) et par des représentations culturelles ancrées, impose de considérer ce phénomène comme un enjeu majeur de santé publique au croisement du sanitaire, du social, du culturel et du politique. La reconnaissance internationale du trouble du jeu par l'ICD-11 (WHO, 2024), les recommandations structurelles pour la prévention des dommages (Wardle et al., 2024), ainsi que les réformes réglementaires engagées au Bénin (ministère des Finances, 2023) confirment l'urgence d'une analyse intégrée.

Cette étude examine donc, dans les communes de Cotonou, Dassa-Zoumè et Parakou, la manière dont les représentations du risque, les normes sociales, les rationalités pratiques et les déterminants structurels façonnent l'engagement dans les jeux de hasard, engendrent des vulnérabilités sanitaires et reconfigurent les tensions morales, afin d'éclairer les stratégies de prévention, de réduction des risques et de gouvernance adaptée aux réalités locales.

2. **Matériels et Méthodes**

2.1. *Type, cadre et population d'étude*

Cette étude qualitative a été menée d'octobre 2024 à février 2025 dans les communes de Cotonou, Dassa-Zoumè et Parakou, choisies pour leur diversité socio-culturelle et la densité considérable et variable de l'offre de jeux de hasard. Cotonou, capitale économique du pays, constitue un espace marqué par des mutations urbaines rapides et par une forte densité de l'offre de jeux, formelles comme informelles. Dassa-Zoumè, située au centre du territoire, se caractérise par son statut hybride, combinant les réalités socioculturelles du nord et du sud, ce qui en fait un terrain privilégié pour observer la circulation des pratiques et des normes. Parakou, principal pôle urbain du septentrion, permet quant à elle d'appréhender les pratiques ludiques dans un contexte socio-économique distinct, où coexistent divers groupes socioculturels et confessionnels. Ces villes présentent des contextes variés où les jeux de hasard s'inscrivent dans des modes de vie différenciés et des dispositifs institutionnels contrastés.

La population cible regroupe les principaux acteurs impliqués dans les pratiques et la régulation des jeux de hasard dans les communes étudiées. L'échantillonnage, de type raisonné, a permis d'identifier des participants en fonction de leurs rôles, de leurs expériences de jeu et de leur capacité à éclairer les logiques sociales et institutionnelles en présence. Les joueurs ont été sélectionnés de manière à refléter une diversité d'âges, de pratiques et de types de jeux. Les gestionnaires et les agents de points de jeux ont été mobilisés pour comprendre les dynamiques organisationnelles et commerciales du secteur. Des leaders communautaires et religieux ont été intégrés afin de saisir les cadres normatifs et moraux qui entourent les jeux.

La taille finale de l'échantillon, soit 75 répondants, n'a pas été fixée à l'avance ; elle résulte de l'atteinte du seuil de saturation thématique, lorsque les nouvelles données n'apportaient plus d'éléments substantiels dans les catégories analytiques émergentes. Cette démarche a permis

de constituer un corpus varié et pertinent pour analyser la construction sociale des perceptions et des pratiques liées aux jeux de hasard.

2.2. Techniques de collecte et d'analyse des données

Trois outils complémentaires ont été mobilisés pour la collecte des données. Les entretiens semi-directifs individuels ont permis d'explorer en profondeur les perceptions du risque, les motivations, les trajectoires de jeu et les influences sociales propres à chaque participant. Ils ont été conduits auprès de joueurs, de gestionnaires de points de jeu, et des leaders religieux selon un guide d'entretien structuré autour des thématiques centrales de l'étude. Les focus groups ont été organisés afin d'analyser les dynamiques collectives de représentation, la normalisation du jeu et les regards croisés entre les acteurs. Chaque groupe réunissait entre six et huit participants aux profils comparables. Les observations directes ont porté sur les kiosques, les salles de jeux, les stands de paris et les interfaces numériques, documentant l'accessibilité, le contrôle d'âge, l'environnement visuel et les pratiques de mise dans chacune des trois communes.

L'analyse des données a été réalisée selon l'approche thématique réflexive de Braun & Clarke (2006), mobilisant un processus progressif de familiarisation, de codage inductif, d'élaboration et de révision des thèmes, puis d'interprétation analytique. Le codage, de nature inductive, a été mené de manière indépendante par deux chercheurs afin de renforcer la fiabilité analytique ; les divergences d'interprétation ont été résolues par consensus. Le modèle interprétatif de P.-M. David (2011), centré sur l'articulation entre le statut social, les contraintes matérielles et la dimension symbolique des conduites, a servi de cadre pour restituer la manière dont les acteurs donnent du sens à leur participation aux jeux et négocient la tension entre la chance et le risque. La triangulation méthodologique, croisant des données d'entretiens, d'observations directes et de discussions collectives, a renforcé la crédibilité et la robustesse analytique des résultats. Cette démarche est conforme aux recommandations internationales pour les recherches qualitatives sur les comportements liés au jeu, telles que présentées par The Lancet Public Health Commission on Gambling (Wardle et al., 2024).

2.3. Considérations éthiques

Le protocole de l'étude a reçu l'avis favorable N°210 du 26/07/2024 du comité d'éthique de la recherche de l'Institut des Sciences Biomédicales Appliquées du Bénin. Le consentement éclairé, verbal ou écrit, a été recueilli auprès de tous les participants. Les données ont été anonymisées et traitées de manière confidentielle, conformément aux exigences en matière de protection des personnes. Une attention accrue a été portée aux jeunes joueurs et aux récits évoquant des comportements problématiques, en cohérence avec la reconnaissance du trouble du jeu d'argent (6C50) dans la classification ICD-11, qui met en évidence les risques cliniques et psychosociaux associés aux pratiques de jeu excessives (World Health Organization, 2024). Cette vigilance s'inscrit également dans les recommandations internationales prônant le renforcement des mesures de prévention et de protection des populations vulnérables face aux dommages liés au jeu, telles que formulées par *The Lancet Public Health Commission on Gambling* (Wardle et al., 2024)

3. **Résultats**

La collecte des données a reposé sur 41 entretiens semi-directifs individuels et 5 focus groups regroupant 34 participants, soit un total de 75 répondants répartis dans les trois communes. Les participants sont majoritairement de sexe masculin (70,7 %). La tranche d'âge des 26–35 ans est la plus représentée (37,3 %). La répartition géographique couvre les trois communes, Cotonou représentant 37,3 % des participants, Parakou 36,0 % et Dassa-Zoumè 26,7 %.

Le tableau 1 présente les caractéristiques sociodémographiques des participants.

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques des participants à l'étude, N=75

Ville de collecte		
Cotonou	28	37,3
Dassa-Zoumè	20	26,7
Parakou	27	36,0
Catégorie d'acteurs		
Joueurs	40	53,3
Gestionnaires/agents de points de jeux	14	18,7
Leaders communautaires et religieux	21	28,0
Sexe		
Masculin	53	70,7
Féminin	22	29,3
Tranche d'âge		
18 – 25 ans	22	29,3
26 – 35 ans	28	37,3
36 – 45 ans	15	20,0
≥ 46 ans	10	13,4
Type d'entretien		
Entretien semi-directif individuel	41	54,7
Focus group	34	45,3

Les résultats sont présentés selon quatre axes complémentaires : la typologie et la diversification des jeux, les conditions d'accessibilité, les logiques d'engagement des acteurs et les vulnérabilités qui en découlent.

3.1. Typologie et diversification des jeux de hasard

Une pluralité de formes est constatée pour les jeux de hasard dans les trois villes de recherche. Ces formes se distinguent à la fois par leurs mécanismes, leurs modalités d'interaction et les représentations sociales qui les accompagnent. Les jeux mentionnés par les participants, « *1xBet, loterie, sipa, tombola, machine à sous, paris sportifs* » (Joueur, Parakou, 2024), illustrent cette diversité, à laquelle s'ajoutent des plateformes numériques telles que *Aviator*, *Crash*, *BetPawa*, *1Win* et des dispositifs institutionnalisés comme la Loterie Nationale du Bénin (FGD, Cotonou, 2024). Cette variété témoigne d'un univers ludique en expansion, où coexistent des jeux traditionnels fondés sur la chance pure et des jeux contemporains combinant hasard, algorithmique et, parfois, stratégie.

Cette configuration rend manifeste une diversification de l'offre, nourrie par l'innovation technologique, la multiplication des opérateurs et la croissance des jeux en ligne. L'introduction de produits hybrides tels qu'*Aviator* ou *Crash*, où le joueur interagit en temps réel avec une interface numérique, illustre la montée en puissance des jeux instantanés à forte intensité émotionnelle. À l'opposé, les loteries et tombolas conservent un ancrage communautaire tout en participant à la même dynamique d'expansion. La figure ci-après synthétise les catégories de jeux de hasard identifiées sur le terrain.

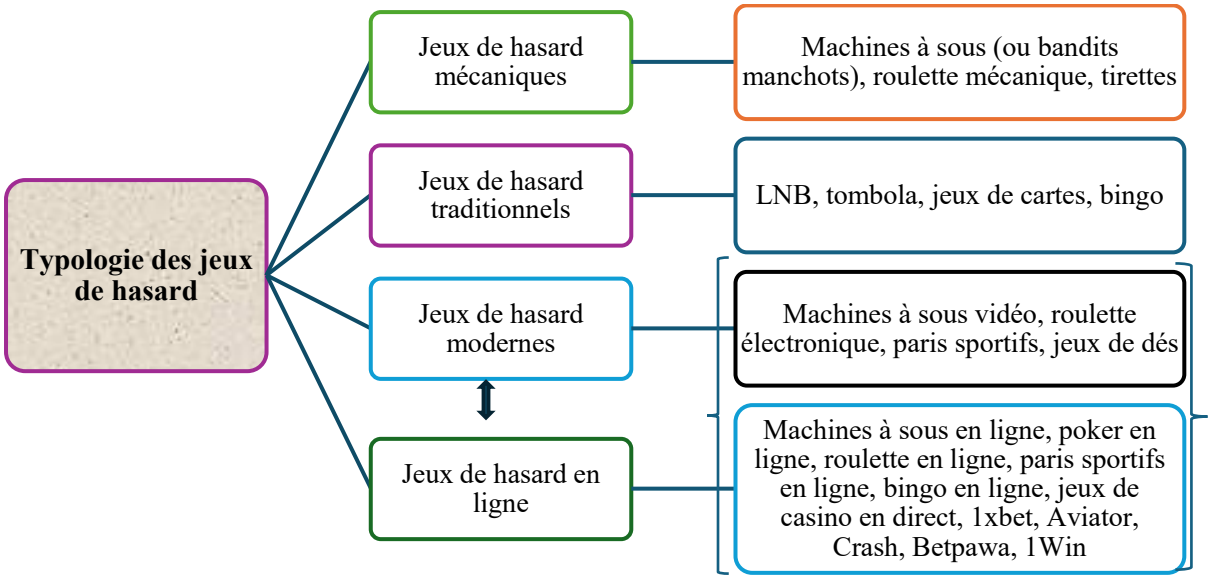


Figure n°1 : types de jeux de hasard
Source : données de terrain, 2025

Les participants décrivent également un niveau élevé de diversité des jeux de hasard dans les trois communes. Les éléments relevés concernent :

- la présence de nombreux kiosques, stands et salles dédiées ;
- la disponibilité des paris en ligne accessibles par téléphone mobile ;
- l'absence perçue de contraintes particulières pour accéder aux différents jeux.

Selon les propos recueillis, cette accessibilité facilite la participation régulière, notamment aux jeux numériques et aux paris sportifs.

3.2. Accessibilité, recherche de gains et pression sociale : dynamiques d'entrée dans les jeux de hasard

Les données recueillies montrent une diversité d'opinions chez les acteurs interrogés concernant les jeux de hasard. Les propos mettent en évidence des perceptions principalement liées au coût, à la disponibilité, aux chances de gain et à l'influence de l'entourage.

Les gestionnaires et les joueurs décrivent d'abord des différences perçues entre les types de jeux. À propos de *Loto Star*, un gestionnaire indique :

> « Les joueurs aiment jouer loto star car c'est moins coûteux avec 20f ou 50f tu peux jouer, de plus les machines de loto star sont toujours disponibles contraire au PMU et loto sportif où il est difficile de gagner et coûteux, le jeu se joue à partir de 200f et aussi tous les centres n'ont pas les machines de PMU » (Gestionnaire des salles de jeux, 2024).

Les discours recueillis soulignent que les jeux perçus comme peu coûteux et facilement accessibles attirent davantage de participants. Les témoignages soulignent également la motivation liée à la recherche de gains importants. Un joueur déclare :

> « On devient millionnaire avec les jeux de hasard […] quelqu'un a gagné 95 millions devant moi […] je me dis qu'un jour, je serai millionnaire grâce à ça » (Joueur, Parakou, 2024).

Ce type de propos reflète l'attrait des joueurs pour les perspectives de gains élevés, souvent nourri par l'observation de situations jugées exceptionnelles.

Les participants décrivent également le rôle de l'environnement social dans l'entrée dans le jeu. À Dassa-Zoumè, un enquêté explique :

> « Selon moi, c'est lorsque tu n'as pas de boulot […] que tu vois les autres parier, crier, et toi aussi, ça t'amène à jouer » (Joueur, Dassa-Zoumè, 2024).

De même, un autre précise :

> « Les amis ou les membres de la famille influencent la décision de commencer à jouer […] quand les amis gagnent, ils se mettent à frimer et ça tente aussi d'essayer » (Joueur, Dassa-Zoumè, 2024).

Ces témoignages mettent en évidence une influence marquée de l'entourage, qu'il s'agisse de pairs, de proches ou de fréquentation régulière des lieux de jeux.

Enfin, certains déclarants évoquent des expériences personnelles négatives, liées à la découverte ou à la pratique régulière des jeux :

> « Moi, j'en veux beaucoup à cet ami qui m'a fait connaître ce jeu […] aujourd'hui, je suis devenu accro […] le montant perdu dépasse ce que je gagne » (Joueur, Parakou, 2024).

Ces propos indiquent que certains joueurs associent leur participation à une influence sociale initiale et à des pertes financières récurrentes. L'ensemble des opinions recueillies montre ainsi que les acteurs perçoivent les jeux de hasard à travers des dimensions économiques (coût, gain), pratiques (accessibilité) et sociales (influence des proches), lesquelles orientent leurs choix et leurs comportements.

3.3. Représentations sociales des jeux de hasard : entre quête de gain et perception du risque et ambivalences sociales

Les données recueillies dans les trois communes révèlent quatre grands registres de représentations sociales mobilisés par les enquêtés pour décrire les jeux de hasard. Les représentations exprimées s'articulent autour de la quête de gain, du risque perçu, de l'influence sociale et d'une ambivalence persistante quant à la moralité du jeu.

- **Le jeu comme opportunité économique**

Plusieurs participants associent les jeux de hasard à la possibilité d'obtenir rapidement des gains importants, parfois jugés disproportionnés par rapport à la mise engagée. Des joueurs évoquent la perspective de « gagner plus que ce qui a été misé », notamment à travers des jeux perçus comme accessibles :

> « Les jeux de hasard et d'argent sont des jeux de facilité […] on mise pour espérer gagner plus que ce que l'on a misé. » (Joueur, Cotonou, 2024)

D'autres insistent sur l'ampleur potentielle des gains : « À partir de 100 F, tu peux gagner des millions. » (FGD, Cotonou, 2024)

- **Le jeu comme activité risquée**

Les données montrent une représentation parallèle liée à la perte, à l'incertitude et parfois à l'arnaque. Certains témoignages qualifient les jeux de hasard de pratiques pouvant entraîner des pertes financières importantes ou des situations problématiques :

> « C'est également un jeu de chance […] et il s'agit des escroqueries puisque parfois tu envoies ton enfant […] et il finit tout l'argent. » (Joueur, Cotonou, 2024)

D'autres soulignent la dimension aléatoire et imprévisible :

> « Ce sont des jeux aléatoires […] différents des sciences exactes et qui s'accompagnent d'un risque de perte. » (FGD, Cotonou, 2024)

Les participants associent fréquemment le jeu à des pertes financières, à des dérives possibles et à des expériences personnelles ou observées perçues comme négatives. Le risque n'est pas théorique : il est ancré dans des récits et des situations vécues.

- **Le jeu comme expérience ou échappatoire sociale**

Certains enquêtés présentent le jeu comme une activité liée aux interactions sociales, à l'ambiance des lieux et à l'influence des pairs : « Moi, j'en veux beaucoup à cet ami qui m'a fait connaître ce jeu […] aujourd'hui je suis devenu accro. » (Joueur, Parakou, 2024)

D'autres témoignages montrent une entrée dans le jeu motivée par l'observation des autres :

> « Tu vois les autres parier, crier, toi aussi ça t'amène à jouer. » (Joueur, Dassa-Zoumè, 2024)

Les interactions sociales jouent un rôle déterminant dans l'initiation et la poursuite du jeu. Le jeu apparaît ici comme un phénomène relationnel, souvent lié à l'observation, à la comparaison et à la dynamique des pairs.

- **Le jeu comme objet d'ambivalence sociale et morale**

Les représentations recueillies laissent apparaître une tension entre l'attrait pour le gain et la conscience des risques, souvent exprimée sous forme d'ambivalences :

- possibilité de devenir « millionnaire »,
- mais aussi des expériences de perte, des difficultés financières ou des ruptures familiales décrites dans les récits.

Cette dualité apparaît dans plusieurs témoignages, combinant l'admiration pour les gains d'autrui et le regret des pertes personnelles. L'ensemble des propos révèle une ambivalence constante : le jeu est perçu à la fois comme une chance et une menace, comme un espoir et une source de problèmes. Cette tension se retrouve dans presque tous les récits, quels que soient l'âge, la commune ou l'expérience du joueur.

En somme, les représentations sociales des jeux de hasard recueillies dans les trois communes s'articulent autour de quatre pôles principaux qui structurent la compréhension et les pratiques des acteurs. Elles associent d'abord le jeu à la possibilité d'un gain rapide, souvent perçu comme une voie d'ascension financière accessible. Elles intègrent ensuite la conscience d'un risque financier réel, caractérisé par l'incertitude quant aux résultats et la possibilité de pertes importantes. Les discours montrent également l'importance de l'influence des pairs et du contexte social, qui jouent un rôle déterminant dans l'entrée et le maintien dans la pratique. Enfin, les données révèlent une ambivalence morale, faite d'attraction pour les gains potentiels et de préoccupations liées aux conséquences sociales ou familiales. L'ensemble de ces registres, exprimés à travers des expériences personnelles, des observations et des jugements, façonne la manière dont les enquêtés appréhendent et pratiquent les jeux de hasard dans les trois communes étudiées.

3.4. Déterminants psychosociaux et socioculturels de l'adhésion aux jeux de hasard

L'attrait pour les jeux de hasard repose sur une combinaison de facteurs psychologiques, socioculturels et économiques qui influencent la décision des individus de participer à ces activités. Certains jouent pour le plaisir, l'excitation ou la distraction, tandis que d'autres sont motivés par l'espoir de gains financiers ou par l'influence de leur entourage. Cette section

analyse les principaux facteurs expliquant l'adhésion aux jeux de hasard dans les communes de Cotonou, Dassa-Zoumè et Parakou.

Selon un gestionnaire de salles de jeux,

> « (…) les joueurs ne vont pas jouer au hasard dans ces centres, plusieurs raisons les amènent à jouer dans ces différents centres de jeux de hasard et d'argent. La majorité des joueurs fréquente ces différents centres en raison de la satisfaction qu'ils y trouvent pour leurs différentes requêtes et de l'accueil, ce qui leur permet d'évacuer un tant soit peu leur stress. De plus, « la plupart des salles de jeux sont bien équipées, il y a de quoi se distraire » (Gestionnaire des salles de jeux, 2024).

Ce témoignage met en lumière l'importance des facteurs environnementaux et relationnels : la qualité de l'accueil, des infrastructures attrayantes, une ambiance immersive et un sentiment de détente. Ces éléments contribuent à ancrer les pratiques de jeu dans une logique plus large de sociabilité et de bien-être psychologique apparent, qui dépasse la recherche de gains.

Un autre verbatim souligne l'impact déterminant de l'entourage :

> « La plupart des répondants sont devenus joueurs en raison de l'influence de leur entourage, de leurs amis, de leurs frères et de leurs camarades de classe. Ils sont devenus joueurs parce qu'un proche leur incite. Mon grand frère, lors d'un match passé de la Ligue des champions entre le Real et Liverpool, a misé 100 000 sur la victoire du Real à une cote de 3, parce que c'était un match très serré. Il a gagné, puis est allé payer une moto en même temps. C'est comme ça moi aussi j'ai commencé à jouer. »(FGD, Joueurs, Cotonou, 2024).

Ce type de récit illustre le poids des dynamiques d'imitation, des modèles de réussite au sein du cercle social et de la pression des pairs. L'influence sociale apparaît plus forte que les motivations individuelles isolées, et participe à la banalisation des pratiques de jeu, notamment chez les jeunes hommes.

Les propos « Nous jouons dans l'intention de devenir millionnaire » (FGD, Cotonou, 2024) expriment une vision du jeu comme voie rapide d'ascension économique. Dans un contexte socio-économique incertain, la croyance en la possibilité d'un gain transformateur, même improbable, alimente une illusion de contrôle et une survalorisation du hasard comme stratégie de réussite. Combinée à la précarité économique, cette représentation encourage une fréquentation régulière des centres de jeu et peut entraîner une prise de risque accrue.

Par ailleurs, ces dynamiques sociales et psychologiques, lorsqu'elles se renforcent mutuellement, peuvent favoriser l'émergence de comportements de jeu problématiques. L'accueil chaleureux, l'ambiance immersive et l'émotion du jeu créent un environnement gratifiant qui favorise la répétition des pratiques. La pression sociale et les exemples de gains spectaculaires imposent des normes de réussite susceptibles d'encourager des mises de plus en plus fréquentes ou plus élevées. Enfin, l'espoir d'un renversement économique rapide, dans un contexte de précarité, alimente une croyance persistante dans le « coup de chance », malgré les pertes répétées.

Ces éléments constituent des déterminants majeurs du risque d'addiction, car ils exposent les joueurs à une combinaison de vulnérabilités :

- renforcement psychologique (excitation, soulagement du stress) ;
- renforcement social (valorisation du gain, imitation) ;
- renforcement cognitif (illusion de contrôle, quête de rattrapage des pertes).

Du point de vue de la santé publique, cette configuration apparaît comme un facteur de risque important, dans la mesure où elle semble pouvoir favoriser, dans certains cas une progression allant de la curiosité initiale vers des formes d'engagement plus régulières, voire problématiques

Ainsi, les perceptions sociales et les motivations décrites ici ne sont pas de simples opinions. Elles apparaissent, dans les récits recueillis, comme des facteurs susceptibles de contribuer à l'installation de comportements de jeu problématiques, notamment chez les jeunes et les personnes en situation socio-économique fragile.

4. Discussion

4.1. Dynamiques des jeux de hasard au Bénin : trajectoires, risques et réponses systémiques

Nos résultats montrent que, dans les communes étudiées, les jeux de hasard se déploient dans un écosystème hautement accessible et diversifié (kiosques et salles, loteries, paris sportifs, jeux en ligne et instantanés), ce qui favorise une exposition soutenue, en particulier chez les jeunes (corpus de l'étude). Les représentations sociales observées sont ambivalentes, structurées autour de quatre registres, opportunité économique, divertissement/sociabilité, activité risquée (pertes, 'arnaques' perçues) et tensions morales ou religieuses. Les motivations combinent l'attrait du gain rapide, la gestion du stress, l'influence de l'entourage et les illusions de contrôle, ainsi que des récits d'escalade et de perte de contrôle.

Toutefois, l'analyse comparative des trois sites révèle des nuances contextuelles qui méritent d'être soulignées, même si les pratiques et représentations observées demeurent globalement convergentes d'un site à l'autre. À Cotonou, la densité plus élevée de l'offre et la diversification des supports (des kiosques physiques aux plateformes numériques) tendent à intensifier l'exposition, notamment chez les jeunes adultes. À Dassa-Zoumè, les normes religieuses et communautaires constituent un facteur modérateur des représentations, sans pour autant empêcher l'expansion des pratiques de jeu, notamment de la loterie et des jeux traditionnels. À Parakou, la coexistence de groupes socioculturels aux sensibilités contrastées et la prégnance des dynamiques confessionnelles introduisent une complexité supplémentaire dans la perception et la pratique du jeu. Ces variations contextuelles, bien que ne remettant pas en cause la convergence des dynamiques fondamentales observées sur les trois terrains, soulignent néanmoins la nécessité d'adapter les stratégies de prévention et de régulation aux réalités locales propres à chaque commune.

Ces constats s'inscrivent dans un mouvement global de normalisation du pari sportif et de promotion commerciale (notamment en ligne), associés à des niveaux élevés de problèmes de jeu, indépendamment des contextes nationaux (R. Etuk et al., 2022). Parallèlement, les revues comparatives des politiques publiques mettent en évidence la prééminence des réponses centrées sur l'individu, au détriment d'actions portant sur les déterminants structurels (publicité, accessibilité, design des produits), malgré la reconnaissance des dommages sanitaires (D. Ukhova et al., 2024).

4.2. Pratiques et représentations du jeu : lecture socio-anthropologique et enjeux sanitaires

Sur les trois terrains, les participants décrivent une entrée dans le jeu facilitée par la proximité physique des kiosques, la disponibilité des applications mobiles et le faible coût des mises initiales. Plusieurs joueurs mentionnent avoir commencé à jouer parce que les points de jeux étaient « toujours disponibles » et que la pratique était devenue « normale » dans leur entourage. Cette dynamique rejoint les observations d'Esparza-Reig et al. (2023), qui montrent que

l'exposition numérique et les facteurs sociaux contribuent fortement à l'engagement chez les jeunes adultes. Elle peut être éclairée par la perspective de Bourdieu (1979), selon laquelle les pratiques se déploient au croisement des opportunités matérielles et des dispositions incorporées : l'accessibilité de l'offre rencontre des dispositions socialement construites valorisant la prise de risque comme stratégie de promotion sociale.

Plusieurs participants ont spontanément évoqué les publicités de plateformes internationales telles que 1xBet, BetPawa, 1Win , diffusées sur les réseaux sociaux et les chaînes de télévision, en les associant à des figures de réussite rapide et de richesse. Ces données suggèrent que l'engagement dans le jeu ne se réduit pas à un calcul économique local : il s'inscrit dans des représentations globalisées du succès que la notion d'« imaginaires globaux » d'Appadurai (1996) permet d'éclairer. Selon cet auteur, les flux médiatiques alimentent des aspirations à la mobilité sociale qui transcendent les frontières locales et s'articulent aux réalités socioéconomiques des contextes de réception. À Cotonou comme à Parakou, les joueurs réinterprètent ainsi des modèles globaux de réussite instantanée dans des contextes marqués par la précarité et le chômage des jeunes.

Les données de terrain montrent que le gain d'un proche comme le frère qui « est allé payer une moto » après avoir misé sur un match de Ligue des champions, fonctionne comme un événement légitimant, suffisant pour déclencher l'engagement d'autres membres du groupe. Ce mécanisme, décrit par Esparza-Reig et al. (2023) comme un effet des facteurs sociaux sur l'initiation au jeu, s'éclaire à travers l'approche interactionniste de Becker (1963) qui stipule que l'entrée dans une pratique risquée est portée par les significations partagées que le groupe lui attribue et par les modèles de réussite qu'il valorise collectivement.

Les observations directes menées dans les kiosques, les salles de jeux et les interfaces numériques révèlent une organisation spatiale et temporelle spécifiquement conçue pour maximiser l'engagement : horaires d'ouverture étendus, interfaces visuelles stimulantes, absence systématique de contrôle d'âge malgré les dispositions réglementaires en vigueur. Ces constats peuvent être éclairés par la lecture foucaultienne des dispositifs disciplinaires (Foucault, 1975): les espaces de jeu ne sont pas de simples lieux de loisir, ils constituent des environnements structurés qui organisent les corps, les comportements et les temporalités des joueurs de manière à favoriser la répétition et la dépense. Cette perspective permet de comprendre pourquoi les interdictions formelles (notamment celles visant les mineurs) demeurent largement inopérantes en l'absence de mécanismes de surveillance efficaces et de sanctions dissuasives.

Les croyances de gain, l'illusion de contrôle et les espoirs de rattraper les pertes sont récurrents dans les récits recueillis : plusieurs joueurs expriment la conviction que « leur tour viendra » malgré des pertes répétées, ou que l'observation attentive des résultats passés leur permet d'anticiper les gains futurs. Ces distorsions cognitives correspondent aux mécanismes décrits par van Holst et al. (2024) dans leur modèle métacognitif du jeu. Elles ne sont pas simplement individuelles : elles s'inscrivent dans des cadres culturels partagés de perception du risque et de la chance, que Douglas (1992) analyse comme des constructions sociales façonnées par les valeurs et les normes du groupe d'appartenance.

Quant aux renforcements émotionnels et psychologiques, ils trouvent un appui empirique dans l'étude expérimentale de Murch et al. (2024), qui montre que les renforcements issus des gains, quasi-gains ou bonus modulent l'engagement, notamment chez les joueurs très immergés. Plusieurs récits recueillis décrivent une progression similaire : une découverte initiale souvent liée à l'entourage, suivie d'une fréquentation de plus en plus régulière, jusqu'à des épisodes de perte de contrôle financier ou relationnel. Cette configuration, présente dans les trois communes,

reflète les dynamiques interactionnelles décrites par Johannessen et al. (2024). Elle peut être lue à travers la notion de trajectoire d'action de Strauss (1992) : les pratiques de jeu ne suivent pas un déterminisme mécanique, mais se construisent progressivement au fil des interactions, des situations vécues et des ajustements successifs des acteurs.

Cette trajectoire est également concordante avec la définition de l'ICD-11 du trouble du jeu d'argent (6C50), caractérisé par une altération du contrôle, une priorisation croissante du jeu et une poursuite malgré les dommages, entraînant un retentissement fonctionnel (World Health Organization, 2025). Sur nos terrains, des signaux de risque (pertes financières, tensions familiales, isolement) et la présence récurrente de mineurs ont été signalés, ce qui renforce l'idée d'un problème de population, non limité aux seuls cas sévères.

Enfin, les implications de santé publique mises en lumière par les résultats rejoignent les conclusions du National Centre for Social Research (2024), qui recommande de combiner des interventions individuelles (CBT, motivationnelles) et la régulation des environnements commerciaux (accessibilité, marketing, incitations) pour réduire efficacement les dommages liés au jeu. Les résultats de Johannessen et al. confirment la nécessité d'intégrer les facteurs environnementaux et structurels dans les stratégies d'intervention. Cette lecture est également compatible avec l'approche de Fassin (2008), qui insiste sur l'importance d'analyser les risques comme des produits de conditions politiques, sociales et économiques, plutôt que comme des simples comportements individuels.

4.3. Jeux de hasard : des représentations locales aux implications populationnelles

Les résultats de cette étude montrent que les comportements de jeu observés s'inscrivent dans un environnement caractérisé par une accessibilité élevée, une attractivité algorithmique et une exposition continue, notamment sur les plateformes numériques. Ces éléments corroborent les analyses de Wardle et al. (2024), qui soulignent que les stratégies centrées sur la responsabilisation individuelle ne suffisent pas dans un marché où les produits de jeu sont conçus pour maximiser l'engagement grâce à des mécanismes commerciaux et comportementaux sophistiqués. De manière convergente, Ukhova et al. (2024) mettent en évidence que les politiques publiques tendent à sous-estimer l'influence des incitations structurelles, du marketing intensif, de la vitesse des jeux et de la multiplication des offres, alors même que ces facteurs constituent des déterminants majeurs des dommages populationnels.

La réforme engagée au Bénin en 2023, à travers la création de la Cellule de Supervision du Secteur des Jeux (CSJ) et le déploiement de la plateforme de contrôle national, constitue une base réglementaire importante (ministère de l'Économie et des Finances, 2023 ; Secrétariat Général du Gouvernement, 2023). Toutefois, l'analyse des résultats appelle à des mesures opérationnelles complémentaires, déclinées en trois niveaux d'intervention: niveau réglementaire et structurel ; niveau communautaire et éducatif, et niveau sanitaire.

Sur les plans réglementaire et structurel, les observations directes ont mis en évidence l'absence quasi-systématique de vérification de l'âge dans les kiosques et salles de jeux des trois communes, y compris en présence visible de mineurs. Ce constat appelle un renforcement effectif du contrôle d'accès, notamment par l'imposition de la vérification systématique de l'âge et la sanction des opérateurs contrevenants. Plusieurs participants ont spontanément cité les publicités de plateformes telles que 1xBet, BetPawa et 1Win comme point de départ de leur initiation au jeu, soulignant leur omniprésence sur les réseaux sociaux et les chaînes de télévision. Ce constat souligne la nécessité d'encadrer le marketing de ces opérateurs, en

particulier lorsqu'il cible les jeunes adultes et les adolescents. Par ailleurs, la limitation des caractéristiques addictogènes des jeux instantanés, tels qu'Aviator et Crash, dont la vitesse et l'interface sont conçues pour maximiser l'immersion, devrait être intégrée aux conditions d'agrément délivrées par la CSJ.

Au niveau communautaire et éducatif, les données recueillies à Dassa-Zoumè et Parakou, montrent que les normes religieuses et communautaires constituent l'un des rares facteurs modérateurs de l'engagement dans le jeu, plusieurs participants évoquant explicitement l'influence des autorités morales locales dans leur rapport aux pratiques ludiques. Ces résultats soulignent l'intérêt de mobiliser les leaders religieux et communautaires en tant que relais privilégiés des actions de prévention dans ces contextes. Des programmes de sensibilisation ciblant les adolescents et les jeunes devraient être développés en partenariat avec les universités publiques et privées des trois communes. La formation des enseignants, des travailleurs sociaux et des agents de santé communautaire au repérage précoce des comportements de jeu problématiques constitue également une priorité.

Sur le plan sanitaire, l'intégration du dépistage du trouble du jeu d'argent (6C50) dans les consultations de routine des centres de santé et des services de santé mentale s'impose. Le développement de dispositifs d'accompagnement adaptés (groupes de soutien, consultations spécialisées, lignes d'écoute) permettrait de combler le vide actuel en matière de prise en charge. Enfin, la mise en place d'un système de surveillance épidémiologique des dommages liés au jeu, produisant des données désagrégées par commune, par âge et par sexe, fournirait aux décideurs les informations nécessaires pour orienter les politiques de prévention vers les populations les plus vulnérables. Ces résultats confirment ainsi la nécessité d'une approche qui ne se limite pas à la responsabilisation individuelle, mais intègre les déterminants structurels, économiques et politiques des comportements de jeu, en cohérence avec les orientations de la santé publique internationale (Wardle et al., 2024 ; Ukhova et al., 2024).

4.4. **Forces, limites et priorités de recherche**

L’étude présente plusieurs atouts méthodologiques notables. La triangulation des sources, entretiens individuels, discussions de groupe et observations in situ, renforce la crédibilité interne des résultats en permettant de confronter, croiser et stabiliser les informations collectées. L’ancrage multi-sites, couvrant les communes de Cotonou, Dassa-Zoumè et Parakou, offre une diversité contextuelle essentielle à la compréhension des environnements de jeu et des configurations d’exposition. De plus, la mobilisation de cadres théoriques éprouvés, tels que les représentations sociales, les logiques pratiques et l’économie morale, assure une cohérence d’interprétation entre les expériences individuelles et les dynamiques sociales et culturelles qui structurent les pratiques observées.

Ces forces doivent toutefois être considérées dans le respect de certaines limites. Le devis qualitatif non probabiliste limite toute prétention d’extrapolation. Le périmètre géographique restreint et la possibilité de biais déclaratifs liés à la désirabilité sociale ou à l’auto-sélection invitent à une interprétation prudente. Par ailleurs, l’appréciation des dommages associés aux jeux, tels que l’endettement, les tensions intrafamiliales ou les difficultés émotionnelles, repose largement sur les récits des participants, ce qui souligne la nécessité de compléter ces constats par des approches quantitatives et des mesures plus objectivées.

Quoi qu’il en soit, du point de vue de la santé publique, la configuration observée suggère l'existence de trajectoires d'engagement susceptibles, dans certains cas, d'évoluer de la curiosité

initiale vers des formes d'habituation et de perte de contrôle, ce qui justifie des mesures structurelles et une surveillance renforcée.

5. Conclusion

Cette étude met en évidence que les communes de Cotonou, Dassa-Zoumè et Parakou abritent aujourd'hui un écosystème de jeux de hasard particulièrement accessible et diversifié, combinant des espaces physiques et des plateformes numériques qui favorisent une exposition constante, notamment chez les jeunes. Les représentations sociales recueillies montrent une forte ambivalence : le jeu apparaît à la fois comme une opportunité économique, un espace de divertissement et de sociabilité, mais aussi comme une activité risquée traversée par la possibilité de pertes, des expériences vécues comme trompeuses et des tensions morales. Ces conceptions contrastées se traduisent par des motivations complexes où l'attrait du gain rapide, la gestion du stress et l'influence de l'entourage s'entremêlent à des illusions de maîtrise, ouvrant la voie à des récits marqués par l'escalade des mises et des épisodes de perte de contrôle. L'examen des trajectoires individuelles révèle que l'engagement dans les jeux suit souvent une progression graduelle : de la curiosité initiale naît un intérêt plus stable, puis une habituation susceptible de se transformer en formes préoccupantes sur le plan sanitaire. De telles dynamiques confirment le besoin d'une réponse de santé publique structurée, capable de dépasser les interventions centrées sur l'individu et de s'intéresser aux déterminants sociaux, économiques et culturels qui façonnent les comportements observés. La régulation de l'offre, la maîtrise des mécanismes promotionnels et du marketing, la formation des acteurs communautaires et sanitaires, ainsi que le développement de dispositifs d'accompagnement adaptés aux troubles liés au jeu, apparaissent indispensables pour réduire l'exposition, limiter les dommages et renforcer l'accès aux soins. Cette approche doit s'appuyer sur une compréhension fine des logiques sociales locales et des ressources communautaires existantes, en particulier dans leurs dimensions familiales et relationnelles.

En parallèle, les résultats soulignent l'importance d'une gouvernance fondée sur la surveillance continue des risques, notamment en ce qui concerne la présence de mineurs dans les environnements de jeu, les formes d'endettement, les tensions familiales, l'isolement et les répercussions psychosociales. Une telle vigilance est indispensable pour éclairer les décisions réglementaires et orienter les actions préventives vers les publics les plus vulnérables, en particulier les jeunes.

Enfin, le caractère qualitatif, non probabiliste et géographiquement limité du dispositif méthodologique invite à interpréter les constats avec prudence. Il apparaît nécessaire d'approfondir la recherche au moyen d'études mixtes intégrant des enquêtes de prévalence représentatives, des suivis longitudinaux et l'extension de l'observation à d'autres régions du pays. De tels approfondissements permettront d'estimer plus précisément l'ampleur des dommages liés au jeu, de mieux comprendre la diversité des trajectoires d'usage et de renforcer la pertinence des stratégies nationales en matière de prévention, de régulation et de prise en charge.

Remerciements

Nous remercions également toutes les personnes qui ont contribué à la réalisation de cette recherche et à l'élaboration de ce document.

Conflit d'intérêts

Aucun conflit d'intérêt

Références

Appadurai, A. (1996). Modernity at Large: Cultural Dimensions of Globalization. University of Minnesota Press.

Ataigba, I. N. E., Soumaoro, K., Koivogui, D. S., Djibrilla, M., Oumou, O. Z., Awanou, Y. E., Djossou, S. E. E., Tokpanoude, C. N. I., Djidonou, A., Tognon Tchegnonsi, F., Gandaho, P., & Ezin Houngbe, J. (2023). Online gambling addiction in Parakou (Benin, 2022). *Open Journal of Psychiatry*, 13(05), 421–437. https://doi.org/10.4236/ojpsych.2023.135031

Becker, H. S. (1963). *Outsiders: Studies in the sociology of deviance*. New York: The Free Press.

Bitanihirwe, B. K. Y., Adebisi, T., Bunn, C., Ssewanyana, D., Darby, P., & Kitchin, P. (2022). Gambling in Sub-Saharan Africa: Traditional forms and emerging technologies. Current Addiction Reports, 9, 373–384.

Bourdieu, P. (1979). La distinction : Critique sociale du jugement. Éditions de Minuit.

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. Qualitative Research in Psychology, 3(2), 77–101.

Caillois, R. (1967). *Les jeux et les hommes : Le masque et le vertige* (éd. revue et augmentée). Paris : Gallimard.

Cellule de Supervision du Secteur des Jeux. (2023). Rapport annuel sur l'encadrement des jeux d'argent au Bénin [Rapport annuel]. Ministère de l'Économie et des Finances.

Codo, C. (2024). Déterminants et effets des jeux de hasard et d'argent sur la vie sociale des mineurs à Cotonou. Ziglobitha, 9, 375 – 388. https://www.ziglobitha.org/wp-content/uploads/2024/03/28-Art.-CODO-Carolle-Nelly-pp.375-388.pdf

Custer, R., & Milt, H. (1985). Gambling and Society. Charles C. Thomas Publisher.

David, P. (2011). La santé : Un enjeu de plus en plus central dans les politiques publiques de développement international ? Socio Logos, 6. https://doi.org/10.4000/socio-logos.2550

Djogbenou, A. (2017). Les pratiques de jeu dans les traditions béninoises : Entre divertissement et spiritualité. Revue Béninoise des Sciences Sociales, 5(2), 75–92.

Douglas, M. (1992**).** *Risk and blame: Essays in cultural theory*. London; New York: Routledge.

Esparza-Reig, J., Martí Vilar, M., González Sala, F., Merino Soto, C., Hernández Salinas, G., & Toledano Toledano, F. (2023). Health related, social and cognitive factors explaining gambling addiction. Healthcare, 11(19), 2657. https://doi.org/10.3390/healthcare11192657

Etuk, R., Uyo, N., & Ibok, K. (2022). Sports betting and gambling patterns in West Africa [Rapport de recherche].

Fassin, D. (2008). *Faire de la santé publique*. Paris : Éditions de l'École des Hautes Études en Santé Publique.

Foucault, M. (1975). Surveiller et punir : Naissance de la prison. Gallimard.

Goffman, E. (1967). Interaction ritual: Essays on face-to-face behavior. Pantheon Books.

Institut National de la Statistique et de l'Analyse Économique [INSAE]. (2019). Enquête itinérante sur les conditions de vie des ménages [Rapport d'enquête]. INSAE.

Johannessen, D. A., Overå, S., & Arnevik, E. A. (2024). The role of contextual factors in avenues to recover from gambling disorder: A scoping review. Frontiers in Psychology, 15, 1247152. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1247152

La Nouvelle Tribune. (2023). Jeux de hasard au Bénin : Une plateforme de contrôle mise en place par le gouvernement. La Nouvelle Tribune. https://lanouvelletribune.info/2023/03/jeux-de-hasard-au-benin-une-plateforme-de-controle-mise-en-place-par-le-gouvernement/

Murch, W. S., Ferrari, M. A., & Clark, L. (2024). Post-reinforcement pauses during slot machine gambling are moderated by immersion. Quarterly Journal of Experimental Psychology, 77(12), 2488–2496.

Mbembe, A. (2000). De la postcolonie. Karthala.

Ministère de l'Économie et des Finances du Bénin. (2023). Création de la Cellule de Supervision du Secteur des Jeux (CSJ) [Communiqué officiel]. Gouvernement du Bénin. https://finances.bj/csj/

Nassi, K. M. (2022). Les jeux de hasard et d'argent : Une pratique de matérialité de la réussite sociale à Cotonou. Revue de l'ACAREF, 117-134. https://revues.acaref.net/wp-content/uploads/sites/3/2022/04/Karl-Martial-NASSI.pdf

National Centre for Social Research. (2024). Effective interventions for the treatment of gambling associated with harm [Rapport de recherche]. GambleAware. https://www.gambleaware.org/media/cj2lzeln/effective-interventions-for-the-treatment-of-gambling-associated-with-harm.pdf

Olivier de Sardan, J.-P. (2008). La rigueur du qualitatif. Academia Bruylant.

Scott, J. C. (1976). The moral economy of the peasant: Rebellion and subsistence in Southeast Asia. Yale University Press.

Secrétariat Général du Gouvernement du Bénin. (2023). Décret n° 2023-358 portant conditions d'exercice des activités de jeux de hasard, d'argent et de paris en République du Bénin [Décret présidentiel]. Gouvernement du Bénin. https://sgg.gouv.bj/doc/decret-2023-358/

Strauss, A. (1992). *La trame de la négociation : Sociologie qualitative et interactionnisme* (textes réunis et présentés par I. Baszanger). Paris : L'Harmattan.

Thompson, E. P. (1971). The moral economy of the English crowd in the eighteenth century. Past & Present, 50, 76–136.

Tossou, T.-J. (2021a). Répercussions psychosociales de l'addiction aux jeux d'argent sur les couples de retraités dans la ville de Cotonou : étude de cas d'un retraité de l'ex-SOBEMAP au Bénin. Revue della/Afrique, Numéro spécial, 218 – 237. https://bec.uac.bj/uploads/publication/e84f9374c205aaff201e3a538013ee21.pdf

Tossou, T.-J. (2021b). Jeux d'argent et dynamiques conjugales au Bénin [Mémoire de master, Université d'Abomey-Calavi].

Ukhova, D., Marionneau, V., Nikkinen, J., & Wardle, H. (2024). Public health approaches to gambling: A global review of legislative trends. The Lancet Public Health, 9(1). doi: 10.1016/S2468-2667(23)00221-9

Van Holst, R. J., Cornelissen, K., Bockting, C. L., & Spada, M. M. (2024). Clinical and cognitive metacognition in gaming and gambling disorder. Current Addiction Reports, 11, 1016–1024.

Wardle, H., Degenhardt, L., Marionneau, V., Reith, G., Livingstone, C., Sparrow, M., Browne, M., Greer, A., Hickman, M., Humphreys, K., Lee, N., Potenza, M. N., Rajan, S., Rehm, J., Rintoul, A., Rogers, R. D., Romer, D., Rossow, I., Rossow, M., ... Glantz, M. D. (2024). The Lancet Public Health Commission on Gambling. The Lancet Public Health, 9(11), e950–e994.

Weber, M. (1922). Économie et société. Mohr.

Organisation mondiale de la Santé [OMS]. (2025). CIM-11 : 6C50 – Troubles liés aux jeux de hasard [Classification internationale des maladies]. OMS. https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/en#1041487064

2026 BIAOU, Licensee *Bamako Institute for Research and Development Studies Press*. Ceci est un article en accès libre sous la licence 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 8 (2)
ISSN: 1987-071X e-ISSN 1987-1023
Received, 9 March 2026
Accepted, 10 July 2026
Published, 20 July 2026
https://www.revue-rasp.org
To cite: Mare, R. (2026). Instabilité statistique et biais conceptuels dans la mesure des femmes chefs de ménage en Afrique subsaharienne : analyse économétrique multiniveau sur données DHS harmonisées. *Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, 8(2), pp.245-259.* https://doi.org/10.4314/rasp.v8i2.17

Research

Instabilité statistique et biais conceptuels dans la mesure des femmes chefs de ménage en Afrique subsaharienne : analyse économétrique multiniveau sur données DHS harmonisées

Statistical instability and conceptual biases in the measurement of female heads of household in sub-Saharan Africa: a multilevel econometric analysis on harmonized DHS data

Rodrigue MARÉ[1*]

[1] Tchiemba Consulting Group (TCG), Ouagadougou, Burkina Faso

***Correspondance :** E-mail: rodrigue.mare@tcg-expertise.com /rodriguemare01@gmail.com ; Tél : +226 76 80 16 41

Résumé

Les systèmes de suivi des Objectifs de Développement Durable, en particulier les cibles 5.5 et 5.6.1, recourent à la proportion de femmes chefs de ménage pour mesurer l'autonomisation des femmes. En Afrique, deux facteurs en limitent la portée : des pratiques déclaratives façonnées par les normes de genre et l'absence de définition harmonisée. Nous évaluons ici, sur des données transversales, la stabilité statistique et la validité concurrente de cet indicateur. La base réunit 165 724 ménages issus de 13 pays francophones d'Afrique subsaharienne (enquêtes DHS harmonisées). L'estimation repose sur un modèle logistique mixte généralisé à effets aléatoires inter-pays, assorti de plusieurs diagnostics de robustesse : comparaison de spécifications, jackknife, imputation multiple, bootstrap, et d'une analyse de sous-groupes régionaux. La proportion de femmes chefs s'étend de 13,6 % au Burkina Faso à 38,6 % en Mauritanie (coefficient de variation : 28,7 %) : l'hétérogénéité inter-pays est forte, et le découpage régional ne l'absorbe que pour partie. Le veuvage apparaît comme la caractéristique la plus étroitement liée à la chefferie féminine (odds ratio : 6,05 ; IC à 95 % : [5,69-6,44]), avec une stabilité remarquable d'une spécification à l'autre. Les données étant transversales, cette association n'établit aucune causalité ; elle s'inscrit néanmoins dans l'idée d'une chefferie qui traduit une vulnérabilité démographique plutôt qu'une autonomisation économique. Le lien avec l'accès aux services bancaires est pratiquement inexistant (r = -0,008) et demeure ténu une fois le PIB et l'IDH contrôlés, de quoi douter qu'un tel indicateur, pris isolément, mesure l'ODD 8.10. Un coefficient de corrélation intra-classe de 4,88 % justifie l'approche multiniveau. Ces constats appellent une redéfinition opérationnelle de l'indicateur, sa désagrégation systématique selon le statut matrimonial et, en lien avec les instituts statistiques africains, la mise au point d'outils multidimensionnels davantage adaptés aux réalités domestiques du continent.

Mots-clés : femme chef de ménage ; genre ; Afrique subsaharienne ; modèle logistique mixte ; autonomisation féminine ; enquêtes DHS ; ODD ; validité concurrente

Abstract

SDG monitoring frameworks, and targets 5.5 and 5.6.1 in particular, treat the proportion of female-headed households as a proxy for women's empowerment. Two features weaken this proxy in African settings: the influence of gender norms on declaration practices and the lack of a harmonised operational definition. Drawing on cross-sectional data, we assess the indicator's statistical stability and concurrent validity across a harmonised database of 165,724 households from 13 Francophone sub-Saharan African countries (DHS surveys). We fit a generalised linear mixed model with random country effects and assess its robustness through specification comparisons, jackknife, multiple imputation, and bootstrap, and add a regional subgroup analysis. Female headship ranges from 13.6% in Burkina Faso to 38.6% in Mauritania (CV = 28.7%); regional grouping absorbs only part of this wide between-country spread. Widowhood is by far the strongest correlate of female headship (OR: 6.05; 95% CI: [5.69-6.44]) and remains stable across specifications. The cross-sectional design rules out any causal reading, yet the pattern fits a view of headship as demographic vulnerability rather than economic empowerment. Its correlation with access to financial services is essentially nil (r = -0.008) and remains weak even after controlling for GDP and HDI, casting doubt on this single proxy as a measure of SDG 8.10. An ICC of 4.88% justifies the multilevel approach. The indicator, therefore, needs operational redefinition, systematic disaggregation by marital status and, together with African statistical offices, the development of multidimensional empowerment tools better attuned to the continent's domestic realities.

Keywords: female household head; gender; sub-Saharan Africa; mixed logistic model; women's empowerment; DHS surveys; SDGs; concurrent validity

1. Introduction

Au sein des systèmes statistiques africains, la proportion de femmes chefs de ménage sert de variable de référence : les grandes enquêtes harmonisées la mobilisent pour suivre l'autonomisation des femmes. Les enquêtes démographiques et de santé (DHS), les enquêtes en grappes à indicateurs multiples (MICS) et les enquêtes harmonisées sur les conditions de vie des ménages (EHCVM) en font un proxy des cibles 5.5 et 5.6.1 des Objectifs de Développement Durable (ODD), la première portant sur la participation des femmes aux décisions économiques, la seconde sur leur autonomie décisionnelle en matière reproductive. Ce recours prolonge une entreprise plus large de quantification du genre, engagée depuis les années 1990. Il n'a pas fait l'unanimité : plusieurs chercheur·e·s africain·e·s en sciences sociales (Pilon et Vignikin, 2006 ; Adjamagbo, Gastineau et Kpadonou, 2017 ; Cornwall et Rivas, 2015 ; Charmes, 2019) y voient l'application, mal ajustée, de catégories statistiques importées à des réalités domestiques qu'elles peinent à saisir.

Cette intense mobilisation statistique va paradoxalement de pair avec un examen trop rare de la validité conceptuelle et statistique de l'indicateur. Plusieurs travaux mettent en évidence des incohérences dans sa définition opérationnelle (Randall, Coast et Leone, 2011 ; Chant, 2003), des biais déclaratifs liés aux normes de genre (Buvinić et Furst-Nichols, 2016 ; Tourangeau et Yan, 2007) et des difficultés de comparabilité entre pays (Hancioglu et Arnold, 2013). La notion même de « chef de ménage » recouvre des réalités disparates (autorité économique, légitimité sociale ou simple statut déclaré), trois dimensions qui, dans les ménages africains pluriactifs ou polygames, ne se superposent pas toujours. Les enquêtes qualitatives d'Afrique de l'Ouest

mettent d'ailleurs en garde contre l'amalgame entre chefferie déclarée et pouvoir de décision réel : c'est de cette distinction que part notre étude, sans la tenir pour acquise.

Sans prétendre trancher le débat conceptuel plus vaste, cette étude s'attache aux propriétés statistiques de l'indicateur. Quatre objectifs la structurent : (1) mesurer la variabilité inter-pays et infra-régionale de la proportion de femmes chefs de ménage, puis en apprécier la significativité ; (2) repérer, à l'aide d'un modèle économétrique multiniveau, les caractéristiques associées à la chefferie féminine, tout en précisant ce qu'une lecture causale de ces associations ne saurait établir ; (3) confronter l'indicateur à des mesures indirectes d'autonomie économique pour en tester la validité concurrente, sans perdre de vue les limites propres à ces proxys ; (4) en tirer des recommandations opérationnelles pour réformer les systèmes statistiques de genre en Afrique.

Quatre résultats se dégagent : une forte instabilité statistique (coefficient de variation : 28,7 %), une association dominante avec le veuvage (odds ratio : 6,05), une corrélation quasi nulle avec la bancarisation (r = -0,008) et une hétérogénéité contextuelle marquée (CCI : 4,88 %) que le seul découpage régional ne résume pas. Réunis, ils invitent à la prudence quant à l'usage isolé de l'indicateur dans le suivi des ODD, sans pour autant en révéler les déterminants causaux.

2. Matériels et méthodes

2.1. Sources de données et constitution de l'échantillon

Les données sont tirées des vagues les plus récentes (2011-2021) des enquêtes DHS menées dans 13 pays francophones d'Afrique subsaharienne : Burkina Faso, Bénin, Centrafrique, Cameroun, Congo, Côte d'Ivoire, Gabon, Mauritanie, Mali, République Démocratique du Congo, Sénégal, Tchad et Togo. Trois raisons ont guidé ce choix : la cohérence institutionnelle des protocoles de collecte, l'existence de vagues récentes comparables et le souci de neutraliser les effets confondants liés aux régimes juridiques qui encadrent la notion de ménage. Financé par l'USAID et administré par ICF International, le programme DHS repose sur un plan de sondage probabiliste stratifié à deux degrés, garant de la représentativité nationale.

Les fichiers bruts ont été importés puis fusionnés au moyen d'un pipeline écrit en R 4.3.x, dont le détail technique figure en annexe. Après harmonisation, la base consolidée compte 165 724 ménages. Toutes les estimations appliquent les poids d'échantillonnage DHS (hv005/1 000 000).

2.2. Variables

2.2.1. Variable dépendante

La variable dépendante Y(i,j) vaut 1 lorsque le chef du ménage i dans le pays j est une femme (code DHS hv219 == 2), et 0 sinon. Sur 165 724 ménages, 40 772 (24,5 %) déclarent une femme à leur tête. Comme elle repose sur l'autodéclaration, cette variable prête à des biais tenant aux représentations de l'autorité domestique, d'autant plus vifs là où la norme patriarcale est forte (Tourangeau et Yan, 2007). Dans les DHS, la définition du chef de ménage mêle en effet trois dimensions qui ne se recouvrent pas nécessairement : la contribution économique principale,

l'autorité sociale reconnue et le statut déclaré au moment de l'enquête. C'est précisément cette dissociation que l'étude cherche à documenter, sans pouvoir la démêler entièrement à partir des seules données quantitatives.

2.2.2. Variables explicatives

Les variables explicatives relèvent de trois registres : démographique, socioéconomique et contextuel : âge du chef (continu, hv105_01) et son carré ; statut matrimonial (5 modalités, hv115_01) ; quintile de richesse (1 à 5, hv270) ; milieu de résidence (binaire, hv025) ; taille du ménage (continu, hv009) ; enfin, pour la validation concurrente, l'accès à un compte bancaire (hv247) et à un téléphone mobile (hv243a). Le pays entre comme effet aléatoire ; une variable de regroupement régional (Afrique de l'Ouest / Afrique centrale, d'après le découpage géographique des Nations Unies) est construite pour l'analyse de sous-groupes de la section 2.3.4.

2.3. Stratégie d'estimation économétrique

2.3.1. Modèle principal : régression logistique mixte (GLMM)

Nous estimons un modèle logistique mixte généralisé à effets aléatoires inter-pays (GLMM). Un tel modèle pèse d'un même mouvement les caractéristiques propres à chaque ménage et celles du contexte national, en tenant compte du fait que deux ménages d'un même pays se ressemblent plus que deux ménages de pays différents. Formellement :

$$logit[P(Y_{ij} = 1)] = \beta_0 + \beta_1 \cdot Âge_{ij} + \beta_2 \cdot Âge^2_{ij} + \beta_3 \cdot StatMat_{ij} + \beta_4 \cdot Richesse_{ij} + \beta_5 \cdot Urbain_{ij} + \beta_6 \cdot (Urbain \times Richesse)_{ij} + \mu_j + \varepsilon_{ij}$$

Le terme μ_j capte l'effet propre à chaque pays, c'est-à-dire des facteurs nationaux non observés. Les paramètres sont estimés par maximum de vraisemblance restreint (REML, algorithme Bobyqa, package lme4 1.1.34), la convergence étant contrôlée par la statistique de Gelman-Rubin ($\hat{R} < 1{,}01$). Comme toute analyse sur données d'enquête transversales, le modèle livre des associations robustes mais non une preuve de causalité : ses coefficients se lisent comme des associations ajustées, non comme des effets causaux au sens strict.

2.3.2. Coefficient de corrélation intra-classe et médiane des odds ratios

Le coefficient de corrélation intra-classe (CCI) chiffre la part de variabilité totale imputable aux différences entre pays. La médiane des odds ratios (MOR) ramène cette hétérogénéité à une échelle comparable à celle des odds ratios individuels : une MOR de 1,89 signifie qu'en changeant un ménage de pays, on modifierait sa probabilité de chefferie féminine d'un facteur 1,89 en médiane.

2.3.3. Analyse de robustesse et de validité concurrente

La robustesse est examinée par cinq voies : (1) comparaison avec un logit ordinaire et un modèle à effets fixes pays ; (2) jackknife par exclusion successive (13 itérations, un pays retiré à chaque fois) ; (3) imputation multiple MICE (20 imputations ; PMM pour les variables continues, régression logistique polytomique pour les catégorielles) ; (4) bootstrap non paramétrique (B = 1 000, rééchantillonnage par grappe au niveau du pays afin de préserver la structure

hiérarchique) ; (5) analyse par sous-groupes régionaux (section 2.3.4). Le tableau 6 en rassemble les résultats détaillés.

La validité concurrente s'apprécie par les corrélations de Pearson et de Spearman entre la proportion de femmes chefs et deux proxys indirects d'autonomie économique (accès aux services bancaires, accès à la téléphonie mobile), avec correction de Bonferroni pour comparaisons multiples. Si l'accès bancaire sert d'indicateur focal, c'est qu'il passe, dans la littérature sur l'autonomisation, pour une mesure directe de l'accès aux ressources financières : l'une des trois dimensions de l'autonomisation chez Kabeer (1999) et un pilier du cadre pro-WEAI (Quisumbing et al., 2021). Il a ses faiblesses, cependant : proxy imparfait du contrôle réel des ressources, il dépend de l'offre d'infrastructures financières et de normes d'accès genrées. D'où le recours à un second proxy (téléphonie mobile) et à une analyse en composantes principales (ACP) réunissant les variables de contexte socioéconomique (la saturation de la chefferie féminine sur la composante principale étant rapportée en section 3.5), afin de ne pas suspendre la conclusion à un seul indicateur.

2.3.4. Analyse de sous-groupes régionaux

Pour explorer l'hétérogénéité au-delà du seul effet aléatoire pays, les 13 pays sont répartis en deux ensembles régionaux d'après le découpage géographique des Nations Unies : Afrique de l'Ouest (Bénin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Mali, Mauritanie, Sénégal, Togo ; n = 7) et Afrique centrale (Cameroun, Centrafrique, Congo, Gabon, République Démocratique du Congo, Tchad ; n = 6). Le GLMM principal est ré-estimé dans chaque sous-groupe. Un terme d'interaction région × statut matrimonial (veuvage) est par ailleurs introduit dans le modèle complet, de manière à tester l'homogénéité de l'effet du veuvage d'une région à l'autre. Les résultats figurent en section 3.7.

2.4. Diagnostics et métriques de performance

Les diagnostics retenus comprennent l'AIC, le BIC, des pseudo-R^2 (McFadden, Nagelkerke, Tjur), les R^2 marginal et conditionnel (MuMIn), l'AUC-ROC avec IC 95 % par bootstrap, le test de Hosmer-Lemeshow, le VIF et la matrice de confusion au seuil de Youden. Sur le plan éthique, l'accès enregistré au portail DHS (www.dhsprogram.com) couvre l'usage de données anonymisées à des fins de recherche.

2.5. Considérations éthiques : positionnalité et justice des données

L'accès aux données a été formellement approuvé ; il n'en reste pas moins que cette étude relève d'un usage secondaire de données recueillies par des institutions internationales (USAID, ICF International), à partir de catégories et de protocoles élaborés hors des contextes qu'ils décrivent. Deux enjeux en découlent, qu'aucune analyse quantitative ne peut lever à elle seule. Le premier tient à la positionnalité de la recherche : pour interroger un indicateur dont les biais proviennent justement de l'importation de catégories statistiques exogènes (Randall, Coast et Leone, 2011), on mobilise des outils économétriques et un cadre conceptuel largement hérités de traditions académiques occidentales. Recourir à des données locales ne suffit pas à dissiper cette tension ; il faut y ajouter un regard critique et réflexif sur les catégories employées, y compris celles retenues par cette étude pour définir le veuvage, l'urbanité ou la richesse.

Le second enjeu ressortit à la justice des données (data justice). Les ménages enquêtés n'ont voix ni au chapitre de la définition des catégories, ni à celui de leur interprétation, ni à l'usage fait ensuite des résultats pour orienter des politiques de ciblage qui, pourtant, les concernent au premier chef. C'est pourquoi les recommandations de la section 4.5 mettent l'accent sur une co-construction des indicateurs avec les instituts statistiques nationaux et les organisations de la société civile locales, à rebours d'une révision purement technique conduite de l'extérieur. Menée à partir de données de la région et adressée d'abord à ses institutions statistiques, l'étude entend nourrir ce mouvement de réappropriation, sans prétendre l'incarner à elle seule.

3. Résultats

3.1. Description de l'échantillon et variabilité inter-pays

Le tableau 1 présente les statistiques descriptives par pays. La proportion de femmes chefs oscille entre 13,6 % au Burkina Faso et 38,6 % en Mauritanie, avec une moyenne de 24,5 % et un coefficient de variation de 28,7 %. Le khi-deux global ($\chi^2(12) = 4\ 821$; $p < 0{,}001$) atteste que ces écarts entre pays sont statistiquement significatifs. Ce résultat, purement descriptif, ne dit rien de ses causes. On avance parfois que les pays à forte chefferie féminine (Mauritanie, Gabon) connaissent une émigration masculine élevée et une urbanisation rapide, et que ceux à faible chefferie (Mali, Burkina Faso) restent marqués par des systèmes de valeurs patrilinéaires ; ces lectures, plausibles au regard de la littérature, ne sont pas mises à l'épreuve par les données transversales dont nous disposons.

Tableau 1. Statistiques descriptives par pays. IC 95 % calculé par la méthode de Wilson. χ^2 global (12 dl) = 4 821, p < 0,001.

Pays	Vague DHS	N ménages	N fem. chefs	Proportion (%)	IC 95% (Wilson)	Taux réponse (%)
Burkina Faso	2021	13 251	1 802	13,6	[13,1-14,2]	97,8
Bénin	2018	14 156	3 495	24,7	[24,0-25,4]	98,2
Centrafrique	2018	5 551	1 180	21,3	[20,2-22,3]	96,1
Cameroun	2018	11 710	3 139	26,8	[26,0-27,6]	97,6
Congo	2011	11 632	2 782	23,9	[23,2-24,7]	96,8
Côte d'Ivoire	2021	14 766	2 801	19,0	[18,4-19,6]	98,4
Gabon	2019	11 781	4 033	34,2	[33,4-35,1]	97,9
Mauritanie	2019	11 658	4 503	38,6	[37,7-39,5]	97,2
Mali	2018	9 667	1 334	13,8	[13,1-14,5]	97,5
R.D. Congo	2013	26 347	7 093	26,9	[26,4-27,5]	96,3
Sénégal	2019	8 423	2 260	26,8	[25,9-27,8]	98,1
Tchad	2014	17 233	3 853	22,4	[21,8-23,0]	95,8
Togo	2013	9 549	2 499	26,2	[25,3-27,1]	97,7
Total / Moyenne	-	165 724	40 774	24,5	[24,3-24,7]	97,3

3.2. Profil comparé des ménages selon le sexe du chef

Le profil des femmes chefs se distingue nettement de celui des hommes chefs. Elles sont en moyenne plus âgées (47,9 contre 44,9 ans, $p < 0{,}001$, $d = 0{,}19$) et à la tête de ménages plus

petits (4,65 contre 5,95 personnes, $p < 0,001$, $d = 0,35$). Cette taille réduite s'accorde avec l'effritement de la famille élargie (décès du conjoint, départ des enfants adultes), même si les données transversales n'en fixent pas le sens. L'écart le plus net porte sur le statut matrimonial : 47,8 % des femmes chefs sont veuves, contre 2,4 % des hommes (V de Cramér = 0,512, $p < 0,001$). De telles asymétries vont dans le sens d'une chefferie féminine liée d'abord à un événement démographique subi, et non à une émancipation graduelle (piste reprise en section 4.1).

Tableau 2. Comparaison des profils selon le sexe du chef. d = d de Cohen ; V = V de Cramér. Test de Wilcoxon pour les variables continues, test du khi-deux pour les variables catégorielles.

Caractéristique	Chefs femmes	Chefs hommes	Statistique (p-valeur)
Effectif (N)	40 772 (24,5 %)	124 952 (75,5 %)	-
Âge moyen (années)	47,9 ± 16,2	44,9 ± 15,1	d = 0,19 (p < 0,001)
Taille moyenne ménage (pers.)	4,65 ± 3,14	5,95 ± 4,20	d = 0,35 (p < 0,001)
Milieu urbain (%)	43,8	37,4	V = 0,063 (p < 0,001)
Quintile 1 - pauvre (%)	26,6	23,9	V = 0,041 (p < 0,001)
Statut veuve/veuf (%)	47,8	2,4	V = 0,512 (p < 0,001)
Statut marié(e) (%)	16,0	84,6	V = 0,512 (p < 0,001)
Accès services bancaires (%)	11,2	13,8	V = 0,038 (p < 0,001)
Accès téléphone mobile (%)	61,4	72,3	V = 0,112 (p < 0,001)

3.3. Résultats du modèle économétrique

Le veuvage domine largement (OR = 6,05, Wald $\chi^2 = 3\,252,1$, $p < 0,001$) : toutes choses égales par ailleurs, une personne veuve a une probabilité de chefferie féminine 6,05 fois plus élevée qu'une personne divorcée. Le tableau 6 en détaille l'ampleur et la stabilité ; l'association résiste à toutes les spécifications (logit ordinaire : 6,05 ; effets fixes par pays : 5,98 ; bootstrap : 6,08 [5,72-6,44]). Elle demeure toutefois, par construction, une association ajustée et non un effet causal avéré. Le milieu urbain accroît la probabilité de chefferie féminine de 23 % (OR = 1,23, $p < 0,001$). Aucun quintile de richesse n'atteint le seuil de significativité statistique, ce qui contredit l'idée d'un lien direct entre le niveau socioéconomique et la chefferie féminine.

Tableau 3. Résultats du GLMM principal. OR = odds ratios. IC 95 % par vraisemblance du profil. Référence statut matrimonial : divorcé/séparé. * Association la plus forte.

Variable	OR	IC 95% (profil)	Wald χ^2	p-valeur
Constante	80,9	[61,2-106,9]	143,4	< 0,001
Âge du chef (années)	0,968	[0,966-0,970]	2 035,8	< 0,001
Âge² ($\times 10^{-3}$)	1,000	[0,999-1,001]	1,2	0,273
StatMat : Union libre (réf. : divorcé)	0,050	[0,040-0,062]	2 174,0	< 0,001
StatMat : Jamais en union	0,172	[0,159-0,186]	3 219,7	< 0,001
StatMat : Marié(e)	0,091	[0,088-0,094]	10 778,3	< 0,001
StatMat : Non déclaré	0,628	[0,509-0,773]	191,9	< 0,001
StatMat : Veuf/veuve *	6,050	[5,691-6,435]	3 252,1	< 0,001

Quintile richesse 2	0,960	[0,921-1,001]	34,2	0,057
Quintile richesse 3	1,032	[0,985-1,071]	9,6	0,221
Quintile richesse 4	1,034	[0,983-1,086]	7,3	0,177
Quintile richesse 5	0,950	[0,898-1,005]	14,3	0,078
Milieu urbain	1,231	[1,187-1,277]	119,4	< 0,001
Taille du ménage	0,977	[0,974-0,980]	52,7	< 0,001
Urbain × Richesse Q5	1,167	[1,070-1,273]	182,1	< 0,001

AIC = 72 195 ; BIC = 72 401 ; R^2 de McFadden = 0,251 ; R^2 de Nagelkerke = 0,368 ; AUC = 0,847 [0,841-0,853] ; VIF max = 1,42 (absence de multicolinéarité).

3.4. Effets de contexte inter-pays

Le CCI de 4,88 % est significatif (LRT $\chi^2(1) = 298,0$; $p < 0,001$) et légitime le modèle hiérarchique. La MOR de 1,89 se lit ainsi : déplacer un ménage d'un pays vers un autre fait varier, en médiane, sa probabilité de chefferie féminine d'un facteur 1,89, davantage que ne le fait la résidence urbaine (OR = 1,23). Le contexte national, où se mêlent normes culturelles, dynamiques migratoires et cadres juridiques propres, pèse donc statistiquement plus que les caractéristiques individuelles observées ; les données seules ne permettent cependant pas d'en démonter les mécanismes. Les BLUPs dessinent deux profils : d'un côté, la Mauritanie et le Gabon (effets aléatoires positifs, cohérents avec une émigration masculine importante), de l'autre, le Mali et le Burkina Faso (effets négatifs, où les normes patriarcales décrites dans la littérature sont les plus fortes). La section 3.7 revient sur cette hétérogénéité à l'échelle régionale.

Tableau 4. Paramètres de variance inter-pays et métriques d'hétérogénéité.

Paramètre	Valeur	IC 95%	Interprétation
Variance inter-pays ($\sigma^2\mu$)	0,1687	[0,072-0,395]	Hétérogénéité entre pays
Écart-type inter-pays ($\sigma\mu$)	0,411	-	Dispersion des effets pays
CCI (Goldstein et al., 2002)	4,88 %	[2,15 %-10,72 %]	Justifie le GLMM
MOR (Merlo et al., 2006)	1,890	[1,609-2,208]	Hétérogénéité notable (> 1,5)
Test LRT (χ^2, dl = 1)	298,0	-	p < 0,001 : GLMM justifié
Gelman-Rubin $\hat{R}$ (max)	1,003	-	Convergence confirmée (< 1,01)
R^2 marginal (MuMIn)	0,237	-	Variance effets fixes seuls
R^2 conditionnel (MuMIn)	0,249	-	Variance totale expliquée

3.5. Validité concurrente de l'indicateur

Le résultat central tient en un chiffre : la corrélation avec la bancarisation est quasi nulle (r de Pearson = -0,008 ; r de Spearman = 0,012 ; p de Bonferroni = 1,000). La Mauritanie et la RDC, par exemple, cumulent une forte chefferie féminine et accès très restreint aux services financiers. Sur la première composante de l'ACP, la chefferie féminine sature elle aussi à peine (0,088) : ce parallèle avec les corrélations bivariées réduit le risque d'un artefact propre au seul indicateur bancaire. L'ensemble jette un doute sur l'emploi isolé de la chefferie féminine comme proxy de l'ODD 8.10, sans en condamner l'usage dans un cadre multidimensionnel plus étoffé. Enfin, la corrélation partielle contrôlée pour le PIB et l'IDH (-0,021) montre que le constat ne se réduit pas au niveau de développement économique des pays.

Tableau 5. Corrélations de Pearson et de Spearman avec correction de Bonferroni (seuil ajusté = 0,00625). r partiel contrôlé pour PIB/hab et IDH. * Indicateur focal de validité concurrente.

Indicateur (N = 13 pays)	r Pearson	r Spearman	r partiel (PIB+IDH)	p-val. Bonferroni
Taux d'urbanisation	0,486	0,521	0,312	0,712
Niveau d'éducation du chef	0,314	0,298	0,198	1,000
Accès téléphonie mobile	0,249	0,271	0,144	1,000
Accès services bancaires *	-0,008	0,012	-0,021	1,000
PIB par habitant (PPA)	0,312	0,334	-	1,000
Indice de développement humain	0,268	0,281	-	1,000
Taux de mortalité masculine	0,438	0,461	0,421	1,000

3.6. Diagnostics économétriques

Le VIF maximal s'établit à 1,42, ce qui écarte la multicolinéarité. Le test de Hosmer-Lemeshow ($\chi^2(8) = 11,2$; $p = 0,191$) confirme une bonne calibration, et l'AUC-ROC atteint 0,847 (IC 95 % : [0,841-0,853]). Au seuil de Youden, la matrice de confusion affiche 78,2 % de sensibilité, 73,4 % de spécificité et 74,9 % de précision globale. Le modèle s'ajuste donc bien aux données : ses coefficients se lisent comme des associations fiables, ce qui n'en change pas la portée, non causale.

3.7. Contrôles de robustesse

Le tableau 6 récapitule les cinq approches de robustesse de la section 2.3.3, appliquées à l'association entre le veuvage et la chefferie féminine, le lien le plus fort du modèle principal. Toutes convergent dans une fourchette resserrée (OR de 5,98 à 6,12). Le résultat ne doit donc rien à un choix de spécification, à des données manquantes ni au poids d'un pays particulier.

Tableau 6. Comparaison des méthodes d'estimation et des contrôles de robustesse (variable rapportée : OR du statut veuf/veuve vs divorcé/séparé).

Méthode	OR veuvage	IC 95%	Remarque
GLMM principal (REML)	6,050	[5,691-6,435]	Modèle de référence
Logit ordinaire (sans effet pays)	6,047	[5,708-6,406]	Sensiblement identique au GLMM
Effets fixes pays	5,980	[5,642-6,338]	Contrôle strict de l'hétérogénéité observée entre pays
Jackknife (exclusion successive, 13 itérations)	6,04 (min 5,98 ; max 6,12)	[5,86-6,23]	Stabilité confirmée, aucun pays n'est influent isolément
Imputation multiple (MICE, 20 imputations)	6,021	[5,638-6,428]	Les données manquantes n'affectent pas le résultat
Bootstrap non paramétrique (B = 1 000, par grappe pays)	6,080	[5,720-6,440]	Convergence avec l'estimation ponctuelle du modèle principal

3.8. Analyse de sous-groupes régionaux

Le tableau 7 donne les résultats du GLMM ré-estimé dans chacun des deux ensembles régionaux définis en section 2.3.4. La proportion de femmes chefs est un peu plus élevée en

Afrique centrale (26,1 %) qu'en Afrique de l'Ouest (22,8 %), mais cet écart pèse peu au regard des différences internes à chaque région : l'Afrique de l'Ouest abrite à la fois le taux le plus bas (Burkina Faso, 13,6 %) et l'un des plus hauts (Mauritanie, 38,6 %). Le lien entre veuvage et chefferie féminine reste puissant de part et d'autre (Afrique de l'Ouest : OR = 5,89 [5,42-6,40] ; Afrique centrale : OR = 6,21 [5,71-6,75]), et l'interaction région × veuvage n'est pas significative (Wald $\chi^2(1) = 1,84$; $p = 0,175$) : l'association ne se distingue donc pas d'une région à l'autre. Le CCI intra-régional demeure élevé dans les deux cas (5,71 % à l'Ouest ; 3,95 % au centre), signe que l'hétérogénéité relevée en section 3.4 se manifeste surtout au niveau des pays, et non des grands ensembles régionaux. Le découpage régional retenu n'explique qu'une part limitée de cette hétérogénéité.

Tableau 7. Analyse de sous-groupes régionaux. Test d'interaction région × veuvage : Wald $\chi^2(1) = 1,84$; $p = 0,175$ (non significatif).

Région	Pays inclus (n)	N ménages	% femmes chefs	OR veuvage [IC 95%]	CCI intra-région (%)
Afrique de l'Ouest	7 (Bénin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Mali, Mauritanie, Sénégal, Togo)	81 470	22,8	5,89 [5,42-6,40]	5,71
Afrique centrale	6 (Cameroun, Centrafrique, Congo, Gabon, RDC, Tchad)	84 254	26,1	6,21 [5,71-6,75]	3,95

4. Discussion

Nos résultats mettent au jour l'instabilité statistique de l'indicateur et fragilisent sa validité concurrente. Avant d'en venir aux implications de politique publique et aux limites de l'étude, quatre points appellent discussion.

4.1. Chefferie par contrainte : une hypothèse cohérente avec les données, non une preuve causale

Que le veuvage prédomine (OR = 6,05) conforte l'idée d'un indicateur qui capte d'abord un événement démographique subi, et non un cheminement vers l'autonomie. La distinction entre « chefferie par contrainte » et « chefferie par autonomie » structure d'ailleurs les analyses de Chant (2003) comme celles de Buvinić et Furst-Nichols (2016). Dans notre échantillon, 47,8 % des femmes chefs sont veuves, une configuration que la littérature qualitative oppose frontalement à une émancipation choisie. Restent les limites du support : sur données transversales, le mécanisme ne se démontre pas. L'association entre veuvage et chefferie s'accorde avec cette lecture, mais elle s'accorderait aussi bien avec d'autres processus non observés, telle une mortalité masculine différentielle tenant à des facteurs eux-mêmes liés au statut matrimonial. Cette réserve n'est pas sans conséquence pour l'action publique : cibler les transferts sur la seule chefferie déclarée revient à écarter des femmes mariées privées de tout pouvoir de décision dans leur ménage, et à retenir des veuves dont la chefferie, formelle, ne signifie pas nécessairement un pouvoir décisionnel accru.

La littérature qualitative éclaire ce résultat par-delà l'appareil économétrique. Pilon et Vignikin (2006) rappellent qu'une variable binaire ne saurait rendre les configurations que recouvre la notion de chef de ménage : familles polygames, ménages élargis, foyers momentanément privés d'un homme parti en migration. À Cotonou, Adjamagbo, Gastineau et Kpadonou (2017)

observent qu'une chefferie féminine formelle ne garantit pas l'autonomie décisionnelle : telle femme, chef déclaré, reste soumise à l'autorité d'un beau-père ou d'un frère aîné pourtant absent. À partir d'enquêtes emploi du temps conduites dans plusieurs pays africains, Charmes (2019) constate que le travail non rémunéré des veuves chefs de ménage égale, voire dépasse, celui des femmes mariées, ce qui écorne l'idée d'un surcroît d'autonomie attaché au statut de chef. Hirway (2010) plaide dans le même sens pour les enquêtes de time-use, complément qu'il juge indispensable aux DHS pour saisir le partage réel du pouvoir domestique, hors de portée d'un indicateur binaire. Toutes ces recherches pointent le même écart, entre chefferie déclarée et autonomie vécue : ce que notre association avec le veuvage suggère indirectement, l'observation de terrain l'établit directement. La convergence renforce nos conclusions sans, pour autant, leur conférer une portée causale.

4.2. Hétérogénéité contextuelle : entre pays et entre régions

Avec une MOR de 1,89, le contexte national compte davantage que la résidence urbaine (OR = 1,23) et dépasse le seuil de pertinence de 1,5 fixé par Merlo et al. (2006). L'analyse par sous-groupes (section 3.8) affine ce constat : scinder l'échantillon en deux grandes régions (Afrique de l'Ouest, Afrique centrale) n'absorbe qu'une faible part de l'hétérogénéité, qui se loge pour l'essentiel à l'échelle des pays. Les BLUPs opposent deux profils : plus perméable à la chefferie féminine d'un côté (Mauritanie, Gabon), plus réfractaire de l'autre (Mali, Burkina Faso), sans épouser la géographie régionale : la Mauritanie et le Burkina Faso relèvent l'un et l'autre de l'Afrique de l'Ouest et s'y trouvent pourtant aux antipodes. Une mesure uniforme, ou un simple ajustement régional, ne peut donc rendre justice à des situations nationales aussi contrastées ; mieux vaut, pour les futurs travaux de suivi, modéliser au niveau du pays plutôt qu'au niveau d'agrégats régionaux.

4.3. Une validité concurrente questionnée, mais non définitivement invalidée

La corrélation quasi nulle avec la bancarisation (r = -0,008), confirmée par la corrélation partielle (-0,021) et une saturation dérisoire en ACP (0,088), constitue l'argument le plus direct contre l'emploi de la chefferie féminine comme proxy de l'ODD 8.10. On retrouve là la critique de Kabeer (1999), qui sépare ressources, agentivité et réalisations (trois dimensions non substituables de l'autonomisation), et l'analyse de Desrosières (2008) sur la performativité des catégories statistiques : à mesurer la chefferie formelle au lieu du contrôle effectif des ressources, les enquêtes internationales risquent de naturaliser une conception administrative du ménage, mal ajustée aux réalités africaines. Gardons-nous néanmoins d'en tirer plus qu'il ne contient. L'accès bancaire est lui-même un proxy grossier de l'autonomie économique, tributaire d'une offre financière formelle qui fait largement défaut dans les campagnes où vit une bonne part des ménages étudiés. La concordance entre les deux proxys (bancarisation, téléphonie) et l'ACP solidifie le constat, sans exclure qu'un indicateur mieux conçu (un module de décision intra-ménage interrogé directement, par exemple) livrerait une association différente. La position la plus tenable n'est donc pas de nier tout lien entre chefferie et autonomie économique, mais de refuser à cet indicateur, pris seul, le rôle de proxy de l'ODD 8.10.

4.4. Considérations éthiques : ce que l'analyse quantitative ne peut trancher

Rappelons-le (section 2.5) : l'étude s'appuie sur des données secondaires, bâties sur des catégories définies en dehors des contextes qu'elles décrivent. Si robustes soient-ils, nos résultats ne remplacent pas un travail de définition mené avec les populations concernées. La prudence causale, tenue tout au long de cette discussion, procède en partie de là. Tenir des associations statistiques pour des mécanismes établis reviendrait en effet à répéter, sous une forme chiffrée, l'imposition de catégories et d'interprétations exogènes que la critique (Randall, Coast et Leone, 2011 ; Desrosières, 2008) reproche aux systèmes statistiques internationaux. La section suivante en tire une conséquence nette : toute réforme de l'indicateur devrait, dès sa conception, associer les instituts statistiques nationaux et les organisations de la société civile locales, au lieu de reconduire un schéma où les catégories, arrêtées ailleurs, ne sont que appliquées sur place.

4.5. Implications de politique publique

Trois chantiers opérationnels en découlent. La première touche à la conception des enquêtes : DHS et MICS gagneraient à adjoindre à la variable binaire de chefferie un court module de décision intra-ménage (contrôle des revenus, part dans les achats importants, liberté de déplacement). On pourrait alors distinguer au moins deux chefferies féminines : l'une liée au veuvage ou à la séparation, l'autre au choix ou à une activité économique autonome, plutôt que de publier, comme aujourd'hui, une proportion agrégée unique dans les rapports nationaux de suivi des ODD.

Le deuxième concerne le ciblage social. Les programmes de transferts monétaires et d'inclusion financière qui font aujourd'hui de la chefferie féminine un critère d'éligibilité devraient le croiser avec le statut matrimonial et, quand c'est faisable, avec un indicateur direct de vulnérabilité économique du ménage. S'en tenir à la chefferie déclarée, comme le montre le tableau 2, revient surtout à capter des ménages de veuves âgées et de petite taille, en laissant de côté les femmes économiquement subordonnées au sein de ménages dirigés par un homme, que ce critère, par construction, ignore.

Le troisième relève de la gouvernance des données. Co-construire des indicateurs composites et multidimensionnels d'autonomisation féminine (avec les instituts nationaux de la statistique, les ministères sectoriels chargés du genre et les organisations de la société civile locales) offre la meilleure chance d'obtenir des mesures à la fois statistiquement robustes et légitimes pour éclairer les politiques nationales, bien davantage qu'une révision purement technique des enquêtes pilotée par les bailleurs internationaux.

4.6. Limites de l'étude

Plusieurs limites bornent cette étude. Transversales, les données DHS interdisent tout énoncé causal, à la réserve près que la discussion a rappelé sans relâche plutôt que par acquit de conscience. Le champ, restreint aux pays francophones, ne se généralise pas d'emblée aux aires anglophones et lusophones du continent. Faute de mesures directes d'autonomisation dans les DHS, il a fallu recourir à des proxies imparfaits (bancarisation, téléphonie mobile) : la triangulation de la section 3.5 atténue ce défaut sans le corriger. Enfin, le découpage régional

retenu (Afrique de l'Ouest / Afrique centrale) reste une convention géographique, aveugle aux trajectoires historiques et institutionnelles de chaque pays, qui n'épuise donc pas la question de l'hétérogénéité contextuelle.

5. Conclusion

Au terme de ce travail, la proportion de femmes chefs de ménage aura fait l'objet, dans 13 pays d'Afrique subsaharienne francophone, d'un examen empirique serré de sa stabilité statistique et de sa validité concurrente, appuyé sur un jeu consolidé de contrôles de robustesse et sur une analyse de sous-groupes régionaux.

Trois constats s'ordonnent par ordre de priorité pratique décroissante. Le plus direct porte sur la validité concurrente : quasi nulle avec la bancarisation ($r = -0{,}008$) et corroborée par un second proxy, comme l'ACP, la corrélation mine l'usage isolé de l'indicateur comme proxy de l'ODD 8.10, sans interdire sa place dans un jeu d'indicateurs multidimensionnels. Vient ensuite l'association dominante entre veuvage et chefferie féminine ($OR = 6{,}05$), stable à travers tous les contrôles du tableau 6 et compatible, à défaut d'être causalement prouvée, avec une chefferie davantage subie que choisie. Le troisième constat est l'hétérogénéité contextuelle nationale ($CCI = 4{,}88\ \%$; $MOR = 1{,}89$) : logée surtout au niveau des pays, à peine réduite par un regroupement régional, elle rend caduque toute comparaison inter-pays qui ne s'ajusterait pas à ce contexte.

De là, trois recommandations opérationnelles, détaillées en section 4.5 : doter les programmes DHS et MICS d'un module de décision intra-ménage qui complète la variable binaire de chefferie ; désagréger systématiquement la chefferie féminine par statut matrimonial avant tout usage comme indicateur de suivi des ODD 5.5 et 8.10 ; co-construire enfin, avec les instituts statistiques africains et les organisations de la société civile locales, des indicateurs composites et multidimensionnels d'autonomisation féminine, pour que les données produites servent réellement les politiques nationales, et pas seulement un cadre de reporting international.

Reconnaissance
L'auteur remercie le programme DHS (ICF International, financé par l'USAID) pour la mise à disposition des données d'enquête harmonisées mobilisées dans cette étude. L'auteur remercie également l'outil d'assistance à la rédaction Grammarly pour son aide à la relecture et aux corrections syntaxiques du manuscrit, sans que cet usage n'altère le fond ni l'originalité du propos scientifique.

Conflits d'intérêts
L'auteur déclare qu'aucun conflit d'intérêt n'est lié à cet article. Les données DHS utilisées sont anonymisées et accessibles au public après enregistrement (www.dhsprogram.com). Aucune approbation éthique institutionnelle supplémentaire n'est requise pour l'analyse de données secondaires anonymisées.

Déclaration de contribution des auteurs

Rodrigue Maré est l'unique auteur de ce travail : il en a assuré la conception, l'acquisition et l'analyse des données, la rédaction du manuscrit ainsi que son approbation finale en vue de la publication.

Références bibliographiques

Adjamagbo, A., Gastineau, B., & Kpadonou, N. (2017). Travail-famille : Un défi pour les femmes à Cotonou. Recherches féministes, 29(2), 17-41. doi : 10.7202/1038719ar

Bates, D., Maechler, M., Bolker, B., & Walker, S. (2015). Fitting Linear Mixed-Effects Models Using lme4. Journal of Statistical Software, 67(1), 1-48. doi : 10.18637/jss.v067.i01

Buvinić, M., & Furst-Nichols, R. (2016). Promoting Women's Economic Empowerment : What Works? The World Bank Research Observer, 31(1), 59-101. doi : 10.1093/wbro/lku013

Chant, S. (2003). Female household headship and the feminisation of poverty : Facts, fictions and forward strategies. London : Gender Institute, London School of Economics and Political Science.

Charmes, J. (2019). The unpaid care work and the labour market. Genève : Organisation Internationale du Travail.

Cornwall, A., & Rivas, A.-M. (2015). From 'gender equality' and 'women's empowerment' to global justice. Third World Quarterly, 36(2), 396-415. doi : 10.1080/01436597.2015.1013341

DerSimonian, R., & Laird, N. (1986). Meta-analysis in clinical trials. Controlled Clinical Trials, 7(3), 177-188. doi : 10.1016/0197-2456(86)90046-2

Desrosières, A. (2008). Pour une sociologie historique de la quantification : L'Argument statistique I. Paris : Presses des MINES.

Gelman, A., & Rubin, D. B. (1992). Inference from iterative simulation using multiple sequences. Statistical Science, 7(4), 457-472.

Goldstein, H., Browne, W., & Rasbash, J. (2002). Partitioning variation in multilevel models. Understanding Statistics, 1(4), 223-231. doi : 10.1207/S15328031US0104_02

Hancioglu, A., & Arnold, F. (2013). Measuring Coverage in MNCH : Tracking Progress in Health for Women and Children Using DHS and MICS Household Surveys. PLOS Medicine, 10(5), e1001391. doi : 10.1371/journal.pmed.1001391

Hirway, I. (2010). Time-Use Surveys in Developing Countries : An Assessment. Dans A. Bittman & R. Goodin (Éds.), Time, Self, and Social Being (pp. 252-324). Basingstoke : Palgrave Macmillan.

Kabeer, N. (1999). Resources, Agency, Achievements : Reflections on the Measurement of Women's Empowerment. Development and Change, 30(3), 435-464. doi : 10.1111/1467-7660.00125

Merlo, J., Chaix, B., Ohlsson, H., Beckman, A., Johnell, K., Hjerpe, P., Råstam, L., & Larsen, K. (2006). A brief conceptual tutorial of multilevel analysis in social epidemiology. Journal of Epidemiology and Community Health, 60(4), 290-297. doi : 10.1136/jech.2004.029454

Pilon, M., & Vignikin, K. (2006). Ménages et familles en Afrique subsaharienne. Paris : Archives contemporaines.

Quisumbing, A., Heckert, J., Faas, S., Ramani, G., Raghunathan, K., Malapit, H., & The pro-WEAI Study Team. (2021). Women's empowerment and gender equality in agricultural value chains. Food Security, 13(5), 1101-1124. doi : 10.1007/s12571-021-01193-5

Randall, S., Coast, E., & Leone, T. (2011). Cultural constructions of the concept of household in sample surveys. Population Studies, 65(2), 217-229. doi : 10.1080/00324728.2011.576768

Rubin, D. B. (1987). Multiple Imputation for Nonresponse in Surveys. New York : John Wiley & Sons.

Tourangeau, R., & Yan, T. (2007). Sensitive questions in surveys. Psychological Bulletin, 133(5), 859-883. doi : 10.1037/0033-2909.133.5.859

Van Buuren, S., & Groothuis-Oudshoorn, K. (2011). mice : Multivariate Imputation by Chained Equations in R. Journal of Statistical Software, 45(3), 1-67. doi : 10.18637/jss.v045.i03

Wilson, E. B. (1927). Probable inference, the law of succession, and statistical inference. Journal of the American Statistical Association, 22(158), 209-212.

2026 MARE, 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 8 (2)
ISSN: 1987-071X e-ISSN 1987-1023
Received, 10 April 2026
Accepted, 19 July 2026
Published, 27 July 2026
https://www.revue-rasp.org
To cite: Tossoulegue, S., et al. (2026). Effets des interventions en eau, hygiène et assainissement (EHA) sur les ménages de la commune de Bonou, sud du Bénin, en 2023. *Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, 8(2), pp.260-278.* https://doi.org/10.4314/rasp.v8i2.18
Research

Effets des interventions en eau, hygiène et assainissement (EHA) sur les ménages de la commune de Bonou, sud du Bénin, en 2023

Effects of water, hygiene and sanitation (WASH) interventions on households in the commune of Bonou, southern Benin, in 2023

Symphorose S. B. TOSSOULEGUE [1]* ; Karine Lucrèce Marie CODJO-SEIGNON [1] ; Zinsou Franck MIGNANWANDE [1] ; Zoulkifl SALOU BACHIROU [1] ; Roch Christian JOHNSON [1,2]

[1] Centre Interfacultaire de Formation et de Recherche en Environnement pour le développement Durable (CIFRED), Université d'Abomey-Calavi, Bénin

[2] Fondation Raoul Follereau, Paris, France

***Correspondance :** Email : tsymphorose@gmail.com; Tél : +229 01 96 94 56 09

Résumé
Les interventions en Eau, Hygiène et Assainissement (EHA) constituent une stratégie essentielle pour améliorer les conditions de vie et réduire les maladies liées à l'eau en milieu rural. Cette étude a évalué l'impact des interventions EHA sur les connaissances, les pratiques, l'accès aux services EHA et certains indicateurs sanitaires dans la commune de Bonou. Une étude quasi-expérimentale a été menée auprès de 367 ménages, dont 127 bénéficiaires et 240 non-bénéficiaires. Les données ont été analysées à l'aide du logiciel SPSS 26. Les niveaux d'accès aux services EHA ont été classés selon les critères du Programme conjoint OMS/UNICEF (JMP). Les associations ont été évaluées par régression logistique multivariable avec un seuil de significativité de 5 %. Une analyse comparative des indicateurs sanitaires entre 2020 et 2023 a également été réalisée à partir des registres sanitaires. Les ménages bénéficiaires présentaient un niveau d'accès significativement plus élevé aux services EHA (p = 0,001). L'accès à un service d'eau de base était de 81,1% chez les bénéficiaires contre 5,0% chez les non-bénéficiaires. Pour l'assainissement, ces proportions étaient respectivement de 29,9% et 10,8%. Après ajustement, les facteurs de proximité de la source d'eau, d'utilisation d'un récipient couvert, de traitement domestique de l'eau et de lavage des mains à l'eau et au savon demeuraient significativement associés au statut de bénéficiaire. Une réduction des maladies diarrhéiques (15,6% à 6,2%) et des géohelminthiases (7,84% à 0,78%) a été observée. Ces résultats confirment l'impact positif des interventions EHA, soulignant ainsi leur nécessité et leur renforcement.

Mots clés : Eau Hygiène Assainissement ; Santé ; connaissances, pratiques ; Accès ; Bénin

Abstract
Water, Sanitation, and Hygiene (WASH) interventions are a key strategy for improving living conditions and reducing waterborne diseases in rural areas. This study assessed the impact of

WASH interventions on knowledge, practices, access to WASH services, and certain health indicators in the municipality of Bonou. A quasi-experimental study was conducted among 367 households, including 127 beneficiaries and 240 non-beneficiaries. Data were collected using KoboCollect and analyzed with SPSS 26. Levels of access to WASH services were classified according to the criteria of the WHO/UNICEF Joint Monitoring Programme (JMP). Associations were assessed using multivariate logistic regression with a significance threshold of 5%. A comparative analysis of health indicators between 2020 and 2023 was also conducted using health records. Beneficiary households had significantly higher access to WASH services ($p = 0.001$). Access to a basic water service was 81.1% among beneficiaries, compared with 5.0% among non-beneficiaries. For sanitation, these proportions were 29.9% and 10.8%, respectively. After adjustment, proximity to a water source, use of a covered container, household water treatment, and handwashing with soap and water remained significantly associated with beneficiary status. A reduction in diarrheal diseases (from 15.6% to 6.2%) and soil-transmitted helminthiasis (from 7.84% to 0.78%) was also observed. These results confirm the positive impact of WASH interventions while emphasising the need to reinforce them.

Keywords: Water, Sanitation, and Hygiene; Health; knowledge, practices; Access; Benin

1. Introduction

L'accès à l'eau potable, à l'hygiène et à l'assainissement (EHA) constitue un facteur déterminant essentiel de la santé publique et du développement durable. Malgré les progrès enregistrés au cours des dernières décennies, d'importantes inégalités persistent, en particulier dans les pays à revenu faible ou intermédiaire (WHO/UNICEF, 2021). Environ 2,2 milliards de personnes dans le monde n'ont toujours pas accès à des services d'eau potable gérés en toute sécurité, tandis que 3,5 milliards n'ont pas accès à des services d'assainissement adéquats et près de 2 milliards sans accès à des installations de lavage des mains à domicile (WHO/UNICEF, 2021). Ces déficits contribuent de manière significative à la charge mondiale de morbidité liée aux maladies hydriques et hydrofécales (Prüss-Ustün et al., 2019).

L'Afrique subsaharienne, demeure la région la plus affectée par l'insuffisance des services EHA, notamment en milieu rural, où l'accès aux latrines améliorées et aux infrastructures d'hygiène reste très limité (Bain et al., 2014). Ces conditions favorisent la transmission de maladies diarrhéiques, parasitaires et infectieuses, responsables de centaines de milliers de décès chaque année, principalement chez les enfants de moins de 5 ans (Prüss-Ustün et al., 2019). Plusieurs études ont montré que des interventions EHA intégrées, combinant des infrastructures et la promotion de comportements d'hygiène, permettent de réduire significativement ces risques sanitaires (Freeman et al., 2017 ; Prüss-Ustün et al., 2019 ; Wolf et al., 2018).

Au Bénin, les données de l'Enquête Démographique et de Santé 2017-2018 indiquent que si environ 73 % des ménages utilisent une source d'eau améliorée, l'accès demeure très inégal selon le milieu de résidence (INSAE & ICF, 2019). En zone rurale, une proportion importante de ménages dépend encore de sources d'eau non améliorées et la défécation à l'air libre reste largement pratiquée (Ministère de la Santé du Bénin, 2018; UNICEF Bénin, 2020). Une étude réalisée à Bonou, commune rurale du Bénin, a révélé que 35,44 % de la population est couverte par un service de base en eau et que 72,3 % de la population pratique toujours la défécation à l'air libre (Tossoulegue et al., 2025). Face à cette situation, l'État béninois et ses partenaires ont mis en œuvre plusieurs stratégies et projets visant à améliorer l'accès aux services EHA, en cohérence avec le Plan d'Action National de Gestion Intégrée des Ressources en Eau

(PANGIRE) et les Objectifs de Développement Durable, notamment l'ODD 6 (ministère de l'Eau et des Mines du Bénin, 2017; INSAE, 2015; United Nations, 2015). Ainsi, la composante WASH du Projet d'implémentation du plan stratégique intégré de lutte contre l'ulcère de Buruli, la lèpre et le pian 2020-2022 (PI-SPILUB 2020-2022) a été mise en œuvre dans deux villages de l'arrondissement d'Atchonsa (commune de Bonou) et a consisté à promouvoir l'hygiène et l'assainissement.

C'est dans ce contexte que s'inscrit la présente étude, dont l'objectif est d'évaluer l'effet des interventions EHA sur certains indicateurs sanitaires, notamment la fréquence des maladies diarrhéiques et des géohelminthiases au sein des populations bénéficiaires, ainsi que les connaissances et pratiques des ménages et leur niveau d'accès aux services d'eau, d'hygiène et d'assainissement, en comparant les ménages bénéficiaires des interventions à des ménages non bénéficiaires. Les résultats visent à fournir des données probantes pour orienter les politiques publiques et renforcer l'efficacité des programmes d'EHA en milieu rural.

2. Cadre et Méthode d'étude

2.1. *Cadre d'étude*

La commune de Bonou est située dans le département de l'Ouémé entre 6°72' et 7°35' latitude Nord et entre 2°15' et 2°40' longitude Est. Elle est limitée au Nord par la commune de Ouinhi, au Sud par la commune d'Adjohoun, à l'Est par les communes de Sakété et d'Adja-Ouèrè et à l'Ouest par les communes de Zê et de Zogbodomè. Elle compte 05 arrondissements subdivisés en 34 villages. La Commune comprend des unités de paysage variées, constituées de plaines inondables et de plateaux culminant à 80 mètres d'altitude, entaillées par des dépressions sèches et humides. La population de la commune de Bonou s'élève à 44 349 habitants, dont 21 360 hommes et 22 989 femmes. Elle est majoritairement jeune et active (47,02 %) (Institut National de la Statistique et de l'Analyse Économique, 2015). Dans le cadre de notre étude, les enquêtes ont couvert quatre villages de l'arrondissement d'Atchonsa. La figure 1 ci-après présente la carte de situation de la commune de Bonou.

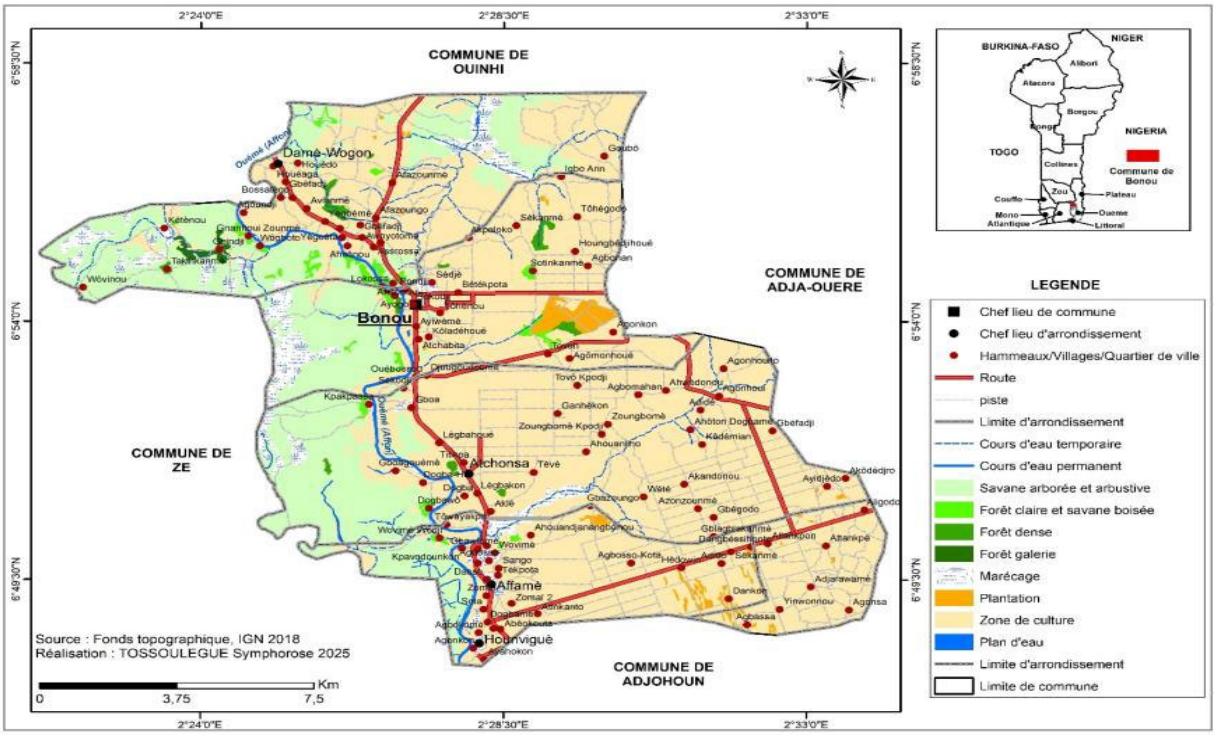


Figure 1 : Carte de situation de la commune de Bonou.

2.2. Méthode

2.2.1. Type et population d'étude

Il s'agit d'une étude quasi expérimentale ici ailleurs menée en 2023 dans la commune de Bonou. La population d'étude était constituée de ménages résidant dans la commune de Bonou au moment de l'enquête. Deux groupes ont été définis : (i) les ménages bénéficiaires des interventions EHA du projet et (ii) les ménages non bénéficiaires des interventions du projet.

2.2.2. Méthode d'échantillonnage et taille de l'échantillon

Cette étude quasi expérimentale a été menée selon une approche comparative entre des ménages bénéficiaires et non bénéficiaires des interventions du projet Eau, Hygiène et Assainissement (EHA).

La sélection des sites d'étude a reposé sur un échantillonnage raisonné. Les villages bénéficiaires des interventions du projet (Dogba Hê et Dogba) ont été retenus. Deux villages témoins (Gboa et Agbomahan) ont été sélectionnés en raison de leur absence d'exposition aux interventions EHA et de leur similitude avec les villages bénéficiaires en termes de contexte géographique, de caractéristiques environnementales, d'activités socioéconomiques et de conditions de vie.

Dans les villages bénéficiaires, les ménages ont été identifiés à partir des listes de bénéficiaires établies par le projet. Tous les chefs de ménage présents au moment de l'enquête et ayant donné leur consentement éclairé ont été inclus dans l'étude.

Dans les villages témoins, les ménages ont été sélectionnés par tirage aléatoire simple à partir des listes de ménages établies avec l'appui des autorités locales. Cette procédure visait à limiter

les biais de sélection et à améliorer la représentativité des ménages non bénéficiaires.

Afin d'apprécier la comparabilité des groupes, les principales caractéristiques sociodémographiques des ménages enquêtés (âge, sexe, niveau d'instruction, appartenance ethnique, religion et profession du chef de ménage) ont été décrites et comparées entre les bénéficiaires et les non-bénéficiaires lors de l'analyse des données.

Pour déterminer la taille de l'échantillon la formule de Schwartz a été utilisée : $n = [Z^2 \times p \times (1-p)] / i^2$

Avec n = taille d'échantillon minimale ;

Z = niveau de confiance (1,96) ;

p = probabilité de réalisation de l'évènement (0,091) (INSAE & ICF, 2019) ;

i = marge d'erreur (0,05).

L'application de la formule a conduit à une taille minimale de 127 ménages pour les bénéficiaires. Compte tenu du nombre limité de ménages bénéficiaires disponibles dans les villages d'intervention, tous les ménages éligibles présents au moment de l'enquête et ayant consenti à participer ont été inclus. Pour le groupe témoin, un effectif plus important, 240 ménages (ratio approximatif de 1 bénéficiaire pour 2 non-bénéficiaires) a été retenu afin d'améliorer la précision des estimations et la puissance statistique des comparaisons. Cette approche est couramment recommandée dans les études comparatives lorsque le groupe exposé est de taille limitée, l'augmentation du nombre de témoins permettant d'accroître l'efficacité statistique sans gain substantiel au-delà d'un certain ratio (Lwanga & Lemeshow, 1991 ; Fleiss *et al.,* 2003).

Le tableau I présente la répartition de l'échantillon en fonction des villages bénéficiaires et non bénéficiaires de l'intervention

Tableau 1 : Répartition de l'échantillon en fonction des villages bénéficiaires et non bénéficiaires de l'intervention.

Localités enquêtées	Nombre de ménages enquêtés
Bénéficiaires	**127**
Dogba hê	65
Dogba	62
Non bénéficiaires	**240**
Agbomahan	120
Gboa	120
TOTAL	**367**

- **Variables étudiées**

- *Les variables*

Deux types de variables étaient considérés dans cette étude. La variable dépendante : effet socio-sanitaire des interventions EHA sur les bénéficiaires, opérationnalisée à travers l'effet des interventions sur la santé ; les connaissances, les pratiques ainsi que le niveau d'accès aux services EHA déterminé suivant l'échelle de service défini par le Programme commun de surveillance (JMP) de l'OMS/UNICEF (tableau 2). Les variables indépendantes comprenaient :

- Caractéristiques sociodémographiques : sexe, âge, ethnie, profession, religion, niveau scolaire, revenu journalier, type d'habitat ;
- Facteurs liés à l'eau de boisson : source d'eau, distance source - habitation, récipient utilisé pour le transport de l'eau de boisson, principal récipient utilisé pour la conservation de l'eau, méthode de traitement de l'eau utilisée, temps de conservation de l'eau de boisson, fréquence nettoyage récipient stockage, lavage du gobelet de puisage de l'eau journalièrement ;
- Facteurs liés à l'hygiène : moments du lavage des mains, lavage des mains à l'eau et au savon ;
- Facteurs liés à l'assainissement : existence de latrines dans le ménage, utilisation de latrines, type de latrines, élimination des ordures ménagères.

Par ailleurs, afin d'apprécier les effets sanitaires potentiels des interventions, des indicateurs de morbidité ont également été analysés. Il s'agissait notamment de la fréquence des maladies diarrhéiques et des géohelminthiases enregistrées au sein des populations concernées avant les interventions et après interventions (2020-2023).

- *Définition conceptuelle des variables liées au niveau d'accès aux services EHA selon l'échelle JMP*

Le tableau 2 présente les définitions des composante EHA selon l'échelle JMP

Tableau 2 : Echelle de services WASH (échelle JMP).

Echelle de service	Eau	Assainissement	Hygiène
Elémentaire	Point d'eau amélioré pour lequel le trajet aller-retour pour aller chercher l'eau ne dépasse pas 30 min	Installation améliorée non-partagée avec d'autres ménages	Installation destinée à l'hygiène des mains avec du savon et de l'eau disponible à domicile
Limité	Point d'eau amélioré pour lequel le trajet aller-retour pour aller chercher l'eau dépasse 30 min	Installation améliorée partagée avec d'autres ménages	Installation destinée au lavage des mains sans eau ou sans savon disponible à domicile
Non-amélioré	Eau de boisson provenant d'un puits non protégé ou d'une source non-protégée	Latrines à fosse sans dalle ou plateforme, latrines suspendues ou de latrines à seau	Non-applicable
Pas de service	Eau de surface	Défécation à l'air libre	Absence d'installation destinée au lavage des mains disponible

- **Collecte et analyse des données**

La collecte des données a été effectuée électroniquement via l'application CAPI KoboCollect, administrée à l'aide de tablettes. Les données ont été exportées dans le logiciel SPSS V26. Un contrôle de qualité a été effectué, suivi d'un apurement. Chaque variable d'intérêt a ensuite été examinée et analysée à l'aide de tableaux de fréquences. Les données relatives à la morbidité ont été extraites des bases de données de suivi du projet et des registres sanitaires du centre de santé des localités concernées, pour la période 2020-2023. L'analyse des données comprend une partie descriptive et une partie analytique. Les niveaux d'accès à l'eau, à l'hygiène et à l'assainissement ont été évalués individuellement à partir de l'échelle JMP. Des analyses univariées ont été réalisées entre chacune des variables indépendantes et les variables dépendantes en réalisant le test Khi 2 de McNemar pour séries appariées. Elle a permis de sélectionner les variables au seuil de signification de 20 % à inclure dans le modèle. Pour l'analyse multivariée, nous avons introduit les variables retenues à l'analyse univariée (ayant une p-value ≤ 0,2) dans un modèle de régression logistique conditionnelle selon une approche « pas à pas descendant » où nous avons éliminé les variables indépendantes ayant une p-value supérieure au seuil de signification fixée à 5 % pour aboutir au modèle final.

Une analyse comparative de l'évolution des indicateurs sanitaires entre le début (2020) et la fin du projet (2023) a été réalisée afin d'apprécier les effets potentiels des interventions sur la morbidité liée aux maladies diarrhéiques et aux géohelminthiases.

2.2.3. Considérations éthiques

Le protocole a été validé par le Comité National d'Éthique pour la Recherche en Santé (N°123/MS/DC/SGM/DFR/CNERS/SA). L'accord des autorités sanitaires de la commune a été obtenu avant le démarrage de la collecte des données. Le consentement libre et éclairé des individus a été obtenu avant la collecte des informations. Les données étaient anonymes et ont été uniquement utilisées dans le cadre de l'enquête.

3. Résultats

3.1. Description de la population d'étude

Le tableau 3 présente les caractéristiques socio-démographiques des ménages interrogés.

Les bénéficiaires comme non bénéficiaires étaient majoritairement des femmes (bénéficiaires : 85,83 % ; non bénéficiaires : 65,00 %). La tranche d'âge la plus représentée dans les deux groupes est celle de 30 à 59 ans. Les religions chrétiennes sont les plus représentées dans les deux groupes (bénéficiaires : 67,72 % ; non bénéficiaires : 76,25 %). La grande partie des bénéficiaires (70,08 %) et non bénéficiaires (63,33 %) n'ont jamais été scolarisés. Les professions les plus pratiquées dans les deux groupes étaient l'agriculture et le commerce. De manière générale, le niveau de vie socio-économique des ménages reste faible au regard du revenu journalier et du type d'habitat.

Tableau 3 : Caractéristiques sociodémographiques des bénéficiaires et non bénéficiaires des interventions EHA dans la commune de Bonou en 2023.

Variables	Modalités	Bénéficiaires n=127 (%) [IC95 %]	Non bénéficiaires n=240 (%) [IC95 %]
Age (année)	< 30	42 (33,07) [24,89–41,25]	57 (23,75) [18,37–29,13]
	30–59	74 (58,27) [49,69–66,84]	166 (69,17) [63,32–75,01]
	≥ 60	11 (8,66) [3,77–13,55]	17 (7,08) [3,84–10,33]
Sexe	Féminin	109 (85,83) [79,76–91,89]	156 (65,00) [58,97–71,03]
	Masculin	18 (14,17) [8,11–20,24]	84 (35,00) [28,97–41,03]
Religion	Aucune	2 (1,57) [0,00–3,74]	16 (6,67) [3,51–9,82]
	Islam	21 (16,54) [10,07–22,99]	21 (8,75) [5,18–12,33]
	Religions chrétiennes	86 (67,72) [59,59–75,85]	183 (76,25) [70,87–81,63]
	Religions traditionnelles	18 (14,17) [8,11–20,24]	20 (8,33) [4,84–11,83]
Ethnie	Fon et apparentés	80 (62,99) [54,60–71,39]	204 (85,00) [80,48–89,52]
	Wémè et apparentés	47 (37,01) [28,61–45,41]	36 (15,00) [9,76–18,58]
Niveau d'instruction	Aucun niveau scolaire	89 (70,08) [62,12–78,04]	152 (63,33) [57,24–69,43]
	Primaire	19 (14,96) [8,76–21,16]	50 (20,83) [15,70–25,97]
	Secondaire et plus	19 (14,96) [8,76–21,16]	38 (15,83) [11,22–20,45]
Type d'habitat	Matériaux modernes	12 (9,45) [4,36–14,54]	37 (15,42) [10,85–19,99]
	Matériaux précaires	115 (90,55) [85,46–95,64]	203 (84,58) [80,02–89,15]
Activité principale	Agriculteur/commerçant	94 (74,01) [66,39–81,64]	170 (70,84) [63,76–75,40]
	Ouvrier/artisan	31 (24,41) [16,94–31,88]	62 (25,83) [20,30–31,37]
	Cadre	2 (1,58) [0,00–3,74]	8 (3,33) [1,06–5,60]
Revenu journalier	< 500 FCFA	74 (58,27) [49,69–66,84]	156 (65,00) [58,97–71,03]
	≥ 500 FCFA	53 (41,73) [33,16–50,31]	84 (35,00) [28,97–41,03]

3.2. Effets des interventions du projet

Les informations recueillies mettent en évidence les effets des interventions sur la santé ; les

connaissances et pratiques ; et le niveau d'accès des bénéficiaires.

3.2.1. Effets des interventions sur les indicateurs sanitaires

Dans la commune de Bonou, d'importants progrès ont été réalisés en matière de promotion de la santé. Les analyses de selles, le déparasitage systématique, la prise en charge des maladies liées à l'hygiène et à l'assainissement ainsi que la potabilisation de l'eau de boisson ont permis de réduire l'incidence des maladies diarrhéiques. La proportion des personnes atteintes de géohelminthiases était de 7,84 % avant déparasitage en 2020 et de 0,78 % après mise en œuvre des activités du projet en 2023 (Tableau 4).

Tableau 4 : Evolution du taux de morbidité des maladies hydro fécales dans la population d'étude sur la période 2020 à 2023.

Indicateurs sanitaires	2020 (%)	2023 (%)	p-value
Maladies diarrhéiques	15,6	6,2	< 0,05
Géohelminthiases	7,84	0,78	< 0,01

3.2.2. Effet des interventions EHA sur les connaissances

Le tableau 5 présente les résultats des analyses univariée et multivariée des facteurs associés aux connaissances en EHA. OR : Odds Ratio ; ORa : Odds Ratio ajusté ; IC95 % : Intervalle de confiance à 95 %. Les variables avec $p < 0,20$ en analyse univariée ont été incluses dans le modèle multivarié avec un seuil de significativité : $p < 0,05$.

Tableau 5 : Analyses univariée et multivariée des facteurs associés aux connaissances en EHA

Variables	Bénéf. (%) (n=127)	Non bénéf. (%) (n=240)	Univarié			Multivarié		
			OR brut	IC 95 %	p.	ORa	IC 95 %	p.
Sources d'eau améliorées								
Oui	119 (93,70)	148 (61,70)	0,108	0,05–0,23	0,0001	0,45	0,09–2,38	0,350
Non	08 (06,30)	92 (38,30)						
Méthodes de traitement de l'eau								
Oui	93 (73,20)	87 (36,30)	0,352	0,25–0,49	0,001	1,01	0,32–3,16	0,988
Non	34 (26,80)	153 (63,70)						
Voies de contamination – transport								
Oui	108 (85,00)	163 (67,90)	0,37	0,21–0,65	0,001	**0,22***	0,05–0,99	**0,048***
Non	19 (15,00)	77 (32,10)						
Voies de contamination – stockage								
Oui	103 (81,10)	130 (54,20)	0,28	0,16–0,46	0,0001	**0,21***	0,05–0,88	**0,032***
Non	24 (18,90)	110 (45,80)						
Moments clés du lavage des mains								
Oui	109 (85,80)	200 (83,30)	0,880	0,58–1,32	0,523	—	—	—
Non	18 (14,20)	40 (16,70)						
Importance des latrines								
Oui	90 (70,90)	101 (42,10)	0,289	0,188–0,473	0,001	**0,04***	0,01–0,20	**0,0001***
Non	37 (29,10)	139 (57,90)						
Inconvénients de la DAL								
Oui	120 (94,50)	21 (08,80)	0,006	0,002–0,14	0,0001	1,39	0,22–8,99	0,728
Non	07 (05,50)	219 (91,30)						
Inconvénients d'une mauvaise gestion des ordures								
Oui	125 (98,40)	23 (09,60)	0,002	0,0001–0,007	0,0001	**0,0002***	0,0000–0,0043	**0,0001***
Non	02 (01,60)	217 (90,40)						

DAL : Défécation à l'air libre. * : significatif en analyse multivariée (p < 0,05). Source : Travaux de terrain, 2023

Les résultats de l'analyse univariée montrent que les bénéficiaires ont une meilleure connaissance que les non bénéficiaires concernant les sources d'eau améliorée (93,7 % contre 61,7 %, OR=0,108, p=0,0001), les méthodes de traitement de l'eau (OR=0,35, p=0,001), les voies de contamination lors du transport (OR=0,37, p=0,001) et lors du stockage (OR=0,28, p=0,0001), ainsi que sur l'importance de l'utilisation des latrines et les inconvénients d'une mauvaise gestion des ordures. En revanche, la connaissance des moments clés du lavage des mains n'était pas significativement différente entre les deux groupes (p=0,523).

L'analyse multivariée confirme une association significative pour : la connaissance des voies de contamination lors du transport (ORa=0,22 ; p=0,048) et lors du stockage (ORa=0,21 ; p=0,032), la connaissance de l'importance des latrines (ORa=0,04 ; p<0,001) et la connaissance des inconvénients d'une mauvaise gestion des ordures (ORa=0,0002 ; p<0,001).

3.2.3. Effets sur les pratiques en EHA

Le tableau 6 ci-dessous présente les analyses univariée et multivariée des facteurs associés aux pratiques en EHA.

Les bénéficiaires utilisent en majorité une source d'eau améliorée pour la boisson (85,04 % contre 25,83 %, OR=0,61, p=0,001). La proximité de la source d'eau améliorée (<500 m) est significativement associée au statut de bénéficiaire (92,13 % contre 25 %, OR=0,028, p=0,001). L'usage de récipients couverts pour le transport (55,10 % contre 25,80 %, OR=0,28, p=0,001) et le traitement de l'eau par chloration (56,69 % contre 19,16 %) sont également significativement associés au statut de bénéficiaire. Le lavage des mains à l'eau et au savon est pratiqué par 95,28 % des bénéficiaires contre seulement 10,83 % des non bénéficiaires (OR=0,006, p=0,001).

Tableau 6 : Analyses univariée et multivariée des facteurs associés aux pratiques en EHA.

Variables	Bénéf. (%) (n=127)	Non bénéf. (%) (n=240)	Univarié			Multivarié		
			OR brut	IC 95 %	p.	ORa	IC 95 %	p.
Source d'eau pour la boisson								
Améliorée	108 (85,04)	62 (25,83)	0,061	0,035–0,108	0,001	0,164	0,027–1,011	0,051
Non améliorée	19 (14,96)	178 (74,17)						
Distance source–habitation								
< 500 m	117 (92,13)	60 (25,00)	0,028	0,014–0,058	0,001	**0,068***	0,008–0,557	**0,012***
> 500 m	10 (7,87)	180 (75,00)						
Récipient transport de l'eau								
Couvert	70 (55,10)	62 (25,80)	0,28	0,180–0,446	0,001	**0,047***	0,007–0,331	**0,002***
Non couvert	57 (44,90)	178 (74,20)						
Méthode de traitement de l'eau								
Aucune	28 (22,05)	97 (40,42)	0,262	0,167–0,412	0,001	**0,089***	0,018–0,447	**0,003***
Chloration	72 (56,69)	46 (19,16)						
Décantation	19 (14,96)	60 (25,00)						
Ebullition	5 (3,94)	23 (9,58)						
Filtration	3 (2,36)	14 (5,84)						
Lavage des mains								
Eau et savon	121 (95,28)	26 (10,83)	0,006	0,002–0,015	0,001	**0,002***	0,001–0,105	**0,002***
Eau simple	6 (4,72)	214 (89,17)						
Utilisation de latrines améliorées								
Oui	120 (94,49)	82 (34,17)	0,227	0,083–0,616	0,004	1,182	0,753–1,855	0,467
Non	7 (5,51)	158 (65,83)						

** : significatif en analyse multivariée (p < 0,05). Source : Travaux de terrain, 2023*

Après ajustement sur les facteurs de confusion, la distance entre la source d'eau améliorée et l'habitation, l'utilisation de récipients couverts pour le transport de l'eau, le recours à une méthode adéquate de traitement de l'eau et le lavage des mains à l'eau et au savon sont demeurés significativement associés au statut de bénéficiaire.

3.2.4. Effet des interventions EHA sur le niveau d'accès aux services

Le tableau 7 présente la comparaison du niveau d'accès aux services d'approvisionnement en eau, hygiène et assainissement des ménages bénéficiaires et non bénéficiaires selon l'échelle de classification des services WASH défini par le OMS/UNICEF dans le tableau 2.

Tableau 7 : Niveau d'accès aux services EHA selon la classification JMP.

Variables	Bénéficiaires (n=127)	Non bénéficiaires (n=240)	p-value	
Accès aux services d'Eau				**0,001**
Basique	103 (81,10 %)	12 (5,00 %)		
Service limité	5 (3,93 %)	50 (20,83 %)		
Service non amélioré	9 (7,08 %)	164 (68,33 %)		
Eau de surface	10 (7,87 %)	14 (5,83 %)		
Accès aux services d'Hygiène				**0,001**
Basique	14 (11,02 %)	7 (2,92 %)		
Limité	70 (55,12 %)	13 (5,42 %)		
Aucune installation	43 (33,86 %)	220 (91,66 %)		
Accès aux services d'Assainissement				**0,001**
Basique	38 (29,92 %)	26 (10,84 %)		
Limité	52 (40,95 %)	12 (5,00 %)		
Service non amélioré	30 (23,62 %)	58 (24,16 %)		
DAL	7 (05,51 %)	144 (60,00 %)		

DAL : Défécation à l'air libre. Source : Travaux de terrain, 2023

L'analyse comparative du niveau d'accès aux services d'eau, d'hygiène et d'assainissement entre les bénéficiaires du projet et les non bénéficiaires révèle des différences statistiquement significatives pour l'ensemble des composantes (p=0,001).

Concernant l'accès à l'eau, une proportion de 81,10 % des bénéficiaires dispose d'un service basique (accès à de l'eau de boisson issue de sources améliorées à moins de 30 minutes aller-retour de l'habitation) comparativement aux non bénéficiaires (5,00 %). Les non bénéficiaires recourent majoritairement à des services limités (20,83 %) et à des services d'eau non améliorés (68,33 %).

En matière d'hygiène, l'accès à un service de base est faible dans les deux groupes, mais demeure plus élevé chez les bénéficiaires (11,02 %) que chez les non bénéficiaires (2,92 %). Les non bénéficiaires majoritairement (91,66 %) ne disposent d'aucune installation d'hygiène contre 33,86% des bénéficiaires.

S'agissant de l'assainissement, les bénéficiaires du projet ont un meilleur accès aux services de base (29,92 %) comparé aux non bénéficiaires (10,84 %). Néanmoins, la DAL reste présente dans les deux groupes bien qu'elle soit significativement plus répandue chez les non bénéficiaires 60,00 % et 5,51 % dans le rang des bénéficiaires. Ces résultats révèlent, dans l'ensemble, une association significative entre le statut de bénéficiaire du projet et l'amélioration de l'accès aux services EHA. Mais le niveau d'accès à l'hygiène et à l'assainissement demeure faible, ce qui souligne la nécessité de renforcer les interventions dans ce domaine.

4. Discussion

La présente étude met en évidence un effet globalement positif des interventions en Eau, Hygiène et Assainissement (EHA) sur la santé, les connaissances, les pratiques et le niveau d'accès des ménages bénéficiaires à ces services dans la commune de Bonou. Les ménages ayant bénéficié des interventions présentent des performances significativement meilleures que celles des ménages non bénéficiaires pour la plupart des indicateurs étudiés. Ces résultats suggèrent que l'approche intégrée, combinant la réalisation d'infrastructures, la sensibilisation communautaire et la promotion de comportements favorables à la santé, constitue une stratégie efficace pour améliorer durablement les conditions de vie des populations rurales.

➢ Effet des interventions sur les connaissances

Les résultats montrent une meilleure connaissance des bénéficiaires quant aux voies de contamination de l'eau, à l'importance de l'assainissement et aux risques sanitaires associés à une mauvaise gestion des déchets. Ces résultats confirment l'importance des activités de communication pour le changement social et comportemental au sein des programmes EHA. Des résultats similaires ont été rapportés dans plusieurs études menées en Afrique subsaharienne, où les interventions associant des infrastructures et une sensibilisation communautaire ont permis d'améliorer significativement les connaissances des ménages sur les facteurs de risque liés à l'eau, à l'hygiène et à l'assainissement (Agbadi *et al*., 2019 ; Andualem *et al*., 2021).

En revanche, aucune différence significative n'a été observée concernant les moments critiques du lavage des mains. Cette situation pourrait s'expliquer par la forte diffusion de ces messages à travers les campagnes nationales de promotion de l'hygiène, les établissements scolaires et les médias de masse. Des observations similaires ont été rapportées dans d'autres contextes africains où certaines connaissances de base sont désormais largement partagées, indépendamment de l'exposition aux interventions locales (Simelane, 2020 ; Tuyet-Hanh *et al.,* 2016).

➢ Effets des interventions sur les pratiques liées à l'EHA

Les résultats montrent que les interventions ont favorisé l'adoption de plusieurs pratiques essentielles à la prévention des maladies liées à l'eau. Les bénéficiaires étaient davantage susceptibles de disposer d'une source d'eau située à proximité du domicile, d'utiliser des récipients couverts pour le transport et le stockage de l'eau, de traiter l'eau de boisson et de pratiquer le lavage des mains à l'eau et au savon.

La proximité des points d'eau constitue un facteur particulièrement important. Selon Howard et Bartram (2003), la disponibilité et la quantité d'eau utilisées au niveau des ménages augmentent significativement lorsque la distance à parcourir pour s'approvisionner diminue. L'amélioration de l'accessibilité physique aux infrastructures hydrauliques peut ainsi favoriser simultanément les pratiques d'hygiène domestique et la consommation d'eau potable.

L'association observée entre le statut de bénéficiaire et le traitement de l'eau de boisson témoigne également d'une appropriation effective des mesures de prévention promues par le projet. Ces résultats rejoignent ceux de Clasen *et al.* (2007), qui ont montré que le traitement de l'eau à domicile constitue une intervention efficace pour réduire l'exposition aux agents pathogènes responsables des maladies hydriques.

Le lavage des mains à l'eau et au savon apparaît comme l'une des pratiques les plus fortement associées au statut de bénéficiaire. Cette observation est cohérente avec les travaux de Curtis et Cairncross (2003),

qui identifient cette pratique comme l'une des interventions de santé publique les plus efficaces pour prévenir les maladies diarrhéiques.

- **Effets des interventions sur le niveau d'accès aux services EHA**

L'étude montre une amélioration significative du niveau d'accès aux services EHA chez les bénéficiaires, notamment en matière d'approvisionnement en eau potable. Les ménages bénéficiaires présentent une proportion plus élevée d'accès à des services d'eau de niveau de base ou supérieur que les ménages non bénéficiaires. Ces résultats confirment que les investissements dans les infrastructures hydrauliques de proximité peuvent contribuer à réduire les inégalités d'accès aux services essentiels dans les zones rurales.

Toutefois, les progrès observés s'avèrent plus limités en matière d'assainissement et d'hygiène. Malgré les interventions mises en œuvre, une proportion non négligeable de ménages continue de pratiquer la défécation à l'air libre ou ne dispose pas d'installations répondant aux critères des services de base définis par le Programme conjoint OMS/UNICEF de suivi de l'approvisionnement en eau, de l'assainissement et de l'hygiène (JMP). Ces résultats suggèrent que l'amélioration durable de l'assainissement nécessite des investissements complémentaires ainsi qu'un accompagnement communautaire de plus longue durée.

La persistance de certaines pratiques à risque peut s'expliquer par plusieurs facteurs, notamment les contraintes économiques liées à la construction et à l'entretien des latrines, les habitudes socioculturelles, la disponibilité des matériaux de construction et les normes sociales locales. Des constats similaires ont été rapportés dans plusieurs pays d'Afrique subsaharienne, où les progrès en matière d'accès à l'eau sont généralement plus rapides que ceux observés dans le domaine de l'assainissement (WHO/UNICEF Joint Monitoring Programme, 2021 ; INSAE & ICF, 2019).

Ces résultats soulignent l'importance d'une approche intégrée combinant amélioration des infrastructures, changement de comportements et renforcement de l'engagement communautaire afin de garantir la durabilité des acquis.

- **Implications pour la santé publique**

La diminution des maladies diarrhéiques et des géohelminthiases observée au cours de la période de mise en œuvre du projet suggère que les améliorations enregistrées en matière d'accès à l'eau potable, d'hygiène et d'assainissement pourraient avoir contribué à réduire l'exposition des populations aux agents pathogènes d'origine hydrique et fécale. Bien que le devis de l'étude ne permette pas d'établir une relation causale directe, cette évolution demeure cohérente avec les effets attendus des interventions EHA.

Plusieurs travaux ont montré que la combinaison de l'accès à l'eau potable, de l'amélioration de l'assainissement et de la promotion du lavage des mains permet de réduire significativement la charge des maladies diarrhéiques et parasitaires dans les communautés rurales. Les résultats observés dans cette étude viennent ainsi renforcer les arguments en faveur du maintien et de l'extension des interventions EHA dans les zones rurales du Bénin (Prüss-Ustün et al., 2019 ; Wolf et al., 2023).

- **Limites de l'étude**

Cette étude présente certaines limites, notamment son caractère transversal, qui ne permet pas d'établir des relations causales strictes. L'absence de données de référence désagrégées par village

d'intervention n'a pas permis de réaliser une analyse avant-après, ce qui aurait permis de renforcer l'attribution des effets observés aux interventions mises en œuvre. Par ailleurs, la sélection raisonnée des villages, ainsi que les différences d'effectifs entre les groupes bénéficiaires et non bénéficiaires, peuvent limiter la généralisation des résultats. Certaines informations reposaient également sur des déclarations des ménages, exposant l'étude à un risque de biais de mémoire ou de désirabilité sociale.

Cependant, plusieurs éléments renforcent la validité des résultats obtenus, notamment la présence d'un groupe de comparaison, l'utilisation des indicateurs standardisés du Programme conjoint OMS/UNICEF (JMP), la prise en compte des facteurs de confusion au moyen d'analyses multivariées et l'intégration d'indicateurs sanitaires permettant d'apprécier les effets potentiels des interventions au-delà des seuls changements de comportement.

5. Conclusion

Cette étude met en évidence l'efficacité des interventions en matière d'eau, d'hygiène et d'assainissement dans l'amélioration de la santé des populations, des connaissances, des pratiques et du niveau d'accès aux services EHA dans la commune de Bonou. Les résultats montrent que les effets observés reposent principalement sur des déterminants comportementaux et structurels, notamment l'accès à l'eau et l'adoption de pratiques d'hygiène adéquates. L'amélioration significative des indicateurs sanitaires, en particulier la réduction des maladies diarrhéiques et des géohelminthiases, confirme l'impact des interventions EHA sur la santé des populations.

Toutefois, la persistance de certaines insuffisances, notamment en matière d'assainissement et d'hygiène, souligne la nécessité de renforcer les approches intégrées combinant les infrastructures, le changement de comportements et l'accompagnement communautaire.

Dans une perspective de santé publique, ces résultats plaident pour une intensification des investissements dans les interventions EHA en milieu rural, afin de réduire durablement les inégalités d'accès aux services de base et de contribuer à l'atteinte de l'Objectif de Développement Durable 6.

Remerciements

Les auteurs expriment leur profonde gratitude au Professeur Roch Christian JOHNSON ainsi qu'à toute l'équipe du CIFRED pour leur précieuse aide.

Financement

Cette étude a été réalisée dans le cadre de la mise en œuvre de la composante EHA du projet d'Implémentation du Plan Stratégique de Lutte contre la Lèpre, l'Ulcère de Buruli et le Pian (PI-PSLUB) financé par la Fondation Anesvad.

Conflit d'intérêts

L'auteur déclare ne pas avoir de lien d'intérêt.

Références

Agbadi, P., Darkwah, E., & Kenney, P. L. (2019). A multilevel analysis of regressors of access to improved drinking water and sanitation facilities in Ghana. Journal of Environmental and Public Health, 2019, 3983869. https://doi.org/10.1155/2019/3983869

Andualem, Z., Dagne, H., & Azene, Z. N. (2021). Households access to improved drinking water

sources and toilet facilities in Ethiopia: A multilevel analysis based on 2016 Ethiopian Demographic and Health Survey. BMJ Open, 11(4), e042091. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-042091

Bain, R., Cronk, R., Wright, J., Yang, H., Slaymaker, T., & Bartram, J. (2014). Fecal contamination of drinking-water in low- and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis. PLOS Medicine, 11(5), e1001644. https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001644

Clasen, T., Schmidt, W. P., Rabie, T., Roberts, I., & Cairncross, S. (2007). Interventions to improve water quality for preventing diarrhoea. BMJ, 334(7597), 782. https://doi.org/10.1136/bmj.39118.489931.BE

Cumming, O., Arnold, B. F., Ban, R., Clasen, T., Esteves Mills, J., Freeman, M. C., et al. (2019). The implications of three major new trials for the effect of water, sanitation and hygiene on childhood diarrhea and stunting: A consensus statement. BMC Medicine, 17, 173. https://doi.org/10.1186/s12916-019-1410-x

Curtis, V., & Cairncross, S. (2003). Effect of washing hands with soap on diarrhoea risk in the community: A systematic review. The Lancet Infectious Diseases, 3(5), 275–281. https://doi.org/10.1016/S1473-3099(03)00606-6

Fleiss, J. L., Levin, B., & Paik, M. C. (2003). Statistical methods for rates and proportions (3rd ed.). John Wiley & Sons.

Freeman, M. C., Garn, J. V., Sclar, G. D., Boisson, S., Medlicott, K., Alexander, K. T., et al. (2017). The impact of sanitation on infectious disease and nutritional status. International Journal of Hygiene and Environmental Health, 220(6), 928–949. https://doi.org/10.1016/j.ijheh.2017.05.007

Gizaw, Z., Addisu, A., & Dagne, H. (2019). Effects of water, sanitation and hygiene (WASH) education on childhood intestinal parasitic infections in rural Dembiya, northwest Ethiopia: An uncontrolled before-and-after intervention study. Environmental Health and Preventive Medicine, 24, 16. https://doi.org/10.1186/s12199-019-0774-z

Howard, G., & Bartram, J. (2003). Domestic water quantity, service level and health. World Health Organization. https://iris.who.int/handle/10665/67884

Hutton, G., & Haller, L. (2014). Evaluation of the costs and benefits of water and sanitation improvements. World Health Organization.

Institut National de la Statistique et de l'Analyse Économique. (2015). Recensement Général de la Population et de l'Habitation (RGPH4). Institut National de la Statistique et de l'Analyse Économique.

Institut National de la Statistique et de l'Analyse Économique, & ICF. (2019). Enquête Démographique et de Santé au Bénin 2017–2018. Institut National de la Statistique et de l'Analyse Économique.

Jensen, P. K. M., Jayasinghe, G., & van der Hoek, W. (2002). Domestic transmission routes of pathogens. Tropical Medicine & International Health, 7(7), 604–609.

Kelsey, J. L., Whittemore, A. S., Evans, A. S., & Thompson, W. D. (1996). Methods in observational epidemiology (2nd ed.). Oxford University Press.

Lwanga, S. K., & Lemeshow, S. (1991). Sample size determination in health studies: A practical manual. World Health Organization.

Ministère de l'Eau et des Mines du Bénin. (2017). Plan d'Action National de Gestion Intégrée des Ressources en Eau (PANGIRE). Ministère de l'Eau et des Mines.

Ministère de la Santé du Bénin. (2018). Plan National de Développement Sanitaire 2018–2022. Ministère de la Santé.

Prüss-Ustün, A., Wolf, J., Bartram, J., Clasen, T., Cumming, O., Freeman, M. C., et al. (2019). Burden of disease from inadequate water, sanitation and hygiene for selected adverse health outcomes: An updated analysis with a focus on low- and middle-income countries. International Journal of Hygiene and Environmental Health, 222(5), 765–777. https://doi.org/10.1016/j.ijheh.2019.05.004

Rosenbaum, P. R. (2020). Modern algorithms for matching in observational studies. Annual Review of Statistics and Its Application, 7, 143–176. https://doi.org/10.1146/annurev-statistics-031219-

041058
Schlesselman, J. J. (1982). Case-control studies: Design, conduct, analysis. Oxford University Press.
Shadish, W. R., Cook, T. D., & Campbell, D. T. (2002). Experimental and quasi-experimental designs for generalized causal inference. Houghton Mifflin.
Simelane, M. S. (2020). A multilevel analysis of the determinants of handwashing behavior among households in Eswatini: A secondary analysis of the 2014 Multiple Indicator Cluster Survey. African Health Sciences, 20(4), 1996–2006. https://doi.org/10.4314/ahs.v20i4.58
Tossoulegue, S. S. B., Johnson, F. I. A., Codjo-Seignon, K. L. M., Salou Bachirou, Z., Mignanwande, F. Z., & Johnson, R. C. (2025). État des lieux du niveau d'accès à l'eau potable, à l'hygiène et à l'assainissement dans les ménages de la commune de Bonou, Bénin, en 2020. Environnement, Risques & Santé, 24(6), 361–372. https://doi.org/10.1684/ers.2025.1889
Tuyet-Hanh, T. T., Lee, J.-K., Oh, J., Van Minh, H., Lee, C. O., Hoan, L. T., et al. (2016). Household trends in access to improved water sources and sanitation facilities in Vietnam and associated factors: Findings from the Multiple Indicator Cluster Surveys, 2000–2011. Global Health Action, 9, 29434. https://doi.org/10.3402/gha.v9.29434
UNICEF Bénin. (2020). Situation de l'assainissement et de l'hygiène au Bénin. UNICEF Bénin.
United Nations. (2015). Transforming our world: The 2030 Agenda for Sustainable Development. United Nations.
United Nations Children's Fund, & World Health Organization. (2021). Progress on household drinking water, sanitation and hygiene 2000–2020: Five years into the SDGs. United Nations Children's Fund. https://data.unicef.org/wp-content/uploads/2021/06/JMP-2021-progress-report.pdf
WHO/UNICEF Joint Monitoring Programme. (2021). Progress on drinking water, sanitation and hygiene: 2021 update and SDG baselines. World Health Organization. https://www.who.int/publications/i/item/9789240030848
Wolf, J., Hunter, P. R., Freeman, M. C., Cumming, O., Clasen, T., Bartram, J., et al. (2018). Impact of drinking water, sanitation and handwashing with soap on childhood diarrhoeal disease: Updated meta-analysis and meta-regression. Tropical Medicine & International Health, 23(5), 508–525. https://doi.org/10.1111/tmi.13051
Wolf, J., Johnston, R., Ambelu, A., Arnold, B. F., Bain, R., Brauer, M., et al. (2023). Burden of disease attributable to unsafe drinking water, sanitation, and hygiene in domestic settings: A global analysis for selected adverse health outcomes. The Lancet, 401(10393), 1851–1864. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)00458-7
World Health Organization. (2018). Guidelines on sanitation and health. World Health Organization. https://iris.who.int/bitstreams/2f17fb04-1425-4680-bf39-d5bb6da0b7ed/download
World Health Organization, & United Nations Children's Fund. (2018). Core questions and indicators for monitoring WASH in households in the Sustainable Development Goals. World Health Organization.

2026 TOSSOULOGUE, 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 8 (2)
ISSN: 1987-071X e-ISSN 1987-1023
Received, 18 April 2026
Accepted, 20 July 2026
Published, 30 July 2026
https://www.revue-rasp.org
To cite: Filankembo, A. (2026). Manifestations des cancers avancés chez l'enfant : expérience du service d'oncologie pédiatrique de l'Institut de Cancérologie d'Akanda, au Gabon entre 20218 et 2021. *Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, 8(2), pp.279-288.* https://doi.org/10.4314/rasp.v8i2.19

Research

Manifestations cliniques des cancers avancés chez l'enfant : expérience du service d'oncologie pédiatrique de l'Institut de Cancérologie d'Akanda, au Gabon entre 20218 et 2021

Clinical manifestations of advanced cancers in children: experience of the pediatric oncology department of the Akanda Cancer Institute in Gabon between 2018 and 2021

Angéla Christie Filankembo Kava[1,2,*], Betty Ndakissa Maganga[1], Paul Ludovic Nzamba Bissielou[1], Christian Nziengui Tirogo[1], Ernest Belembaogo[1]

[1]Institut de Cancérologie d'Akanda, 3000 Akanda, Gabon
[2]Département d'épidémiologie clinique, d'informatique médicale et de Biostatistiques, Université des Sciences et de la Santé, Owendo, Gabon
Correspondant : E-mail : filangelraul@yahoo.fr

Résumé
Les cancers pédiatriques avancés présentent de nombreux défis : résistance aux traitements, impact émotionnel sur l'enfant et sa famille, et la nécessité d'une prise en charge globale et adaptée. Nous avons mené une étude rétrospective descriptive et analytique au sein du service d'oncologie pédiatrique de l'Institut de Cancérologie d'Akanda de Janvier 2018 à Décembre 2021 soit une durée de 4 ans. Au total, nous avons inclus 66 patients. L'âge moyen était de 7,9 ± 4,8 ans. On notait une prédominance masculine avec un sex-ratio homme/femme de 1,1. Les enfants de plus de 05 ans étaient les plus représentés (69,7%). Il y avait autant de patients résidant en zone rurale qu'en zone urbaine. On notait le plus souvent un délai de consultation supérieur à 3 mois. Le délai diagnostique était le plus souvent inférieur à 3 mois. Le signe clinique le plus manifeste était la pâleur cutanéo-muqueuse (72,7%), suivie de la présence d'une masse (60,6%) et de la douleur (48,5). Les principaux cancers observés étaient les cancers du rein, les tumeurs osseuses malignes, les lymphomes et les cancers de l'œil. La chimiothérapie était le type de traitement le plus fréquemment administré en monothérapie (40,9 %). On retrouvait une fréquence de pertes de vue de 42,4%. La survie globale était e de 19,7%. On notait une moyenne de survie de 438,2 ± 71,4 jours. Les résultats de cette étude mettent en évidence les défis liés aux cancers pédiatriques avancés et l'importance d'une prise en charge plus structurée et mieux adaptée.
Mots-clés : manifestations cliniques ; cancers pédiatriques ; cancers avancés ; survie

Abstract
Advanced pediatric cancers present numerous challenges: resistance to treatments, emotional impact on the child and their family, and the need for comprehensive and tailored care. We conducted a retrospective, descriptive, and analytical study within the pediatric oncology department of the Akanda Cancer Institute from January 2018 to December 2021, a 4-year

period. A total of 66 patients were included. The mean age was 7.9 ± 4.8 years. There was a male predominance, with a male-to-female ratio of 1.1. Children aged 5 years or older were the most represented (69.7%). There were as many patients residing in rural areas as in urban areas. The most common delay before consultation was more than three months. The diagnostic delay was most often less than three months. The most prominent clinical signs were skin and mucous membrane pallor (72.7%), followed by a mass (60.6%) and pain (48.5%). The main cancers observed were renal cell carcinoma, malignant bone tumors, lymphomas, and eye cancers. Chemotherapy was the most frequently administered monotherapy (40.9%). The loss-to-follow-up rate was 42.4%. Overall survival was 19.7%, with a mean survival of 438.2 ± 71.4 days. The results of this study highlight the challenges posed by advanced pediatric cancers and the importance of more structured, tailored management.
Keywords: clinical manifestations; pediatric cancers; advanced cancers; survival

Introduction

Bien que rares par rapport aux cancers de l'adulte, les cancers infantiles présentent des spécificités biologiques et cliniques particulières (Siegel et al., 2024). Ils représentent entre 1 et 2 % de l'ensemble des cancers dans les pays développés (Institut National du Cancer, 2024). En Afrique, on estime qu'il y a environ 50 000 nouveaux cas de cancers pédiatriques chaque année, soit environ 3 % de l'ensemble des cancers (Mallon, 2023). Ils peuvent affecter divers organes avec des degrés d'agressivité variables. L'évolution des cancers pédiatriques vers un stade avancé est souvent associée à une aggravation des symptômes et à une diminution des options thérapeutiques. Lorsqu'ils évoluent vers un stade avancé, plusieurs défis émergent : la limitation des traitements, l'impact émotionnel sur l'enfant et sa famille, et la nécessité d'une prise en charge globale adaptée. À ce stade, les manifestations cliniques deviennent plus marquées, influençant la qualité de vie du patient et orientant les décisions médicales (Force et al., 2024; Ohlsen et al., 2024).

Les symptômes des cancers pédiatriques avancés varient selon le type de tumeur, l'âge du patient et l'état général. Toutefois, plusieurs signes prédominants peuvent être identifiés. Ils entraînent souvent des manifestations non spécifiques, témoignant de l'impact systémique de la maladie (pâleur, asthénie, perte de poids et cachexie), et la douleur, notamment les douleurs osseuses, abdominales ou neuropathiques (Institut National du Cancer, 2024). La gestion des symptômes revêt alors une importance primordiale pour préserver la qualité de vie des patients. Au Gabon, les enfants atteints de cancer sont conduits en consultation le plus souvent après un délai supérieur à 3 mois depuis l'apparition des premiers symptômes et à des stades avancés de la maladie dans près de 70 % des cas (Filankembo Kava et al., 2025).

L'objectif de notre étude était de décrire les principales manifestations cliniques chez les enfants atteints d'un cancer à un stade avancé.

1. Méthode

1.1. Lieu et période d'étude

Nous avons mené une étude rétrospective descriptive au sein du service d'oncologie pédiatrique de l'Institut de Cancérologie d'Akanda (ICA), à Akanda, au Gabon, de janvier 2018 à décembre 2021, soit une durée de 4 ans.

1.2. Population d'étude

La population d'étude est constituée de tous les patients âgés de 0 à 15 ans, suivis pour une pathologie cancéreuse au service d'oncologie pédiatrique de l'Institut de Cancérologie d'Akanda, entre janvier 2018 et décembre 2021. Ont été inclus tous les dossiers des patients âgés de moins de 18 ans, diagnostiqués comme ayant un cancer sur la base d'un faisceau d'arguments cliniques, paracliniques et/ou anatomopathologiques, à un stade avancé. Ont été

exclus les dossiers des enfants dont le diagnostic a été posé à un stade précoce et dont le dossier était incomplet.

1.3. Définitions des variables opérationnelles

La stadification des cancers a été réalisée en tenant compte de chaque localisation, conformément aux directives de Toronto pour les cancers localisés et avancés. Les cancers localisés regroupaient les cancers localement avancés et les stades avancés, les cancers avec extension locorégionale et les cancers métastatiques (Règles de stratification des cancers pédiatriques pour les registres de population, 2023).

Ont été considérés comme étant perdus de vue, les patients dans le pool de traitement, dont on ne disposait pas de nouvelles avec un recul de 3 mois et les patients en surveillance annuelle dont on ne disposait pas de nouvelles depuis plus d'un an. Ils ont ensuite été considérés comme vivants jusqu'à la date des dernières nouvelles, après un appel téléphonique infructueux.

1.4. Analyse statistique

Les données ont été saisies à l'aide du tableur Excel 2017, puis analysées à l'aide du logiciel SPSS v 20. En analyse descriptive, les variables qualitatives ont été présentées sous la forme d'effectifs avec pourcentage, et les variables quantitatives sous la forme de moyennes avec écart-type, après vérification de la normalité de la distribution. La survie a été estimée à l'aide de la méthode de Kaplan-Meier.

1.5. Considérations éthiques et réglementaires

Un accord préalable a été obtenu pour la réalisation de l'étude auprès du Directeur de l'ICA et du chef de service d'oncologie pédiatrique. Les données ont été recueillies dans le strict respect de la confidentialité et de l'anonymat.

2. Résultats

2.1. Variables sociodémographiques

Au total, nous avons inclus 66 patients. L'âge moyen était de 7,9 ± 4,8 ans. On notait une prédominance masculine avec un sex-ratio homme/femme de 1,1. Les enfants de plus de 05 ans était les plus représentés (69,7%). Il y avait autant de patients résidant en zone rurale qu'en zone urbaine. (Tableau 1).

Tableau 1: Caractéristiques socio-démographiques des sujets de l'échantillon

Caractéristiques		**Effectif (%)**
Genre		
	Masculin	35 (53,0)
	Féminin	31 (47,0)
Age (moyenne ± écart-type)		7,9 ± 4,8
Tranche d'âge		
	< 05 ans	20 (30,3)
	≥ 05-18 ans	46 (69,7)
Résidence		
	Rural	33 50,0)
	Urbain	33 (50,0)

2.2. Variables cliniques

On notait le plus fréquemment un délai de consultation supérieur à 3 mois. Le délai diagnostic était le plus souvent inférieur à 3 mois. Le signe clinique le plus manifeste était la pâleur

cutanéo-muqueuse (72,7%) suivie de la présence d'une masse (60,6%) et de la douleur (48,5%). Tableau 2.

Tableau 2: *C*aractéristiques cliniques des sujets de l'échantillon

Caractéristiques		Effectif (%)
Délai de consultation		
	< 3 mois	17 (25,8)
	≥ 3 mois	49 (74,2)
Délai diagnostic		
	< 3 mois	58 (87,9)
	≥ 3 mois	08 (12,1)
Manifestations cliniques		
	Douleur	32 (48,5)
	Troubles visuels	02 (03,0)
	Asthénie	09 (13,6)
	Amaigrissement	10 (15,2)
	Adénopathie	06 (09,1)
	Pâleur	48 (72,7)
	Fièvre	20 (30,3)
	Masse	48 (60,6)
Localisations		
Cancers solides		54 (81,8)
Foie		02 (03,0)
Médiastin		01 (01,5)
Œil		12 (18,2)
ORL		02 (03,0)
Os		11 (16,7)
Ovaire		02 (03,0)
Rein		16 (24,2)
SNC		04 (06,1)
Surrénales		02 (03,0)
Tissu mou		02 (03,0)
Lymphomes		12 (18,2)

2.3. Traitement

La chimiothérapie était le type de traitement le plus fréquemment administré en monothérapie (40,9 %).

Tableau 3: Modalités thérapeutiques des participants

Caractéristiques	Effectifs (%)
Chimiothérapie	27 (40,9)
Chirurgie	04 (06,1)
Chimiothérapie + chirurgie	18 (27,3)
Chirurgie + chimiothérapie + radiothérapie	03 (04,5)
Traitement symptomatique	14 (21,2)

2.4. Analyse de survie

On retrouvait une fréquence de pertes de vue de 42,4%. La survie était de 19,7%. On notait une moyenne de survie de 438,2 ± 71,4 jours, soit 1,2 ± 0,2 ans.

Tableau 4: Analyse de survie

Caractéristiques	Effectif (%)
Statut	
Vivant	13 (19,7)
Décédé	25 (37,9)
Perdus de vue	28 (42,4)
Moyenne de survie ± écart-type (IC 95%)	438,2 ± 71,4 (298,4 – 578,1)

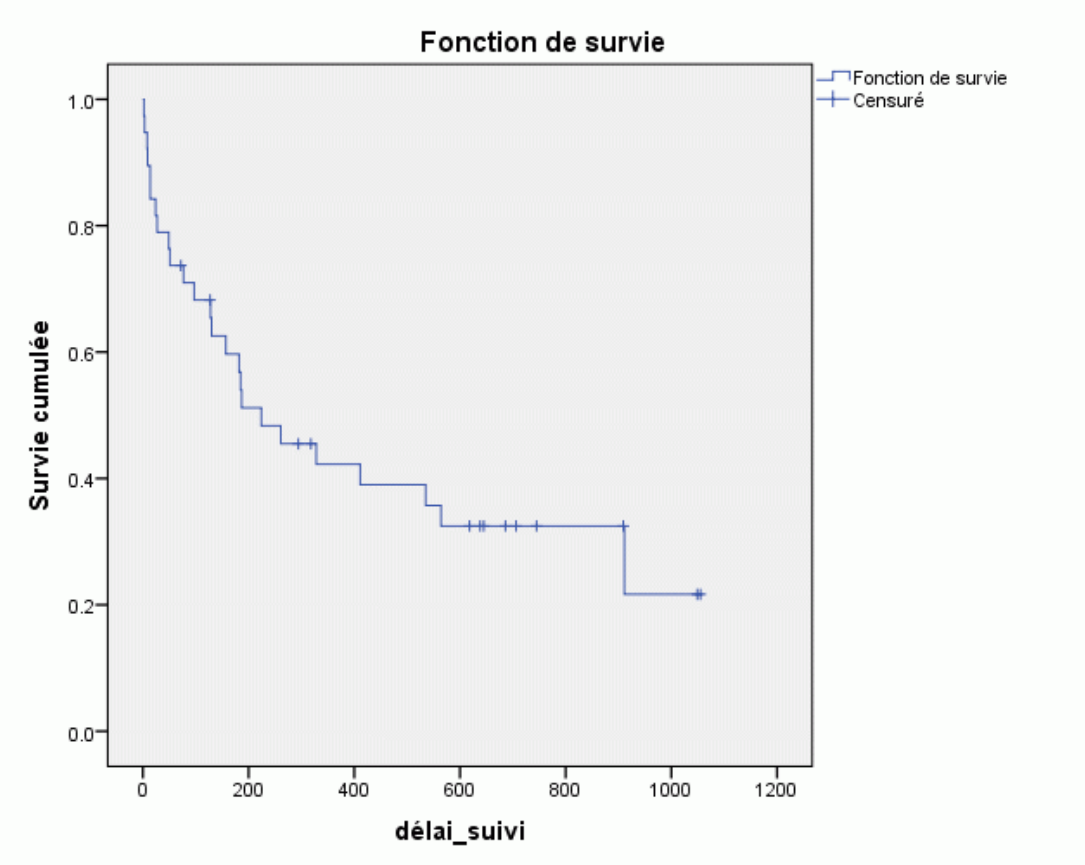


Figure 1: Courbe de survie présentant le délai de suivi en jours des patients atteints d'un cancer avancé en oncologie pédiatrique de l'ICA.

3. Discussion

Cette étude, réalisée auprès d'enfants atteints d'un cancer avancé, met en lumière plusieurs tendances importantes concernant les manifestations cliniques les plus fréquentes, leur prise en charge et leur survie.

3.1. Manifestations cliniques

Les signes les plus souvent retrouvés étaient la pâleur, suivie de la masse et de la douleur. Ces données sont en contradiction avec celles le plus souvent rapportées dans la littérature, qui met davantage l'accent sur la douleur (Heath et al., 2010; Montgomery et al., 2020; Van Cleve et al., 2012; Wolfe et al., 2015). En effet, Montgmery et al, Wolfe et al, Health et al et Cleve et al retrouvaient le plus souvent la douleur comme signe d'expression tumorale le plus patent. Cette discordance peut s'expliquer par des différences méthodologiques. Dans notre étude, il s'est agi d'un recueil sans outil spécifique des signes cliniques auprès des parents, à l'inverse de Montgomery et al et Cleve et al qui ont fait usage d'un outil spécifique. De plus, Health et al ont interrogé les parents d'enfants décédés d'un cancer entre 1996 et 2004, entre février 2004

et août 2006 ; la douleur qu'ils rapportent pourrait être liée à leur deuil et au souvenir. La douleur est un symptôme majeur chez les enfants atteints de cancers avancés (Mohamed et al., 2015). Elle peut être due à la progression tumorale, aux effets secondaires des traitements ou à des complications liées à la maladie. Les jeunes enfants ne pouvant exprimer leur douleur ou leurs sensations, les changements comportementaux et physiques sont des indicateurs cruciaux. À partir de 5 ans, les enfants commencent à exprimer leurs douleurs, ce qui peut améliorer la détection précoce (Trottier et al., 2022). Le développement du langage et de la conscience corporelle permet aux enfants de verbaliser plus précisément leurs douleurs et malaises (Zabalia, 2006). Cela peut faciliter une détection plus précoce, à condition que l'entourage (parents, enseignants, professionnels de santé) soit attentif et formé à reconnaître les signaux d'alerte. Les enfants plus jeunes, qui ne peuvent pas encore exprimer clairement ce qu'ils ressentent, présentent souvent des formes plus avancées au moment du diagnostic (Al-Nassan et al., 2024).

La pâleur est une manifestation clinique fréquemment observée chez les enfants atteints de cancers pédiatriques avancés, souvent associée à des altérations hématologiques et métaboliques résultant de la progression de la maladie (Szepetowski, 2018). Son expressivité varie selon le type de cancer et son impact sur l'organisme. Elle peut être attribuée à une anémie cancéreuse (atteinte médullaire ou consommation excessive des ressources énergétiques, altération du métabolisme du fer), aux effets de la chimiothérapie (myélosuppression induisant une diminution de la production de globules rouges), à l'état général et au développement tumoral. Les types de cancers les plus souvent associés à l'anémie sont les leucémies aiguës, le neuroblastome, les lymphomes et les sarcomes osseux (Fan et al., 2020). Ces tumeurs représentaient un peu plus d'un tiers des localisations enregistrées.

La présence d'une masse tumorale est un signe clinique fréquent dans les stades avancés des cancers pédiatriques (Fragkandrea et al., 2013). Elle reflète souvent une progression néoplasique significative. L'identification d'une masse, qu'elle soit superficielle ou profonde, joue un rôle central dans l'orientation diagnostique et thérapeutique. En fonction de sa localisation, elle peut entraîner des complications locales telles que la compression de structures nerveuses ou vasculaires, un syndrome de masse abdominale ou une hypertrophie ganglionnaire, notamment dans les lymphomes. Ce signe d'alerte clinique, bien qu'apparent à un stade déjà avancé, reste essentiel pour le pronostic. Il permet une évaluation précoce du degré d'extension, guide les examens d'imagerie, et participe à la stratification du risque thérapeutique, contribuant ainsi à une prise en charge plus individualisée. Toutefois, la détection de ces masses demeure un défi, en particulier en médecine de première ligne, du fait de la présentation parfois silencieuse ou atypique des tumeurs malignes chez l'enfant (Yeo, 2025).

3.2. Profil des patients et distribution démographique

La moyenne d'âge des enfants était de 7,9 ± 4,8 ans, avec une majorité âgée de plus de 5 ans (69,7%). Cette distribution pourrait suggérer soit un diagnostic tardif par une méconnaissance des signes annonciateurs par les parents, où les symptômes ne sont identifiés qu'après plusieurs années, retardant ainsi l'accès aux soins précoces, soit par des manifestations cliniques dont l'expressivité dépendrait de l'âge. Dang-Tan indique que les enfants plus âgés présentent un délai de diagnostic accru (Dang-Tan & Franco, 2007). Certains symptômes peuvent être moins évidents chez les jeunes enfants, tandis qu'ils deviennent plus marqués ou spécifiques en fonction du développement physiologique et neurologique. De plus, certains cancers pédiatriques surviennent entre 2 et 10 ans avec des pics vers 4-5 ans, influencés par des facteurs génétiques, l'exposition environnementale et le développement immunitaire. D'autres en

revanche surviennent chez le nourrisson et le jeune enfant notamment le neuroblastome, la tumeur de Wilms et le rétinoblastome (Spector et al., 2015).
La prédominance masculine est légère mais notable. Les disparités d'incidence peuvent être dues à des différences entre les sexes en matière d'exposition, de génétique ou de réponses immunitaires (Williams et al., 2019). Des études ont montré que certains cancers pédiatriques peuvent être plus fréquents chez les garçons, bien que cette différence ne soit pas toujours significative sur le plan clinique (Liu et al., 2019). Certains cancers sont plus fréquents chez les garçons, comme les leucémies aiguës lymphoblastiques ou les tumeurs cérébrales, et peuvent être diagnostiqués à des stades différents. Ces derniers présentent des signes moins évidents chez les garçons, ou leur évolution clinique peut différer légèrement de celle des filles. Des différences biologiques pourraient influencer la progression du cancer et la perception des premiers signes, bien que ces aspects restent en cours d'étude (Piccini et al., 2018). Bon nombre de comportements liés au genre peut amener les garçons à minimiser leurs symptômes ou à ne pas exprimer leurs douleurs précocement (Boerner & Keogh, 2021). Dans certaines sociétés, la santé des filles peut être davantage surveillée, notamment en raison d'autres préoccupations médicales ou sociales liées à leur bien-être. Ces différences peuvent être attribuées à des facteurs sociaux, tels que des attentes culturelles concernant les rôles de genre, qui influencent les comportements de santé. Les filles peuvent être perçues comme plus vulnérables ou plus aptes à exprimer leurs besoins en matière de santé (Levy et al., 2020).
L'équilibre entre les zones urbaines et rurales pourrait indiquer une couverture relativement homogène de l'accès aux soins diagnostiques. Les disparités pourraient être plus marquées dans l'accès aux traitements spécialisés ou aux soins palliatifs.

3.3. Traitements et suivi des patients

La chimiothérapie en monothérapie est le traitement le plus administré (40,9%), ce qui pourrait être lié à plusieurs facteurs tels que la disponibilité des traitements dans le pays où certaines options thérapeutiques avancées peuvent être limitées, aux types de cancers prédominants et aux contraintes socio-économiques notamment le coût et accessibilité des traitements combinés qui pourraient influencer les décisions médicales.
On retrouvait un taux élevé de perdus de vue (42,4%). Ce chiffre traduit d'importants défis liés à la continuité des soins qui pourraient être secondaires à la difficulté d'accès aux centres de soins, à la charge financière des traitements et des déplacements et au manque de sensibilisation et d'accompagnement des familles. Des stratégies pour améliorer le suivi post-diagnostic seraient essentielles pour réduire cette perte de patients, notamment par le biais de programmes de soutien aux familles, de référencement structuré et d'une meilleure accessibilité aux soins palliatifs pédiatriques.

3.4. Survie et implications cliniques

Le taux de survie de 19,7%, avec une moyenne de survie de 438,2 ± 71,4 jours soit 1,2 ± 0,2 ans, met en évidence la gravité du pronostic chez ces jeunes patients atteints de cancers avancés. Plusieurs facteurs peuvent influencer ces chiffres notamment un diagnostic tardif secondaire à une consultation tardive, l'agressivité du type de cancer, l'efficacité des traitements accessibles et la compliance au traitement.

3.5. Forces et limites

L'intérêt de cette étude réside dans son caractère précepte, soulignant les réalités cliniques et organisationnelles dans la pratique de l'oncologie pédiatrique. Elle met en lumière non seulement les défis spécifiques rencontrés dans la prise en charge des cancers avancés de l'enfant, mais également le fardeau considérable que représente cette pathologie en termes de morbidité et de mortalité. Toutefois, la méthodologie adoptée, en particulier le recueil rétrospectif des données, peut exposer l'analyse à certains biais d'information, notamment liés à l'incomplétude ou à l'hétérogénéité des données disponibles. De plus, le recueil des données

auprès des parents s'est fait sans recourir à un questionnaire d'inventaire des symptômes, ce qui aurait pu éviter les biais de mémorisation.

4. Conclusion

Les résultats de cette étude mettent en évidence les défis liés aux cancers pédiatriques avancés et l'importance d'une prise en charge plus structurée et adaptée. L'accès aux soins, la réduction du nombre de pertes de vue et l'amélioration des traitements sont des axes prioritaires pour optimiser le pronostic des jeunes patients. Une approche multidisciplinaire intégrant des oncologues pédiatriques, des chercheurs, des associations et des politiques de santé pourrait permettre des avancées significatives en termes de dépistage, de traitements et d'accompagnement, notamment par la sensibilisation des parents et des professionnels de santé, des approches ciblées (imagerie et bilans biologiques selon les âges cibles) et le dépistage précoce des cancers pédiatriques rares avec des symptômes discrets.

Liens d'intérêts : Les auteurs déclarent ne pas avoir de lien d'intérêts.

Références

Al-Nassan, A., Almanaseer, T., Malkawi, S., Al-Bitar, F., Jibrin, D., El-Qurnah, O., Bataineh, S., Kamal, M., Sweidan, S., Abu-Shanab, M., & Sultan, I. (2024). Understanding Diagnosis Delay in Children With Cancer : Evidence From a Single Institution in Jordan. *Journal of Pediatric Hematology/Oncology*, *46*(7), e508-e514. https://doi.org/10.1097/MPH.0000000000002926

Boerner, K. E., & Keogh, E. (2021). The effect of sex and gender on child and adolescent pain. In B. J. Stevens, G. Hathway, & W. T. Zempsky (Éds.), *Oxford Textbook of Pediatric Pain* (2e éd., p. 127-135). Oxford University PressOxford. https://doi.org/10.1093/med/9780198818762.003.0014

Dang-Tan, T., & Franco, E. L. (2007). Diagnosis delays in childhood cancer—Dang-Tan—2007—Cancer—Wiley Online Library. *Journals of American Cancer Society*, *110*(4), 703-713. https://doi.org/10.1002/cncr.22849

Fan, H., Su, Y., Duan, C., Zhao, Q., Wang, X., Zhu, S., Zhao, W., Jin, M., & Ma, X. (2020). Iron deficiency in children at the time of initial neuroblastoma diagnosis. *Pediatric Investigation*, *4*(1), 17-22. https://doi.org/10.1002/ped4.12156

Filankembo Kava, A., Ndakissa Maganga, B., Institut de Cancérologie d'Akanda, Nziengui Tirogo, C., Institut de Cancérologie d'Akanda, Nzamba Bissielou, P., Institut de Cancérologie d'Akanda, Edzang Nkoulou, N., Institut de Cancérologie d'Akanda, Belembaogo, E., & Institut de Cancérologie d'Akanda. (2025). Délai de diagnostic et cancers pédiatriques. *Journal Africain des Cas Cliniques et Revues*, *9*(2), 82-89. https://doi.org/10.70065/2592.jaccrAfri.012L012304

Force, L. M., Hlatywayo, L., Salek, M., Bhakta, M., Bonilla, M., Kaye, E. C., Rodriguez-Galindo, C., Baker, J. N., Bhakta, N., & Chitsike, I. (2024). Understanding treatment recommendations at diagnosis of advanced cancer in pediatric oncology : The need to explore decision-making challenges globally. *Pediatric blood & cancer*, *71*(4), e30854. https://doi.org/10.1002/pbc.30854

Fragkandrea, I., Nixon, J. A., & Panagopoulou, P. (2013). Signs and symptoms of childhood cancer : A guide for early recognition. *American Family Physician*, *88*(3), 185-192.

Heath, J. A., Clarke, N. E., Donath, S. M., McCarthy, M., Anderson, V. A., & Wolfe, J. (2010). Symptoms and suffering at the end of life in children with cancer : An Australian perspective. *The Medical Journal of Australia*, *192*(2), 71-75. https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2010.tb03420.x

Institut National du Cancer. (2024, janvier 26). *Les cancers chez l'enfant et l'adolescent*. Institut national du Cancer. https://bo-pediatrie.cancer.fr/parent/comprendre-le-cancer/les-cancers-chez-l-enfant-et-l-adolescent

Levy, J. K., Darmstadt, G. L., Ashby, C., Quandt, M., Halsey, E., Nagar, A., & Greene, M. E. (2020). Characteristics of successful programmes targeting gender inequality and restrictive gender norms for the health and wellbeing of children, adolescents, and young adults : A systematic review. *The Lancet. Global Health*, *8*(2), e225-e236. https://doi.org/10.1016/S2214-109X(19)30495-4

Liu, Z., Yang, Q., Cai, N., Jin, L., Zhang, T., & Chen, X. (2019). Enigmatic Differences by Sex in Cancer Incidence : Evidence From Childhood Cancers. *American Journal of Epidemiology*, *188*(6), 1130-1135. https://doi.org/10.1093/aje/kwz058

Mallon, brenda. (2023). *Épidémiologie du cancer de l'enfant dans la population africaine francophone subsaharienne*. https://cress-umr1153.fr/fr/thesis/epidemiologie-du-cancer-de-lenfant-dans-la-population-africaine-francophone-subsaharienne/

Mohamed, M., Malika, A. I., Imane, B., Khadija, M., & Jamila, H. (2015). La prise en charge de la douleur chez l'enfant cancéreux. *Pan African Medical Journal*, *21*. https://doi.org/10.11604/pamj.2015.21.319.6690

Montgomery, K. E., Raybin, J. L., Ward, J., Balian, C., Gilger, E., Murray, P., & Li, Z. (2020). Using Patient-Reported Outcomes to Measure Symptoms in Children With Advanced Cancer. *Cancer Nursing*, *43*(4), 281. https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000721

Ohlsen, T. J. D., Martos, M. R., & Hawkins, D. S. (2024). Recent advances in the treatment of childhood cancers. *Current Opinion in Pediatrics*, *36*(1), 57-63. https://doi.org/10.1097/MOP.0000000000001310

Piccini, P., Montagnani, C., & De Martino, M. (2018). Gender disparity in pediatrics : A review of the current. *Ital J Pediatr*, *2*(44), 1. https://doi.org/DOI: 10.1186/s13052-017-0437-x

Règles de stratification des cancers pédiatriques pour les registres de population. (2023). Consulté 21 mai 2025, à l'adresse https://afcrn.org/images/Publication/Pediatriques-Stadification-Toronto-VF2---juillet2023.pdf

Siegel, R. L., Giaquinto, A. N., & Jemal, A. (2024). Cancer statistics, 2024. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, *74*(1), 12-49. https://doi.org/10.3322/caac.21820

Spector, L. G., Pankratz, N., & Marcotte, E. L. (2015). Genetic and nongenetic risk factors for childhood cancer. *Pediatric Clinics of North America*, *62*(1), 11-25. https://doi.org/10.1016/j.pcl.2014.09.013

Szepetowski, S. (2018). *Symptoms and Management of Advanced Pediatric Cancer Patients : Impact on Measured Quality of Life*. https://policycommons.net/artifacts/15502740/symptomes-et-prise-en-charge-des-patients-traites-pour-un-cancer-pediatrique-en-phase-avancee/16396096/

Trottier, E., Ali, S., Doré-Bergeron, M.-J., & Chauvin-Kimoff, L. (2022). Best practices in pain assessment and management for children | Canadian Paediatric Society. *Paediatric Child Health*, *27*(7), 429-437.

Van Cleve, L., Muñoz, C. E., Savedra, M., Riggs, M., Bossert, E., Grant, M., & Adlard, K. (2012). Symptoms in children with advanced cancer : Child and nurse reports. *Cancer Nursing*, *35*(2), 115-125. https://doi.org/10.1097/NCC.0b013e31821aedba

Williams, L. A., Richardson, M., Marcotte, E. L., Poynter, J. N., & Spector, L. G. (2019). Sex-ratio among childhood cancers by single-year of age. *Pediatric blood & cancer*, *66*(6), e27620. https://doi.org/10.1002/pbc.27620

Wolfe, J., Orellana, L., Ullrich, C., Cook, E. F., Kang, T. I., Rosenberg, A., Geyer, R., Feudtner, C., & Dussel, V. (2015). Symptoms and Distress in Children With Advanced Cancer : Prospective Patient-Reported Outcomes From the PediQUEST Study. *Journal of Clinical Oncology: Official Journal of the American Society of Clinical Oncology*, *33*(17), 1928-1935. https://doi.org/10.1200/JCO.2014.59.1222

Yeo, K. K. (2025). *Revue générale des cancers pédiatriques—Pédiatrie*. https://www.msdmanuals.com/fr/professional/pédiatrie/cancers-pédiatriques/revue-générale-des-cancers-pédiatriques

Zabalia, M. (2006). Pour une psychologie de l'enfant face à la douleur. *Enfance*, *58*(1), 5-19. https://doi.org/10.3917/enf.581.0005

2026 FILANKEMBO, 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 8 (2)
ISSN: 1987-071X e-ISSN 1987-1023
Received, 8 April 2026
Accepted, 20 July 2026
Published, 1 August 2026
https://www.revue-rasp.org
To cite: Mare, R., & Mendes, O. (2026). Modélisation bayésienne dynamique des inégalités de consommation des ménages en Guinée-Bissau: une approche hybride appliquée aux données EHCVM 2018-2021. *Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, 8(2), pp.289-299.* https://doi.org/10.4314/rasp.v8i2.20
Research

Modélisation bayésienne dynamique des inégalités de consommation des ménages en Guinée-Bissau: une approche hybride appliquée aux données EHCVM 2018-2021

Dynamic Bayesian modeling of household consumption inequalities in Guinea-Bissau: a hybrid approach applied to 2018–2021 EHCVM data

R. MARE[1], O. Mendes[2]

[1] Opérations, études et recherche, Tchiemba Consulting Group, Ouagadougou, Burkina Faso [2] Instituto Nacional de Estatística da Guiné-Bissau (INE), Bissau, Guiné-Bissau
*** Correspondance** : email:osvaldo.cristo.mendes@gmail.com ; Tél : +245 96 676 41 25

Résumé

Les inégalités de consommation dans les économies à faible revenu constituent un défi statistique majeur en raison de la rareté des données, de l'hétérogénéité spatiale et de la volatilité temporelle. Cet article propose une approche hybride d'inférence bayésienne pour analyser l'évolution de ces inégalités à partir d'enquêtes transversales répétées. Face aux problèmes de convergence des chaînes de Markov rencontrés lors de l'estimation d'un modèle hiérarchique dynamique complet sous Stan, une méthode en deux étapes est développée : elle combine l'estimation bootstrap fréquentiste des indicateurs d'inégalité avec une propagation probabiliste de l'incertitude. Appliquée aux données EHCVM 2018-2021 en Guinée-Bissau (10 702 ménages, deux vagues), cette approche révèle une réduction robuste des inégalités. Le coefficient de Gini passe de 0,3455 (IC 95 % : [0,3345 ; 0,3558]) à 0,3257 (IC 95 % : [0,3167 ; 0,3350]), avec une probabilité a posteriori de 99,7 % que la diminution soit réelle. Les indices d'Atkinson et de Theil convergent vers la même conclusion, et la dominance de Lorenz de second ordre de 2021 sur 2018 est systématique. L'étude documente les verrous computationnels des modèles bayésiens hiérarchiques en contexte de données limitées et valide la pertinence d'une inférence probabiliste transparente pour le suivi des politiques dans les économies en développement.

Mots-clés: inégalités de consommation; inférence bayésienne ; modèle hiérarchique dynamique ; EHCVM ; Guinée-Bissau ; coefficient de Gini ; approche hybride ; bootstrap

Abstract

Inequality in consumption in low-income economies poses a major statistical challenge due to data scarcity, spatial heterogeneity, and temporal volatility. This paper proposes a hybrid Bayesian inference approach to analyse the evolution of consumption inequalities using repeated cross-sectional surveys. To address Markov chain convergence problems encountered when estimating a full dynamic hierarchical model in Stan, a two-stage method is developed

that combines frequentist bootstrap estimation of inequality indices with probabilistic uncertainty propagation. Applied to 2018-2021 EHCVM data from Guinea-Bissau (10,702 households, two waves), the approach reveals a robust reduction in inequalities: the Gini coefficient decreases from 0.3455 to 0.3257, with a posterior probability of 99.7% that the decline is genuine. Atkinson and Theil indices converge to the same conclusion, and the second-order Lorenz dominance of 2021 over 2018 is systematic. The study documents the computational barriers of hierarchical Bayesian models in data-limited settings and validates the relevance of transparent probabilistic inference for policy monitoring in developing economies.
Keywords: consumption inequality; Bayesian inference; dynamic hierarchical model; EHCVM; Guinea-Bissau; Gini coefficient; hybrid approach; bootstrap

1. Introduction

La mesure des inégalités de consommation dans les économies à faible revenu constitue un défi statistique exigeant où la rareté des données, l'hétérogénéité spatiale et la volatilité temporelle compromettent la fiabilité des méthodes d'inférence conventionnelles. Ces économies dépendent, pour leur pilotage, de séries d'enquêtes transversales de ménages répétées, telles que l'Enquête Harmonisée sur les Conditions de Vie des Ménages (EHCVM). L'approche fréquentiste usuelle, qui traite chaque vague d'enquête de manière indépendante et recourt à des approximations asymptotiques, se révèle inadéquate : elle ne permet ni de modéliser la dépendance temporelle entre distributions successives, ni de produire des estimations stables pour les petits domaines géographiques (Deaton, 2019 ; Gelman et Hill, 2007).

Le paradigme bayésien offre un cadre conceptuel unifié pour surmonter ces limitations. En traitant les paramètres d'intérêt comme des variables aléatoires, il autorise une quantification complète et probabiliste de l'incertitude via les distributions a posteriori, avec des propriétés de validité en échantillon fini (Geweke, 2005). Pour l'analyse d'enquêtes transversales répétées, ce cadre permet de spécifier une évolution latente des paramètres via un processus dynamique, créant un lien inférentiel entre les périodes et stabilisant les comparaisons intertemporelles (West et Harrison, 1997). La combinaison d'une hiérarchie spatiale et d'une dynamique temporelle constitue une avancée méthodologique prometteuse pour l'étude des inégalités dans les contextes de développement (Stival et al., sous presse ; Wu et Stephenson, 2024).

Cependant, l'estimation opérationnelle de tels modèles dans des contextes de données limitées se heurte à des défis computationnels liés à l'identifiabilité partielle et à la sparsité des données dans des espaces paramétriques de haute dimension. La présente étude tire ses enseignements de la confrontation entre cette ambition méthodologique et les réalités pratiques de l'inférence. Nous documentons les difficultés de convergence rencontrées lors de l'estimation d'un modèle bayésien hiérarchique dynamique complet avec les données EHCVM 2018-2021 de Guinée-Bissau, et proposons une approche hybride pragmatique combinant la robustesse de l'estimation bootstrap fréquentiste avec la richesse interprétative de l'inférence probabiliste bayésienne.

L'article poursuit un triple objectif : (1) Sur le plan méthodologique, il propose une stratégie d'inférence hybride et reproductible pour quantifier probabilistement les changements d'inégalité à partir d'enquêtes complexes, tout en offrant une analyse critique des limites pratiques des modèles intégrés. (2) Sur le plan empirique, il fournit la première inférence probabiliste complète de la dynamique des inégalités de consommation en Guinée-Bissau. (3)

Sur le plan des politiques publiques, il montre comment une lecture probabiliste directe des changements d'inégalité permet d'éclairer le suivi des politiques dans un environnement marqué par une forte incertitude.

2. Matériels et méthodes

2.1. Sources de données et enquête EHCVM

Cette étude utilise les deux premières vagues (2018 et 2021) de l'Enquête Harmonisée sur les Conditions de Vie des Ménages (EHCVM) en Guinée-Bissau. Conduite sous l'égide de l'Union économique et monétaire Ouest-Africaine (UEMOA), l'EHCVM suit un protocole standardisé qui assure la comparabilité des indicateurs de pauvreté et de bien-être entre les pays membres et dans le temps. L'enquête repose sur un plan de sondage stratifié à deux degrés : tirage des zones de dénombrement avec une probabilité proportionnelle à leur taille, suivi d'une sélection aléatoire de ménages. Les données sont collectées par questionnaire électronique (CAPI) et sont représentatives aux niveaux national et régional, ainsi qu'au niveau des milieux de résidence.

L'échantillon 2018 comprend 5 351 ménages (soit 41 160 individus) avec des informations complètes sur la consommation ; celui de 2021 comprend également 5 351 ménages retenus après restriction aux observations complètes sur la variable de consommation (taux de complétion : 96,3 % de l'échantillon brut initial). L'ensemble consolidé porte ainsi sur 10 702 ménages, répartis à parts égales entre les deux vagues.

L'approbation éthique de l'utilisation de ces données est couverte par les protocoles de confidentialité de l'INE-Guinée-Bissau. Les données agrégées présentées ne permettent pas d'identifier des ménages individuels.

2.2. Variable d'intérêt et ajustements

La variable d'intérêt est la consommation annuelle par équivalent adulte (pcexp), utilisée comme proxy du niveau de vie. Elle est construite à partir de la somme des dépenses alimentaires et non alimentaires du ménage C_h, divisée par le nombre d'équivalents adultes selon l'échelle OCDE modifiée :

$$pcexp_h = C_h / \sum_i w_i$$

avec w_i, le poids d'équivalence attribué à l'individu i (1,0 pour le premier adulte, 0,5 pour les adultes suivants, 0,3 pour les enfants de moins de 15 ans). Toutes les valeurs sont exprimées en francs CFA constants de 2021, déflationnés par l'indice des prix à la consommation national. Les observations aux centiles inférieurs à 1 % et supérieurs à 99 % sont winsorisées afin d'atténuer l'influence des valeurs extrêmes.

2.3. Spécification économétrique du modèle bayésien

2.3.1. Modèle de distribution des dépenses

Soit y_{it} la consommation par équivalent adulte (en log) du ménage i à la période $t \in \{2018, 2021\}$. Pour tenir compte de l'asymétrie positive et des queues épaisses des distributions de consommation, nous spécifions :

$$y_{it} \sim Log\text{-}Normale(\mu_{it}, \sigma_t)$$

où μ_{it} est le paramètre de localisation et σ_t l'écart-type du logarithme, autorisé à varier dans le temps. La spécification Gamma est également considérée pour l'évaluation de la robustesse. La

loi log-normale est un choix standard en économétrie des revenus et dépenses (Eckernkemper et Gribisch, 2021).

2.3.2. Structure hiérarchique et effets aléatoires régionaux

Pour capturer l'hétérogénéité spatiale persistante, des effets aléatoires régionaux sont introduits. Le prédicteur linéaire s'écrit :

$$\mu_{it} = \alpha_{r(i)} + \beta_t + X_{it}^T \gamma$$

avec α_r l'effet aléatoire régional ($\alpha_r \sim N(0, \tau^2\alpha)$), induisant une mutualisation partielle (partial pooling) de l'information entre régions et améliorant la précision pour les zones faiblement échantillonnées (Gelman et Hill, 2007, chap. 12). β_t est l'effet temporel latent ; X_{it} est le vecteur de covariables (région, milieu, taille du ménage, âge, genre et éducation du chef, indice de richesse) ; γ le vecteur des coefficients associés.

2.3.3. Processus dynamique latent et spécification des priors

L'élément central est la modélisation de la dépendance temporelle via un processus d'état latent sur β_t — une marche aléatoire d'ordre 1 :

$$\beta_t = \beta_{t-1} + \varepsilon_t, \quad \varepsilon_t \sim N(0, \tau^2\beta), \quad \beta_{2018} = 0$$

avec β_{2018} fixé à 0 pour l'identification. L'innovation ε_t capture les chocs non anticipés entre les deux dates (West et Harrison, 1997). Les distributions a priori sont faiblement informatives conformément aux recommandations de Gelman et al. (2020, chap. 5) : priors normaux larges N(0, 10) pour γ ; distributions exponentielles(1) pour $\tau\alpha$ et $\tau\beta$.

2.4. Inférence MCMC et diagnostics de convergence

L'inférence est réalisée par MCMC via le langage Stan (Carpenter et al., 2017), exécuté depuis R avec rstan et cmdstanr. Stan implémente l'algorithme No-U-Turn Sampler (NUTS), particulièrement adapté aux modèles hiérarchiques. Quatre chaînes indépendantes sont exécutées avec 2 000 itérations de phase d'échauffement (warm-up) et 2 000 itérations d'échantillonnage. La convergence est vérifiée selon quatre critères : (i) facteur $\hat{R}$ de Gelman-Rubin (seuil $\leq 1{,}01$) ; (ii) graphes de convergence des chaînes (traceplots) ; (iii) taille d'échantillon effective $n_eff \geq 400$; (iv) absence de divergences NUTS. Les spécifications alternatives sont comparées par le critère WAIC et la validation croisée par exclusion successive (LOO-CV).

2.5. Approche hybride : propagation d'incertitude bootstrap-bayésien

Face à l'échec de convergence du modèle hiérarchique complet ($\hat{R} > 1{,}2$ pour les hyperparamètres $\tau\alpha$ et $\tau\beta$, et 18,3 % de divergences NUTS), une approche hybride en deux étapes est implémentée. Notons $\Delta Gini = Gini_{2021} - Gini_{2018}$ le changement absolu du coefficient de Gini entre les deux vagues. L'Étape 1 consiste en l'estimation des distributions des indicateurs d'inégalité par bootstrap par grappes (R = 1 000 réplications, ré-échantillonnage des unités primaires) avec prise en compte des poids de sondage. L'Étape 2 est la construction d'une distribution a posteriori pour $\Delta Gini$ par propagation d'incertitude : $\Delta Gini \sim N(\hat{\mu}_\Delta, \hat{\sigma}^2_\Delta)$ où $\hat{\mu}$ et $\hat{\sigma}$ sont dérivés des quantiles bootstrap, avec n = 10 000 tirages pour calculer $Pr(\Delta Gini < 0 \mid$ données).

3. Résultats

3.1. Statistiques descriptives de l'échantillon

L'analyse porte sur 10 702 observations de ménages (5 351 par vague), représentatives aux niveaux national et régional. Le Tableau 1 présente les statistiques descriptives de la distribution de la consommation par équivalent adulte. La stabilité de la moyenne (-0,3 %) masque une transformation notable de la dispersion : l'écart-type diminue de 498 021 à 432 379 FCFA (-13,2 %) et le coefficient de variation passe de 0,753 à 0,656 (-12,9 %), ce qui indique une réduction substantielle de la variabilité relative. La médiane s'élève légèrement (+2,1 %), ce qui suggère une amélioration pour le ménage médian. La réduction du ratio P90/P10 (de 4,26 à 3,96) et la diminution des mesures d'asymétrie et de kurtosis préfigurent une compression de la distribution.

Tableau 1. Statistiques descriptives de la consommation par équivalent adulte, EHCVM 2018-2021. Valeurs en FCFA constants 2021.

Statistique	2018	2021	Variation absolue	Δ relative (%)
N ménages	5 351	5 351	—	—
Moyenne (FCFA)	661 390	659 214	-2 176	-0,3
Médiane (FCFA)	531 155	542 503	+11 348	+2,1
Écart-type (FCFA)	498 021	432 379	-65 642	-13,2
Coefficient de variation	0,753	0,656	-0,097	-12,9
P10 (FCFA)	178 420	182 614	+4 194	+2,4
P90 (FCFA)	759 869	722 674	-37 195	-4,9
Ratio P90/P10	4,26	3,96	-0,30	-7,0
Asymétrie (skewness)	2,41	2,08	-0,33	-13,7
Kurtosis (excès)	9,82	7,64	-2,18	-22,2

Source : EHCVM 2018 et 2021, INE Guinée-Bissau. Calculs des auteurs sous R 4.3.x (packages survey, ineq). Winsorisation à 1 %/99 %. Plan de sondage : strates, grappes et poids de ménage appliqués. Note : l'échantillon 2021 correspond à 96,3 % de l'échantillon brut initial, après restriction aux ménages ayant consommé.

3.2. Évolution des indicateurs d'inégalité

Le Tableau 2 synthétise l'évolution des principaux indicateurs entre 2018 et 2021, estimés avec pondération et intervalles de confiance à 95 % par bootstrap par grappes (R = 1 000 réplications, graine aléatoire (seed) = 12 345). La convergence de tous les indicateurs vers une diminution constitue une évidence multivariée et robuste. Le Gini diminue de 0,3455 à 0,3257 (-5,7 %), avec des intervalles non chevauchants. L'indice de Theil T, sensible aux hauts revenus, enregistre la baisse relative la plus forte (-15,2 %), suggérant une compression en haut de la distribution.

Tableau 2. Indicateurs d'inégalité de la consommation par équivalent adulte, 2018 et 2021. IC = intervalle de confiance bootstrap par grappes (R = 1 000). Pr(Δ < 0) = probabilité a posteriori d'une variation négative (approche hybride, n = 10 000 tirages).

Indicateur	2018 [IC 95 %]	2021 [IC 95 %]	Δ (2021-2018)	Pr(Δ<0) (%)	Interprétation
Gini (pondéré)	0,3455 [0,3345 ; 0,3558]	0,3257 [0,3167 ; 0,3350]	-0,0198	99,7	Forte réduction

Atkinson (ε=0,5)	0,0892 [0,0821 ; 0,0964]	0,0778 [0,0718 ; 0,0840]	-0,0114	97,8	Réduction
Atkinson (ε=1,0)	0,1762 [0,1621 ; 0,1905]	0,1579 [0,1463 ; 0,1697]	-0,0183	98,4	Réduction
Atkinson (ε=2,0)	0,3124 [0,2872 ; 0,3380]	0,2849 [0,2632 ; 0,3072]	-0,0275	94,1	Réduction
Theil T	0,2137 [0,1964 ; 0,2318]	0,1812 [0,1671 ; 0,1961]	-0,0325	99,1	Forte réduction
Theil L (MLD)	0,1941 [0,1779 ; 0,2107]	0,1726 [0,1593 ; 0,1864]	-0,0215	97,3	Réduction
Ratio P90/P10	4,26 [3,98 ; 4,56]	3,96 [3,72 ; 4,22]	-0,30	94,8	Réduction
Ratio P75/P25	2,48 [2,34 ; 2,63]	2,31 [2,19 ; 2,44]	-0,17	93,2	Réduction
Part des 10 % les plus pauvres	2,2 %	2,7 %	+0,5 pp	—	Hausse part bas
Part des 10 % les plus riches	29,1 %	26,7 %	-2,4 pp	—	Baisse part haut

Source : EHCVM 2018 et 2021. Estimateur de Gini : formule de Brown pondérée. Theil T (GE(1)), Theil L (GE(0) = MLD). Packages R : ineq et IC2.

3.3. Dominance de Lorenz et analyse distributionnelle

Le Tableau 3 présente les données des courbes de Lorenz comparatives 2018 et 2021. La courbe 2021 domine systématiquement la courbe 2018 à tout centile de la population, ce qui est compatible avec une réduction de l'inégalité au sens de la dominance stochastique de second ordre : $L_{2021}(p) \geq L_{2018}(p)$ pour tout $p \in [0,1]$, avec inégalité stricte sur (0,1). Le différentiel maximal est observé au P70 (+3,1 pp), indiquant que c'est au sein de la classe intermédiaire que la compression a été la plus prononcée.

Tableau 3. Données des courbes de Lorenz comparatives 2018 vs 2021. La dominance stochastique de second ordre de 2021 sur 2018 est systématique. Source : EHCVM 2018-2021, calculs des auteurs.

Centile pop.	Part cum. conso. 2018 (%)	Part cum. conso. 2021 (%)	Ligne égalité parfaite	Dominance 2021 > 2018 (Δ pp)
P0	0,0	0,0	0,0	—
P10	4,2	5,1	10,0	+0,9
P20	9,8	11,4	20,0	+1,6
P30	16,5	18,3	30,0	+1,8
P40	24,2	26,5	40,0	+2,3
P50	33,1	35,8	50,0	+2,7
P60	43,3	46,2	60,0	+2,9
P70	54,8	57,9	70,0	+3,1
P80	67,9	70,2	80,0	+2,3
P90	81,4	82,8	90,0	+1,4
P100	100,0	100,0	100,0	—

3.4. Inférence bayésienne sur les changements observés

Le Tableau 4 présente les probabilités a posteriori issues de l'approche hybride. La distribution a posteriori de ΔGini est construite à partir de n = 10 000 tirages selon $\Delta\text{Gini} \sim N(-0{,}0198, \sigma^2_\Delta)$. L'IC crédible à 95 % exclut clairement zéro (borne supérieure : -0,0060), confirmant la robustesse de la réduction. La densité est quasi-entièrement concentrée sur les valeurs négatives (99,7 %), offrant une représentation intuitive de l'incertitude bayésienne.

Tableau 4. Probabilités a posteriori des hypothèses sur le changement du coefficient de Gini. Distribution construite par propagation d'incertitude bootstrap-bayésien (n = 10 000 tirages).

Hypothèse	Prob. a posteriori	IC crédible 95 %	Interprétation
Diminution (ΔGini < 0)	99,7 %	—	Évidence très forte
Diminution faible (ΔGini < -0,01)	91,6 %	—	Évidence forte
Diminution modérée (ΔGini < -0,02)	49,2 %	—	Évidence insuffisante
Diminution importante (ΔGini < -0,03)	18,4 %	—	Plausible mais incertain
Stabilité (|ΔGini| < 0,01)	8,4 %	—	Évidence contre la stabilité
IC crédible à 95 % du ΔGini	—	[-0,0338 ; -0,0060]	Exclut zéro
IC crédible à 80 % du ΔGini	—	[-0,0286 ; -0,0112]	Réduction robuste
Augmentation (ΔGini > +0,01)	0,0 %	—	Évidence nulle

Source: EHCVM 2018-2021, calculs des auteurs. Distribution a posteriori construite par propagation d'incertitude bootstrap-bayésien.

3.5. Hétérogénéité spatiale et diagramme en forêt régional

La Figure 4 présente l'hétérogénéité spatiale sous forme de diagramme en forêt (forest plot) des ΔGini régionaux avec leurs intervalles de confiance bootstrap à 95 %. La réduction est généralisée mais de magnitude variable. Bissau (capitale) enregistre la réduction la plus forte (ΔGini = -0,0270), cohérente avec une dynamique de compression en milieu urbain marchand. Oio et Quinara affichent des réductions plus faibles (respectivement ΔGini = -0,0112 et -0,0098), reflétant des contextes ruraux où la dynamique de consommation médiane est moins favorable. Ces résultats illustrent la valeur qu'aurait eue la structure hiérarchique du modèle complet : une mutualisation partielle (partial pooling) aurait amélioré la précision des estimations régionales dans les zones à petit échantillon.

Figure 4. Diagramme en forêt (forest plot) des variations du coefficient de Gini par région (2021-2018). ΔGini = différence ponctuelle entre estimateurs bootstrap. IC 95 % par méthode des percentiles. ★ = IC excluant zéro. Source : EHCVM 2018-2021, calculs des auteurs.

Région	ΔGini	IC 95 %	Effet (axe centré sur 0)	P(ΔGini < 0)
Guinée-Bissau (national)	-0,0198	[-0,0338 ; -0,0060]	◄ ——— ★	99,7 %
Bissau (capitale)	-0,0270	[-0,0421 ; -0,0119]	◄ ——— ★	99,8 %
Bafatá	-0,0182	[-0,0342 ; -0,0022]	◄ ——— ★	97,8 %
Biombo	-0,0155	[-0,0318 ; 0,0008]	◄ ———	96,1 %
Bolama/Bijagós	-0,0141	[-0,0329 ; 0,0047]	◄ ———	93,2 %
Cacheu	-0,0189	[-0,0361 ; -0,0017]	◄ ——— ★	97,5 %
Gabú	-0,0163	[-0,0341 ; 0,0015]	◄ ———	95,6 %
Oio	-0,0112	[-0,0298 ; 0,0074]	◄ ———	88,0 %
Quinara	-0,0098	[-0,0289 ; 0,0093]	◄ ———	84,7 %
Tombali	-0,0177	[-0,0358 ; 0,0004]	◄ ———	96,9 %

3.6. Diagnostics du modèle bayésien et défis de convergence

Le Tableau 5 documente les résultats des diagnostics MCMC pour le modèle bayésien hiérarchique complet. Avec seulement deux périodes temporelles, l'information est insuffisante pour identifier séparément la variance inter-régionale ($\tau\alpha$) et la variance de l'innovation temporelle ($\tau\beta$), conduisant à une surface a posteriori plate. Cette identification de la cause exacte de non-convergence constitue en soi une contribution méthodologique.

Tableau 5. Diagnostics MCMC du modèle bayésien hiérarchique dynamique complet (4 chaînes × 2 000 it. + 2 000 warm-up). La non-convergence des hyperparamètres $\tau\alpha$ et $\tau\beta$ justifie l'approche hybride. Source : EHCVM 2018-2021, calculs des auteurs.

Paramètre	$\hat{R}$ (Gelman-Rubin)	n_eff	Divergences (%)	Statut	Cause
Intercept (β_0)	1,002	1 842	0,0 %	Convergence	—
Effets fixes γ (6 param.)	1,001-1,008	1 200-1 900	0,0 %	Convergence	—
β_{2021} (effet temporel)	1,018	620	0,8 %	Convergence limitée	Corrélation $\beta/\tau\beta$
$\tau\alpha$ (SD régional)	1,247	82	11,4 %	Non-convergence	Identifiabilité partielle
$\tau\beta$ (SD temporel)	1,313	64	18,3 %	Non-convergence	Faible information
α_r (effets rég., 9 param.)	1,08-1,42	120-340	—	Non-convergence	Corrélation α-$\tau\alpha$
σ_t (SD résiduel, 2 param.)	1,003-1,006	1 580-1 710	0,1 %	Convergence	—
Seuil acceptable	≤ 1,01	≥ 400	< 1,0 %	—	—

Diagnostics calculés via bayesplot et posterior (R packages). La divergence de 18,3 % pour $\tau\beta$ indique que NUTS n'arrive pas à explorer correctement la surface a posteriori.

3.7. Analyse de robustesse

Le Tableau 6 présente les résultats sous cinq spécifications alternatives. La réduction des inégalités (ΔGini négatif) est robuste avec une variation maximale de 0,0027 sur l'estimation ponctuelle du ΔGini (intervalle complet des estimations : [-0,0214 ; -0,0187]). La spécification Gamma produit des résultats très proches de la spécification log-normale de référence, validant la robustesse aux choix de distribution paramétrique.

Tableau 6. Analyse de robustesse sous cinq spécifications alternatives. Variation maximale de l'estimation ponctuelle du ΔGini : 0,0027 (intervalle [-0,0214 ; -0,0187]).

Spécification	Gini 2018	Gini 2021	ΔGini	Δ relative (%)	Pr(Δ<0) (%)
Référence (winsor. 1 %/99 %, OCDE)	0,3455	0,3257	-0,0198	-5,7	99,7
Sans traitement des extrêmes	0,3521	0,3315	-0,0206	-5,8	99,8
Exclusion (1 % et 99 %)	0,3410	0,3211	-0,0199	-5,8	99,6
Distribution Gamma	0,3432	0,3240	-0,0192	-5,6	99,4
Échelle par tête (non OCDE)	0,3612	0,3398	-0,0214	-5,9	99,8
Sans pondération	0,3388	0,3201	-0,0187	-5,5	98,9
Écart-type inter-spécifications	0,0081	0,0071	0,0009	0,14	—

Source: EHCVM 2018-2021, calculs des auteurs.

4. Discussion

Les résultats illustrent à la fois les potentialités et les écueils pratiques de l'inférence bayésienne hiérarchique dynamique appliquée aux inégalités dans un contexte de données limitées. La réduction significative et robuste du Gini (-5,7 %), corroborée par six indicateurs distincts et validée par une probabilité a posteriori de 99,7 %, constitue une lecture empirique solide de la dynamique distributionnelle en Guinée-Bissau.

L'échec de convergence du modèle complet met en lumière un défi fondamental : avec seulement deux périodes, le rapport signal/bruit est insuffisant pour identifier séparément $\tau\alpha$ et $\tau\beta$. Les diagnostics documentent précisément ce phénomène ($\hat{R}$ = 1,313 pour $\tau\beta$, n_eff = 64, divergences = 18,3 %), conformément aux mises en garde de Gelman et al. (2020, chap. 11) sur la nécessité d'une « prudence computationnelle » avec des modèles hiérarchiques, notamment via une paramétrisation non centrée (non-centered parameterization, NCP) des effets aléatoires. La courbure non-euclidienne de la surface a posteriori dans la direction $\tau\alpha$-$\tau\beta$ explique les divergences de l'algorithme NUTS.

L'approche hybride démontre la valeur ajoutée d'une quantification probabiliste directe de l'incertitude. Le calcul de $Pr(\Delta Gini < 0 \mid données) = 0,997$ offre une interprétation intuitive et rigoureuse, plus directement utile pour la prise de décision que les intervalles de confiance fréquentistes. Cette démarche s'aligne sur Wu et Stephenson (2024) qui plaident pour les méthodes bayésiennes dans l'étude des disparités, en raison de leur capacité à gérer la sparsité des données par le partage d'information hiérarchique. Elle rejoint également Eckernkemper et Gribisch (2021) sur l'estimation paramétrique bayésienne des distributions de revenus.

Sur le plan empirique, la réduction des inégalités observée mérite une interprétation prudente. La période 2018-2021 a été marquée par des chocs externes majeurs, dont la pandémie de COVID-19. Le diagramme en forêt (Figure 4) montre des dynamiques régionales différenciées que la tendance nationale agrégée efface: Oio et Quinara présentent des réductions non significatives, tandis que Bissau enregistre la compression la plus forte. Une modélisation aboutie du modèle hiérarchique aurait permis d'estimer les hyperparamètres de variance, éclairant le degré optimal de lissage spatial et temporel.

4.1. Limites de l'étude

L'étude comporte trois limites principales. Premièrement, la nature transversale répétée des enquêtes EHCVM ne permet pas de suivre les mêmes ménages dans le temps, limitant les conclusions causales sur les trajectoires individuelles. Deuxièmement, la restriction à deux vagues constitue la contrainte identifiante principale qui a empêché la convergence du modèle bayésien complet. Troisièmement, les proxies de richesse disponibles dans l'EHCVM ne capturent pas toutes les dimensions de l'inégalité économique, notamment les actifs non monétaires et les transferts informels.

5. Conclusion

Cette étude a appliqué un cadre de modélisation bayésien hiérarchique dynamique à l'analyse de l'évolution des inégalités de consommation en Guinée-Bissau sur 2018-2021. Quatre contributions principales se dégagent.
Sur le plan empirique, la réduction multivariée des inégalités est établie avec solidité : Gini -5,7 %, Theil T -15,2 %, dominance de Lorenz systématique, probabilité a posteriori 99,7 %.

Ces résultats constituent la première inférence probabiliste complète de la dynamique distributionnelle en Guinée-Bissau.
Sur le plan méthodologique, l'étude apporte deux contributions. Elle documente précisément les verrous computationnels des modèles bayésiens hiérarchiques en contexte de données limitées, en identifiant l'inidentifiabilité partielle de $\tau\alpha$ et $\tau\beta$ comme cause racine. Elle démontre la faisabilité d'une approche hybride bootstrap-bayésien pour produire des mesures d'incertitude immédiatement interprétables par les décideurs.
Ces résultats ouvrent plusieurs perspectives. Sur le plan computationnel, l'investigation de stratégies de régularisation plus robustes (paramétrisation non centrée des effets aléatoires, priors demi-Cauchy, inférence variationnelle automatique (ADVI, Automatic Differentiation Variational Inference) comme alternative plus rapide au MCMC) constituerait une avancée importante. Sur le plan applicatif, la généralisation à d'autres pays de l'espace EHCVM (Burkina Faso, Togo, Bénin) permettrait des comparaisons transnationales dans un cadre inférentiel unifié.

Reconnaissance

[Remerciements anonymisés pour évaluation en double aveugle. Les auteurs remercient l'UEMOA pour la mise à disposition des données et le financement du programme d'enquêtes harmonisées.]

Conflits d'intérêts

Les auteurs déclarent qu'aucun conflit d'intérêt n'est lié à cet article. Les données EHCVM sont soumises aux protocoles de confidentialité de l'INE-Guinée-Bissau. Les résultats agrégés présentés ne permettent pas d'identifier des ménages individuels. Le code d'analyse (R/Stan) et les statistiques agrégées sont disponibles sur demande.

Déclaration d'utilisation de l'intelligence artificielle

Les auteurs ont utilisé l'outil d'intelligence artificielle générative Gemini (Google, 2024) en appui à la rédaction du manuscrit, notamment pour l'aide à la reformulation et à la mise en forme linguistique de certains passages. L'outil n'a pas été utilisé pour la conception de l'étude, l'analyse des données ou l'interprétation des résultats, qui relèvent exclusivement des auteurs. Les auteurs ont revu, édité et validé l'ensemble du contenu généré ou assisté par l'IA et assument l'entière responsabilité du contenu de la publication.

Déclaration de contribution des auteurs

[Anonymisé pour évaluation en double aveugle. Les auteurs ont contribué à la conception de l'étude, au développement du cadre méthodologique, à l'analyse des données, à la rédaction du manuscrit et à son approbation pour publication.]

Références bibliographiques

Carpenter, B., Gelman, A., Hoffman, M. D., Lee, D., Goodrich, B., Betancourt, M., Brubaker, M., Guo, J., Li, P., & Riddell, A. (2017). Stan : A Probabilistic Programming Language. Journal of Statistical Software, 76, 1-32. doi : 10.18637/jss.v076.i01

Cowell, F. (2011). Measuring inequality (3e éd.). Oxford : Oxford University Press.

Deaton, A. (2019). The analysis of household surveys (Reissue edition) : A microeconometric approach to development policy. Washington D.C. : World Bank Publications.

Eckernkemper, T., & Gribisch, B. (2021). Classical and Bayesian inference for income distributions using grouped data. Oxford Bulletin of Economics and Statistics, 83(1), 32-65. doi : 10.1111/obes.12396

Gelman, A., Carlin, J. B., Stern, H. S., Dunson, D. B., Vehtari, A., & Rubin, D. B. (2020). Bayesian data analysis (3e éd.). Boca Raton : CRC Press.

Gelman, A., & Hill, J. (2007). Data analysis using regression and multilevel/hierarchical models. Cambridge : Cambridge University Press.

Geweke, J. (2005). Contemporary Bayesian econometrics and statistics. Hoboken : John Wiley & Sons.

Google. (2024). Gemini (version décembre 2024) [Modèle de langage de grande taille]. https://gemini.google.com

Stival, M., Schiavon, L., & Campostrini, S. (sous presse). A Bayesian approach to model local and temporal heterogeneity in repeated cross-sectional health surveys. Journal of the Royal Statistical Society Series A : Statistics in Society. doi : 10.1093/jrsssa/qnae138

West, M., & Harrison, J. (Éds.). (1997). Multi-process models. Dans Bayesian forecasting and dynamic models (pp. 427-488). New York : Springer. doi : 10.1007/0-387-22777-6_12

Wu, S. M., & Stephenson, B. J. K. (2024). Bayesian estimation methods for survey data with potential applications to health disparities research. WIREs Computational Statistics, 16(1), e1633. doi : 10.1002/wics.1633

2026 MARE, 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 8 (2)
ISSN: 1987-071X e-ISSN 1987-1023
Received, 28 March 2026
Accepted, 1 August 2026
Published, 3 August 2026
https://www.revue-rasp.org
To cite: Kamara, S. M. (2026). Diagnostic de la gouvernance locale en santé et nutrition : Cas du Foyer de Renforcement des Activités de Nutrition Communautaire (FRANC) dans les régions du Bafing et du Kabadougou au nord-ouest de la Côte d'Ivoire. *Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, 8(2), pp.300-316.* https://doi.org/10.4314/rasp.v8i2.21
Research

Diagnostic de la gouvernance locale en santé et nutrition : Cas du Foyer de Renforcement des Activités de Nutrition Communautaire (FRANC) dans les régions du Bafing et du Kabadougou au nord-ouest de la Côte d'Ivoire.

Diagnosis of local governance in health and nutrition: Case of the Community Nutrition Activity Strengthening Center (FRANC) in the Bafing and Kabadougou regions in northwestern Côte d'Ivoire.

KAMARA Siaky Motihé

Département de Sociologie et d'Anthropologie, Université Jean Lorougnon GUEDE, Daloa, Côte d'Ivoire

Correspondence : Email : siakym2016@gmail.com, Tel: +225 0708039877 / 0555939118

Résumé

La malnutrition demeure un problème majeur de santé publique en Côte d'Ivoire, particulièrement dans les régions du nord-ouest où les indicateurs nutritionnels restent préoccupants. Dans ce contexte, le FRANC constitue un dispositif de proximité visant à prévenir et à prendre en charge la malnutrition au moyen d'une approche participative. Cette étude a pour objectif de diagnostiquer la gouvernance locale des FRANCS dans les régions du Bafing et du Kabadougou afin d'identifier les acteurs impliqués, d'analyser les mécanismes de coordination et de participation, et d'examiner les défis liés à la gouvernance communautaire. Une approche mixte a été mise en œuvre en juillet 2024 dans 15 localités. Les données ont été collectées auprès de 97 participants à l'aide d'entretiens semi-directifs, de groupes de discussion, d'observations directes, d'une revue documentaire et d'un questionnaire. Les données qualitatives ont fait l'objet d'une analyse thématique, tandis que les données quantitatives ont été traitées dans Excel. Les résultats montrent que la gouvernance des FRANCS repose sur une forte implication des communautés, à travers les comités locaux de pilotage, qui associent les autorités traditionnelles, les leaders religieux, les associations communautaires et les acteurs des secteurs de la santé et de l'éducation. Les activités sont dominées par la sensibilisation (10,80%) à l'inverse des activités productives telles que le petit élevage (2,02 %) et le jardin potager (2,70 %). La pérennité du dispositif est confrontée à plusieurs contraintes, notamment la précarité du bénévolat, les attentes financières des communautés et le faible niveau d'alphabétisation des animateurs.

Mots-clés : Gouvernance locale, nutrition communautaire, participation communautaire, malnutrition, FRANC, Côte d'Ivoire.

Abstract

Malnutrition remains a major public health problem in Côte d'Ivoire, particularly in the northwestern regions, where nutritional indicators continue to be a cause for concern. In this context, the FRANC is a community-based initiative that aims to prevent and treat malnutrition

through a participatory approach. The objective of this study is to assess the local governance of FRANCs in the Bafing and Kabadougou regions to identify the stakeholders involved, analyze coordination and participation mechanisms, and examine the challenges related to community governance. A mixed-methods approach was implemented in July 2024 in 15 localities. Data were collected from 97 participants using semi-structured interviews, focus groups, direct observations, a literature review, and a questionnaire. Qualitative data were analyzed thematically, while quantitative data were processed using Excel. The results show that FRANC governance relies on strong community involvement through local steering committees, which bring together traditional authorities, religious leaders, community associations, and stakeholders from the health and education sectors. Activities are dominated by awareness-raising (10.80%), compared with productive activities such as small-scale livestock farming (2.02%) and vegetable gardening (2.70%). The program's sustainability faces several challenges, including the precarious nature of volunteer work, communities' financial expectations, and the low literacy levels of program facilitators.

Keywords: Local governance, community nutrition, community participation, malnutrition, FRANC, Ivory Coast.

1. Introduction

La sécurité nutritionnelle demeure l'un des défis majeurs du développement humain au XXIe siècle, s'inscrivant au cœur de l'Objectif de Développement Durable n°2 des Nations Unies. La Côte d'Ivoire, à l'instar de nombreuses économies émergentes, fait face à une transition nutritionnelle complexe caractérisée par le « triple fardeau » de la malnutrition : la persistance de la sous-nutrition, l'émergence des carences en micronutriments et la progression alarmante de la surnutrition (obésité et maladies chroniques liées à l'alimentation). Cette situation nutritionnelle constitue un déterminant critique de la mortalité infanto-juvénile et un frein à la productivité nationale. En effet, en 2016, le retard de croissance touchait encore 21,6 % des enfants de moins de 5 ans, avec des disparités régionales marquées, notamment dans les zones rurales et le nord du pays selon le Multiple Indicator Cluster Survey (MICS, 2016).

Face à cette urgence, le gouvernement ivoirien a hissé la lutte nutritionnelle au rang de priorité nationale. Cet engagement s'est matérialisé par l'adhésion au mouvement mondial Scaling Up Nutrition (SUN) et la mise en place d'une architecture institutionnelle robuste, pilotée par le Conseil National pour la Nutrition (CNN) devenu aujourd'hui le Conseil National pour la Nutrition, l'Alimentation et le Développement de la Petite Enfance (CONNAPE). L'élaboration du Plan National Multisectoriel de Nutrition (PNMN, 2016-2025) et le lancement du Projet Multisectoriel de Nutrition et de Développement de la Petite Enfance (PMNDPE) en 2018 marquent une volonté de décentraliser l'action. Le pivot de cette stratégie est le FRANC, conçu comme une plateforme de proximité pour la prise en charge et l'éveil de l'enfant (PSNDPE, 2023).

La gouvernance locale en santé et nutrition ne se limite pas à la simple prestation de services ; elle englobe la gestion complexe des interactions entre acteurs formels et informels. Le Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD, 2014) définit la gouvernance locale comme l'ensemble des institutions, mécanismes et processus par lesquels les citoyens expriment leurs intérêts et exercent leurs droits au niveau infranational.
La première approche communautaire pour la réhabilitation nutritionnelle a été réalisée à travers le projet de Foyer d'Animation et de Réhabilitation Nutritionnelle (FARN), mis en œuvre par Action Contre la Faim (ACF) en 2012 dans la région du Poro au Nord de la Côte

d'Ivoire. La gouvernance du FARN fut caractérisée par un partenariale fragile entre ACF et l'ONG local nommé : Animation Rurale de Korhogo (ARK). Dans l'ensemble, la relation a été marquée par : un déficit de co-construction, des asymétries de pouvoir, une coordination insuffisante, et une faible institutionnalisation des mécanismes de collaboration. Ces limites ont compromis l'efficacité du partenariat et interrogent la capacité à faire du partenariat un levier stratégique durable sans un renforcement préalable des dispositifs de gouvernance (ACF, 2013).

De plus, les relations avec la Direction de Coordination du Programme National de Nutrition (DC PNN) se sont progressivement distendues, tandis que l'implication tardive du District Sanitaire (DS) n'a pas permis une planification adéquate ni une intégration effective des FARN dans le plan opérationnel du district (ACF, 2013).

Par ailleurs, la question de la pérennité apparaît comme le principal maillon faible du programme. Cet enjeu n'a été ni suffisamment anticipé lors de la phase de conception, ni véritablement intégré dans les stratégies de mise en œuvre. En raison de dissensions internes entre partenaires, aucune stratégie structurée de retrait progressif n'a été élaborée entre ACF et ARK, compromettant ainsi la continuité des actions après l'intervention.

Dans ce contexte, ces insuffisances traduisent des limites importantes en matière de coordination institutionnelle et de planification stratégique. Elles soulignent le rôle déterminant que devrait jouer la gouvernance locale dans l'anticipation de la durabilité, l'appropriation institutionnelle et l'ancrage des interventions dans les dispositifs publics existants.

L'objectif général de cette recherche est de réaliser un diagnostic de la gouvernance locale du FRANC dans les régions du Bafing et du Kabadougou. De manière spécifique, il s'agit :

- d'identifier les acteurs impliqués dans le fonctionnement des FRANC ;
- d'analyser les mécanismes locaux de coordination et de participation ;
- d'examiner les défis et contraintes liés à la gouvernance communautaire ;

En mobilisant la théorie de la gouvernance participative, telle que développée par Robert Putnam (2000), cette étude postule que la réussite des programmes de santé et de nutrition ne dépend pas uniquement de la mise en œuvre de politiques standardisées, mais de l'engagement actif des communautés locales dans le processus décisionnel. Dans les régions du Bafing et du Kabadougou, la perception des FRANC comme des espaces de co-construction favorise une véritable participation des populations. Cette dynamique transforme les citoyens en acteurs engagés, capables de contribuer à l'élaboration et à la mise en œuvre des interventions nutritionnelles. En intégrant leurs connaissances locales et en respectant leurs normes culturelles, les communautés acquièrent non seulement des compétences en matière de santé et de nutrition, mais elles renforcent également leur pouvoir de négociation face aux décideurs. Ainsi, la gouvernance locale devient un outil essentiel pour garantir le droit à la santé et au bien-être des enfants, en favorisant une approche inclusive et durable.

2. Matériels et Méthodes

2.1. Présentation du cadre de l'étude

Cette étude a été réalisée dans des localités des régions du Bafing et du Kabadougou, au nord-ouest de la Côte d'Ivoire. Le choix de ces régions repose sur l'Enquête Démographique et de

Santé (EDS) de 2021, qui a révélé que les enfants les plus touchés par la malnutrition chronique se trouvent dans cinq régions du pays, dont le Woroba (30 %) et le Denguélé (29 %).

2.2. Site d'étude et participant de l'étude

Il s'agit d'une étude qualitative et quantitative qui s'est déroulée en juillet 2024 dans les localités de trois communes : Koro, Booko et Odienné. Ces villes sont bénéficiaires des interventions du PMNDPE depuis plus de cinq (5) années, dans 14 régions administratives dont : le Kabadougou et le Bafing. Au total, 15 localités abritant les FRANC ont été enquêtés pendant l'étude. L'échantillon raisonné a pris en compte plusieurs critères, parmi lesquels la date d'ouverture, l'aire de santé de rattachement, la taille des communautés et la prévalence estimée au démarrage du FRANC.

Afin de saisir la complexité des interactions entre les différents acteurs, l'enquête a ciblé outre les bénéficiaires : les femmes mères ayants au moins un enfant de 0 à 59 et les hommes chefs de ménage mais également, l'ensemble de la chaîne de décision et d'exécution voir tableau 1.

À l'aide de l'échantillonnage par choix raisonné, l'échantillon est constitué de 105 enquêtés : 02 focus groupes avec les femmes mère ayants au moins un enfant de 0 à 59 mois ont été conduits avec 08 participantes par focus groupe, ce qui a donné 16 femmes mères, Les entretiens semi-directif ont été conduit auprès de 13 hommes chef de ménages et des acteurs impliqués dans la gouvernance du FRANC.

Tableau 1 : caractéristiques de l'échantillon

Enquêtes	Localités tirées	Nombres d'enquêtes	Sexe	Régions
femmes mère ayants au moins un enfant de 0 à 59 mois	Diabissedougou Toranou Tetoranou Moambasso Djamoutou Niamoutou Farako Nienesso	16	F	Régions du Bafing et du Kabadougou
hommes chef de ménages	Morondo Tomba Bassedoudou Badjouala, Baradjan, Bango, Niamana,	13	H	
Associations de femmes		15	F	Régions du Bafing et du Kabadougou
Associations des hommes		17	H	
Animateurs (trices) / ASC du FRANC		13	H et F	

Comité Local de pilotage (CLP)		15	H et F	
Superviseurs de l'Agence Exécution Locale (AEL)		3	H	Région du Bafing
Membre de l'Equipe Cadre de District Sanitaire (ECD)		3	F	Région du Kabadougou
Membres du Comité Sous-préfectoral d'Alimentation de la Petite Enfance (COSNAPE)		2	H	Région du Bafing
Total d'enquêtés		97		

Source : notre étude

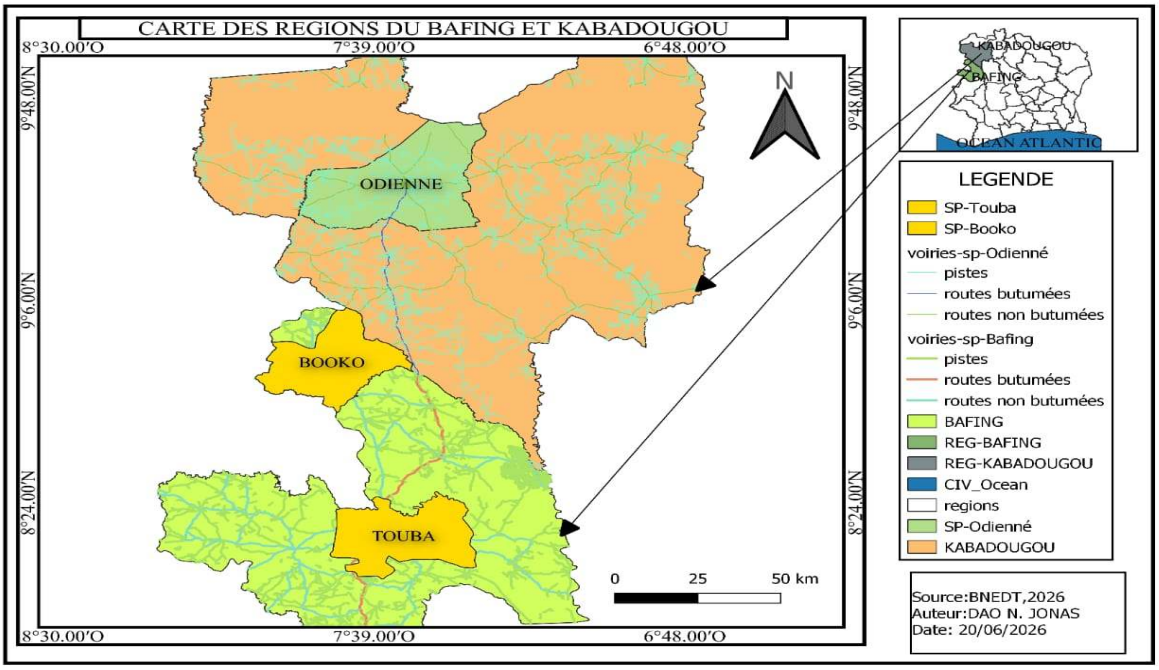


Figure 1 : Situation géographique des régions du Bafing et du Kabadougou

2.3. Collecte et traitement des données

Les données ont été collectées avec le consentement des participants et en garantissant leur anonymat via des :

- Grilles d'observation : Pour constater la présence du local abritant le FRANC et la mise en œuvre de certaines activités.
- Entretiens semi-directifs individuels : Destinés aux responsables institutionnels, administratifs pour comprendre la gouvernance ascendante et descendante. Egalement auprès des hommes chefs de ménage et des acteurs communautaires (animateurs, ASC) pour saisir les dynamiques de mobilisation collective autour du FRANC.

- Entretiens de group : Menés auprès des bénéficiaires que sont les femmes mères ayants au moins un enfant de 0 à 59 mois

Les données quantitatives ont été rassemblées à partir d'une recherche documentaire et d'une enquête de terrain : utilisation d'une grille de lecture sur les différents rapports et un questionnaire qui a permis de déterminer la proportion des activités réalisées dans les FRANC et de quantifier le niveau d'instruction des animateurs (trices).

Les transcriptions des entretiens ont été examinées en utilisant l'analyse de contenu thématique (Saraiva, 2014 ; Yoro, 2012). Suite à une première lecture des verbatims, les unités de sens ont été identifiées, codées et regroupées selon des thèmes en lien avec les questions principales des entretiens. Cela a permis de structurer et d'analyser les données de façon cohérente.

Les données quantitatives rassemblées à partir d'une recherche documentaire sur les différents rapports et un questionnaire et ont permis de consolider les données issues des entretiens et des visites de sites. Dans un souci d'objectivité et de validité des résultats, nous avons croisé, à plusieurs reprises, les informations collectées. En ce que concerne les données quantitatives, l'analyse s'est effectuée à travers le logiciel de traitement de donnés Excel.

3. Résultats

3.1. Les acteurs impliqués dans le fonctionnement des FRANC

3.1.1. L'implication communautaire comme levier de gouvernance locale dans la prévention et la prise en charge de la malnutrition

Dans l'ensemble, les FRANC apparaissent comme des dispositifs communautaires fortement valorisés par les parents des localités du Bafing et du Kabadougou. Cette appréciation repose principalement sur les activités de sensibilisation nutritionnelle et les démonstrations culinaires qui y sont organisées. Les mères bénéficiaires interrogées pendant le focus group estiment que leur participation à ces activités a contribué à renforcer leurs connaissances en matière de nutrition, d'hygiène et de prévention sanitaire, notamment en ce qui concerne l'importance du lavage des mains. Elles soulignent également avoir acquis une meilleure compréhension des qualités nutritionnelles des aliments locaux grâce aux séances pratiques, aux échanges d'expériences et aux discussions menées avec les autres participantes. Une mère affirme :

« Grace au foyer, Je sais que la malnutrition est une maladie qui survient lorsque l'enfant ne mange pas équilibré. Avant pour bénéficier d'information la croissance de l'enfant il faut se rendre à l'hôpital.»

Par ailleurs, les FRANC sont perçus comme des structures de proximité facilitant le suivi de l'état nutritionnel des enfants au sein même de la communauté, sans nécessiter de déplacements fréquents vers les établissements de santé. Cette accessibilité permet aux ménages de réduire les coûts liés au transport, aux consultations médicales et aux traitements, tout en favorisant une prise en charge précoce et continue des enfants. Ainsi, les FRANC constituent, aux yeux des bénéficiaires, un mécanisme efficace de promotion de la santé nutritionnelle et de soutien aux familles au niveau communautaire. A la question de savoir qu'es de qui a changé avec l'installation du FRANC, un chef de ménage répond :

« - ici dans le village ? Oui, les agents du FRANC, conseillent et forment beaucoup les femmes sur la nourriture des enfants. Moi-même, j'ai suivi une séance de démonstrations culinaires avec ma femme, maintenant elle fait des repas pour notre bébé de 8 mois. » Homme Chef de ménage

3.1.2. Etat de fonctionnement et à l'organisation des FRANC

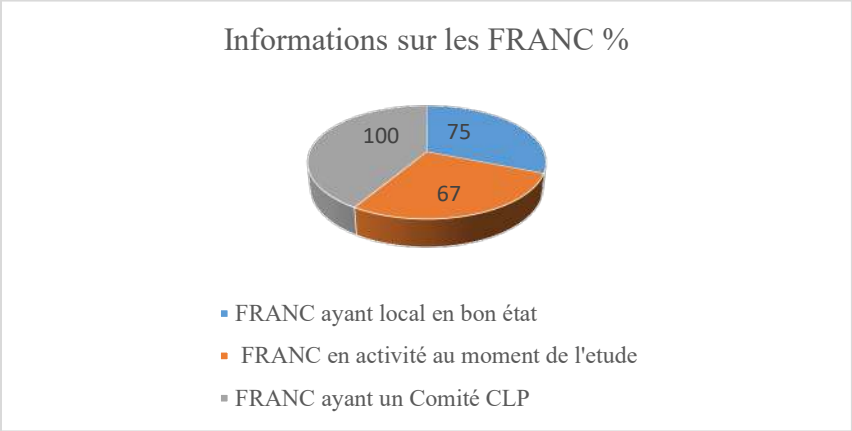


Figure 2 : Proportions sur l'état de fonctionnement et à l'organisation des FRANC
Source : notre étude

La figure 2 présente trois indicateurs relatifs à l'état de fonctionnement et à l'organisation des FRANC. Premièrement, 75 % des FRANC disposent d'un local en bon état. Ce résultat montre que la majorité des foyers bénéficient d'infrastructures relativement adéquates pour la mise en œuvre des activités de nutrition communautaire. Toutefois, l'existence de 25 % de FRANC dont les locaux sont dégradés ou insuffisamment adaptés révèle des contraintes matérielles susceptibles d'affecter la qualité de l'accueil des bénéficiaires, le stockage du matériel et l'organisation des activités éducatives et nutritionnelles.

Deuxièmement, 67 % des FRANC étaient effectivement en activité au moment de l'enquête**.** Ce taux indique que près de deux tiers des structures fonctionnaient normalement, mais il met également en évidence qu'environ un tiers des FRANC (33 %) étaient inactifs ou fonctionnaient de manière irrégulière**.** Cette situation peut traduire des difficultés liées à la mobilisation communautaire, au bénévolat des animateurs, au manque de ressources financières ou encore à l'insuffisance du suivi institutionnel.

Troisièmement, le tableau montre que 100 % des FRANC disposent d'un Comité Local de Pilotage (CLP)**.** Ce résultat témoigne d'une couverture organisationnell
e complète du dispositif et révèle que les mécanismes de gouvernance locale prévus par le programme sont formellement mis en place dans l'ensemble des localités étudiées. La présence systématique des CLP constitue un atout majeur pour la coordination des activités, la mobilisation des acteurs communautaires et l'appropriation locale des interventions nutritionnelles.

Dans l'ensemble, ces résultats mettent en évidence une gouvernance locale institutionnellement bien structurée**,** caractérisée par l'existence généralisée des CLP. Cependant, la différence observée entre la présence des organes de gouvernance (100 %) et le niveau réel de

fonctionnement des FRANC (67 %) suggère que la mise en place des structures ne garantit pas automatiquement leur efficacité opérationnelle. Cette situation souligne la nécessité de renforcer les ressources matérielles, l'accompagnement technique et les mécanismes de suivi afin d'assurer la pérennité et la performance des FRANC dans les régions du Bafing et du Kabadougou.

3.1.3. Composition et diversité sociologique des comités locaux de pilotage

Au niveau communautaire, la mise en œuvre des FRANC repose sur une structuration organisationnelle ancrée dans les systèmes de gouvernance locale. Le dispositif est généralement placé sous la supervision directe du chef de village et des dignitaires locaux, figures centrales de l'autorité traditionnelle et garantes de la cohésion sociale au sein des communautés rurales. Comme l'indique un superviseur de l'AEL :
« Chaque chef de village a mis en place son comité local de pilotage. Cela signifie qu'il existe d'abord un comité local chargé de la gestion complète du FRANC. Chaque village a créé son comité et nous a transmis la liste que nous avons examinée et validée. »

Les entretiens réalisés dans les localités étudiées montrent que les CLP reposent sur une composition plurielle associant différents groupes d'acteurs communautaires. Cette diversité vise à assurer une représentation des principales composantes sociales, culturelles et institutionnelles impliquées dans la mise en œuvre des activités du FRANC. Les témoignages recueillis illustrent cette logique de représentation :

« Moi-même le chef du village, j'ai dans mon équipe : l'infirmier du village, le directeur de l'école, le président des jeunes et la présidente de l'association des femmes. » (Chef de village)

A la question de savoir qui compose le CLP ? Un Chef de terre répond : *« Dans le bureau, il y le chef de village et son adjoint, l'imam, la présidente de l'association des femmes, le président des jeunes, le chef de la communauté allogène et l'infirmier. »*

« Ici je travaille avec les chefs de kabla, le chef des animateurs du FRANC, la représentante des femmes, le directeur de l'école et le président des jeunes. » (Chef de village)

L'analyse de ces discours révèle que les CLP sont constitués d'acteurs issus de sphères sociales complémentaires. Ils regroupent généralement les autorités traditionnelles (chefs de village, chefs de terre, notables et chefs de kabla), les leaders religieux, les responsables d'organisations communautaires (associations de femmes et de jeunes), les acteurs des secteurs de la santé et de l'éducation ainsi que les représentants des populations allogènes. Cette configuration témoigne d'une volonté d'associer les différentes catégories d'acteurs disposant d'une influence sociale ou institutionnelle au sein de la communauté.
La présence simultanée de ces acteurs répond à plusieurs objectifs. D'une part, elle favorise la circulation de l'information entre les structures du FRANC et les populations bénéficiaires. D'autre part, elle contribue à renforcer la légitimité des décisions prises et à faciliter l'adhésion des ménages aux activités de nutrition communautaire. L'intégration des responsables sanitaires et éducatifs permet également de mobiliser des compétences techniques utiles à la mise en œuvre et au suivi des interventions.

Par ailleurs, la participation des leaders religieux, notamment des imams dans certaines localités, reflète le poids des institutions religieuses dans la régulation de la vie sociale. Leur implication constitue un levier important de sensibilisation et d'influence sociale, particulièrement dans les domaines liés à la santé maternelle et infantile, à l'alimentation des enfants et aux pratiques d'hygiène.

Toutefois, cette diversité sociologique ne garantit pas automatiquement une participation équilibrée de tous les membres. Les entretiens laissent apparaître une prééminence des autorités coutumières dans les processus décisionnels, ce qui peut parfois limiter l'expression de certains groupes, notamment les femmes, les jeunes ou les représentants des communautés minoritaires. Ainsi, si les CLP constituent des espaces de concertation inclusifs sur le plan formel, leur fonctionnement réel demeure largement structuré par les rapports de pouvoir locaux.

Dans cette perspective, les CLP apparaissent comme des structures hybrides de gouvernance locale, à l'interface entre les institutions traditionnelles, les organisations communautaires et les services techniques. Leur composition constitue un atout majeur pour l'ancrage local du FRANC, mais elle soulève également des enjeux liés à la représentativité, à l'équilibre des pouvoirs et à l'effectivité de la participation communautaire. Cette réalité met en évidence la nécessité d'analyser non seulement la composition des CLP, mais également les modalités concrètes de leur fonctionnement afin d'apprécier leur contribution à la gouvernance locale de la nutrition.

3.14. Partenariats institutionnels

La mise en place du dispositif s'est également appuyée sur une collaboration entre les structures communautaires et l'AEL, qui joue un rôle d'interface entre les communautés et les autorités administratives, notamment les services sous-préfectoraux ou COSNAPE.

Dans ce cadre, l'AEL a contribué à la formation des animateurs et des volontaires sur le Paquet Minimum d'Activités (PMA). Ce processus de renforcement des capacités visait à doter les acteurs communautaires des compétences nécessaires pour conduire les activités de nutrition / santé et de développement de la petite enfance (éveil, préscolaire, stimulation précoce). Un superviseur explique :

« Nous avons demandé au chef et à ses notables de mettre un local à notre disposition afin que nous puissions le réhabiliter pour mener les activités. Nous leur avons aussi demandé de proposer des enfants et des jeunes du village. Ils ont mis des volontaires à notre disposition, et ces personnes ont été formées sur le Paquet Minimum d'Activités (PMA). »

Cette approche traduit une logique de co-construction des interventions, dans laquelle les communautés participent activement à la mise en place des infrastructures et à la mobilisation des ressources humaines.

Les entretiens réalisés auprès des acteurs institutionnels et communautaires révèlent également un niveau relativement élevé d'engagement des autorités administratives locales dans la mise en œuvre du dispositif FRANC. Cette implication se manifeste notamment à travers la participation des représentants du corps préfectoral aux activités de coordination, de suivi et de sensibilisation.

Plusieurs témoignages recueillis dans les régions du Bafing et du Kabadougou illustrent cette dynamique, un superviseur de l'AEL affirme :
« Grâce au PMNDPE, les sous-préfets du Bafing sont sensibilisés et impliqués dans le suivi des activités de nutrition des enfants dans leurs localités. »
Un sous-préfet de la région du Kabadougou précise : *« Des ateliers de suivi et d'évaluation sont organisés par l'Unité de Gestion du Projet à Yamoussoukro. Les préfets et les sous-préfets y sont conviés pour faire le point sur le fonctionnement des FRANC. »*
Au niveau communautaire, la présence ponctuelle des autorités administratives lors des activités de terrain est également perçue comme un facteur de légitimation du programme. Un chef de terre membre d'un CLP indique ainsi :
« Le sous-préfet est venu ici deux fois pour voir les activités du FRANC et vérifier si tout se passe bien. »
Ces observations montrent que l'implication du corps préfectoral contribue à renforcer la visibilité institutionnelle du programme, tout en favorisant la responsabilisation des acteurs locaux.

3.2. Fonctionnement du dispositif

3.2.1. Activités mise en œuvre au sein des FRANC

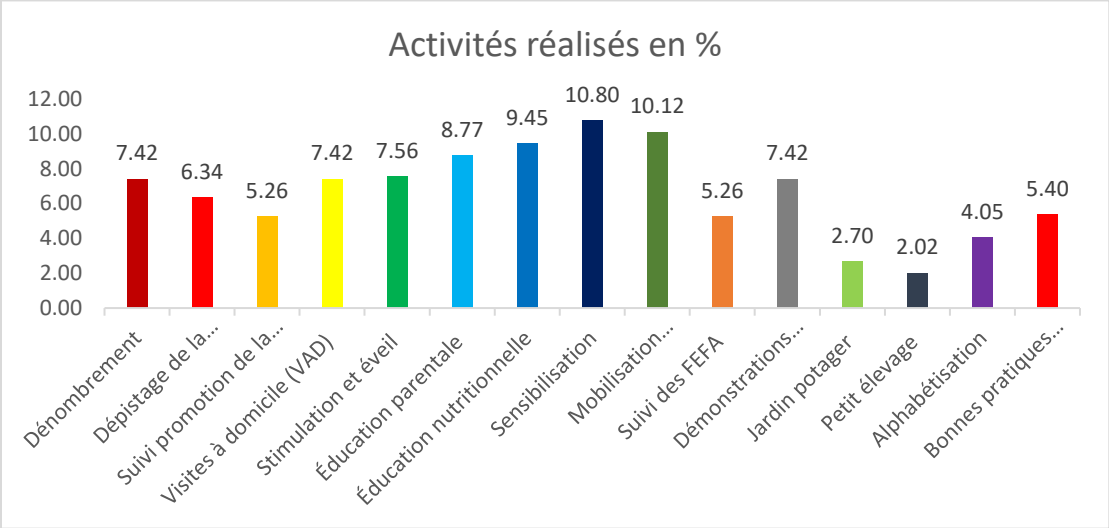


Figure 3 : Proportion des activités réalisées dans les FRANC
Source : notre étude

La figure 3 montre que la sensibilisation est l'activité la plus importante (10,80 %), suivie de la mobilisation communautaire (10,12 %) et de l'éducation nutritionnelle (9,45 %). Ces résultats montrent que les FRANC privilégient principalement les interventions de communication, d'information et de changement de comportements. À l'inverse, les activités productives telles que le petit élevage (2,02 %) et le jardin potager (2,70 %) occupent une place marginale dans les interventions réalisées. Cette répartition traduit une orientation du dispositif davantage centrée sur l'éducation nutritionnelle et la mobilisation sociale que sur les activités génératrices de ressources alimentaires au niveau communautaire.

3.2.2. Contribution communautaire et mobilisation des ressources locales

Les communautés jouent un rôle déterminant dans le fonctionnement quotidien des FRANC. Leur contribution se manifeste notamment à travers :

- la mise à disposition d'animateurs bénévoles ;
- la fourniture d'ingrédients pour les démonstrations culinaires ;
- la participation aux activités de sensibilisation.

Cependant, les observations de terrain révèlent que la durabilité de ces contributions reste inégale selon les localités. Certains chefs de communauté et notables apportent un soutien matériel régulier, comme l'illustre ce témoignage :

« Depuis qu'ils nous ont donné ces explications sur la nutrition, moi-même je donne des aliments et du riz. Nous avons commencé à nourrir les enfants selon leurs recommandations. »

Dans plusieurs villages des sous-préfectures de Koro et Booko (région de Touba), les contributions financières et alimentaires des chefs de kablas, des guides religieux et des notables ont permis de soutenir les activités nutritionnelles. Une animatrice explique :

« Ce sont les villageois qui donnent les ingrédients pour les préparations du foyer. Mais pour la bouillie des enfants malades, il faut acheter les condiments. Parfois le riz manque et certains chefs de kabla nous aident. »

Un autre animateur ajoute : *« Souvent même l'imam nous aide en nous approvisionnant en riz et en farine de mil. »*

Ces contributions témoignent d'une solidarité communautaire importante, mais également d'une certaine fragilité du système de financement local.

3.2.3. Développement de compétences locales en matière de prévention et de prise en charge de la malnutrition

La prévention et la prise en charge de la malnutrition au niveau communautaire reposent en grande partie sur le développement de compétences locales capables de soutenir durablement les interventions sanitaires et nutritionnelles. Dans le cadre de la mise en place des FRANC, cette stratégie de renforcement des capacités vise à doter les acteurs locaux des connaissances et des outils nécessaires pour identifier, prévenir et gérer les situations de malnutrition, en particulier chez les enfants de 6 à 59 mois et les femmes en âge de procréer c'est-à-dire 15 à 49 ans.

La mise en place de ces compétences nécessite un processus structuré de mobilisation, de formation et d'accompagnement des acteurs communautaires. Cette mission est principalement assurée par l'AEL, chargée de faciliter l'implantation du dispositif au sein des communautés, tout en veillant à la participation active des populations locales.

Ainsi, l'AEL intervient comme un acteur clé dans la facilitation du processus de mobilisation communautaire et dans la transmission des compétences techniques nécessaires au fonctionnement des FRANC. Comme l'explique un superviseur de l'agence :

« Nous avons pour mission de former et de coacher les animateurs (trices) sur les activités de nutrition et de DPE. La liste des volontaires est constituée sur proposition des chefs de village. »

Cette démarche illustre une approche de renforcement des capacités basée sur la participation locale, dans laquelle les communautés ne sont pas seulement bénéficiaires des interventions, mais deviennent également des acteurs directs de leur mise en œuvre.

Les témoignages recueillis auprès des animateurs confirment l'importance de ces formations dans la maîtrise des activités du programme. Une animatrice membre du CLP témoigne :
« Nous avons été formés à Daloa pendant cinq jours. Aujourd'hui, je peux faire le travail sans problème. »
Une autre participante précise : *« Nous étions deux à participer à la formation. Elle portait sur les activités qui doivent être menées dans les différents FRANC. »*
Ainsi, la formation constitue un instrument central de professionnalisation des acteurs communautaires, leur permettant d'assumer des responsabilités auparavant réservées aux structures sanitaires formelles.

3.3. Défis et contraintes liés à la gouvernance communautaire

3.3.1. Contraintes institutionnelles liées au rôle des agents de santé communautaires

Les observations de terrain montrent également une participation variable des ASC. Bien que relevant théoriquement du ministère de la Santé dans le cadre de la politique de santé communautaire, les ASC sont fortement sollicités par de nombreux programmes sanitaires au niveau du district. Cette situation réduit leur disponibilité pour les activités du FRANC et crée parfois une dépendance excessive à leur égard. Un membre du CLP explique :
« Dans notre FRANC, l'ASC est en même temps l'animateur, actuellement il est absent. Il est parti pour une activité de santé au district sanitaire de Booko. C'est lui qui peut vous répondre.»
Dans certains villages, l'ASC devient ainsi le principal détenteur des informations relatives aux activités du foyer.
Cette situation est aggravée par l'absence de rémunération des ASC, comme le souligne un infirmier responsable d'aire sanitaire :
« Les ASC ne perçoivent pas de salaire. Ils bénéficient seulement de certaines facilités d'accès aux services de santé. »

3.3.2. Le défi de la motivation des volontaires

Les animateurs du FRANC sont confrontés aux mêmes contraintes que les ASC. Bien que leur engagement ait été présenté dès le départ comme bénévole, beaucoup ont exprimé leur attente d'une compensation financière. Cette attente s'explique en partie par la perception selon laquelle la présence CONNAPE et d'une ONG internationale implique nécessairement l'existence de ressources financières.
Un superviseur de l'AEL explique : *« C'est la première ONG qui vient ici avec un projet étatique. Les communautés et les volontaires pensent automatiquement que nous sommes venus apporter de l'argent. »*
Une animatrice exprime cette frustration : *« Moi je souhaite que ceux qui sont devant cette activité nous donnent une rémunération. On ne peut pas laisser nos activités champêtres pour travailler dans le FRANC sans rien. »*
Face à cette situation, l'équipe de coordination du CONNAPE a tenté de maintenir l'esprit communautaire du programme en proposant des formes alternatives de motivation : (i) distribution de tee-shirts, (ii) prise en charge des frais de transport, (iii) délivrance d'attestations de participation.

3.3.3. Perceptions communautaires du projet et enjeux d'acceptabilité sociale

Les entretiens révèlent également que certaines communautés perçoivent le programme comme un projet gouvernemental financé par des bailleurs internationaux, notamment la Banque mondiale. Cette perception renforce l'idée selon laquelle les ressources financières devraient être redistribuées aux participants. Un notable membre du CLP affirme :

« C'est un projet piloté par la Banque mondiale. On ne peut pas nous dire qu'il n'y a rien dedans pour nous. »

Dans certaines localités, cette attente a même conduit au refus initial du programme.

Une femme présidente de l'association des femmes et membre du CLP rapporte :

« Quand ils sont arrivés, nous ne nous sommes pas entendus. Les jeunes ont exigé une aide financière avant de commencer les activités. »

Ainsi, l'acceptabilité sociale du programme dépend largement de la capacité des promoteurs à gérer les attentes économiques des populations.

3.3.4. Contraintes structurelles liées au niveau d'alphabétisation des animateurs

Tableau 2 : Niveau d'instruction des animateurs (trices) des FRANC

Niveau d'instruction	Animateur (trrice)	%
Jamais scolarisée	19	63
Primaire	7	37
Secondaire	4	13
Supérieur	0	0
Total	**30**	**100**

Source : notre étude

Les résultats du tableau 2 montrent que le niveau d'instruction des animateurs des FRANC demeure globalement faible. Sur les 30 animateurs recensés, 63 % n'ont jamais été scolarisés**,** 37 % ont atteint le niveau primaire et seulement 13 % disposent d'un niveau secondaire. Aucun animateur n'a bénéficié d'un enseignement supérieur. Cette situation constitue une contrainte majeure pour le fonctionnement des FRANC.

Le faible niveau d'alphabétisation limite la capacité de nombreux animateurs à assimiler certains contenus de formation, à renseigner correctement les outils de suivi et à assurer la collecte ou la transmission des données sanitaires. En conséquence, les responsabilités administratives et techniques sont souvent concentrées entre les mains de quelques personnes sachant lire et écrire. Cette situation est expliqué un chef de village :

« Ici, seulement deux personnes ont toutes les informations sur le FRANC. Ce sont eux qui ont été formés à Odienné parce qu'ils savent lire et écrire. »

Cette réalité crée une forte dépendance vis-à-vis d'un nombre restreint d'acteurs. Les observations de terrain confirment cette situation. En effet, dans certaines localités, l'absence temporaire des personnes formées suffisait à bloquer l'accès aux informations relatives au fonctionnement du FRANC. Les propos de ce chef de village en donne un aperçu :

« Aujourd'hui c'est jour de marché. Je vais appeler Diomandé Moussa, le chef adjoint des animateurs. C'est lui qui peut répondre à vos questions. » Dans un autre village, une animatrice

indique : *« Issouf, le chef des animateurs, est parti au champ. C'est la période de la récolte de l'anacarde. Attendez son retour ou revenez demain. »*

Ces témoignages montrent que la faiblesse du capital scolaire des animateurs favorise une concentration des compétences et de l'information entre quelques individus. Cette dépendance fragilise la continuité des activités, limite l'autonomie collective des équipes d'animation et constitue un défi important pour la pérennisation des FRANC.

4. Discussion

4.1. Gouvernance communautaire, diversité des acteurs et appropriation locale du dispositif

Les résultats montrent que la gouvernance des FRANC repose sur une forte implication des structures locales de pouvoir à travers les CLP, qui regroupent les autorités traditionnelles, leaders religieux, associations de femmes et de jeunes, ainsi que des acteurs des secteurs de la santé et de l'éducation. Cette diversité sociologique favorise la légitimité sociale des interventions et leur appropriation par les communautés.

Ces observations corroborent les travaux de Faye (2016) et de Rifkin (2014), qui soulignent que l'engagement des acteurs communautaires constitue un facteur déterminant de la durabilité des programmes de nutrition en Afrique subsaharienne. En Côte d'Ivoire, les études de suivi et évaluation menées dans le cadre du PMNDPE montrent également que l'implication des autorités traditionnelles renforce l'adhésion des populations et la légitimité des actions de santé communautaire (Banque mondiale, 2021). La présence de leaders religieux, notamment des imams dans certains CLP, confirme par ailleurs l'importance des relais socioculturels dans la promotion des changements de comportements liés à la nutrition et à la santé (Perry et al., 2017). Ces résultats rejoignent les expériences observées en Inde, où les programmes de nutrition communautaire s'appuient sur des acteurs locaux pour améliorer l'acceptabilité sociale des interventions (Avula et al., 2013 ; Menon et al., 2016), ainsi qu'au Brésil, où la participation citoyenne constitue un pilier de la gouvernance sanitaire locale (Rocha, 2009 ; Victora et al., 2011).

Toutefois, comme le souligne Cleaver (2012), la diversité des acteurs ne garantit pas nécessairement une participation équilibrée et peut parfois reproduire des rapports de pouvoir asymétriques. Ainsi, si les FRANC s'inscrivent dans une dynamique de gouvernance participative favorable à leur appropriation locale, leur efficacité demeure étroitement liée à la capacité des différents acteurs à collaborer de manière inclusive et équitable.

4.2. Prédominance des activités de sensibilisation dans les FRANC

Les résultats montrent que les activités les plus fréquemment réalisées au sein des FRANC sont la sensibilisation (10,80 %), la mobilisation communautaire (10,12 %) et l'éducation nutritionnelle (9,45 %). Cette configuration traduit une forte orientation du dispositif vers les stratégies de communication pour le changement social et comportemental, considérées aujourd'hui comme des composantes essentielles des programmes communautaires de lutte contre la malnutrition. En Inde, les *Integrated Child Development Services* (ICDS) accordent une place centrale à l'éducation nutritionnelle, aux conseils aux mères et à la communication pour le changement de comportement (Avula et al., 2013). Toutefois, ils indiquent également que l'impact nutritionnel demeure plus important lorsque ces interventions sont combinées à des actions de sécurité alimentaire et de diversification des moyens de subsistance. Les

expériences du Brésil confirment cette dynamique. Les programmes *Fome Zero* et *Estratégia Saúde da Família* ont largement mobilisé l'éducation nutritionnelle et la participation communautaire comme leviers de lutte contre l'insécurité alimentaire (Rocha, 2009). Cependant, contrairement aux FRANC, ces initiatives intègrent davantage des mécanismes de soutien à la production alimentaire locale, notamment à travers l'agriculture familiale, les jardins communautaires et les programmes d'achats publics de produits agricoles locaux. Au Burkina Faso, Olney et al. (2015) démontrent que les projets associant éducation nutritionnelle et production maraîchère améliorent simultanément la diversité alimentaire et l'état nutritionnel des enfants. Au Ghana, Ruel et Alderman (2013) soulignent également que les interventions exclusivement axées sur le changement de comportement produisent des résultats plus limités lorsqu'elles ne sont pas accompagnées d'actions renforçant l'accès physique et économique aux aliments.

4.3.Enjeux de la gouvernance communautaire dans la pérennisation des FRANC

4.3.1. Bénévolat, motivation et durabilité des interventions

L'un des résultats majeurs concerne la fragilité du bénévolat et les attentes financières des acteurs communautaires. Cette tension est largement documentée dans la littérature internationale. En Afrique subsaharienne, les programmes reposant sur des volontaires sont souvent confrontés à des problèmes de motivation et de rétention (Kok et al., 2015). L'absence de rémunération des ASC, observée dans nos résultats, correspond à une problématique récurrente dans les systèmes de santé communautaire. En Côte d'Ivoire, des études ont également montré que les ASC sont fréquemment sursollicités par plusieurs programmes, ce qui limite leur efficacité (Ministère de la Santé, 2017). En Inde, bien que les Anganwadi workers soient rémunérées, leur faible salaire et leurs conditions de travail affectent leur performance (Dasgupta et al., 2015). Au Brésil, en revanche, les agents communautaires de santé (Agentes Comunitários de Saúde) bénéficient d'un statut formel et d'une rémunération, ce qui contribue à la stabilité du système (Macinko et Harris, 2015). Ainsi, nos résultats confirment que la non-institutionnalisation du travail communautaire constitue une limite majeure à la durabilité des FRANC.

Par ailleurs, nos résultats soulignent toutefois une contrainte majeure : le faible niveau d'alphabétisation des animateurs 63%, qui limite l'appropriation des outils techniques. Cette difficulté est également documentée dans plusieurs contextes africains (Perry et al., 2017). Au Brésil, ce problème est moins marqué en raison d'un niveau d'éducation plus élevé et d'un encadrement institutionnel plus structuré. Ainsi, nos résultats confirment que le renforcement des capacités doit être adapté aux contextes socioculturels, notamment à travers des outils pédagogiques simplifiés et visuels.

4.3.2. Attentes financières des communautés et acceptabilité sociale

Les résultats révèlent également que la perception des communautés vis-à-vis des programmes de nutrition peut influencer leur acceptabilité. La recherche de Fournier et al. (1995) souligne que la participation communautaire doit être perçue comme un processus d'engagement et de responsabilité collective. En effet, Les attentes financières des communautés et la perception du projet comme une source de ressources monétaires constituent un facteur déterminant d'acceptabilité. Ce phénomène est bien documenté dans les interventions financées par des bailleurs internationaux (Molyneux et al., 2012). Dans le cas du FRANC, certaines communautés ont initialement rejeté le programme en raison d'attentes économiques non satisfaites. C'est l'exemple de l'étude de Gnomon (2013) sur la prise en charge de la

malnutrition au Tchad, où des attentes non satisfaites ont conduit à une résistance des populations aux interventions.

5. Conclusion

L'analyse de la mise en œuvre du FRANC dans les régions du Bafing et du Kabadougou met en lumière l'importance cruciale de la gouvernance locale dans la lutte contre la malnutrition et le développement intégré de la petite enfance. Les résultats montrent que l'engagement des communautés bénéficiaires, soutenu par des structures de gouvernance hybrides telles que les CLP, favorise une appropriation locale des interventions. Cette dynamique est essentielle pour garantir la durabilité des actions entreprises.

De plus, notre étude révèle que la répartition des activités traduit une orientation du dispositif davantage centrée sur l'éducation nutritionnelle et la mobilisation sociale que sur les activités génératrices de ressources alimentaires au niveau local.

Cependant, plusieurs défis demeurent, notamment la fragilité du bénévolat, les attentes économiques des acteurs communautaires et la variabilité de l'implication des autorités sanitaires. Ces éléments soulignent la nécessité d'une coordination renforcée entre les différents acteurs, ainsi que d'une institutionnalisation des mécanismes de participation communautaire pour assurer une mise en œuvre efficace des programmes nutritionnels.

En définitive, pour que les initiatives comme le FRANC atteignent leurs objectifs, il est impératif de développer des stratégies qui intègrent le capital social local, tout en renforçant les capacités des acteurs communautaires. Cela permettra de créer un environnement propice à la prévention et à la prise en charge de la malnutrition, garantissant ainsi le droit à la santé et au bien-être des enfants dans ces régions vulnérables.

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 d'intérêts

L'auteur affirme que la soumission et la publication de ce manuscrit ne sont pas entachées de conflit d'intérêts.

Références

Action Contre la Faim (ACF). (2013). *Une approche communautaire pour la réhabilitation nutritionnelle et le changement des comportements alimentaires en Côte d'Ivoire : Évaluation externe des FARN*. Juin 2013, pp. 6-75.

Avula, R., Kadiyala, S., Singh, K., et Menon, P. (2013). The operational evidence base for delivering direct nutrition interventions in India. *Food and Nutrition Bulletin*, 34(2), S122–S151.

Banque mondiale. (2021). *Projet multisectoriel de nutrition et de développement de la petite enfance en Côte d'Ivoire*. Washington, DC.

Cleaver, F. (2012). *Development through bricolage : Rethinking institutions for natural resource management*. Routledge.

Dasgupta, A., et al. (2015). Quality of ICDS services in India. *International Journal of Health Policy and Management*, 4(11), 751–758.

Faye, S. L. B. (2016). Quand les mères « résistent » aux foyers d'Apprentissage et de Réhabilitation Nutritionnelle (FARNE) au Sénégal : analyse anthropologique d'un malentendu. *Face à Face. Regards sur la santé*.

Fournier, P., et Potvin, L. (1995). *Participation communautaire et programmes de santé : les fondements du dogme*. Sciences Sociales et Santé, **13**(2), 39–59. https://doi.org/10.3406/sosan.1995.1326 (Persée)

Gnomon, H. F. (2013). Perception de la prise en charge de la malnutrition aigüe sévère par la population au niveau communautaire versus centre de santé : District Sanitaire de Massakory-TCHAD. Master en Développement de l'Université Senghor.

Kok, M. C., et al. (2015). Which intervention design factors influence performance of community health workers? *Health Policy and Planning*, 30(9), 1207–1227.

Macinko, J., et Harris, M. J. (2015). Brazil's Family Health Strategy. *New England Journal of Medicine*, 372, 2177–2181.

Menon, P., Covic, N. M., Harrigan, P. B., et al. (2016). Strengthening implementation and utilization of nutrition interventions. *Global Food Security*, 8, 1–10.

MICS. (2016). *Enquête par grappes à indicateurs multiples (MICS 2016), Rapport final*.

Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (Côte d'Ivoire). (2017). *Politique nationale de santé communautaire*.

Molyneux, S., et al. (2012). Community accountability at peripheral health facilities. *Social Science & Medicine*, 75(2), 192–199.

Olney, D. K., Pedehombga, A., Ruel, M. T., et Dillon, A. (2015). A 2-year integrated agriculture and nutrition program targeted to mothers of young children in Burkina Faso reduces underweight among mothers and increases their empowerment. *The Journal of Nutrition, 145*(5), 1109–1117. https://doi.org/10.3945/jn.114.203539

Perry, H. B., et al. (2017). Community health worker programmes after the 2013–2016 Ebola outbreak. *BMJ Global Health*, 2(3).

Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD). (2014). *Gouvernance locale et développement durable*.

PSNDPE. (2023). *Document de Projet Santé Nutrition et Développement de la Petite Enfance : Orientations stratégiques 2023-2027*. Ministère de la Santé de Côte d'Ivoire.

Putnam, R. D. (2000). *Bowling alone: The collapse and revival of American community*. Simon & Schuster.

Rifkin, S. B. (2014). Examining the links between community participation and health outcomes. *Health Policy and Planning*, 29(suppl_2), ii98–ii106.

Rocha, C. (2009). Developments in national policies for food and nutrition security in Brazil. *Development Policy Review*, 27(1), 51–66.

Ruel, M. T., Alderman, H., et Maternal and Child Nutrition Study Group. (2013). Nutrition-sensitive interventions. *The Lancet*, 382(9891), 536–551.

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).

Victora, C. G., Aquino, E. M., et al. (2011). Maternal and child health in Brazil. *The Lancet*, 377(9780), 1863–1876.

Yoro, B. M. (2012). Pluralisme thérapeutique et recours aux soins en milieu rural ivoirien : approche méthodologique. Recherches qualitatives, 31(1), 47-61

2026 KAMARA, 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 8 (2)
ISSN: 1987-071X e-ISSN 1987-1023
Received, 7 April 2026
Accepted, 22 July 2026
Published, 3 August 2026
https://www.revue-rasp.org
To cite: Mare, R., & Mendes, O. (2026). Modélisation bayésienne dynamique des inégalités de consommation des ménages en Guinée-Bissau: une approche hybride appliquée aux données EHCVM 2018-2021. *Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, 8(2), pp.317-327.* https://doi.org/10.4314/rasp.v8i2.22

Research

Exploring barriers to follow-up care after conventional cytology screening in Libreville, Gabon

Étude des obstacles au suivi post-dépistage cytologique conventionnel à Libreville, Gabon

Ismaël H. Koumakpayi[1,2], Corinne Engohan-Aloghe[1,3*], Line SilatTamo[2], Revignet Rose[1]

[1]Laboratoire d'Anatomopathologie et Biologie des cancers, Institut de Cancérologie d'Akanda, Akanda, Gabon
[2]Service d'Oncologie médicale, Institut de Cancérologie d'Akanda, Akanda, Gabon
[3] Laboratoire d'Anatomopathologie, Hôpital d'Instruction des Armées Omar Bongo Ondimba, Libreville, Gabon

***Correspondence**: Email: coriengohan@gmail.com ; Tel . (+241) 065867960

Abstract

Papanicolaou (Pap) testing has helped reduce the incidence of cervical cancer and remains the primary screening tool in Gabon. However, cervical cancer is still a major public health problem in the country. To improve the effectiveness of Pap smear screening, this study aimed to describe post-screening follow-up and identify barriers to appropriate follow-up. A retrospective study was conducted between January 2018 and December 2019 in the Libreville region of Gabon. We assessed follow-up care among 619 women aged 17 years or older after conventional cytology screening. Individual attitudes (59.6%) and community beliefs (39.6%) were the main reported barriers to the collection of pathology reports and physician consultation, respectively. Among women with abnormal cytology and documented management, 28.7% of reported management decisions were consistent with expected recommendations. In conclusion, this study shows that post-screening follow-up challenges were mainly linked to limited knowledge, community beliefs, and reported or undocumented management gaps. However, these findings should be interpreted cautiously because management information was obtained through patient self-report.

Keywords: Cervical cancer, Pap smear, barriers to follow-up, Gabon

Résumé

Le test de Papanicolaou (Pap) a permis de réduire l'incidence du cancer du col de l'utérus et constitue, au Gabon, l'examen principal de dépistage. Malgré cela, ce cancer demeure un problème majeur de santé publique. Afin d'améliorer l'efficacité du dépistage par frottis cervico-utérin, les objectifs de cette étude étaient de décrire le suivi post-dépistage et

d'identifier les obstacles à un suivi adéquat chez les patientes. Il s'agit d'une étude rétrospective réalisée entre janvier 2018 et décembre 2019 dans la région de Libreville. Le suivi après un frottis de cytologie conventionnelle a été évalué chez 619 femmes âgées de 17 ans et plus. Les principales barrières identifiées étaient, d'une part, les attitudes individuelles (59,6 %), qui entravaient surtout le retrait du compte rendu cytologique, et, d'autre part, les croyances communautaires (39,6 %), qui freinaient la consultation médicale. Par ailleurs, parmi les femmes ayant une cytologie anormale et une prise en charge documentée, 28,7 % des décisions de prise en charge rapportées étaient conformes aux recommandations attendues. En conclusion, cette étude montre que les difficultés de suivi après un frottis cervico-utérin étaient principalement liées à un manque de connaissances, aux croyances communautaires et à des insuffisances de prise en charge, rapportées ou non documentées. Toutefois, cette interprétation doit rester prudente car les informations relatives aux recommandations médicales étaient auto-déclarées.

Mots-clés : cancer du col de l'utérus, frottis cervico-utérin, obstacles au suivi, Gabon

1. Introduction

Cervical cancer is preventable. The implementation of conventional Pap smear and liquid-based cytology (LBC) testing has dramatically reduced the incidence and mortality of cervical cancer in high-income countries through organised national programmes. Cytological screening enables the detection and treatment of precancerous lesions that may precede invasive cervical cancer for several years and are related to persistent high-risk human papillomavirus (HPV) infection (Bosch FX 2008).

However, cervical cancer remains an important public health problem, with around 660,000 new cases worldwide in 2022, mainly in developing countries (WHO 2024). In Gabon, uterine cervix cancer was the most prevalent cancer in females from 1984 through 1993 (Nze Nguema F 1996). Since 2013, cervical cancer has been the second most prevalent female cancer at the Institut de Cancérologie d'Akanda (ICA).

In many low- and middle-income countries, post-screening loss to follow-up occurs when women do not receive their results, do not return for clinical evaluation, or experience incomplete, delayed, undocumented, or suboptimal management after screening. These gaps are recognised as important barriers to cervical cancer control and are explicitly addressed in the World Health Organization (WHO) elimination strategy and recent WHO guidance (WHO 2021). In Gabon, there is no organised cervical cancer screening programme, and screening coverage remains low. Conventional cytology is still widely used in Libreville. Although previous work has described gaps in screening uptake and women's knowledge (Ivanga M 2021), data on post-screening follow-up remain scarce. Moreover, the few published studies on post-screening barriers mainly concern the management of abnormal smears in other settings (Ilic I 2024; Martinez-Gutierrez 2023; Brooks SE 2021).

Therefore, we approached follow-up as a care cascade influenced by individual, community, environmental, and health-system determinants. The aim of this study was to highlight shortcomings in post-screening follow-up, with particular attention to patient-reported clinical management as a component of quality of care.

Objectives
To describe the follow-up care cascade after conventional Pap smear screening and identify barriers to retrieving pathology reports and consulting physicians after screening.
Specific objectives
• To describe reported management decisions and, when these decisions were documented, assess their consistency with evidence-based management standards for Pap smear results.
• To describe follow-up and adequacy of management according to Pap smear result categories (normal vs abnormal subtypes).
• To describe the distribution of barriers across the socio-ecological levels (individual, community, environmental, and health system).

2. Methods

2.1. Study setting
Libreville is the capital city of Gabon. During the study period, conventional Pap smears were performed at the Anatomical Pathology and Cytology laboratory of the Institut de Cancérologie d'Akanda (ICA) and the Hôpital d'Instruction des Armées Omar Bongo Ondimba (HIA-OBO), both located on the outskirts of the capital. Slides were read within 72 hours by the same pathologist and reported using Bethesda terminology (Pangarkar 2022). The pathology report contained recommendations regarding the result, as proposed by Massad et al. (2013). In routine practice, women were usually notified by phone when the results were available and were advised to collect the pathology report and consult a physician for interpretation and management. To assess expected post-screening management, we used the recommendations cited in the pathology reports and in available evidence-based guidance, including Massad et al. (2013) and Brun et al. (2025). This assessment was based on information reported during the interview and on available documentation, not on a systematic independent review of complete medical records.
2.2. Study design and population
We retrospectively conducted a multicentre descriptive study from January 2018 to December 2019. This design was chosen because the main objective was not to estimate causal effects but to document real-world post-screening follow-up trajectories and identify barriers along the pathway from result notification to medical consultation and subsequent management.

The source population comprised all women who underwent a conventional Pap smear in the two participating laboratories during the study period. A total of 1,035 cytology records were reviewed. Women were eligible for telephone contact if a usable phone number was recorded in the registers. Women were included in the phone interview if they had undergone a Pap smear during the study period, were aged 17 years or older at the time of interview, and provided verbal informed consent. The age threshold of 17 years corresponded to the minimum age observed among the women interviewed; it was used only as an inclusion criterion and was not intended to define a national screening threshold. Women with missing or unusable contact information, those who were unreachable after repeated attempts, those who declined participation, and those unable to provide informed consent were excluded from the interview analyses.

2.3. Conceptual framework

The study was guided by a dual conceptual framework (Stuart G 2021). First, post-screening follow-up was approached as a care cascade in which women could be lost at successive steps, ranging from contactability and result retrieval to physician consultation and subsequent reported management. Second, barriers were organised using a socio-ecological framework, which assumes that determinants of follow-up may arise at the individual, community, environmental, and health-system levels. This framework was used to structure the analysis and avoid a purely post hoc categorisation of barriers.

2.4. Data sources and collection

During the phone interview, reported barriers were grouped into four predefined categories: 1) individual factors, including financial problems, morbidities, fear, negligence, or other attitudes; 2) community factors, including beliefs and influence of relatives or friends; 3) environmental factors, limited in this study to transportation difficulties and weather conditions; and 4) health-system factors, including laboratory organisation, physician availability, and reported or undocumented management after consultation.

Data were collected from two complementary sources. First, cytology registers from the two laboratories were reviewed to identify screened women and extract available information on the study site and cytology results. Second, a standardised phone interview was conducted among the included women to document the post-screening pathway. The interview recorded self-reported information on notification that the pathology report was available, report retrieval, physician consultation after result collection, the recommendation or treatment reportedly received, and adherence to the reported recommendation. Sociodemographic characteristics, previous screening history, and self-reported history of sexually transmitted infections were also collected.

2.5. Construction and classification of barriers

Barriers were elicited during the phone interview and coded according to the socio-ecological framework adopted for the study. Reported reasons were grouped into four categories: individual factors (attitudes, financial problems, or morbidities), community factors (beliefs or influence of relatives), environmental factors (transportation difficulties or weather conditions), and health-system factors (laboratory organisation, physician availability, and reported or undocumented management gaps).

2.6. Assessment of reported management consistency

Reported recommendations or treatments were considered consistent with expected management when the action described by the participant matched the recommendation contained in the pathology report and/or the relevant published management guidance for the cytology category. Because this classification relied on patient report and limited available documentation, it should be interpreted as an assessment of reported management consistency rather than a definitive audit of physician performance.

2.7. Statistical analysis

Analyses were performed using R software (version 4.0.0). The analysis was exclusively descriptive because the aim of the study was to document losses to follow-up and the distribution of barriers within the care cascade rather than to test causal hypotheses. Categorical variables were summarised using counts and percentages. Variable-specific denominators were reported for all key indicators. Missing data were not imputed; analyses were conducted on

available data for each variable, and the denominator used for each percentage was explicitly indicated.

2.8. Potential biases and methodological limitations

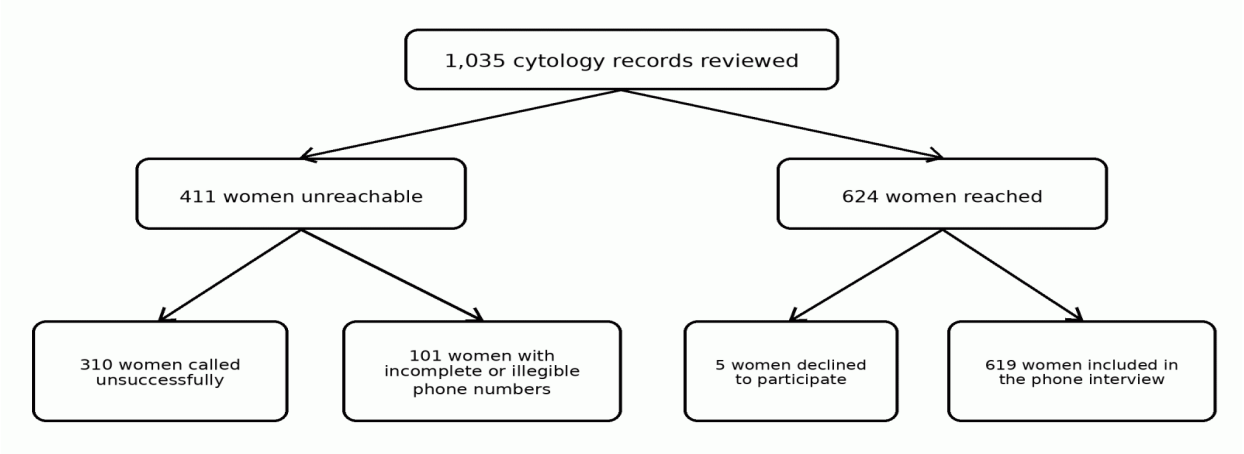
Phone-based data collection introduced recall and social desirability biases because follow-up events, recommendations, and treatments received after consultation were self-reported. The study did not include a systematic review of medical records; therefore, the consistency of reported management with expected recommendations cannot be interpreted as a definitive assessment of clinician competence. The high proportion of unreachable women constituted a major source of potential selection bias, since women who could be reached may have differed systematically from those who could not. Consequently, the findings primarily apply to women who were reachable by phone and willing to participate. Finally, the retrospective descriptive design did not allow causal inference, and the environmental barrier category was limited to transportation and weather-related issues.

2.9. Ethical considerations

Ethical approval was obtained from the Medical Ethics Committee of Gabon (PROT no. 0010/2013/SG/CNE). Verbal informed consent was obtained from all participants during phone interviews, and confidentiality was maintained throughout data collection and analysis.

3. Results

Of the 1,035 cytology records reviewed, 411 women (39.7%) were unreachable despite repeated contact attempts. Among them, 310 women were called unsuccessfully, and 101 had incomplete or illegible phone numbers. Of the 624 women who could be reached, 5 declined to participate. Therefore, 619 women were included in the phone interview and provided usable responses (Figure 1). Because nearly two-fifths of the initial records could not be reached, the results should be interpreted as applying to reachable and consenting women.



Participant characteristics

The characteristics of the participants are presented in Table 1. The included women were predominantly aged 25–45 years. A history of Pap smear testing was reported by 125 women (20.1%). Most participants had a secondary or higher level of education, and 78.8% reported a history of sexually transmitted infection. A family history of cervical cancer was reported in 103 patients (16.6%), while 10 patients (1.6%) had a personal history of cervical cancer.

Table 1. Characteristics of participants

Variable	Category	n/N (%)	Missing data
Site	ICA	212/619 (34.2%)	0
	HIA-OBO	407/619 (65.7%)	
Age	<25	32/615 (5.2%)	5
	25–35	184/615 (29.9%)	
	36–45	197/615 (32.0%)	
	46–55	130/615 (21.1%)	
	56–65	55/615 (8.9%)	
	≥66	17/615 (2.8%)	
Previous Pap smear	Yes	125/619 (20.1%)	0
	No	495/619 (79.9%)	
Province of origin	Estuaire	41/577 (7.1%)	43
	Haut-Ogooué	71/577 (12.3%)	
	Moyen-Ogooué	29/577 (5.0%)	
	Ngounié	150/577 (26.0%)	
	Nyanga	70/577 (12.1%)	
	Ogooué-Ivindo	32/577 (5.5%)	
	Ogooué-Lolo	37/577 (6.4%)	
	Ogooué-Maritime	13/577 (2.3%)	
	Woleu-Ntem	134/577 (23.2%)	
Marital Status	Single	244/567 (43.0%)	53
	Married/Cohabitation	288/567 (50.8%)	
	Divorced/Widow	35/567 (6.2%)	
Education	Illiterate	17/541 (3.1%)	79
	Elementary	84/541 (15.5%)	
	Secondary	289/541 (53.4%)	
	Higher	151/541 (27.9%)	
History of STI*	Yes	435/552 (78.8%)	68
	No	117/552 (21.2%)	
	Chlamydiae trachomatis	389/468 (83.1%)	152
	Syphilis	70/378 (18.5%)	
	HIV	21/354 (5.9%)	
Family history of cervical cancer		103/619 (16.6%)	0
Personal history of cervical cancer		10/619 (1.6%)	0

*Sexually transmitted infection

Barriers to follow-up care after conventional cytology screening

Among women who did not receive their Pap test results, the main reported barrier was individual attitudes (59.6%), followed by laboratory-related issues (13.5%) and transportation difficulties (9.6%). Among those who did not consult a physician after obtaining their results, the most frequently reported barriers were community beliefs (39.6%) and individual attitudes (38.5%). Examples reported during interviews included negligence or delay in result collection, fear of cancer, reliance on prayer, and the perception by some women or relatives that no action was required when the word “cancer” did not appear in the pathology report. Regarding failure to follow expected recommendations after medical consultation, the predominant category was health-system related, mainly physician unavailability and reported or undocumented management gaps (78.7%) according to patient self-report. However, for 20.1% of women in this step, the specific barrier was not documented. Table 2 shows the different barriers to follow-up.

Table 2. Barriers to follow-up care after conventional cytology screening.

Barrier	Specific barrier	Getting Pap results n (%)	Consulting a physician n (%)	Following appropriate recommendations n (%)
Individual	Financial problems	2 (3.8)	2 (2.1)	—
	Morbidities	4 (7.7)	2 (2.1)	—
	Attitudes	31 (59.6)	37 (38.5)	4 (1.2)
Community	Beliefs	1 (1.9)	38 (39.6)	—
	Entourage influence	1 (1.9)	6 (6.2)	—
Environmental factors	Transportation difficulties	5 (9.6)	6 (6.2)	—
	Meteorological conditions	1 (1.9)	—	—
Health-care system	Laboratory organization	7 (13.5)	—	—
	Physician unavailability / reported or undocumented management	—	5 (5.2)	270 (78.7)
Missing data	Unspecified / not documented barrier	—	—	69 (20.1)
	Total	52 (100)	96 (100)	343 (100)

Cytology results and consistency of clinical management with expected recommendations

Table 3 shows that among the 619 records with documented cytology results, 296 (47.8%) were normal and 323 (52.2%) were abnormal. Most abnormal results were inflammatory (50.2%), indicating that normal and inflammatory findings together accounted for 98.1% of records. A management decision was documented for only 240 of 457 consultations (52.5%). Among women with documented management, consistency with expected recommendations was observed in 127/139 (91.4%) normal results and 29/101 (28.7%) abnormal results, based on patient self-report.

Table 3. Management of Pap smear results.

Pap smear result	Cytology results n/N (%)	*Consulting a physician n/N (%)	**Documented management n/N (%)	Management consistent with expected recommendations n/N (%)
Normal	296/619 (47.8%)	220/265 (83.0%)	139/220 (63.2%)	127/139 (91.4%)
Inflammatory	311/619 (50.2%)	229/285 (80.4%)	95/229 (41.5%)	27/95 (28.4%)
ASC-US	5/619 (0.8%)	3/4 (75.0%)	2/3 (66.7%)	0/2 (0.0%)
LSIL	2/619 (0.3%)	1/2 (50.0%)	0/1 (0.0%)	NA
HSIL	2/619 (0.3%)	2/2 (100.0%)	2/2 (100.0%)	1/2 (50.0%)
ASC-H	0/619 (0.0%)	NA	NA	NA
AG-US	1/619 (0.2%)	1/1 (100.0%)	1/1 (100.0%)	0/1 (0.0%)
Non-contributive	1/619 (0.2%)	1/1 (100.0%)	1/1 (100.0%)	1/1 (100.0%)
All abnormal results	323/619 (52.2%)	237/295 (80.3%)	101/237 (42.6%)	29/101 (28.7%)
Overall	619/619 (100.0%)	457/560 (81.6%)	240/457 (52.5%)	156/240 (65.0%)

**The denominator for "Consulting a physician" corresponds to women with the relevant cytology result and non-missing consultation data.*

**The denominator for “Documented management” corresponds to women who consulted a physician. The denominator for “Management consistent with expected recommendations” refers to women for whom a management decision was documented; for abnormal results, this is 29/101 (28.7%).

Discussion

Uterine cervical cancer is preventable when regular screening and appropriate follow-up are ensured. In this study, most eligible and consenting women collected their results, but barriers persisted after conventional cytology screening in Gabon across four levels: individual, community, environmental, and health-care-system.

At the individual level, financial aspects had little impact on follow-up. The Gabonese national health insurance system (CNAMGS) has recently enabled a significant reduction in the cost of Pap smear from 10,000 FCFA (20.8 USD) to 3,000 FCFA (6.2 USD), making the test more accessible. In addition, Pap smear tests have been performed free of charge at ICA every year during Pink October since 2013. Concerning attitudes, negligence, mainly among screened women, prevented appropriate follow-up. Similar to abnormal BI-RADS follow-up (Ivanga M 2017), women followed recommendations when they considered that there was a high concern. Anxiety related to fear of cancer is often responsible for failure to adhere to follow-up (Martinez-Gutierrez J 2023; Ilic I 2024), and in our study, particularly when there was a family history of uterine cervical cancer, it prevented screened women from seeking additional medical advice.

At the community level, people had misconceptions about the natural history of dysplasia and the importance of follow-up after Pap screening. This result is in line with studies conducted in Gabon (Assoumou SZ 2015) and other countries (Makadzange EE 2022; Godfrey MAL 2019; Caine LC 2011), which reported that women had limited knowledge about Pap smears and cervical cancer. Women and/or their entourage also thought that they were able to interpret the Pap smear pathology report themselves. Moreover, religion or traditional beliefs questioned the utility of the screening test and acted as barriers to care. However, the study was not designed as a qualitative investigation, and the cultural, psychological, religious, or social meanings underlying these beliefs could not be explored in depth.

Environmental barriers were less frequently reported but remained present, particularly transportation difficulties, which represented 9.6% of barriers to obtaining results and 6.2% of barriers to medical consultation. However, our definition of environmental barriers was narrow and limited to transportation and meteorological conditions. Other structural determinants, such as distance to health facilities, clinic opening hours, service availability, infrastructure, and safety concerns, were not explored and may therefore have been underestimated.

Finally, at the health-care-system level, the main barrier identified should not be interpreted as a definitive measure of physician inadequacy but rather as reported or undocumented management gaps after medical consultation. These gaps included absence of documented treatment or recommendation when one was expected, lack of repeat cytology after inflammatory or unsatisfactory findings, and absence of documented referral or follow-up for some abnormal cytology categories. However, because this information was obtained mainly through patient report and not through systematic medical record review, these results should

be interpreted cautiously. Conventional Pap results can be rendered unsatisfactory by paucity of epithelial elements, obscuration of smear details by blood, inflammation, or too few squamous cells, which can delay the detection of high-grade cervical intraepithelial neoplasia (Sharma K 2021). Moreover, inflammation in Pap smears can suggest infection, and patients should be considered for appropriate treatment (Barouti E 2013), since pathogens may be isolated in many women with inflammatory smears (Baka S 2013; Woromogo SH 2021). In this study, 50.2% of results were inflammatory. Considering the importance of self-reported STI history in our population (78.8%), treating inflammation when clinically indicated and repeating cytology 2–4 months later may contribute to more appropriate cervical cancer screening follow-up. Chlamydia trachomatis and HIV, reported respectively in 83.1% and 5.9% of tested women, are among HPV cofactors that have been associated with cervical inflammation and increased risk of cervical cancer (Zhu H 2016; Mombo Maganga C 2024).

However, this study has limitations. As a retrospective descriptive study, it precluded causal inference. Moreover, follow-up events, medical consultations, recommendations received, and adherence to these recommendations were self-reported, exposing the study to recall and social desirability biases. In addition, the absence of systematic independent review of complete medical records limited the assessment of clinical management consistency. The high proportion of unreachable women may also have introduced selection bias and limited generalisability. Furthermore, missing or undocumented management data limited the interpretation of appropriate follow-up. Finally, environmental barriers and socio-cultural determinants were explored only superficially. Thus, these limitations highlight the need for prospective and qualitative studies with robust contact information, direct medical record review, and broader assessment of environmental and community determinants.

Conclusion

Cervical cancer remains an important public health problem in Gabon, as in many developing countries, but its incidence and mortality can be reduced through Pap smear screening and appropriate follow-up. Among reachable and consenting women, this study identified several barriers after conventional Pap smear screening: individual attitudes, community beliefs, environmental constraints, and, according to patient self-report, reported or undocumented management gaps after consultation.

To reduce these obstacles, public health action should include community education, improved result-tracking systems, systematic documentation of post-screening management, and continuing training for Pap smear providers and clinicians on evidence-based management recommendations. It is also crucial to improve the clinical management of inflammatory smears, and the use of LBC could reduce the number of unsatisfactory smears caused by obscuring inflammation. Finally, future prospective studies should combine rigorous collection of patient contact information, independent medical record review, and qualitative exploration of beliefs and individual attitudes. These studies should also better characterise management gaps in order to guide effective awareness campaigns and adapt governmental and infrastructural measures for cervical cancer control in Gabon.

Conflict of interest

The authors declare that they have no competing interests.

References

Bosch FX, Burchell AN, Schiffman M, Giuliano AR, de Sanjose S, Bruni L, Munoz N .Epidemiology and natural history of human papillomavirus infections and type-specific implications in cervical neoplasia. Vaccine. 2008;26 Suppl 10: K1-16. doi:10.1016/j.vaccine.2008.05.064

Bray F, Laversanne M, Sung H , Ferlay J, Siegel RL Soerjomataram I, Jemal A. Global cancer statistics 2022: Globocan estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA Cancer J Clin 2024; 74: 229-263

Nze-Nguema F, Sankaranarayanan R, Barthelemy M, Nguizi-Ogoula S, Whelan S, Minko-Mi-Etoua D. Cancer in Gabon, 1984-1993: a pathology registry based relative frequency study. Bull Cancer (Paris). 1996;83: 693–696.

World Health Organization. WHO guideline for screening and treatment of cervical pre-cancer lesions for cervical cancer prevention. Geneva: WHO; 2021.

Ivanga M, Engohan Aloghe C, Koumakpayi IH, Meye JF , Belembaogo E. Situation du cancer du col utérin au Gabon: une revue de la littérature. Bull Med Owendo. 2021; 19:23-27

Ilic I, Babic G, Dimitrijevic A, Sipetic Grujicic S, Jakovljevic V, Zizanovic Macuzic I, Ilic M. Detecting the impact of diagnostic procedures in Pap-positive women on anxiety using artificial neural networks.PLoS ONE 2024; 19 (10):e0312870

Martinez -Gutierrez J, Chima S, Boyd L, Sherwani A, Drosdowsky A, Karnchanachari N, Luong V , Emery J. Failure to follow up abonormal test results associated with cervical cancer in primary and ambulatory care: a systematic review . BMC cancer. 2023;23(1): 653

Brooks SE , Davis EC, Farley JH. Disparities in pap smear screening follow up: a catalyst for collective action vs collective despair. Gynecol Oncol 2021; 160 (2):361-363

Pangarkar MA. The Bethesda System for reporting cervical cytology.Cytojournal. 2022;19: 28.

Massad LS, Einstein MH, Huh WK, Katki HA, Kinney WK, Schiffman M, Lawson HW; 2012 ASCCP Consensus Guidelines Conference. 2012 updated consensus guidelines for the management of abnormal cervical cancer screening tests and cancer precursors. J Low Genit Tract Dis. 2013 Apr;17(5 Suppl 1):S1-S27

Brun JL, Bergeron C, Averous G, Ardaens K, Aynaud O, Baffet H, Carcopino X. Conduite à tenir devant une femme ayant une cytologie cervico-utérine anormale: actualisation des recommandations INCa après la mise en place du dépistage par le test HPV. Gynécologie Obstetrique fertilité et Sénologie. 2025; 53: 54-75.

Direction Générale de la Statistique (DGS) [Gabon] and ICF. Troisième Enquête Démographique et de Santé au Gabon (EDSG-III) 2019–2021. Libreville and Rockville; 2023.

Stuart G , D'LIMA D. Perceived barriers and facilitators to attendance for cervical cancer screening in EU member states: a systematic review and synthetis using the TDF.Psychology and Health. https://doi.org/10.1080/08870446.2021.191 8690

Ivanga M, Koumakpayi IH, Engohan-Aloghe C, EbindaMipinda G, Mboumba C, Chansy K Ankely J, Belembaogo E. Abnormal BI-RADS Breast Lesions in Gabon. Breast J. 2017;23: 615–616. doi:10.1111/tbj.12807

Assoumou SZ, Mabika BM, Mbiguino AN, Mouallif M, Khattabi A, Ennaji MM. Awareness and knowledge regarding of cervical cancer, Pap smear screening and human papillomavirus

infection in Gabonese women. BMC Womens Health. 2015;15: 37. doi:10.1186/s12905-015-0193-2

Makadzange EE , Peeters A , Joore MA, Kimman ML. The effectiveness of health education interventions on cervical cancer prevention in Africa: a systematic review. Prev Med. 2022; 164: 107219.

Godfrey MA L , Mathenjwa S, Mayat N. Rural Zulu women's knowledge of and attitudes towards Pap smears and adherence to cervical screening. Afr J Prm Health Care Fam Med. 2019; 11 (1),a1994

Caines LC, Brockmeyer DM, Tess AV, Kim H, Kriegel G, Bates CK. The revoloving door of resident continuity practice: identifying gaps in transitions of care. J Gen Intern Med. 2011; 26(9)995-8.

Sharma R, Ambroise MM, Ramdas A, Ravichandran K. Predictors of unsatisfactory conventional Pap smears. J Midlife Health 2020; 11: 231-5.

Barouti E, Farzaneh F, Sene AA, Tajik Z, Jafari B. The pathogenic microorganisms in papanicolaou vaginal smears and correlation with inflammation. J Fam Reprod Health. 2013;7: 23–27.

Baka S, Tsirmpa I, Chasiakou A, Tsouma I, Politi E, Gennimata V, Kouskouni E. Inflammation on the cervical papanicolaousmear: evidence for infection in asymptomaticwomen? Infect Dis ObstetGynecol. 2013;2013:184302. doi:10.1155/2013/184302

Woromogo SH , Ambounda Ledaga N, Yagata-Moussa FE, Mihindou A . Uterine cervical neoplasms mass screening at the University Hospital Centre of Libreville, Gabon: associated factors with precancerous and cancerous lesions. PloSOne 2021 23; 16(7):eo255289

Zhu H, Shen Z, Luo H, Zhang W, Zhu X. Chlamydia Trachomatis infection associated risk of cervical cancer: a meta-analysis. Medicine (Baltimore). 2016; 95(13): e3077.

Mombo Maganga C, Mangala C, Mabika Obanda AKF , Maulot-Bangola D , Ambounda Ledaga N , Matsomo Kombet GE , Atenguena E. Prevalence of high-risk human papillomavirus genotypes and viral load correlated with squamous cell inflammation among women in Gabon. BMC Womens Health. 2024;24: 561.

2026 CORINE, 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 8 (2)
ISSN: 1987-071X e-ISSN 1987-1023
Received, 31 March 2026
Accepted, 3 August 2026
Published, 10 August 2026
https://www.revue-rasp.org
To cite: Koffi, A. N., et al. (2026). Représentation sociale de la bilharziose urinaire chez les Baoulé de Kossou et Suibiakro. *Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, 8(2), pp.328-341.* https://doi.org/10.4314/rasp.v8i2.23

Research

Représentation sociale de la bilharziose urinaire chez les Baoulé de Kossou et Suibiakro

Social representation of urinary schistosomiasis among the Baoulé people of Kossou and Suibiakro

Affoué Nadège KOFFI[1], Zié Adama OUATTARA[2,*],N'Doumy Noël ABE [3] , Koko Désiré MANKOUA [4], Meless Siméon AKMEL[5]

[1]Université Alassane Ouattara, Côte d'Ivoire
[2]Centre de Recherche pour le Développement/Université Alassane Ouattara, Côte d'Ivoire
[3]Université Alassane Ouattara, Côte d'Ivoire
[4]Directeur départemental de la santé de l'hygiène publique et de la Couverture Maladie Universelle, Côte d'Ivoire
[5]Université Alassane Ouattara, Côte d'Ivoire

***Correspondance:** Email : adamouattara@uao.edu.ci; Tel : +225-014-316-3289

Résumé

La bilharziose urinaire constitue un problème majeur de santé publique en Côte d'Ivoire. L'approche médicale n'est toujours pas suffisante pour une compréhension globale des facteurs explicatifs de cette maladie. La présente recherche vise à décrire la représentation sociale de la bilharziose urinaire chez les Baoulé de Kossou et de Suibiakro. S'inscrivant dans une perspective socio-anthropologique, cette étude repose sur une approche qualitative. La collecte des données a été réalisée au moyen d'un focus group, d'une observation directe et d'un entretien individuel. Les résultats de l'enquête montrent que la représentation sociale des communautés Akouè de Kossou et de Suibiakro, liée à la bilharziose urinaire, dépend de leurs imaginaires sociaux. En outre, la représentation sociale de la maladie diffère d'un groupe culturel à l'autre. La bilharziose urinaire est une maladie grave, avec des conséquences très sévères, chez la population de Kossou. Cependant, la communauté de Suibiakro n'est pas reconnue comme un fait pathologique. Cette communauté désigne la présence de sang dans l'urine comme signe de puberté chez les enfants. Ainsi, l'intérêt de cette étude réside dans sa capacité à éclairer les stratégies de lutte en mettant en lumière les dimensions culturelles.

Mots-clés : Représentation sociale, logiques sociales, Bilharziose urinaire, Côte d'Ivoire.

Abstract

Urinary schistosomiasis is a major public health problem in Côte d'Ivoire. The medical approach is still insufficient for a comprehensive understanding of the factors underlying this disease. This research aims to describe the social representation of urinary schistosomiasis among the Baoulé people of Kossou and Suibiakro. Adopting a socio-anthropological

perspective, this study employs a qualitative approach. Data were collected through focus groups, direct observation, and individual interviews. The results of the study show that the social representation of urinary schistosomiasis among the Akouè communities of Kossou and Suibiakro depends on their social imaginaries. Furthermore, the social representation of the disease varies across cultural groups. Urinary schistosomiasis is perceived as a serious disease with very severe consequences among the population of Kossou. However, the Suibiakro community does not recognize it as a pathological condition. This community interprets the presence of blood in children's urine as a sign of puberty. Thus, the significance of this study lies in its ability to inform control strategies by examining cultural dimensions.

Keywords: social representation, social logics, Urinary bilharzia, Côte d'Ivoire

Introduction

La bilharziose encore appelée schistosomiase, est la deuxième endémie parasitaire mondiale après le paludisme. Elle sévit dans 76 pays africains. Elle est liée à l'environnement et est plus présente dans les communautés démunies qui n'ont pas accès à une eau de boisson salubre. La croissance démographique entraînant une augmentation des besoins en énergie et en eau, est souvent à l'origine de programmes de développement et de modification de l'environnement qui favorisent la transmission (OMS, 2014). La prévalence de cette maladie est plus élevée chez les populations africaines et du Moyen-Orient, en état de précarité sociale (Jones, 2019). En effet, la bilharziose touche 250 millions de personnes dans 78 pays dont 201,5 millions vivent en Afrique (Lover, 2019). La sédentarisation de l'homme, au service du développement de l'agriculture, a contribué à sa cohabitation avec le parasite de la bilharziose. Elle a créé la proximité des lieux de déjection avec les habitats et les sources d'approvisionnement en eau (Wieczorek, 2012). Cette coexistence entre l'homme, son milieu de vie et le parasite vecteur, représente le principal facteur de contamination de cette parasitose. C'est le cas des paysans dans les aménagements hydro-agricoles, des enfants prenant leur bain dans les mares contaminées, des femmes utilisant les marigots pour la lessive ou la vaisselle. Chelsea et *al*., (2026) rapportent que selon l'OMS, (2023), la mortalité due à la bilharziose est estimée à 11792 personnes, un nombre probablement sous-estimé. La bilharziose, par la complexité de son cycle aquatique et la nature de son vecteur, est inféodée à un milieu où son développement parasitaire dépend étroitement des contacts entre les hommes et l'eau. La recherche de solutions principalement axée sur l'éradication du problème a suscité la réalisation de différents travaux. Ces travaux ont présenté la pathologie et ses facteurs de prévalence, à travers des indicateurs environnementaux et des pistes pour y remédier. La recherche biomédicale a permis la découverte des vecteurs. Selon Becker et Collignon, (1994), on trouve des références relatives à des traitements dont l'efficacité est avérée à des observations cliniques et thérapeutiques. Cependant, la bilharziose semble tout à fait adaptée à son hôte humain et à son environnement, car le problème persiste et toute la littérature montre que la prévalence est loin d'être réduite.

La plupart des infections humaines dues à la bilharziose sont causées par *S. haematobium* (forme urinaire) et *S. mansoni* (forme intestinale). Depuis des années, on observe une augmentation des cas dans des zones non endémiques (Bouchra, 2026), notamment de la forme urinaire, la plus fréquente en Côte d'Ivoire, avec 29 % (Chiaruzzi, 2025).

Tous les efforts de lutte n'ont pas pu améliorer la situation. En dépit de la surveillance sanitaire conforme au protocole de l'OMS dans toutes les zones endémiques, la situation sanitaire liée à la bilharziose urinaire est devenue plus préoccupante. La bilharziose urinaire a réussi à s'étendre sur tout le territoire national. L'ensemble des 113 districts sanitaires de la Côte d'Ivoire est

endémique à la cette parasitose (Alla, 2025) et (Brou, 2026).

La question de la bilharziose urinaire a été abordée de diverses manières selon les différents champs scientifiques notamment l'épidémiologie, l'entomologie, la parasitologie et la géographie en vue de mieux appréhender et expliquer le phénomène. Plusieurs recherches à ce sujet sont réalisées à partir des données biomédicales et géographiques. Or, les perspectives médicales et géographiques ne peuvent pas être les seuls moyens pour arriver à des solutions globales et permanentes (Abé, 2014). Becker et Collignon (1994), notent des tentatives de contrôle de la maladie par des observations épidémiologiques. On constate de plus en plus le développement des travaux où les observations cliniques et thérapeutiques se multiplient. Les recherches sur les modes de transmission se développent considérablement. Cette surveillance ou ce contrôle épidémiologique n'a donné lieu qu'à de rares observations sur la représentation locale. Un aspect important a été sous-estimé. Les recherches biomédicales n'ont pas mis l'accent sur les logiques socioculturelles qui sous-tendent les comportements des populations par rapport au problème pathogène.

Ainsi, il est important d'appréhender les modes d'interprétations qui conditionnent les conduites pathogènes favorisant l'existence ou la prolifération du problème donné. Il s'agit de souligner les corrélations entre les caractéristiques des contextes culturels, sociaux, économiques et les prévalences de la pathologie. Selon Jodelet (2002), cette représentation sociale est si importante dans la vie courante. Elle fournit aux individus une grille pour interpréter leurs réalités quotidiennes, leur donner un sens de sorte à identifier un moyen de défense. Un regard sur la représentation sociale des communautés peut permettre de juguler le problème si celles-ci sont bien informées. Cette approche entend mettre en lumière les déterminants sociaux et culturels qui façonnent la problématique de bilharziose urinaire. A cet effet plusieurs aspects sont développés selon les objectifs de recherche. Ainsi les modèles explicatifs dans le courant cognitif de l'anthropologie interprétative considèrent la représentation de la maladie comme une réalité culturellement constituée (Kleinman, 1980). Les conceptions montrent que la médecine s'inspire aussi des observations de la pensée profane et que la question du sens n'y est pas non plus rejetée (Taïeb, 2005). C'est pourquoi, la présente étude se propose de comprendre en quoi la représentation sociale constitue un facteur de persistance de la bilharziose urinaire chez les communautés de Kossou et Suibiakro. L'objectif est de situer la question de la bilharziose urinaire dans son contexte social et culturel afin de saisir les interprétations qui s'y rapportent.

1. Méthodologie

1.1. Cadre de l'étude

Les villages de Kossou et Suibiakro sont les champs de l'étude. Ce sont deux villages Baoulé situés au centre de la Côte d'Ivoire dans le département de Yamoussoukro (Région du Bélier). Le schéma qui suit indique les différentes localités dans lesquelles s'est déroulée la recherche.

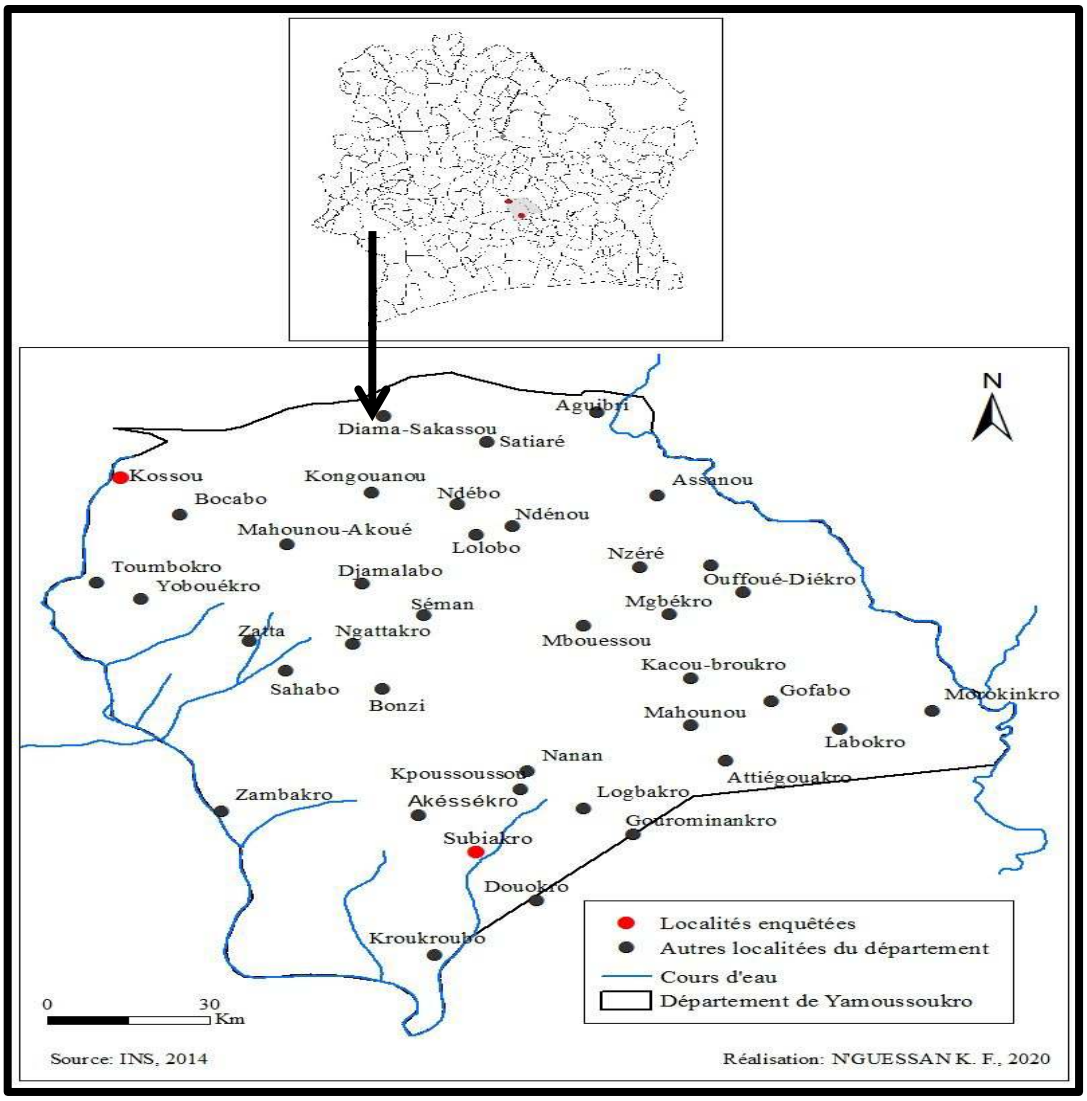


Figure 1. Zone

Les raisons qui justifient le choix de ces deux localités sont fondamentalement liées aux caractéristiques de leur milieu naturel très favorable à la bilharziose urinaire. En effet, la température observée dans ces localités constitue un facteur essentiel du développement des mollusques. La localité de Kossou dispose d'un réseau hydrique (Barrage, lac, rivière et fleuve) très développé. Situé dans le « V» Baoulé, le lac de Kossou fait partie des plus importants barrages hydroélectriques en Côte d'Ivoire (Sellin, et Simonkovich, 1983). Par conséquent, la bilharziose urinaire est observée à Kossou avec 66,44 % en 2015 et 54,43 % en 2016. On observe une baisse significative en 2017 avec une incidence de 4,92 %.

Quant au village de Suibiakro, il est parsemé de plusieurs points d'eau dont des bas-fonds, des rivières et des marigots. La bilharziose urinaire qui semblait avoir été maitrisée en 2015 dans cette partie du pays avec 00 % de cas, a ressurgi en 2016 avec une prévalence de 2,53 % (Koffi, 2024). A l'instar de Kossou, le taux de prévalence a chuté à SuibiaKro de 2,43 % en 2017. En revanche, au vu des risques de résurgence probable, il est impératif pour tous les acteurs de travailler à la maitrise totale de ce phénomène pathologique.

1.2. Outils et techniques de collecte

1.2.1. Outils de collecte

Ce travail s'inscrit dans une approche qualitative. Le focus-group, l'entretien individuel et l'observation directe ont permis de collecter les données.

1.2.2. Techniques de collecte

Focus-group : Quatre focus groups de six à douze personnes dont deux dans chaque localité (2 groupes d'hommes et 2 groupes de femmes) ont été effectués. Il s'est agi de recueillir l'avis de toutes les couches sociales sur la question de la bilharziose urinaire en vue de comprendre la représentation sociale qui sous-tend la persistance de la pathologie dans les zones où s'est déroulée l'enquête. L'échantillon d'enquête est décrit dans le tableau 1 suivant.

Tableau 1 : Focus-group par site d'enquête

Catégorie des participants	Kossou	Suibiakro	Effectif
Hommes	09	07	33
Femmes	09	08	
Total	18	15	

Source : Enquêtes, 2017.

Entretiens individuels : Ils ont été effectués avec des personnes ressources aussi bien dans la population que dans les structures socio-sanitaires et éducatives de Kossou et Suibiakro. Cette étape menée à l'aide d'un guide d'entretien avait pour objectif de relever les habitudes et les idéologies des populations relatives à la bilharziose urinaire. 22 personnes ont été interrogées et sont reparties comme suit :

Tableau 2 : Population d'enquête sur les deux sites d'étude

Catégories de participants	Kossou	Suibiakro	effectif
Personnel médical	04	1	22
Enseignants	04	3	
Tradipraticiens	1	1	
Bénévole	1	0	
Représentants des mouvements	5	2	
Total	15	7	

Source : Enquêtes, 2017.

À Suibiakro, la partie marquée « zéro » indique l'absence d'organisation dans le village. Aussi, la case marquée « représentants des mouvements » fait référence aux président(e)s des mouvements des jeunes, des femmes et des quartiers.

Le choix des différents groupes cibles est motivé par le fait qu'ils représentent la communauté à des niveaux près. À ce titre, ils sont les mieux indiqués pour donner des informations concernant l'évolution de la bilharziose urinaire dans leurs localités respectives.

Observation directe : Elle a été pour nous un moyen d'être au cœur de la vie quotidienne des communautés cibles afin d'observer leurs habitudes. Ce qui a permis de comprendre les facteurs humains expliquant la persistance de la bilharziose urinaire dans ces localités.

1.3. Cadrage théorique

L'analyse des données s'est appuyée sur la théorie des représentations sociales et la méthode compréhensive.

1.3.1. Théorie de représentation sociale

La théorie des représentations sociales a été développée par plusieurs auteurs. Mais, ce travail s'appuie sur les pensées de Kleinman (1980) à travers son concept de modèle explicatif. Selon sa conception, la représentation sociale guide les comportements et les pratiques des individus. Les modèles explicatifs de la santé et de la maladie sont aussi assortis d'un ensemble de prescriptions et d'interdits qui déterminent les comportements à adopter ou à bannir pour demeurer en santé, la recouvrir, ou pour en prémunir les autres membres de la famille ou de la communauté. Ainsi, cette théorie contribue à déterminer la représentation sociale qui oriente les modes d'interprétation liées à la bilharziose urinaire chez les Baoulé Akouè de Kossou et Suibiakro.

1.3.2. Méthode compréhensive

Dans son œuvre intitulée Max Weber, Fleury, (2001) rapporte que la démarche compréhensive peut être comprise comme une démarche en trois étapes: la compréhension, l'interprétation et l'explication du fait social. La première étape consiste à identifier les comportements humains auxquels l'acteur attribue un sens subjectif. La seconde étape donne lieu à la phase interprétative. Il s'agit alors d'objectiver le sens identifié. La troisième et dernière phase explicative vise à établir une compréhension causale de la réalité sociale, c'est-à-dire à identifier les relations de causalité entre les phénomènes. Cette méthode a permis de donner un sens aux différentes informations collectées. Elle a également contribué à établir un lien entre les connaissances des populations de Kossou et Suibiakro sur la bilharziose urinaire et leurs comportements liés à ce phénomène pathologique.

2. Résultats

La représentation peut être considérée comme la grille de lecture des groupes Baoulé de Kossou et Suibiakro en ce qui concerne la bilharziose urinaire. Ainsi, le portrait social de la bilharziose urinaire dans la société Baoulé Akouè de Kossou comprend : Le cadre nosologique, les théories étiologiques, le processus de transmission, les signes cliniques, le niveau de gravité, les conséquences et le recours thérapeutique adopté par la communauté

2.1. Nosologie se rapportant à la bilharziose urinaire

Les communautés Akouè de Kossou et Suibiakro utilisent deux expressions pour désigner la bilharziose urinaire. Il s'agit des termes " *bié-modja* "ou "*akô-loliè* ".

2.1.1. *" Bié-modja "*

Ce vocable veut dire *" pisse du sang ". " Bié-modja "* fait allusion à la couleur de l'urine en ce sens que *" bié "* signifie *" pisse "* et *" modja "* veut dire du sang. Le terme *" bié-modja "* désigne donc la présence de sang dans l'urine.

2.1.2. *" Akô-loliè "*

" Akô-loliè " signifie *" infection de poulet "*. Cette expression, utilisée pour désigner la bilharziose urinaire, révèle deux explications différentes selon la conception de chaque communauté. " akô-loliè " traduit l'état transitoire de la maladie et la fréquence de l'urination chez la personne infectée. Le terme *" akô "*signifie *"poulet "* et *" loliè "* veut dire infection bénigne en langue locale. Cette expression, associée à la maladie, indique que tout individu infecté urine fréquemment. Il ressort également que l'accouplement des poulets est éphémère (environ 10 secondes). Ainsi, du point de vue du peuple de Kossou, autant l'accouplement de cette espèce animale est éphémère, autant les personnes infectées urinent de manière éphémère et fréquente. Pour le peuple de Suibiakro, bilharziose urinaire est passagère comme l'accouplement des poulets.

Il ressort que la nosologie des communautés cibles diffère de celle de la science moderne, car elle repose sur des modèles explicatifs distincts. Le cadre nosologique de la bilharziose urinaire est composé d'images et de signes, tandis que le processus de nomination par l'épidémiologie moderne est régi par un code d'éthique, et que le diagnostic est établi sur la base des examens paracliniques. En plus du facteur environnemental, le manque d'activités de sensibilisation liées à la maladie fait qu'elle est peu connue au sein de la communauté, même si elle existe. Ainsi, les connaissances marquées par la vision culturelle, mettent les populations de Kossou et Suibiakro dans une situation de vulnérabilité face à la pathologie.

2.2. Théories étiologiques relatives à la bilharziose urinaire

2.2.1. Théories étiologiques associées à l'eau

Selon les deux communautés, la consommation d'eau contaminée est à l'origine de la bilharziose urinaire. A Kossou, les informateurs indiquent qu'il s'agit principalement d'eau provenant du fleuve Bandama. Ils ont révélé être conscient que le fleuve Bandama est pollué du fait qu'il n'est plus entretenu. Selon eux, le fleuve Bandama faisait l'objet d'entretien par l'Etat ivoirien au cours des années passées (1980 à 1990) en vue de le dépollué. Ainsi la consommation de cette eau ne représentait aucun danger pour la communauté. Ces idées sont traduites en ces termes *: « Chez nous, il y a coupure d'eau tous les jours. Nous pouvons faire deux semaines sans eau. Que pouvons-nous faire d'autre ? C'est l'eau de Bandama nous buvons. Nous l'utilisons pour la cuisine. C'est tout cela qui donne la bilharziose. Avant au moins le président Houpouet envoyait des avions pour mettre des produits dedans. Mais, il n'y a plus d'entretien.*» **(Focus hommes, 2017)**. En revanche, Les populations de Suibiakro stipulent que toutes les eaux de surface (marigots, rivières, lacs) sont susceptibles de causer la bilharziose urinaire du fait de l'utilisation des produits phytosanitaires par les paysans et les éleveurs qui polluent à leur tour les sources d'eau. Cette idée est traduite en ces propos : *«Ici on paye l'eau oh. En plus de SODECI y a une pompe villageoise. Mais ça aussi on paye, par ce que c'est avec cet argent on répare la pompe quand elle se gâte. Donc ceux qui ne peuvent pas payer font tout au marigot. D' ailleurs y a des gens qui préfèrent l'eau de marigot. Et puis, de nos jours, les jeunes ne veulent plus travailler à la main si ce n'est pas les produits pour tuer les herbes. Quand il pleut tout ça là se retrouve dans les marigots . C'est pour ça il dit ça »,* (**Focus group femme, 2016).**

2.2.2. Théories étiologiques associées aux comportements

Ces théories étiologiques associées aux comportements sont le rejet d'urine dans les eaux de surface, sur les traces de sujets bilharziens, et le contact avec les flaques ou mares d'eau.

Evacuation des urines dans l'eau contaminée : Le fait d'uriner dans l'eau de surface est un facteur d'exposition à la bilharziose urinaire. Ces idées sont traduites par les expressions

suivantes : *« on t'a dit qu'on est venu s'installer ici à cause du Bandama. Donc on travaille beaucoup dans le Bandama. Les femmes font parfois la vaisselle là-bas. On fait l'or, la pêche tout. Nos champs sont au bord du Bandama. Certaines personnes urinent dans l'eau parce qu'ils n'ont pas toujours le temps d'aller dehors. Et puis même si tu sors pour pisser ou bien chier dehors, l'eau de pluie fait retourner. Hum, il y a des gens même qui chient dans l'eau là»* **(Focus homme, 2017).**

Déjection dans l'espace "*lika klwa **biélè " :*** Dans la tradition du peuple de Suibiakro, un individu déjà infecté qui urine ou fait ces selles dans la nature peut contaminer tous ceux qui poseraient le même acte que lui.

Contact avec les flaques ou mares d'eau " *akpo messou n'zué me-noudjralè* " : Les jeux d'enfants et la marche dans ces retenues d'eau sont les moyens de contact relevés par les informateurs. Les participantes rapportent que les retenues d'eau abriteraient des micro-organismes désignés sous le nom de « *aboukplé* » dans leur langue et auxquels elles attribuent la cause de la bilharziose urinaire. « *En allant au champ, parfois, on marche dans les marres d'eau sur la route. Il y a même des gens qui traversent l'eau pour aller dans leur champ surtout avec les enfants qui jouent partout. Pour eux, toutes les eaux conviennent à la natation. Ces bêtes peuvent rentrer dans le corps »* (**Focus femmes, 2017**). Selon les descriptions, "*aboupklé* " désigne les larves de batracien vivant en milieu aquatique, connues sous le nom de têtards.

2.3. Théories étiologiques associées aux insectes et vers

2.3.1. Sangsue *"anomien "*

La Sangsue est une espèce de ver retenue par les enquêtés comme responsable de plusieurs infections telle que la bilharziose urinaire.

2.3.2. Simulie

La simulie ***" pklépklé "*** est une catégorie d'insectes que l'on trouve dans les zones forestières et qui selon le peuple de Kossou provoque la bilharziose. Les différentes théories étiologiques évoquées par les peuples de Kossou et de Suibiakro relèvent d'un système de connaissances subjectives, tandis que les théories causales de l'épidémiologie moderne reposent essentiellement sur des critères médicaux. Elle attribue la bilharziose urinaire à des cercaires libérés. L'étiologie perçue de cette parasitose au niveau des deux groupes Baoulé est susceptible d'augmenter l'endémicité et d'accroître le taux de prévalence dans leurs zones.

2.4. Processus de transmission

Les conceptions des communautés de Kossou et Suibiakro concernant le processus de transmission ne correspondent avec la logique épidémiologique. En effet, les discours révèlent un mécanisme de transmission de la bilharziose urinaire fondé sur des savoirs populaires:

- proximité (contact avec des traces d'urine ou avec l'eau où la transmission ne se fait que par les appareils génitaux),
- l'injection (piqûre des simulies des sangsues, simulies et têtard), ou
- déglutition (consommation d'eau insalubre).

Les logiques sociales de ces communautés relatives au mode de transmission de la maladie s'écartent des connaissances établies par l'épidémiologie moderne. Elles constituent des déterminants socioculturels de vulnérabilité et peuvent compromettre l'efficacité des stratégies de prévention de la maladie.

2.5. Signes perçus de la bilharziose urinaire

2.5.1. Urine dans le sang (Hématurie)

La couleur de l'urine demeure le principal symptôme et le plus visible de la bilharziose urinaire. L'identification de cet état morbide s'opère par un jeu de couleur. La bilharziose urinaire se caractérise par des urines rougeâtres. Ainsi, les communautés sont passées des idées populaires aux idées reçues des sciences biomédicales.

2.5.2. Douleurs pelviennes et l'anémie

Les douleurs pelviennes sont des causes de la bilharziose urinaire évoquées par la communauté de Kossou en plus de l'hématurie. Selon elle, ces douleurs sont la conséquence des plaies causées par les vers responsables de la bilharziose urinaire. Les vers rongent les appareils génitaux de l'homme causant ainsi des douleurs. Aussi, l'anémie est due aux saignements provoqués par les blessures au niveau du bas-ventre.
Les résultats montrent que même si les causes de la maladie sont mal perçues, les pensées relatives aux symptômes de la bilharziose urinaire rejoignent celles des sciences biomédicales. Ceci peut être un atout sur lequel les acteurs de lutte doivent se baser pour améliorer les connaissances en ce qui concerne la bilharziose urinaire. Cette perspective pourrait contribuer au changement des perceptions vis-à-vis du problème et faciliter l'adoption de comportement favorable à son élimination. Il convient donc de dire que la connaissance des symptômes de l'infection peut contribuer à sa réduction.

2.6. Niveau de gravité de la bilharziose urinaire

2.6.1. Niveau de gravité d'après les Akouè de Kossou

La bilharziose urinaire est reconnue par le peuple de Kossou comme un fait pathologique très grave avec des conséquences irréversibles.

2.6.2. Niveau de gravité d'après les Akouè de Suibiakro

La bilharziose urinaire n'est pas perçue par cette population comme une maladie, encore moins comme une infection grave. Une maladie est dite grave dans cette communauté lorsqu'elle peut entraîner des infirmités ou la mort. Ce constat relève d'une banalisation de la parasitose, soutenue par la méconnaissance du niveau de gravité des problèmes sanitaires que la bilharziose urinaire peut causer. Ce décalage d'interprétation entretient l'existence et la persistance de la bilharziose urinaire dans la localité. Il en résulte que le cycle de la bilharziose urinaire a peu de chances de se fermer dans cette localité.

2.7. Conséquences perçues de la bilharziose urinaire

2.7.1. Conséquences perçues de la bilharziose urinaire chez le peuple de Kossou

L'infécondité, les avortements spontanés et les complications des organes génitaux sont les conséquences citées par les populations de Kossou. Ces conséquences peuvent conduire la victime à la mort. Lors de l'un des focus groups, la bilharziose urinaire a été reconnue comme la cause du décès d'une jeune fille dans le village.

2.7.1. Conséquences perçues de la bilharziose urinaire chez le peuple de Suibiakro

La bilharziose urinaire n'est pas perçue à Suibiakro comme un problème de santé, car, selon les intervenants, il s'agit d'une infection chez les enfants. Elle ne manifeste pas le besoin de se faire traiter ni de se faire aliter, et elle ne cause pas de dommages graves susceptibles d'affecter

la santé de l'individu.

2.8. Recours thérapeutique

2.8.1. Recours thérapeutique chez le peuple de Kossou

La population de Kossou s'oriente vers le centre de santé pour toute infection bilharzienne. Le comprimé Biltricide, au coût de neuf mille neuf cent quatre-vingt-cinq francs CFA (9985 FCFA) et équivalent au praziquantel, a été mentionné par les enquêtés.

2.8.2. Recours thérapeutique chez le peuple de Suibiakro

La population de Suibiakro n'a recours à aucun traitement pour cette maladie, car elle n'est pas considérée comme une pathologie. Pour le peuple de Suibiakro, la bilharziose urinaire n'a pas besoin d'être traitée. Elle guérit d'elle-même à l'âge adulte du sujet. L'hématurie chez l'enfant est interprétée comme un indicateur de maturité. Par conséquent, il n'est pas étonnant que les parents ne fassent pas de lien entre la perception de l'hématurie comme maladie et l'infection bilharzienne.

Discussion

Le construit social de la bilharziose urinaire reflète une perception, souvent confuse et parfois erronée, liée aux caractéristiques épidémiologiques. Il s'agit des théories nosologiques et étiologiques, du mode de transmission, de la symptomatologie, du niveau de gravité, des conséquences et du recours thérapeutique de la maladie. En ce qui concerne la nosologie, les populations de Kossou et de Suibiakro recourent à un stock de mots déjà constitué pour désigner la bilharziose urinaire. De plus, les représentations sont largement partagées, même si le sens précis des mots peut varier d'un locuteur à l'autre. Il s'agit des termes *ˇakô-loliɛ˝* utilisé par les deux communautés et *ˇbié-modjă˝* utilisé uniquement par les Akouè de Kossou pour désigner la maladie. Chez ces communautés, la bilharziose urinaire se manifeste par des images, lesquelles permettent de décrire les symptômes de cet état morbide. Dans cette logique, la dénomination et la signification de la bilharziose urinaire sont axées sur des connaissances ancestrales (Modes de pensée et de vie). Brou (2019), a également montré à Bamoro et N'guessan-Pokoukro que le processus de nomination de la bilharziose urinaire est influencé par les croyances. Pourtant, ces croyances sont parfois erronées du fait qu'elles révèlent des dissemblances à la lumière de la logique biomédicale. Il apparait donc que la confusion autour de la nosologie de la bilharziose urinaire témoigne de la méconnaissance des communautés. Cette méconnaissance peut maintenir les populations de Kossou et Suibiakro dans une situation de vulnérabilité vis-à-vis de la maladie et favoriser sa réémergence ou son maintien dans leurs localités. Aussi, faut-il noter que la confusion observée autour de la bilharziose urinaire peut influencer la décision de recherche de soins chez les communautés de Kossou et Suibiakro. La méconnaissance de ces populations émane également de la mauvaise conception des causes de la bilharziose urinaire. En effet, le groupe Akouè de Kossou et Suibiakro impute la responsabilité de ce phénomène pathogène à des éléments naturels (eau, insecte, ver, batracien) et aux comportements à risque (évacuation des urines dans l'eau et Déjection dans l'espace). Le facteur eau évoqué est associé à la consommation d'eau insalubre, car, selon la conception de ces deux peuples, la seule cause d'infestation liée à l'eau est de boire de l'eau non potable. D'après les répondants, les deux petits animaux invertébrés (sangsue et simulie) semblent inoffensifs, mais ils contiennent des substances nocives pour la santé de l'homme. La sangsue et la simulie après avoir sucé le sang de leur victime laissent des traces de sang. Le sang retrouvé après la piqûre est infecté. Étant donné que tout ce sang ne peut pas sortir par la peau puisque la sortie doit être progressive, il poursuit le processus en sortant par les urines. Tout indique que l'étiologie sociale de la maladie

n’est pas connue à Kossou et à Suibiakro car il existe un grand écart entre leurs conceptions des causes de ce phénomène pathologique et celles des sciences biomédicales. Pour reprendre l’idée de Herzlich (1983), le construit social de ce phénomène morbide « *ne se fonde pas sur la connaissance scientifique, mais sur la pratique sociale et les règles de conduite qui s'y rapportent* ».

La conception des communautés de Kossou et de Suibiakro reflète leur méconnaissance de l’étiologie de la bilharziose urinaire. Des études similaires menées par Akinwale, (2004) confirment ces résultats. Il apparaît donc que le fait d’être dans une zone endémique ou non endémique ne permet pas de prédire la pathologie à laquelle l’on est confronté. L’étude de Kouame et al., (2023) menée dans une zone endémique révèle cette méconnaissance quoique les individus soient confrontés à la pathologie. Chez les Attié, chez qui ce travail a été réalisé, les causes de la bilharziose sont attribuées à des divinités. La faible connaissance des communautés de Kossou et de Suibiakro peut se comprendre par le fait de la non-existence des activités de sensibilisation. En effet, Logronio, (2015) a démontré que les sensibilisations et l’éducation sanitaire avaient influencé les connaissances des participants dans les villages de Lana. L’eau évoquée comme cause du problème donne de croire que certaines causes sont connues vu qu’elle est l’élément principal incriminé par la science biomédicale. Cependant, le modèle de transmission décrit par les communautés révèle des incohérences par rapport à cette science. Le mode de transmission, selon la conception des populations de Kossou et de Suibiakro, dépend de la connaissance des causes du problème. Cette irrégularité a été relevée dans la ville de Lomé par Djagadou et *al.,* (2019). Par ailleurs, des faits significatifs sont à relever car cela peut être un atout sur lequel les acteurs de lutte doivent se baser pour améliorer les connaissances en ce qui concerne la bilharziose urinaire. D’une part, les signes de la bilharziose urinaire chez le peuple de Kossou sont conformes à ceux rapportés par la médecine biomédicale. Il s’agit des douleurs pelviennes, l’hématurie et l’anémie. En revanche, le seul signe reconnu par la population de Suibiakro est l’hématurie car selon elle, toute personne qui présenterait un autre signe que les urines sanglantes, est victime de gonococcie. D’autre part, les populations de Kossou considèrent la bilharziose urinaire comme une maladie grave, avec des conséquences telles que l’infécondité, les avortements spontanés et des complications au niveau des organes génitaux. Cependant, celle-ci n’est pas reconnue comme un fait pathologique chez le peuple de Suibiakro du moins si elle l’est comme le prône les sciences biomédicales, elle n’est pas une maladie grave. Cette conception du problème a été rapportée à Ahoué (Kouame et *al*., 2023). Il ressort que les facteurs d’endémicité de la bilharziose sont d’autant plus d’ordres environnementaux que d’ordres sociaux car les mauvaises interprétations des caractéristiques épidémiologiques maintiennent les populations dans un état morbidité accru.

Conclusion

Les résultats de cette recherche montrent que les modes d’interprétations de la bilharziose urinaire dans les communautés de Kossou et Suibiakro sont différents car il relève d’un système de croyance traditionnelle relégué par les ancêtres de génération en génération. Il a été démontré au long de ce travail que les Akouè de Kossou et Suibiakro reconnaissent l’existence la bilharziose urinaire. Cependant, les causes, le mode d’apparition, l’évolution et les conséquences sont mal perçus. En fait, le savoir de ces populations sur la maladie n'est ni constitué ni structuré de la même façon que le savoir biomédical. Cette situation les expose aux risques d’infection et contribue à maintenir les communautés dans un état de morbidité. Il est clair que la réduction de l’endémicité nécessite une connaissance approfondie de la bilharziose

urinaire sur le plan environnemental, les logiques ainsi que les pratiques préventives, sur le plan médical et hygiénique. C'est pourquoi, les acteurs de santé doivent favoriser l'échange d'informations sanitaires qui implique de présenter la maladie dans toutes ses dimensions. Les populations de Kossou et de Suibiakro doivent pouvoir maîtriser toutes les caractéristiques épidémiologiques de la maladie (les facteurs étiologiques, les symptômes, le mode de transmission, les impacts ou conséquences qui en découlent, le mode et/ou les recours thérapeutiques) selon la biomédecine, afin de participer à son élimination. En fait, les interprétations doivent être les mêmes, c'est-à-dire que le discours des populations de Kossou et Suibiakro concernant la bilharziose urinaire doit correspondre à celui des sciences biomédicales. Ce changement est possible grâce à la mise en place d'un système de sensibilisation continu auprès de la communauté aux caractéristiques de la bilharziose urinaire. Il faudra aussi intégrer dans le programme d'enseignement scolaire, ou accorder suffisamment de temps, des chapitres axés sur l'éducation sanitaire qui fourniront des informations sur la schistosomiase. C'est-à-dire enseigner aux enfants les facteurs d'apparition, d'exposition et de contamination ; le mode de transmission ; et le mode de prévention de la maladie. Cela permettra de lutter progressivement contre les idées reçues sur la bilharziose urinaire. Ce qui pourrait permettre à réduire la prévalence de cette infection.

Références bibliographiques

Abé, N. N. 2014. Contribution of soci-anthropology in schistosomiasis controm-TAABO/ Côte d'Ivoire. Experiment. *J Homeop Ayuv Méd*, **3** : 144. [En ligne], consultable sur URL : https://www.researchgate.net.

Alla, V. M-S. S, 2025. Les comportements à risque et de la persistence de la schistosomiase à Glangleu et Yelleu dans le département de zouan-hounien (Côte d'Ivoire). *Relecture d'Afrique,* **2** (4) : 40-58.

Akinwale, P., Adeneye, K., Sulyman, A., Idowu, T., Adewale, B., Manefa, U. 2004. « Health care seeking behaviour of peoplein endemic communities of Ogun and Niger states ». Nigerian J. Parasitol., 25 : 121-126.

Becker, C., Collignon, R. 1994. « La bilharziose au Sénégal : Aperçu historique ». *in* journée scientifique du programme espoir, Dakar, *ORSTOM*, 14 pages.

Brou, A. K. 2026. Facteurs de propagation de l'ulcère de Buruli et de la bilharziose urinaire et stratégies d'adaptation des communautés riveraines des aménagements hydroagricoles de Suibiakro et Kossou*. Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, **8** (1), 102-120https ://doi.org/10.4314/rasp.v8il/7*

Brou, A. N. 2019. Connaissance de la bilharziose urinaire en milieu rural Ivoirien : Etude de cas à bamoro et N'guessan-Pokoukro (District Sanitaire de Bouaké). *European Scientific Journal,* **15** (30) : 113-127.

Chelsea, M., William, A. PJR., Muzny, C. A, 2026. Schistosomiase (Bilharziose)-Maladie infectieuse. *Le manuel MSD pour professionnels de la santé*. https://www.msdmanuals.com.

Djagadou, K. A., Tchamdja, T., Nemi, K., D., Balaka, A., Djibril, M. A. 2019 Connaissance, attitudes et pratiques des populations de la ville de Lomé en matière de prévention de la bilharziose : Cas du canton de Légbassito. *PanAfrican Medical Journal,* [En ligne], consultable sur www.panafrican. med-journal.com.

Fleury, L. 2001. Max Weber. Paris, *Presse Universitaire de France*, p 30.

Herzlich, C L. 1983. Médecine moderne et quête de sens : la maladie signifiant social. *in* : Auge M, Herzlich CL, editor. Le sens du mal. Anthropologir, histoire, sociologie de la maladie. Paris : Ed. *Arch. Contemp*, P 189-216.

Jodelet, D. 2003. « Représentations sociales dans le champ de la culture ». *inform. Sci. Soc*. **41** (1) :111-133.

Jones A, 2019. Prise en charge de la bilharziose urinaire en médecine générale. Enquête réalisée auprès de des médecins généralistes en région parisienne. *Th Doc*. Univ, Paris Descartes, *Fac Méd*, 60 pages.

Kleinman, A. 1980. *Patients and healner in the context of culture: An exploitation of the borderland between anthropology, medicine and psychiatry*. Berkeley, UCP, 448 pages.

Koffi, A. N., Ouattara, Z. A., Yapi, Y. G., N'doumy, A. N. 2023. Vécu des actions de prévention de la Bilharziose urinaire à Kossou et Suibiakro. *Akofena,* **3** (008) *:*229-240.

Kouame, S. M., Koffi, N. C., Abe, N. N.Etiologie sociale de la bilharziose urinaire chez les Attiés d'Ahoué. *Akofena,* **1** (007): 303-312.

Logronio, F. V., Demayo, C. G. 2015. Awareness of ande knowledge about the prevalence of Sichstosomiasis in 15 endemic villages of Lala, Lenao del Norte. *Journal of scitific research and development*, **2** (14): 47-52.

Lover, PT, 2024. Schistosomiasis.in: Toledo R, Fried b (*eds*.), Digenetic trematodes, advances in experimental Medecine and biology, https://doi.org/10.1007/978-3-030-18616_3.

OMS, 2014. Journée mondiale de la santé : PETITS MAIS DANGEREUX. [En ligne], consultable sur www.emro.who.int/fr/whd2014/.

Sellin, B., et Simonkovich., E, 1983. Schistosomiases et Barrages en Côte d'Ivoire *in* : De l'épidémiologie à la géographie humaine. *ACC, CNRS*, (48) : 209-214.

Wieczorek, A. 2012. La bilharziose : épidémiologie, pathologie et stratégie de dépista les schistosomes d'importation en France métropolitaine illustrées par des cas cliniques du CHU de Nancy. *Th. Doc.* univ. henry pointcarée-Nancy 1*, fac. ph.,* 130 pages.

WHO, 2023. Schistosomiasis and soil-transmitted. helminthiasies : progress rapport 2023.

Aroufi, B. 2026.Mise en place d'une nouvelle méthode diagnostique de la bilharziose urogénitale à S*chistosoma haematobium* par biologie moléculaire au CHU de Bordeaux. *Th. Doc*. univ. Bordeaux, *fac. Méd*. pages.

Chiaruzzi, M. 2025. Dépistage de la bilharziose chez les mineurs isolés étrangers à l'arrivée sur le territoire : Bénéfices des nouvelles recommandations. *Rapport de la Journées Nationales d'Infectiologie.* [En ligne], consultable sur https://www.infectiologi.com

2026 KOFFI, 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 8 (2)
ISSN: 1987-071X e-ISSN 1987-1023
Received, 8 April 2026
Accepted, 10 August 2026
Published, 14 August 2026
https://www.revue-rasp.org

To cite: Ouedrago, D.W., et al. (2026). Mise en évidence des bonnes pratiques favorisant l'accélération de la lutte contre le paludisme au Burkina Faso de 2000 à 2024. *Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, 8(2), pp.342-362.* https://doi.org/10.4314/rasp.v8i2.24

Research

Mise en évidence des bonnes pratiques favorisant l'accélération de la lutte contre le paludisme au Burkina Faso de 2000 à 2024

Highlighting best practices that have helped accelerate the fight against malaria in Burkina Faso from 2000 to 2024

Wendemi Daniel OUEDRAOGO[1], Ahmed KABORE[1,2], Maxime DRABO[1,3,4], Nicolas MEDA[1,2], Hervé HIEN [1,3,4]

1. École doctorale sciences de la santé, Université Joseph KI-ZERBO, Ouagadougou, Burkina Faso
2. UFR-SDS, Université Joseph KI-ZERBO, Ouagadougou, Burkina Faso
3. Institut de Recherche en Science de la Santé (IRSS), Ouagadougou, Burkina Faso
4. Centre national de la recherche scientifique et technologique (CNRST), Ouagadougou, Burkina Faso

Correspondance : email : danielouedraogo1@gmail.com; Tél : +226 61002569,

Résumé

Le paludisme au Burkina Faso constitue la première cause de consultation (37,3%), d'hospitalisation (55,9%) et de décès (15,0%) dans les formations sanitaires. Plusieurs interventions ont été mises en œuvre contre la maladie. Cependant, elle persiste et son élimination est devenue un objectif. Cet article visait à mettre en évidence les bonnes pratiques issues des interventions de lutte contre le paludisme au Burkina Faso. Une méthode mixte combinant une revue systématique de la littérature, une analyse des documents institutionnels et stratégiques ainsi qu'une analyse des données secondaires du programme national de lutte contre le paludisme au Burkina Faso a été utilisée dans cette étude. Les interventions ont été évaluées par deux investigateurs indépendants sur la base de sept critères inspirés du cadre de l'OMS, notamment la pertinence, l'efficacité, la durabilité, la disponibilité, l'équité, le coût-efficacité et l'acceptabilité. Les bonnes pratiques identifiées étaient l'accès universel aux soins de santé, le renforcement du système de surveillance, ainsi que la participation et l'engagement communautaire. Ces pratiques sont pertinentes, efficaces, bien accueillies par la population et assez bien réparties. Toutefois, leur pérennité et leur disponibilité à grande échelle sont compromises par la dépendance financière, la fragilité de la chaîne d'approvisionnement et une coordination institutionnelle insuffisante. Il est nécessaire de consolider ces acquis, de renforcer les mécanismes d'approvisionnement en intrants, de financement, de coordination, à travers une co-création des stratégies innovantes avec les parties prenantes au niveau national.

Mots-clés : paludisme, bonne pratique, programme, performance, intervention antipaludique

Abstract

Malaria in Burkina Faso is the leading cause of outpatient consultations (37.3 per cent), hospital admissions (55.9 per cent) and deaths (15.0 per cent) in healthcare facilities. Several interventions have been implemented to combat the disease. However, it persists, and its elimination has become a priority. This article aimed to highlight best practices arising from malaria control interventions in Burkina Faso. A mixed-methods approach combining a systematic review of the literature, an analysis of institutional and strategic documents, and an analysis of secondary data from the national malaria control programme in Burkina Faso was used in this study. The interventions were evaluated by two independent investigators on the basis of seven criteria drawn from the WHO framework, namely relevance, effectiveness, sustainability, availability, equity, cost-effectiveness and acceptability. The best practices identified were universal access to healthcare, strengthening of the surveillance system, and community participation and engagement. These practices are relevant, effective, well received by the population and fairly widespread. However, their sustainability and large-scale availability are compromised by financial dependence, the fragility of the supply chain for inputs, and insufficient institutional coordination. It is necessary to consolidate these achievements and to strengthen mechanisms for the supply of inputs, funding and coordination through the co-creation of innovative strategies with stakeholders at the national level.

Keywords: malaria, best practice, programme, performance, malaria control measures

1. Introduction

Le paludisme demeure un problème de santé publique en Afrique subsaharienne, malgré plus de deux décennies d'investissement dans les interventions de prévention, de diagnostic et de traitement recommandées à l'échelle mondiale (Organisation mondiale de la Santé, 2025). Le Burkina Faso fait également partie des pays les plus touchés par la maladie. Selon les données du système national d'information sanitaire, le paludisme constitue la première cause de consultation (37,3%), d'hospitalisation (55,9%) et de décès (15,0%) dans les formations sanitaires (Ministère de la Santé du Burkina Faso, 2023). Cette charge affecte sévèrement les groupes vulnérables, notamment les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans (Organisation mondiale de la Santé, 2025).

Face à cette situation, le gouvernement burkinabé a déployé progressivement sur son territoire, depuis les années 2000, un ensemble d'interventions visant à lutter contre la maladie, conformément aux recommandations de l'OMS. Ces interventions comprennent notamment l'utilisation de la chimioprévention du paludisme saisonnier (CPS), la combinaison thérapeutique à base d'artémisinine (CTA), les moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée d'action (MILDA), la pulvérisation intradomiciliaire à effet rémanent (PID), ainsi que le traitement préventif intermittent (TPI) (Organisation mondiale de la Santé, 2025). Plus récemment, le pays a introduit le vaccin RTS,S/AS01 dans certaines régions pilotes à forte transmission (Organisation mondiale de la Santé, 2023).

Cependant, malgré ces efforts, l'incidence et la mortalité demeurent élevées, ce qui affaiblit les espoirs d'élimination. En 2024, le Burkina Faso a enregistré 10 805 020 cas de paludisme, dont 563 383 cas graves et 3 523 décès, soit une incidence de 446,4 pour 1 000 habitants (Ministère

de la Santé du Burkina Faso, 2025). Cette persistance de la transmission met en évidence des failles dans la mise en œuvre. Parmi les principaux obstacles documentés figure la faible disponibilité des données des interventions, notamment celles relatives aux innovations et aux bonnes pratiques, essentielles pour consolider les efforts et traiter les défis persistants (Dambach et al., 2016; Hershey et al., 2017; Organisation mondiale de la Santé, 2025).

Dans une perspective d'orientation du Burkina Faso vers la pré-élimination, une revue systématique menée par Ouedraogo et al. (2025) a permis d'évaluer la performance des interventions antipaludiques et d'identifier de bonnes pratiques internationales associées à une réduction substantielle de la transmission (Ouedraogo et al., 2025). Les bonnes pratiques identifiées dans cette revue comprennent les MILDA, la CPS, le TPI, l'administration massive des médicaments (AMM), les tests de diagnostic rapide (TDR), les traitements antipaludiques (paludisme non compliqué à base de CTA et paludisme grave avec de l'artésunate), ainsi que la combinaison des interventions (Ouedraogo et al., 2025). Une autre revue a également été menée par Ouedraogo et al., 2025, permettant d'identifier les bonnes pratiques mises en œuvre par les pays exempts de paludisme, comme l'Azerbaïdjan, le Maroc, l'Algérie, le Belize, etc. Les bonnes pratiques identifiées par cette étude comprennent le renforcement des systèmes de surveillance, la gestion intégrée des vecteurs (GIV), l'accès universel aux soins de santé, l'autonomisation et la participation des communautés, un fort engagement politique, un financement durable, la collaboration transfrontalière, ainsi que la gestion des cas importés (Ouedraogo et al., 2025).

Dans ce contexte, la présente étude a pour objectif de mettre en évidence les bonnes pratiques parmi les interventions de lutte contre le paludisme déployées au Burkina Faso, afin de renforcer les actions existantes et de contribuer à l'atteinte des objectifs d'élimination. Cette étude vise de façon spécifique à recenser les interventions mises en œuvre, à les évaluer selon des critères de pertinence, d'efficacité, de durabilité, de disponibilité, d'équité, de coût-efficacité et d'acceptabilité, puis à dégager les interventions prioritaires susceptibles d'améliorer durablement la lutte contre le paludisme au Burkina Faso.

2. Matériels et méthodes

2.1. Type d'étude, sources des données, critères d'inclusion et stratégies de recherche

2.1.1. Type d'étude

Il s'agissait d'une méthode mixte fondée sur l'analyse des données secondaires combinant une revue systématique de la littérature, une analyse des documents stratégiques, politiques et institutionnels sur le paludisme ainsi que l'analyse des données secondaires en provenance du programme national de lutte contre le paludisme au Burkina Faso et des enquêtes nationales.

2.1.2. Sources des données

Les principales sources de données ont été organisées en quatre catégories complémentaires. Premièrement, les documents de politiques et de stratégies nationaux ont été examinés, notamment : le Plan stratégique national de lutte contre le paludisme (PSN) 2021-2025, les rapports annuels du Secrétariat permanent pour l'élimination du paludisme (SP/Palu), ainsi que les directives techniques nationales encadrant la mise en œuvre des interventions.

Deuxièmement, une revue de la littérature scientifique a été réalisée à partir des bases de données PubMed, Google Scholar, Springer et African Journals Online (AJOL).

Troisièmement, les données épidémiologiques et de couverture ont été extraites du District

Health Information System 2 (DHIS2), à partir de l'Entrepôt de données sanitaires du Burkina Faso (ENDoS-BF). Ces données ont été complétées par celles issues des enquêtes nationales de référence, notamment l'enquête démographique et de santé (EDS 2021) et l'enquête sur les indicateurs du paludisme (ENPS 2021).

Enfin, les données des rapports d'évaluation et de suivi des partenaires techniques et financiers ont également été utilisées pour l'analyse, en particulier les documents produits par l'OMS, l'UNICEF, le Fonds mondial et l'Initiative présidentielle contre le paludisme.

2.1.3. Stratégies de recherche documentaire

Cette étude a été réalisée selon les directives de PRISMA (Hutton et al., 2015). La recherche des différents documents pour cette étude a été réalisée suivant deux voies complémentaires. Au niveau des documents stratégiques, politiques et institutionnels sur le paludisme, une recherche documentaire ciblée a été effectuée afin d'identifier ces documents. Cette démarche a permis de recenser sept (07) documents pertinents.

Au niveau de la revue de littérature, deux investigateurs indépendants (DO, AK) ont réalisé la recherche dans les bases de données électroniques PubMed, Google Scholar, Springer et African Journals Online (AJOL). La recherche a utilisé des méthodes qualitatives, quantitatives ou mixtes, et a concerné les études menées entre 2000 et 2024. La stratégie de recherche a été élaborée selon le cadre méthodologique PICOS (Population, Intervention, Comparaison, Outcome, Setting). Les mots-clés, combinés par opérateurs booléens (AND, OR), associent les termes malaria et Burkina Faso à: intervention, prevention, control, surveillance, policy, evaluation, long-lasting insecticidal nets (LLIN), insecticide-treated nets (ITN), seasonal malaria chemoprevention (SMC), intermittent preventive treatment in pregnancy (IPTp), indoor residual spraying (IRS), rapid diagnostic test (RDT), artemisinin-based combination therapy (ACT), community health workers, community participation, environmental management, multisectoral approaches, surveillance system, malaria surveillance, malaria financing, good practices, best practices.

Cette stratégie a fourni 3 224 articles après suppression des doublons. Ces investigateurs ont procédé à une filtration selon le titre, le résumé et la lecture du texte intégral. Les différents désaccords liés à l'inclusion ont été traités par une discussion impliquant tous les investigateurs. Cette partie a permis de retenir 28 articles et 07 rapports.

Ces deux investigateurs ont extrait individuellement les données de chaque étude répondant aux critères à partir des formulaires qui ont servi à synthétiser les résultats. Un troisième investigateur (HH) a été consulté en cas de divergence pour départager les discussions.

2.1.4. Critères d'inclusion et d'exclusion

Les documents inclus pour cette étude ont concerné tous les documents institutionnels ou scientifiques en Afrique subsaharienne mentionnant le Burkina Faso, évaluant la mise en œuvre, l'efficacité, l'acceptabilité, la couverture, l'équité, le coût-efficacité ou l'impact des interventions de lutte contre le paludisme. Les études quantitatives, qualitatives et mixtes étaient également éligibles. Tous les documents sans lien avec les interventions de lutte contre le paludisme et ne mentionnant pas le Burkina Faso ont été exclus de l'étude.

2.2. Collecte de données et grilles des critères d'évaluation

La collecte de données de cette étude a été réalisée entre juin et août 2025 et a reposé dans un premier temps sur une revue documentaire systématique et dans un second temps sur une analyse des données secondaires issues de sources institutionnelles et scientifiques mentionnées

précédemment.
Les informations pertinentes issues de l'ensemble de ces sources ont été extraites à l'aide d'un tableau standardisé qui a permis une collecte homogène des données. Chaque intervention identifiée a ensuite été codée selon sept critères d'évaluation : la pertinence, l'efficacité et la morbidité, la durabilité, la disponibilité, l'équité, le coût-efficacité et l'acceptabilité.
Pour chacun de ces critères, les données disponibles ont été renseignées à partir des différents indicateurs classés selon le plan stratégique national pour la lutte contre le paludisme au Burkina Faso (PSN), tels que la couverture, la disponibilité, l'utilisation des intrants, le coût-efficacité, l'incidence, la mortalité et l'acceptabilité. Les informations tirées de ces données ont été synthétisées dans un tableau d'analyse et portent sur les interventions évaluées, les critères considérés, les niveaux d'évaluation, les justifications associées, le score et l'appréciation globale.
Afin de garantir la fiabilité des informations analysées, les données extraites ont fait l'objet d'une vérification croisée entre plusieurs sources. Les informations manquantes ont également été signalées pour assurer la transparence de l'analyse.

2.3. Analyse des données et critères d'évaluation

2.3.1. Analyse des données

L'analyse des données de cette étude a été réalisée à l'aide de Microsoft Excel 2024 pour la gestion et le nettoyage des données. La synthèse qualitative a été réalisée sous NVivo 12 et la production de graphiques a été réalisée sous Python 3.12.
Cette analyse a été structurée selon les trois piliers et les deux éléments de soutien du cadre stratégique de lutte contre le paludisme (Organisation mondiale de la Santé, 2015). Pour mettre en évidence les bonnes pratiques, chaque intervention a été évaluée selon les sept (07) critères. Cette évaluation a été réalisée sur la base des différents indicateurs issus du PSN du Burkina Faso, des informations qualitatives provenant des rapports ainsi que des articles scientifiques.
La synthèse qualitative des données, des évaluations institutionnelles et des articles scientifiques a été conduite selon la méthode Framework Analysis de Ritchie et Spencer, 1994 (Ritchie & Lewis, 2003; Ritchie & Spencer, 1994). Le codage dans l'étude a été conçu de manière inductive et déductive, en combinant les thèmes émergents qui ont été identifiés lors de la lecture des différentes sources ainsi que les critères qui ont été élaborés par la grille de scoring.
Les données extraites ont été codées indépendamment par les deux investigateurs pour assurer la qualité et la transparence de l'analyse à partir d'une grille commune qui a été élaborée sur la base des sept (07) critères d'évaluation. Et ce choix a été effectué conformément aux recommandations du Qualitative Transparency Framework de Jacobs et al., 2021, et des Standards for Reporting Qualitative Research (SRQR) d'O'Brien et al., 2014 (Jacobs et al., 2021; O'Brien et al., 2014). Une vérification de la cohérence du codage a été effectuée par ces deux investigateurs et le troisième (HH) en cas de divergence pour s'assurer de la pertinence de cette méthode. Les décisions à l'issue de ces discussions ont été prises selon le principe de Lincoln et Guba, 1985 (Lincoln YS & Guba EG., 1985). Les données quantitatives et qualitatives de cette étude ont été transformées selon l'approche de Fetters et al., 2013, pour les rendre homogènes (Fetters et al., 2013). Les résultats trouvés dans cette étude ont été convertis en un score de 1 à 3 à partir du seuil défini par la grille d'évaluation.
Une triangulation des données a également été effectuée en croisant des informations issues

d'au moins trois sources indépendantes pour chaque évaluation.

2.3.2. Critères d'évaluation

Pour mettre en évidence de bonnes pratiques parmi les interventions de lutte contre le paludisme, un score à trois (03) niveaux : faible (score 1), moyen (score 2) et élevé (score 3) a été attribué à chacun des sept (07) critères d'évaluation mentionnés. Ce score a été défini sur la base des orientations techniques de l'OMS, des cibles quantitatives inscrites dans le PSN du Burkina Faso (Ministère de la Santé du Burkina Faso, 2023; Organisation mondiale de la Santé, 2015) et de la littérature internationale sur l'évaluation des interventions de santé publique (RBM Partnership to End Malaria, 2019). Cette méthode a été choisie pour assurer la reproductibilité, la transparence méthodologique et l'objectivité de la qualification de bonne pratique d'une intervention. Les informations manquantes observées dans chaque critère ont été classées par défaut au niveau faible (score 1) avec un codage (NA). Ce choix ne signifie pas nécessairement que l'intervention présente de faibles performances, mais plutôt que le critère n'a pas pu être démontré par les données disponibles. Cette règle permet d'éviter les risques de surestimation de la performance globale. Le score global d'une intervention évaluée correspond à la somme des scores partiels de chacun des sept (07) critères, soit un total de 21 points. Une intervention est jugée comme une bonne pratique lorsque cette intervention présente un score global égal ou supérieur à 18 sur 21. Une intervention est jugée comme une pratique moyenne à optimiser lorsque son score est compris entre 12 et 17 sur 21. Et enfin, une intervention est jugée comme une faible pratique lorsque cette dernière présente un score inférieur à 12 sur 21. Le détail est présenté dans le tableau I de cette étude.

Les critères et les seuils dans cette étude ont été retenus après discussion entre investigateurs, mais n'ont pas encore fait l'objet d'une évaluation ou d'une validation par des experts indépendants.

Tableau I. Grille de scoring multicritère pour l'évaluation des bonnes pratiques antipaludiques au Burkina Faso

Critère	Score (3/2/1)	Niveau ÉLÈVE (score 3)	Niveau MOYEN (score 2)	Niveau FAIBLE (score 1)
Pertinence	3/2/1	Recommandée par l'OMS et le PSN-BF, preuves disponibles dans des contextes africains comparables (niveau de preuve ≥ 2, pyramide EBM).	Recommandée par l'OMS sans adaptation contextuelle documentée, ou présente des preuves issues uniquement de contextes très différents	Absence de recommandation internationale ou de preuves publiées dans la littérature
Efficacité	3/2/1	Réduction ≥ 30 % de morbidité ou mortalité	Réduction de 15 à 29 %	Réduction < 15 % OU absence de données probantes pour conclure

Durabilité	3/2/1	Financement national ≥ 70 % du budget total dans la lutte contre le paludisme OU institutionnalisation documentée sans interruption sur ≥ 5 ans	Financement national compris entre 30 et 69 % du budget total dans la lutte contre le paludisme OU institutionnalisation avec interruptions documentées dans les rapports de mise en œuvre	Financement national < 30 % ET dépendance structurelle aux partenaires extérieurs documentée
Disponibilité	3/2/1	≥ 70 % des formations sanitaires sans rupture de stock sur la période de référence (source : ENDoS-BF/DHIS2)	50 à 69 % des formations sanitaires sans rupture de stock	< 50 % des formations sanitaires sans rupture de stock
Équité	3/2/1	Couverture ≥ 70 % de la cible, confirmée par ≥ 2 sources indépendantes OU écart de couverture urbain/rural ≤ 15 points de pourcentage ET écart entre quintiles extrêmes ≤ 20 points de pourcentage	Couverture de 50 à 69 % de la population éligible OU écart urbain/rural compris entre 16 et 30 points de pourcentage OU écart entre quintiles extrêmes compris entre 21 et 35 points de pourcentage	Couverture < 50 % OU écart urbain/rural > 30 points de pourcentage OU écart entre quintiles > 35 points de pourcentage OU absence de mécanisme de ciblage des groupes vulnérables OU absence de documentation
Coût-efficacité	3/2/1	Coût par DALY évitée < 100 USD OU RCEI < 2 460 USD/AVCI évitée OU coût par cas traité < 10 USD	Coût par DALY évitée entre 100 et 300 USD OU RCEI de 2 461 à 8 200 USD/AVCI évitée OU coût par cas traité entre 10 et 100 USD	Coût par DALY évitée > 300 USD OU RCEI > 8 200 USD/AVCI évitée OU coût par cas traité > 100 USD OU données de coût-efficacité non documentées
Acceptabilité communautaire	3/2/1	≥ 70 % de perception positive ou d'adhésion documentée dans les enquêtes disponibles (EDS, ENDoS-BF, études qualitatives publiées)	50 à 69 % de perception positive dans les enquêtes disponibles	< 50 % de perception positive OU données insuffisantes pour se prononcer

RCEI : ratio coût-efficacité incrémentiel, AVCI : années de vie corrigées par l'incapacité. EBM : evidence-based medicine ENDoS-BF : Entrepôt national de données sanitaires du Burkina Faso.

3. Résultats

Finalement, 35 documents (dont 28 articles et 7 rapports) ont été évalués pour leur qualité méthodologique et inclus dans l'analyse. Un organigramme illustrant le processus de sélection est présenté ci-dessous (figure 1).

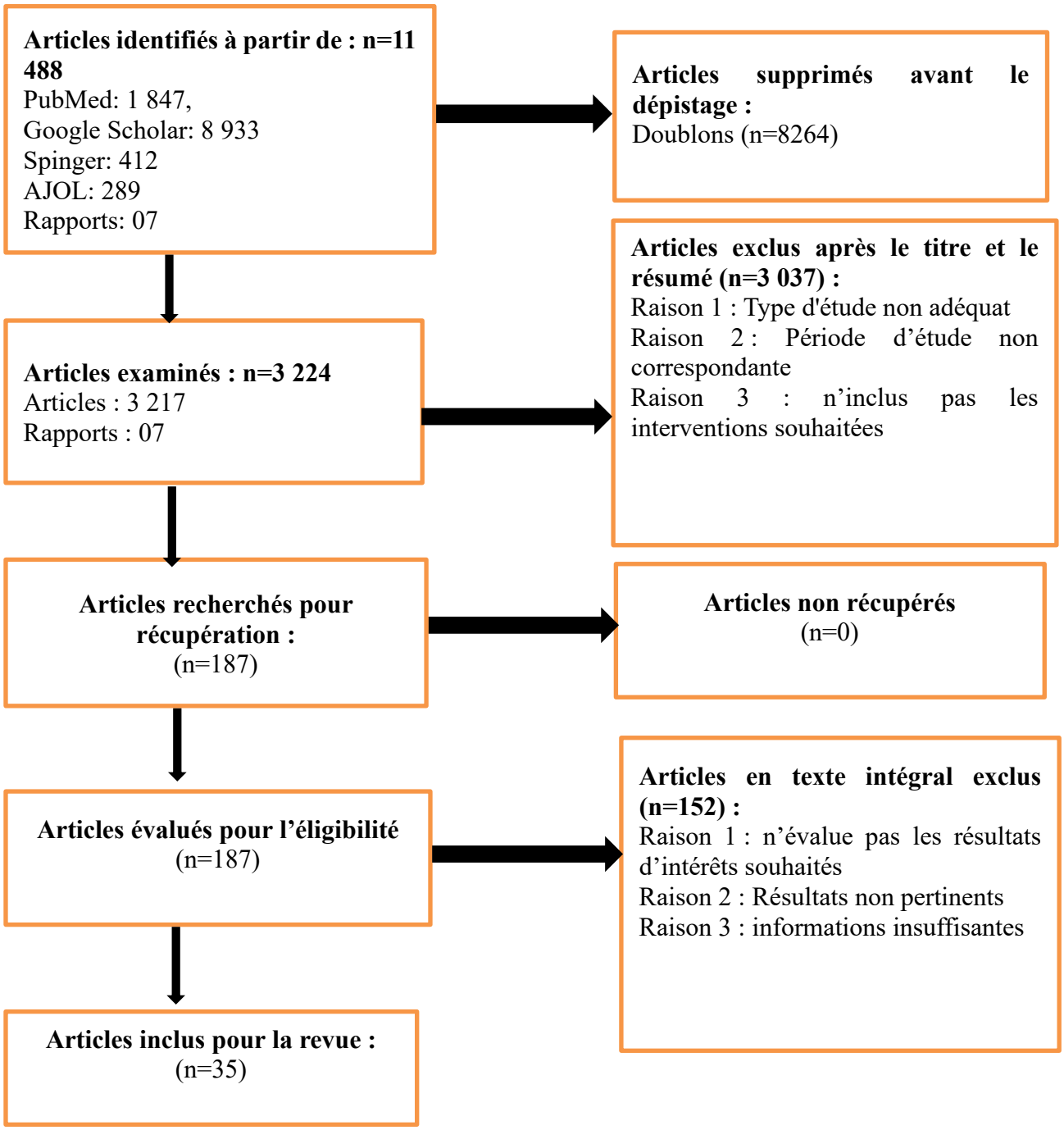


Figure 1 : Diagramme de flux pour l'identification et la sélection des articles inclus dans cette revue

Les bonnes pratiques identifiées parmi les interventions de lutte contre le paludisme au Burkina Faso incluent l'accès universel aux soins de santé (MILDA, CPS, TPI, TDR + microscopie, ACT), le renforcement du système de surveillance, ainsi que la participation et l'engagement communautaires (voir le tableau II ci-dessous et le tableau S dans le document supplémentaire).

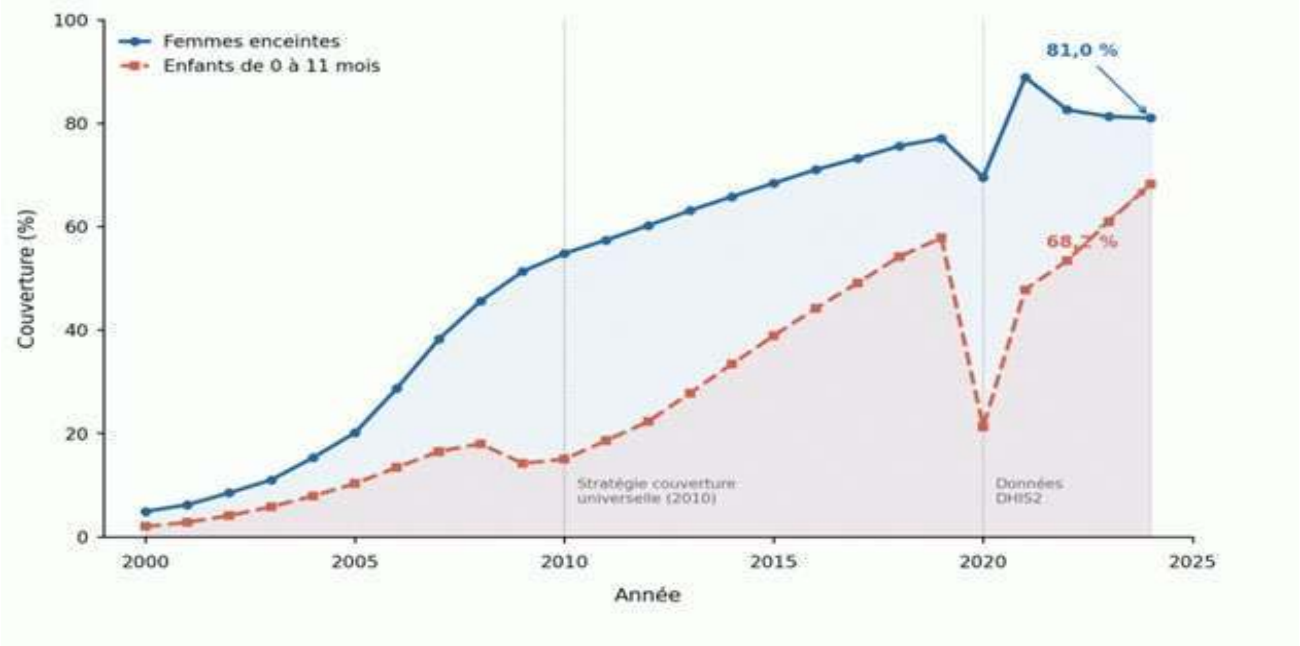


Figure 2 : L'évolution de la couverture en MILDA chez les femmes enceintes et les enfants 0–11 mois au Burkina Faso de 2000 à 2024.

Sources : EDS 2003-2021, Rapports annuels 2005-2019 du PNLP, ENDOS-BF/DHIS2 2020-2024

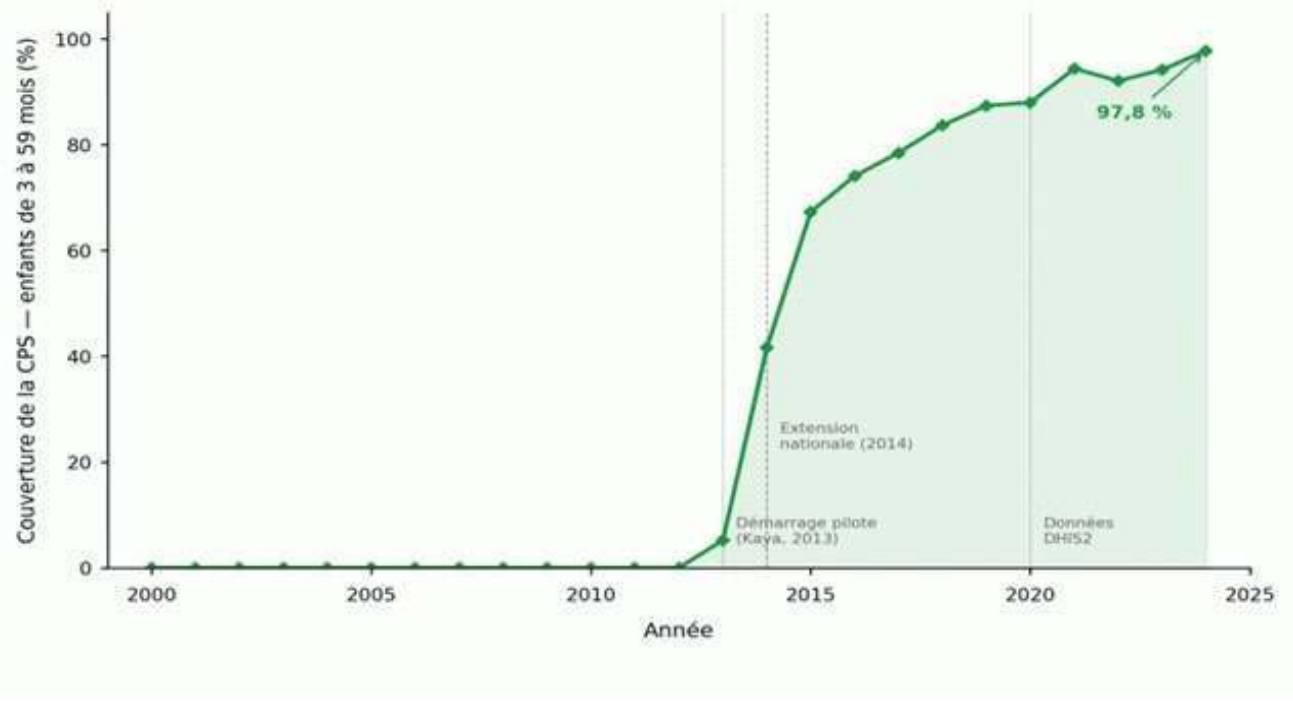


Figure 3 : L'évolution de la couverture de la CPS chez les enfants âgés de 3 à 59 mois au Burkina Faso de 2000 à 2024.

Source : Rapports annuels 2013-2019 du PNLP, ENDOS-BF/DHIS2 2020-2024

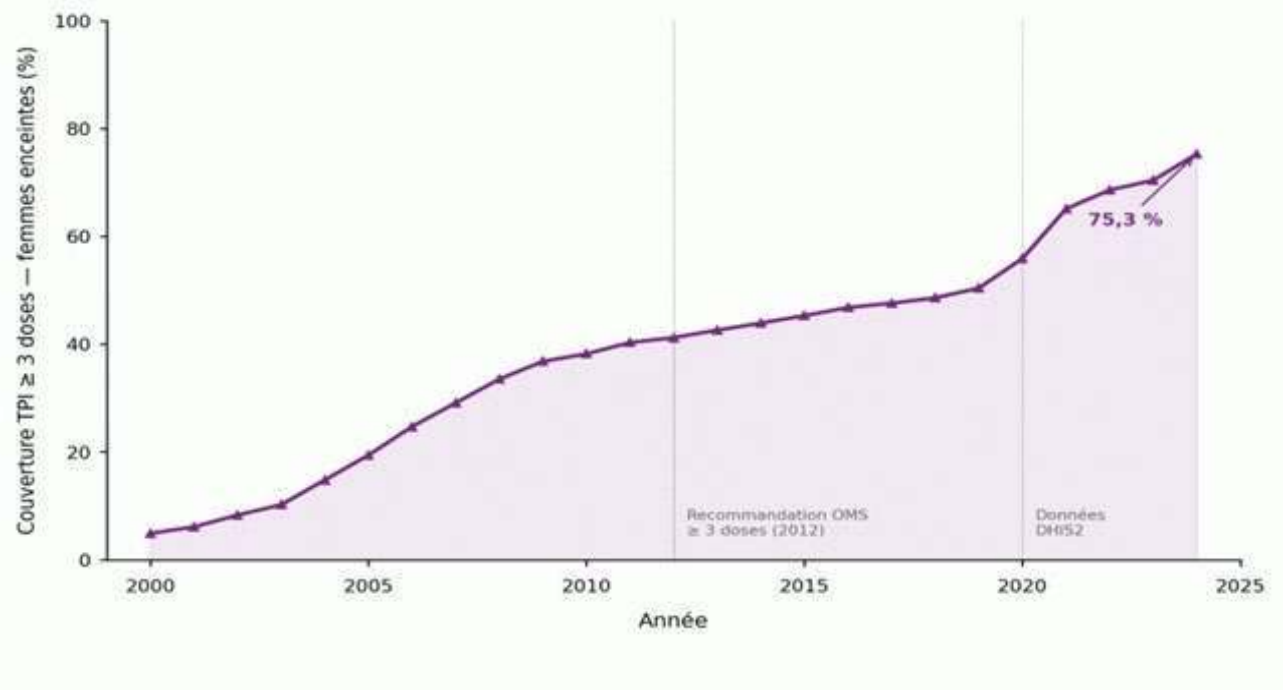


Figure 4 : L'évolution de la couverture du TPI ≥ 3 doses chez les femmes enceintes au Burkina Faso de 2000 à 2024.

Source: EDS 2003-2021, ENDOS-BF/DHIS2 2020-2024

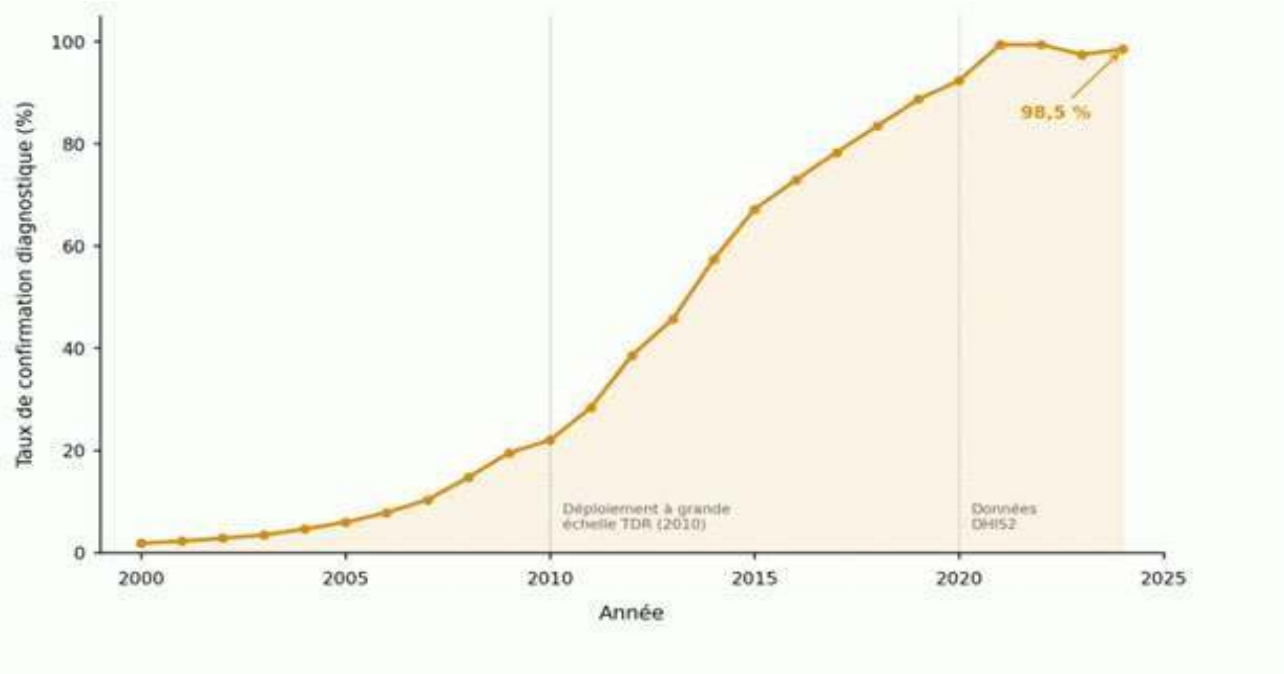


Figure 5 : L'évolution du taux de confirmation diagnostique par TDR ou microscopie au Burkina Faso de 2000 à 2024.

Source : ENDOS-BF/DHIS2 2020-2024

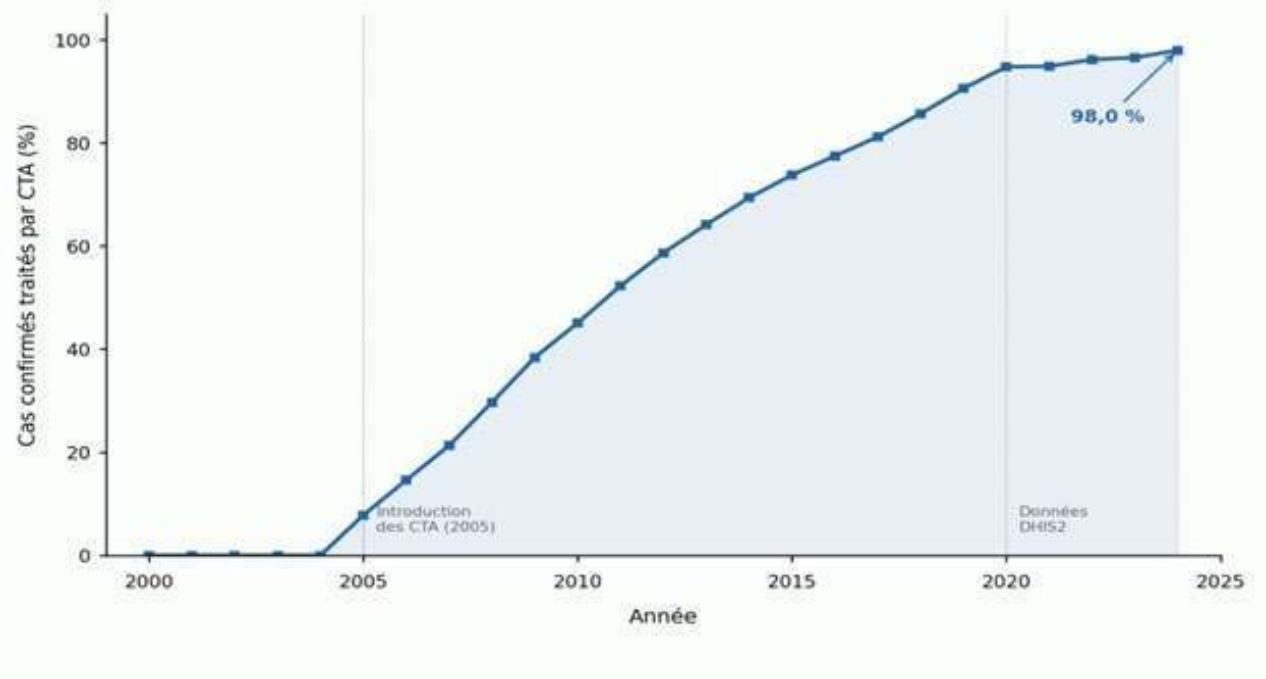


Figure 6 : L'évolution de la proportion de cas confirmés traités par CTA au Burkina Faso de 2000 à 2024.

Source : EDS 2003-2021, Rapports annuels 2005-2019 du PNLP, ENDOS-BF/DHIS2 2020-2024

Tableau II : synthèse des bonnes pratiques issues des interventions de lutte contre le paludisme au Burkina Faso de 2024

Interventions	Critères	Évaluation	Score	Appréciation
MILDA	Pertinence	Élevée	3	Bonne pratique évaluée
	Efficacité	Élevée	3	
	Durabilité	Faible	1	
	Disponibilité	Moyenne	2	
	Équité	Élevée	3	
	Coût-efficacité	Élevée	3	
	Acceptabilité	Élevée	3	
	Total du score		**18/21**	
CPS	Pertinence	Élevée	3	Bonne pratique évaluée
	Efficacité	Élevée	3	
	Durabilité	Faible	1	
	Disponibilité	Élevée	3	
	Équité	Élevée	3	
	Coût-efficacité	Élevée	3	
	Acceptabilité	Élevée	3	
	Total du score		**19/21**	
TPI+CPN	Pertinence	Élevée	3	Bonne pratique évaluée
	Efficacité	Élevée	3	
	Durabilité	Faible	1	
	Disponibilité	Moyenne	2	
	Équité	Élevée	3	
	Coût-efficacité	Élevée	3	
	Acceptabilité	Élevée	3	
	Total du score		**18/21**	
TDR + microscopie	Pertinence	Élevée	3	Bonne pratique évaluée
	Efficacité	Élevée	3	
	Durabilité	Faible	1	
	Disponibilité	Élevée	3	
	Équité	Élevée	3	
	Coût-efficacité	Élevée	3	

	Acceptabilité	Élevée	3	
	Total du score		**19/21**	
ACT	Pertinence	Élevée	3	Bonne pratique évaluée
	Efficacité	Élevée	3	
	Durabilité	Faible	1	
	Disponibilité	Moyenne	2	
	Équité	Élevée	3	
	Coût-efficacité	Élevée	3	
	Acceptabilité	Élevée	3	
	Total du score		**18/21**	
Gestion intégrée des vecteurs	Pertinence	Élevée	3	Pratique moyenne à optimiser
	Efficacité	Élevée	3	
	Durabilité	Faible	1	
	Disponibilité	Moyenne	2	
	Équité	Moyenne	2	
	Coût-efficacité	Faible	1	
	Acceptabilité	Moyenne	2	
	Total du score		**15/21**	
Renforcement du système de surveillance	Pertinence	Élevée	3	Bonne pratique évaluée
	Efficacité	Élevée	3	
	Durabilité	Élevée	3	
	Disponibilité	Moyenne	2	
	Équité	Élevée	3	
	Coût-efficacité	Faible	1	
	Acceptabilité	Élevée	3	
	Total du score		**18/21**	
Participation et engagement communautaire	Pertinence	Élevée	3	Pratique moyenne à optimiser
	Efficacité	Élevée	3	
	Durabilité	Moyenne	2	
	Disponibilité	Élevée	3	
	Équité	Élevée	3	
	Coût-efficacité	Faible	1	

	Acceptabilité	Élevée	3	
	Total du score		**18/21**	
Engagement politique et financement durable	Pertinence	Élevée	3	Pratique moyenne à optimiser
	Efficacité	Moyenne	2	
	Durabilité	Moyenne	2	
	Disponibilité	Moyenne	2	
	Équité	Moyenne	2	
	Coût-efficacité	Faible	1	
	Acceptabilité	Élevée	3	
	Total du score		**15/21**	
Collaboration multisectorielle	Pertinence	Élevée	3	Pratique moyenne à optimiser
	Efficacité	Moyenne	2	
	Durabilité	Faible	1	
	Disponibilité	Faible	1	
	Équité	Moyenne	2	
	Coût-efficacité	Faible	1	
	Acceptabilité	Moyenne	2	
	Total du score		**12/21**	

Voir le tableau S du document supplémentaire pour plus de détails.

4. Discussion

4.1. Les principaux résultats

Cette étude a permis de mettre en évidence les bonnes pratiques de lutte contre le paludisme parmi les interventions mises en œuvre au Burkina Faso. Ces bonnes pratiques sont notamment l'accès universel aux soins de santé (MILDA, CPS, TPI, TDR + microscopie, CTA), le renforcement du système de surveillance, ainsi que la participation et l'engagement communautaire.

4.2. L'analyse par critères d'évaluation des bonnes pratiques

Dans cette étude, toutes les bonnes pratiques présentent un niveau élevé de pertinence, ce qui montre leur importance dans la lutte contre le paludisme au Burkina Faso. Les études de Fambirai et al., 2025 et de Montresor et al., 2020 soulignent l'importance de ces pratiques pour la réussite des programmes de lutte contre le paludisme (Fambirai et al., 2025; Montresor et al., 2020). Toutefois, le déploiement de ces interventions n'est pas suffisamment adapté aux contextes locaux de ces pays (Li et al., 2024). Au Burkina Faso, une caractérisation entomologique et épidémiologique des zones d'éligibilité a été réalisée avant le lancement du programme pilote de ces interventions, ce qui explique en partie l'excellente adéquation entre l'intervention et le contexte (Secrétariat permanent pour l'élimination du paludisme (SP/Palu) & Fond mondial, 2024). Les autres interventions qui n'ont pas été classées comme de bonnes pratiques ont également montré une pertinence élevée. Cela pourrait s'expliquer par le fait que la pertinence est une condition nécessaire mais non suffisante dans la lutte contre le paludisme. En effet, une intervention peut être épidémiologiquement pertinente mais inefficace faute de durabilité financière, de disponibilité opérationnelle, d'équité et d'adhésion de la population, d'où la proposition d'une évaluation multicritère (Victora et al., 2011).

Les bonnes pratiques mises en évidence dans cette étude présentent un niveau élevé d'efficacité. Ces résultats sont cohérents avec les études de Cissé et al., 2006, Raharinjatovo et al., 2024, Cellich et al., 2024 et Fogg et al., 2004 (Cellich et al., 2024; Cissé et al., 2006; Fogg et al., 2004; Raharinjatovo et al., 2024). Toutefois, les travaux de Banek et al., 2014 et Bawate et al., 2024 montrent que l'efficacité mesurée dans des conditions contrôlées est souvent supérieure à celle observée dans les conditions programmatiques réelles, notamment en raison des problèmes d'observance thérapeutique et d'accessibilité aux soins (Banek et al., 2014; Bawate et al., 2024). L'intégration du suivi de l'observance dans les responsabilités des agents communautaires est efficace pour améliorer la couverture des interventions et réduire la mortalité due au paludisme (Hezagira et al., 2025; Win Han Oo et al., 2019). L'engagement politique et la collaboration multisectorielle dans cette étude présentent un niveau moyen en termes d'efficacité. Cela pourrait s'expliquer par le fait que des intentions politiques formellement exprimées ne se traduisent pas automatiquement en efficacité programmatique faute de mécanismes opérationnels (Brinkerhoff et al., 2008).

La durabilité des interventions dans cette étude présente des faiblesses qui se traduisent par une fragilité structurelle dans le programme de lutte contre le paludisme au Burkina Faso. Ce constat pourrait être dû au fait que le Burkina Faso ainsi que les autres pays endémiques évalués par l'ACCESS-SMC ne finançaient pas plus de 20 % des coûts du programme par des ressources nationales (ACCES-SMC, 2020; Fernandes et al., 2015; Owusu et al., 2025). La grande majorité du financement

dans la lutte contre le paludisme provient de l'extérieur, avec des conditions d'utilisation qui peuvent être interrompues à n'importe quel moment, entravant leur durabilité (ACCES-SMC, 2020; Fernandes et al., 2015; Owusu et al., 2025).

La disponibilité des bonnes pratiques mises en évidence présente des difficultés à répondre de manière continue aux besoins des formations sanitaires, traduisant ainsi l'existence de ruptures fréquentes de stocks. Ces ruptures sont également présentes dans les autres pays de l'Afrique avec des résultats assez similaires (Kuupiel et al., 2019; Mikkelsen-Lopez et al., 2014). Ce problème pourrait également être attribué à des dysfonctionnements systémiques de la chaîne logistique plutôt qu'à des problèmes de financement (Kuupiel et al., 2019; Mikkelsen-Lopez et al., 2014).

L'équité des bonnes pratiques au Burkina Faso présente un niveau élevé. Cela pourrait s'expliquer par la couverture assez élevée observée dans cette lutte en 2024. Toutefois, selon Koulidiati et al., 2024, les zones rurales ainsi que les régions confrontées à l'insécurité présentent des taux de complétude des données inférieurs à 70 %, ce qui peut entraîner une sous-estimation du poids réel du paludisme dans les zones les plus affectées (Koulidiati et al., 2024). Le coût-efficacité des bonnes pratiques identifiées dans cette étude présente un niveau élevé. Ces pratiques permettent d'obtenir des bénéfices sanitaires importants pour des coûts relativement maîtrisés. Malgré ces performances économiques, les investissements nationaux restent insuffisants. Les gouvernements augmentent progressivement leurs financements selon les données disponibles, mais la progression vers l'efficacité attendue demeure lente face aux besoins réels des programmes (Andrada et al., 2019; Maskin et al., 2019). À l'inverse, la GIV, la participation communautaire, l'engagement politique et la collaboration multisectorielle présentent un faible niveau de coût-efficacité. Cette situation s'explique à la fois par les coûts de mise en œuvre et par le manque de données économiques fiables, ce qui limite leur évaluation réelle. Chaque dollar investi dans la formation et le soutien des agents communautaires générait un coût d'efficacité de 0,09 à 90 USD par habitant (Conteh et al., 2021; Miyares et al., 2026). Ces résultats indiquent que la participation communautaire pourrait être reclassée à un niveau élevé si davantage de données économiques étaient disponibles.

L'acceptabilité élevée des bonnes pratiques identifiées converge avec la littérature sur l'adhésion communautaire en Afrique de l'Ouest. Ce résultat reste cohérent avec les résultats du programme ACCESS-SMC (2020) dans les autres pays du Sahel, renforçant ainsi la validité externe de cette observation (ACCES-SMC, 2020). Pour la collaboration multisectorielle et l'engagement politique, les évaluations au niveau moyen reposent sur des données qualitatives moins systématiques.

4.3. Hiérarchisation des priorités d'action

Cette étude a permis de recenser quatre (04) niveaux de priorité. La première priorité observée dans cette étude est la sécurisation financière et logistique des interventions pour garantir l'accès universel à la prévention, au diagnostic et au traitement. La deuxième priorité observée est le renforcement du système de surveillance du paludisme. La troisième priorité concerne le renforcement durable de l'engagement politique. La création d'une ligne budgétaire nationale protégée constitue une option importante. La quatrième priorité est le renforcement de la participation et de l'engagement communautaire pour inciter les communautés à être acteurs de leur propre santé.

4.4. Limites de l'étude

Cette étude présente des limites. Les données secondaires utilisées peuvent comporter des biais

susceptibles d'affecter la qualité et la validité des résultats. Aussi, l'absence d'analyse économique peut constituer un enjeu majeur pour la pérennité des performances liées à la lutte contre le paludisme.

Enfin, l'élaboration de la grille de scoring par l'équipe de recherche ainsi que la classification des interventions comme bonnes pratiques n'ont pas fait l'objet de validation par des experts indépendants ni de test préalable dans des conditions réelles. Ainsi, les résultats trouvés doivent être utilisés pour l'aide à la décision et à la planification. Des travaux ultérieurs doivent être réalisés pour soumettre cette grille à une validation auprès d'experts du domaine.

5. Conclusion

Cette étude a permis de mettre en évidence les bonnes pratiques de lutte contre le paludisme au Burkina Faso. Ces résultats révèlent que le pays présente des avancées dans la lutte grâce à plusieurs bonnes pratiques, notamment les MILDA, la CPS, le TPI, les TDR + microscopie et les CTA, le renforcement du système de surveillance et la participation communautaire qui sont pertinentes, efficaces et bien accueillies par la population. Ces acquis témoignent de la pertinence des stratégies mises en œuvre et de l'engagement des acteurs nationaux et communautaires dans cette lutte.
Cependant, malgré ces avancées, la fragilité du système d'approvisionnement et de gouvernance constitue un frein majeur à l'efficacité, à la continuité et au suivi des interventions de lutte contre le paludisme. Dans ce contexte, cette lutte ne peut se limiter à la consolidation des interventions acquises. Un renforcement des mécanismes d'approvisionnement, de financement et de coordination est également nécessaire. La mise en place de nouvelles stratégies avec les parties prenantes dans le cadre d'une co-création apparaît essentielle pour trouver des stratégies afin de surmonter les obstacles actuels et accélérer les progrès vers l'élimination.

Remerciements

Nous remercions tous les collègues qui ont prodigué des conseils et un soutien technique lors de la rédaction de ce manuscrit.

Conflit d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

Matériel supplémentaire

Le matériel supplémentaire de cet article est disponible sur demande.

Contribution aux auteurs :

Wendemi Daniel OUEDRAOGO, Ahmed KABORE et Hervé HIEN ont participé à la conception de l'étude, à la recherche documentaire, à l'extraction des données, à l'analyse et à la rédaction du document. Maxime DRABO et Nicolas MEDA ont participé à la conception et à la validation du manuscrit.

Déclaration d'utilisation d'IA

Cette étude a utilisé ChatGPT pour reformuler certaines phrases jugées trop longues. En dehors de la reformulation, l'IA n'a pas été utilisée pour la conception de l'étude, la collecte des données ni la synthèse des résultats.

Financement :

Cette recherche n'a reçu aucune subvention spécifique d'une agence de financement.

Références

ACCES-SMC. (2020). Effectiveness of seasonal malaria chemoprevention at scale in west and central Africa : An observational study. *Lancet (London, England)*, *396*(10265), 1829-1840. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32227-3

Andrada, A., Herrera, S., & Yé, Y. (2019). Are new national malaria strategic plans informed by the previous ones? A comprehensive assessment of sub-Saharan African countries from 2001 to present. *Malaria Journal*, *18*(1), 253. https://doi.org/10.1186/s12936-019-2898-4

Banek, K., Smith, S., Chandler, C., Kanu, M., Kamara, A., Chandramohan, D., & Staedke, S. (2014). Adherence to co-formulated amodiaquineartesunate vs. Artemether-lumefantrine for the treatment of uncomplicated malaria in freetown, Sierra Leone. *American journal of tropical medicine and hygiene*, *91*(5), 72. (CN-01037716).

Bawate, C., Callender-Carter, S. T., Guyah, B., & Ouma, C. (2024). Factors influencing patients' adherence to malaria artemisinin-based combination therapy in Kamuli District, Uganda. *Malaria Journal*, *23*(1), 1. https://doi.org/10.1186/s12936-023-04824-8

Brinkerhoff, DW, & Bossert. (2008). *Concepts, expérience et options de programmation en matière de gouvernance de la santé*. https://www.scirp.org/reference/referencespapers?referenceid=3512906

Cellich, P., Unger, H. W., Rogerson, S. J., & Mola, G. D. L. (2024). Impact on pregnancy outcomes of intermittent preventive treatment with sulfadoxine-pyrimethamine in urban and peri-urban Papua New Guinea : A retrospective cohort study. *Malaria Journal*, *23*(1), 201. https://doi.org/10.1186/s12936-024-05010-0

Cissé, B., Sokhna, C., Boulanger, D., Milet, J., Bâ, E. H., Richardson, K., Hallett, R., Sutherland, C., Simondon, K., Simondon, F., Alexander, N., Gaye, O., Targett, G., Lines, J., Greenwood, B., & Trape, J.-F. (2006). Seasonal intermittent preventive treatment with artesunate and sulfadoxine-pyrimethamine for prevention of malaria in Senegalese children : A randomised, placebo-controlled, double-blind trial. *The Lancet*, *367*(9511), 659-667. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)68264-0

Conteh, L., Shuford, K., Agboraw, E., Kont, M., Kolaczinski, J., & Patouillard, E. (2021). Costs and Cost-Effectiveness of Malaria Control Interventions : A Systematic Literature Review. *Value in Health*, *24*(8), 1213-1222. https://doi.org/10.1016/j.jval.2021.01.013

Dambach, P., Traoré, I., Kaiser, A., Sié, A., Sauerborn, R., & Becker, N. (2016). Challenges of implementing a large scale larviciding campaign against malaria in rural Burkina Faso – lessons learned and recommendations derived from the EMIRA project. *BMC Public Health*, *16*(1), 1023. https://doi.org/10.1186/s12889-016-3587-7

Fambirai, T., Chimbari, M., & Mhindu, T. (2025). Factors associated with contracting border malaria : A systematic and meta-analysis. *PLOS ONE*, *20*(1), e0310063. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0310063

Fernandes, S., Sicuri, E., Kayentao, K., Eijk, A. M. van, Hill, J., Webster, J., Were, V., Akazili, J., Madanitsa, M., Kuile, F. O. ter, & Hanson, K. (2015). Cost-effectiveness of two versus three or more doses of intermittent preventive treatment for malaria during pregnancy in sub-Saharan Africa : A modelling study of meta-analysis and cost data. *The Lancet Global Health*, *3*(3), e143-e153. https://doi.org/10.1016/S2214-109X(14)70385-7

Fetters, M. D., Curry, L. A., & Creswell, J. W. (2013). Achieving Integration in Mixed Methods Designs—Principles and Practices. *Health Services Research*, *48*(6 Pt 2), 2134-2156. https://doi.org/10.1111/1475-6773.12117

Fogg, C., Bajunirwe, F., Piola, P., Biraro, S., Checchi, F., Kiguli, J., Namiiro, P., Musabe, J., Kyomugisha, A., & Guthmann, J.-P. (2004). Adherence to a six-dose regimen of artemether-lumefantrine for treatment of uncomplicated Plasmodium falciparum malaria in Uganda. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, *71*(5), 525-530.

Hershey, C. L., Bhattarai, A., Florey, L. S., McElroy, P. D., Nielsen, C. F., Yé, Y., Eckert, E., Franca-Koh, A. C., Shargie, E., Komatsu, R., Smithson, P., Thwing, J., Mihigo, J., Herrera, S., Taylor, C., Shah, J., Mouzin, E., Yoon, S. S., & Salgado, S. R. (2017). Implementing Impact Evaluations of Malaria Control Interventions : Process, Lessons Learned, and Recommendations. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, *97*(3_Suppl), 20-31. https://doi.org/10.4269/ajtmh.17-0064

Hezagira, E., Gashema, P., Harelimana, J. de D., Siddig, E. E., Iradukunda, P. G., Mbwirabumva, I., Uwimana, A., Sayinzoga, F., Rwamwejo, F., Tuyishime, A., Umuhire, J., Musafiri, S., & Muvunyi, C. M. (2025). Three decades of community health workers in primary healthcare delivery in Rwanda : Evolution, impact and policy lessons. *BMJ Global Health*, *10*(12), e021339. https://doi.org/10.1136/bmjgh-2025-021339

Hutton, B., Salanti, G., Caldwell, ., Deborah M., Chaimani, A., Schmid, C. H., Cameron, C., Ioannidis, J. P. A., Straus, S., Thorlund, K., Jansen, J. P., Mulrow, C., Catalá-López, F., Gøtzsche, P. C., Dickersin, K., Boutron, I., Altman, D. G., & Moher, D. (2015). The PRISMA Extension Statement for Reporting of Systematic Reviews Incorporating Network Meta-analyses of Health Care Interventions : Checklist and Explanations. *Annals of Internal Medicine*, *162*(11), 777-784. https://doi.org/10.7326/M14-2385

Jacobs, A. M., Büthe, T., Arjona, A., Arriola, L. R., Bellin, E., Bennett, A., Björkman, L., Bleich, E., Elkins, Z., Fairfield, T., Gaikwad, N., Greitens, S. C., Hawkesworth, M., Herrera, V., Herrera, Y. M., Johnson, K. S., Karakoç, E., Koivu, K., Kreuzer, M., … Yashar, D. J. (2021). The Qualitative Transparency Deliberations : Insights and Implications. *Perspectives on Politics*, *19*(1), 171-208. https://doi.org/10.1017/S1537592720001164

Koulidiati, J.-L., Nonkani, W. G., Kaboré, I., Kiendrébéogo, J. A., Tapsoba, C., & Kafando, Y. (2024). *Quality-related practices, measurement systems, and links to health purchasing in Burkina Faso's health system*.

Kuupiel, D., Bawontuo, V., Drain, P. K., Gwala, N., & Mashamba-Thompson, T. P. (2019). Supply chain management and accessibility to point-of-care testing in resource-limited settings : A systematic scoping review. *BMC Health Services Research*, *19*, 519. https://doi.org/10.1186/s12913-019-4351-3

Li, J., Docile, H. J., Fisher, D., Pronyuk, K., & Zhao, L. (2024). Current Status of Malaria Control and Elimination in Africa : Epidemiology, Diagnosis, Treatment, Progress and Challenges. *Journal of Epidemiology and Global Health*, *14*(3), 561-579. https://doi.org/10.1007/s44197-024-00228-2

Lincoln YS & Guba EG. (1985). *Naturalistic Inquiry*. CA: Sage Publications.

Maskin, E., Monga, C., Thuilliez, J., & Berthélemy, J.-C. (2019). The economics of malaria control in an age of declining aid. *Nature Communications*, *10*(1), 2269. https://doi.org/10.1038/s41467-019-09991-4

Mikkelsen-Lopez, I., Cowley, P., Kasale, H., Mbuya, C., Reid, G., & de Savigny, D. (2014). Essential medicines in Tanzania : Does the new delivery system improve supply and accountability? *Health Systems (Basingstoke, England)*, *3*(1), 74-81. https://doi.org/10.1057/hs.2013.14

Ministère de la Santé du Burkina Faso. (2023). *PLAN STRATEGIQUE NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME 2021-2025 Révisé* (p. 205). Ministère de la Santé du Burkina Faso.

Ministère de la Santé du Burkina Faso. (2025). *ANNUAIRE STATISTIQUE 2024* (p. 458) [Annuaire]. MINISTERE DE LA SANTE. https://www.sante.gov.bf/detail-documents?tx_news_pi1%5Baction%5D=detail&tx_news_pi1%5Bcontroller%5D=News&tx_news_pi1%5Bnews%5D=1049&cHash=b54731d690750784bdb9984a26ec5ed1

Miyares, M., Stansert Katzen, L., Vaughan, K., Baskin, C., Ballard, M., Kok, M., Jimenez, A., Iberico, M. M., Ernst, J., Cook, J., Bienvenue Ishimwe, A., Martin, L., Kawooya, P., Aranda,

Z., Mantus, M., Bruce Kumar, M., Finnegan, K. E., Mudhune, S., Dennis, M., … O'Donovan, J. (2026). Costs and cost-effectiveness of community health worker programs on reproductive, maternal, newborn and child health in low- and middle-income countries (2015–2024) : A scoping review. *PLOS Global Public Health*, *6*(1), e0004893. https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0004893

Montresor, A., Mupfasoni, D., Mikhailov, A., Mwinzi, P., Lucianez, A., Jamsheed, M., Gasimov, E., Warusavithana, S., Yajima, A., Bisoffi, Z., Buonfrate, D., Steinmann, P., Utzinger, J., Levecke, B., Vlaminck, J., Cools, P., Vercruysse, J., Cringoli, G., Rinaldi, L., … Gyorkos, T. W. (2020). The global progress of soil-transmitted helminthiases control in 2020 and World Health Organization targets for 2030. *PLoS Neglected Tropical Diseases*, *14*(8), e0008505. https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0008505

O'Brien, B. C., Harris, I. B., Beckman, T. J., Reed, D. A., & Cook, D. A. (2014). Standards for Reporting Qualitative Research : A Synthesis of Recommendations. *Academic Medicine*, *89*(9), 1245-1251. https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000388

Organisation mondiale de la Santé. (2015). *Stratégie technique mondiale de lutte contre le paludisme 2016-2030* (p. 39). Organisation mondiale de la Santé. https://iris.who.int/handle/10665/176720

Organisation mondiale de la Santé. (2023). *18 millions de doses du tout premier vaccin contre le paludisme allouées à 12 pays africains pour la période 2023-2025 : Gavi, l'OMS et l'UNICEF*. https://www.who.int/news/item/05-07-2023-18-million-doses-of-first-ever-malaria-vaccine-allocated-to-12-african-countries-for-2023-2025--gavi--who-and-unicef

Organisation mondiale de la Santé. (2025). *Rapport 2025 sur le paludisme dans le monde* (p. 21) [Resumé du rapport]. Organisation mondiale de la Santé (OMS). https://www.who.int/fr/publications/m/item/executive-summary-world-malaria-report-2025

Ouedraogo, W. D., Hien, H., Kabore, A., Hien, A. S., Somda, S., Sie, A., Drabo, M., Kompaore, S., & Meda, N. (2025a). Good Practices Implemented in Malaria-Free Countries as a Lever to Accelerate Elimination in Endemic Areas from 2000 to 2024 : A Systematic Review of the Literature. *Open Journal of Epidemiology*, *15*(3), 637-656. https://doi.org/10.4236/ojepi.2025.153042

Ouedraogo, W. D., Hien, H., Kabore, A., Hien, A., Somda, S., Sie, A., Drabo, M., Kompaore, S., & Meda, N. (2025b). Good Practices to Malaria Elimination in Countries from 2016 to 2023 : A Systematic Literature Review. *Open Journal of Epidemiology*, *15*(2), 402-420. https://doi.org/10.4236/ojepi.2025.152026

Owusu, R., Gilmartin, C., Diawara, H., Bocoum, F., Ndiaye, O., Ruisch, A., Aryeetey, G. C., Jainie, D., Kokovena, M., Walker, D., & Nonvignon, J. (2025). Estimating the opportunity cost of seasonal malaria chemoprevention implementation in Burkina Faso, Mali and Senegal. *BMJ Global Health*, *10*(10). https://doi.org/10.1136/bmjgh-2024-018042

Raharinjatovo, J., Dabiré, R. K., Esch, K., Soma, D. D., Hien, A., Camara, T., Diouf, M. B., Belemvire, A., Gerberg, L., Awolola, T. S., Koné, A., Jacob, D., Vandecandelaere, S., Baes, M., & Poyer, S. (2024). Physical and insecticidal durability of Interceptor®, Interceptor® G2, and PermaNet® 3.0 insecticide-treated nets in Burkina Faso : Results of durability monitoring in three sites from 2019 to 2022. *Malaria Journal*, *23*, 173. https://doi.org/10.1186/s12936-024-04989-w

RBM Partnership to End Malaria. (2019). *Action and Investment to Defeat Malaria 2016–2030 (AIM)*. World Health Organization.

Ritchie, J., & Lewis, J. (2003). *Qualitative Research Practice : A Guide for Social Science Students and Researchers*. SAGE.

Ritchie, J., & Spencer, L. (1994). Qualitative data analysis for applied policy research. In A. Bryman & R. G. Burgess (Éds.), *Analyzing qualitative data* (p. 173-194). Taylor & Francis. https://doi.org/10.4324/9780203413081_chapter_9

Secrétariat permanent pour l'élimination du paludisme (SP/Palu), & Fond mondial. (2024). *Evaluation des obstacles liés aux communautés, aux droits humains et au genre dans la lutte contre le paludisme à l'aide de Malaria Matchbox Tool au Burkina Faso* (p. 118).

Victora, C. G., Black, R. E., Boerma, J. T., & Bryce, J. (2011). Measuring impact in the Millennium Development Goal era and beyond : A new approach to large-scale effectiveness evaluations. *The Lancet*, *377*(9759), 85-95. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)60810-0

Win Han Oo, Gold, L., Moore, K., Agius, P. A., & Fowkes, F. J. I. (2019). The impact of community-delivered models of malaria control and elimination : A systematic review. *Malaria Journal*, *18*, 269. https://doi.org/10.1186/s12936-019-2900-1

2026 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 8 (2)
ISSN: 1987-071X e-ISSN 1987-1023
Received, 16 April 2026
Accepted, 12 August 2026
Published, 19 August 2026
https://www.revue-rasp.org
To cite: Songbono, L.J., et al. (2026). Analyse des conditions de déploiement de la chimioprévention du paludisme saisonnier : une étude qualitative dans la commune rurale de Karifamoriah, Guinée. *Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, 8(2), pp.363-375.* https://doi.org/10.4314/rasp.v8i2.25

Research

Analyse des conditions de déploiement de la chimioprévention du paludisme saisonnier : une étude qualitative dans la commune rurale de Karifamoriah, Guinée

Analysis of the conditions for the deployment of seasonal malaria chemoprevention: a qualitative study in the rural commune of Karifamoriah, Guinea

Joseph Lamilé SONGBONO [1*], Bossou GOEPOGUI [2], Sadio DIALLO [3], Anon Félix N'DIA[4], Oumar SANGHO [5]

[1,3]Département de sociologie, Université Julius Nyerere de Kankan, Kankan, Guinée
[2]Département de philosophie, Université Julius Nyerere de Kankan, Kankan, Guinée
[4]UFR sociologie, Université Félix Houphouët-Boigny, Abidjan-Cocody, Côte d'Ivoire
[5]Département d'Enseignement et de Recherche en Santé Publique et Spécialités (DERSP), Faculté de médecine et d'Odonto-Stomatologie (FMOS), Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako (USTTB), Bamako, Mali

Correspondance : Email : songbonoj@gmail.com; ORCID ID : https://orcid.org/0000-0002-8096-5915 ; Téléphone : (00224) 628 28 43 67

Résumé

La chimioprévention du paludisme saisonnier (CPS) occupe une place centrale dans la lutte contre le paludisme en Afrique, notamment dans les pays à transmission saisonnière. En termes de couverture de la CPS, la Guinée apparait comme un modèle à suivre. Cependant, peu d'études ont cherché à comprendre les conditions de déploiement de la CPS en milieu rural guinéen. La présente étude est entreprise pour explorer les conditions réelles de la mise en œuvre de la CPS dans la commune rurale de Karifamoriah. Il s'agissait d'une étude qualitative transversale à visée descriptive qui a porté sur les acteurs de terrain (agents de santé communautaires, responsables sanitaires locaux et chefs coutumiers). Vingt-cinq (25) entretiens individuels semi-structurés ont été réalisés et la taille de notre échantillon a été déterminée sur la base de la saturation. L'analyse thématique manuelle a servi de cadre pour l'analyse des données. Il ressort de l'étude que, grâce à l'adhésion communautaire et à l'amélioration de la motivation du personnel, le déploiement de la chimioprévention du paludisme saisonnier permet d'obtenir des résultats positifs. Toutefois, la compression du volume horaire de formation, la complexité de l'intervention, la précarité du réseau routier et le calendrier agricole révèlent que la mise en œuvre de la CPS dans la commune rurale de Karifamoriah s'effectue dans un contexte globalement défavorable.

Mots-clés : Analyse, Conditions, Déploiement, Chimioprévention, Guinée

Abstract

Seasonal Malaria Chemoprevention (SMC) is a key malaria control strategy in sub-Saharan Africa, particularly in countries characterized by highly seasonal malaria transmission. Guinea is widely recognized as a successful example in terms of SMC coverage. Nevertheless, limited research has examined the contextual conditions shaping the implementation of SMC in rural Guinean settings. This study was conducted to explore the real-world conditions under which SMC is implemented in the rural municipality of Karifamoriah. It was a cross-sectional qualitative study with a descriptive purpose, focusing on field-level stakeholders (community health workers, local health authorities, and traditional leaders). Twenty-five (25) semi-structured individual interviews were conducted, with the sample size determined based on data saturation. The data were analyzed using a manual thematic analysis approach. The findings indicate that community engagement and enhanced health worker motivation contributed to the effective implementation of seasonal malaria chemoprevention (SMC), resulting in favourable outcomes. However, the limited duration of training, the complexity of the intervention, the poor condition of the road infrastructure, and the agricultural calendar highlight the challenges associated with SMC implementation in the rural commune of Karifamoriah, which takes place within an overall unfavourable operational context.
Keywords: Analysis, Conditions, Implementation, Chemoprevention, Guinea

1. Introduction

Le paludisme est un réel problème de santé publique dans certaines régions du monde, notamment en Afrique subsaharienne(OMS, 2024). En Guinée, le paludisme est endémique majeur chez les enfants de moins de cinq ans. Il constitue le principal motif de consultation et d'hospitalisation des enfants (Diallo, 2025).

La transmission du paludisme est permanente toute l'année en Guinée. Néanmoins le niveau de transmission de la maladie est plus élevé pendant la saison des pluies (PNLP, 2023). Plus la saison des pluies dure, plus le taux de prévalence de la maladie et le risque de la contracter restent élevés (Fofana, 2024). Selon une étude réalisée sur le paludisme en Guinée, le taux de mortalité infantile lié au paludisme s'élève à 17% (*Severe Malaria Observatory*, 2023).

Grâce à l'engagement de l'État guinéen, les efforts entrepris sur le plan international pour lutter contre le paludisme sont appliqués au niveau national à travers le Programme National de Lutte contre le Paludisme (Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. Bureau de l'Inspecteur général, 2024). Actuellement, l'intervention essentielle contre le parasite du paludisme chez les enfants de 3 à 59 mois est la chimioprévention saisonnière du paludisme (CPS) (PNLP, 2023). C'est une intervention à caractère préventif qui consiste à donner aux enfants de moins de cinq ans, un traitement complet d'amodiaquine (AQ) et de sulfadoxine-pyriméthamine (SP) chaque mois. L'objectif est de maintenir le médicament antipaludique dans le sang pendant la période où le risque de transmission du paludisme est plus élevé (OMS, 2023). Cette intervention

est perçue comme un moyen efficace permettant de réduire significativement l'incidence du paludisme chez les enfants vivant dans les zones à transmission saisonnière (Baker et al., 2025).

La mise en place de la CPS se fait suivant une hiérarchie bien coordonnée (OMS, 2013). Le niveau central qui est le niveau le plus élevé définit les règles et les stratégies nationales de mise en œuvre de la CPS. Une réunion annuelle permet d'évaluer les résultats de la campagne précédente pour établir les stratégies nationales (OMS, 2013). Le niveau régional ou niveau intermédiaire adapte les directives nationales aux réalités de sa région. Il définit un plan d'exécution détaillé de sa zone géographique et gère avec une certaine liberté son propre budget (OMS, 2013). Plus proche du terrain, le niveau district (local) élabore un plan d'action propre à sa localité et gère les fonds destinés à la réalisation des activités. Il est surtout responsable de la supervision et de l'accompagnement des centres de santé. Les partenaires viennent en soutien conformément aux directives nationales (OMS, 2013).

Grâce à l'appui des partenaires techniques et financiers (PTF), la Guinée a développé la CPS en ajoutant chaque année de nouvelles préfectures (Diallo et al., 2025). Ragaillardie par les bons résultats enregistrés depuis son lancement en 2015, la Guinée se fixe pour objectif en 2020, la pré-élimination du paludisme (Loua et al, 2021). Ce passage à une phase plus avancée de la lutte contre le paludisme demande une amélioration de la distribution et un renforcement des équipes opérationnelles. Ainsi suite aux efforts conjoints du gouvernement et des partenaires, 6781 agents de terrains et 1116 crieurs publics et promoteurs sont recrutés. La distribution des médicaments se fait désormais dans les ménages. L'implication de quatre nouvelles préfectures (Mamou, Pita, Dalaba et Faranah) entraine une extension géographique du programme pour porter à 17 le nombre de préfectures éligibles (Loua et al, 2021).

2021 apparait à la fois comme une année d'adaptation à la pandémie de covid 19 et d'innovations (African Leaders Malaria Alliance, 2021). Les communautés sont fortement mobilisées pour respecter les mesures sanitaires lors des opérations de distribution. Par ailleurs, l'expérimentation d'un 5ème passage de traitement, l'administration de la première dose par les parents et la numérisation de la campagne se soldent par un succès. On compte 1,1 millions d'enfants traités cette année (Zhang et al., 2021). La même dynamique s'est poursuivi en 2022 avec une couverture nationale proche de 99% (SMC Alliance, 2024).

Cependant, malgré le contexte de forte couverture, peu d'études ont exploré les conditions de déploiement de la CPS en milieu rural guinéen. D'où l'intérêt de la présente étude, qui s'est donné pour objectif de comprendre le cadre de mise en œuvre de la CPS à Karifamoriah en s'appuyant sur les perceptions des agents d'exécution. Cela permettra d'optimiser durablement cette intervention de santé publique essentielle dans la lutte contre le paludisme.

2. Matériels et Méthodes

2.1. Site d'étude

Karifamoriah est l'une des quinze (15) communes rurales de la préfecture de Kankan (Institut National de la Statistique, 2023). Elle s'étend sur une superficie de 882 Km^2 avec une population de 24 858 habitants, soit une densité moyenne de 28 habitants au Km^2 (Mapcarta, s. d.). Elle est située entre 10,35° et 10,69° de latitude nord et entre 9,19° et 9,62° de longitude ouest, avec une altitude moyenne de 337m. Le village est limité au nord par la commune rurale de Batè Nafadji, au Sud par la commune urbaine de Kankan et Gbérédou Baranama, à l'Est par Balandou et à l'ouest par la préfecture de Kouroussa. A cause de son exposition au paludisme, la zone est régulièrement couverte par la CPS.

Le choix de la commune rurale de Karifamoriah pour mener cette étude se justifie par deux raisons. D'abord, ses conditions climatiques augmentent la transmission saisonnière du paludisme. Ensuite, le fait que la zone soit éligible au traitement de la CPS, permet d'identifier les facteurs qui facilitent ou entravent la mise en œuvre de l'intervention.

2.2. Période d'étude

L'étude s'est déroulée entre fin Octobre et Novembre 2025, après les cycles de chimioprévention du paludisme saisonnier (Juillet – Août – Septembre - Octobre).

2.3. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude qualitative transversale à visée descriptive qui a porté sur les perceptions des participants sur le contexte de l'implémentation de la CPS.

2.4. Population d'étude

L'étude a ciblé les acteurs de terrain impliqués dans la mise en œuvre de la chimioprévention du paludisme saisonnier. Les agents de santé communautaire (ASC), les responsables sanitaires locaux et les leaders communautaires (chefs coutumiers) ont constitué les acteurs centraux mobilisés pour la production des données. Leur résidence dans la zone d'étude, leur expérience dans la mise en œuvre de la CPS lors de la campagne de 2025, leur capacité à parler de façon détaillée, leur disponibilité et leur consentement ont été les principaux critères qui ont prévalu à leur inclusion dans l'étude. Tous les acteurs de terrain qui ne répondaient pas à ces critères n'étaient pas inclus dans l'étude.

2.5. Echantillon

La taille de l'échantillon a été déterminée sur la base de la saturation. L'implication des participants s'est poursuivie jusqu'au moment où la collecte des données n'apportait plus d'informations nouvelles à notre analyse. Au total, 25 entretiens individuels semi-structurés ont été réalisés. Parmi eux, 17 ont été menés avec des hommes et 8 avec des femmes. L'étude a mobilisé des entretiens verticaux auprès des responsables sanitaires locaux, des agents de santé communautaire et des chefs

coutumiers. Pour parvenir à la saturation thématique, des entretiens horizontaux ont été également réalisés à l'intérieur des différents groupes stratégiques.

2.6.Technique d'échantillonnage

Pour obtenir des informations riches et approfondies, un échantillonnage raisonné a été utilisé pour sélectionner les participants. Le but recherché n'était pas de parvenir à une généralisation statistique, mais d'atteindre la saturation thématique qui a été renforcée par la saturation du sens afin de mieux comprendre les perceptions communautaires.

2.7. Collecte des données

Les entretiens individuels semi-directifs ont été utilisés pour collecter les données. Réalisés à partir d'un guide d'entretien, les entretiens ont été menés en face – à – face dans une atmosphère détendue et dans un lieu calme au choix du participant. Les discussions ont été conduites de façon suffisamment flexible pour que les participants puissent aborder des sujets ou des aspects non anticipés par l'enquêteur. Chaque entretien a fait l'objet d'un codage systématique (agent de santé communautaire : EISS_ASC_N°, chef coutumier : EISS_CC_N°, responsable sanitaire local : EISS_RSL_N°). Les entretiens ont été soumis à une numérotation continue incluant tous les groupes stratégiques impliqués dans l'étude (agents de santé communautaire : EISS_ASC_01 à EISS_ASC_10, responsable sanitaire local : EISS_RSL_11 à EISS_RSL_18, chef coutumier : EISS_CC_19 à EISS_CC_25).

2.8. Analyse des données

Nous avons fait recours à l'analyse thématique manuelle pour analyser les données collectées. Après la transcription des audio, nous avons procédé aux relevés des messages clés et la construction des grandes thématiques du discours. Au total six (6) grands thèmes ont émergé du discours des participants : adhésion, motivation, formation, implémentation, accessibilité, calendrier.

2.9. Directives éthiques

Les participants ont été suffisamment informés du but de l'étude et un consentement écrit a été sollicité auprès d'eux avant chaque entretien. L'anonymat autour des participants et des informations collectées a été observé. Avant sa mise en œuvre, l'étude principale avait reçu, le 28 Octobre 2025, l'approbation du Comité National d'Ethique pour la Recherche en Santé (CNERS), sous le numéro N° 182 / CNERS / 25.

3. Résultats

3.1. Les facteurs facilitants

3.1.1. Forte adhésion communautaire au traitement

Les populations ne présentaient aucune réticence face à la distribution des médicaments de la CPS. Un accueil chaleureux était réservé aux agents de santé communautaire dans les ménages. Cet engouement provient surtout de la compréhension de l'intérêt thérapeutique du traitement par les parents. Un chef coutumier, interrogé lors des entretiens semi-structurés (EISS_CC_25, homme, 65 ans) déclare :

''Chez nous ici, le paludisme est fréquent chez les enfants. Nous utilisons ces médicaments pour les protéger. Certes, il est imprudent de recevoir tout le monde à la maison, mais ces gens-là viennent avec de bonnes intentions. Ils s'intéressent à la santé et au bien-être de nos enfants ''.

Au-delà de l'accueil cordial dont bénéficient les ASC, les parents étaient également disposés à participer à l'administration des médicaments selon leur niveau d'implication défini par le protocole de mise en œuvre de la CPS. Un agent de santé communautaire (EISS_ASC_10, homme, 27 ans) révèle :

''Les parents ont accueilli leur désignation pour l'administration des 2èmes et 3èmes doses avec beaucoup d'enthousiasme''.

3.1.2. Evolution positive dans la motivation des ressources humaines

Le paiement des primes des agents de santé communautaires souffrait d'une absence de transparence. Il se faisait manuellement et les primes transitaient entre plusieurs intermédiaires. Des prélèvements non consentis étaient donc effectués à chaque niveau hiérarchique. Un agent de santé communautaire régulier (EISS_ASC_07, homme, 42 ans, 6 ans d'expérience) raconte :

'J'avais toujours un sentiment de frustration à cause des réductions qu'on effectuait régulièrement sur ma prime. Je me demande pourquoi ils agissaient ainsi.''

Cette situation avait fortement réduit l'engagement des agents de santé communautaires dans l'accomplissement de leur mission. Le sentiment de déception a ainsi conduit à une perte d'estime ou de considération accordée aux activités de distribution. Un agent de santé communautaire (EISS_ASC_03, femme, 32 ans) souligne :

''Ça ne sert à rien de se tuer pour un travail qui n'est pas entièrement payé''.

Toutefois, dans certains cas, bien que rares, les prélèvements effectués sur les primes étaient consentis et découlaient de la libre volonté des agents de santé communautaire. La prime était entièrement versée à l'agent de santé communautaire, qui décidait, sans la moindre contrainte, de faire don d'une partie de son dû à l'un ou à certains de ses responsables en signe de reconnaissance. Un agent de santé communautaire (EISS_ASC_08, homme, 22 ans) relate :

''J'ai reçu tout mon argent. Mais, celui qui m'a payé a été mon maitre de stage. Je ne pouvais pas empocher tout l'argent sans rien lui donner pour lui témoigner ma gratitude''.

La gestion des rémunérations des agents de santé communautaire connait de nos jours des changements profonds. Du paiement manuel, on est passé au paiement électronique des primes. Grâce aux services proposés par les sociétés de téléphonie mobile tels que Orange money ou Mobile money, diverses transactions financières sont effectuées à partir du téléphone mobile. Les primes sont désormais transférées sur les comptes mobiles des agents de santé communautaire sans aucune interférence. Cela constitue une avancée majeure dans la motivation des ressources humaines. Un agent de santé communautaire (EISS_ASC_01, homme, 25 ans) affirme :

‘*’Dès après le travail, j’ai reçu un message dans mon téléphone m’annonçant le versement intégral de ma prime. On ne souffre plus comme avant. Incha Allah je participerai à la prochaine campagne’’.*

3.2. Les Barrières

3.2.1. Insuffisance du temps consacré à la formation du personnel

La formation reçue par les agents de santé communautaire est jugée insuffisante. Cela s’explique par l’inadéquation entre le temps prévu et celui effectivement consacré à la formation. Le nombre de jours consacrés à la formation des agents de santé communautaires était inférieur au nombre de jours planifiés. Un agent de santé communautaire (EISS_ASC_06, femme, 25 ans) raconte :

‘’ La formation devait s’étendre sur 3 jours. Mais, à la fin de la deuxième journée, on nous a annoncé la fin de la formation. Nous étions tous étonnés’.

La réduction du nombre de jours alloués à la formation n’est pas sans conséquence sur le rendement des agents de santé communautaire sur le terrain. Lorsque le temps de la formation est limité, il est évident que le contenu de la formation soit abordé en partie ou mal enseigné. Cela affaiblit la capacité technique des agents de santé communautaires, compromettant ainsi l’efficacité de l’intervention. A la question de savoir l’impact de la compression du volume horaire de formation sur le rendement des agents de santé communautaire, un agent de santé communautaire (EISS_ASC_05, homme, 23 ans) déclare :

‘Pendant la distribution, on fait ce qu’on connaît et on laisse ce qu’on ne connaît pas.

3.2.2. Complexité de l’intervention

Face à la pléthore des tâches à accomplir pour administrer les doses, les agents de santé communautaire impliqués dans la mise en œuvre de la CPS s’accordent sur la complexité de l’intervention. En plus du nombre élevé d’enfants à couvrir, il faut, pour chaque enfant, effectuer des taches de types différents et renseigner plusieurs documents de contrôle. A ce propos, un agent de santé communautaire (EISS_ASC_09, femme, 36 ans) se plaint en ces termes :

‘’Ce travail n’est pas facile. On nous demande de faire beaucoup de tâches pour administrer les doses à chaque enfant visité. Pour traiter un enfant, il faut déterminer son éligibilité au traitement, définir la dose qui lui convient, lui administrer la dose, remplir la carte CPS et les documents de contrôle, remettre et orienter les parents sur la manière de donner les doses prévues pour les jours suivants, observer l’effet de la dose administrée sur l’enfant, conseiller les parents sur la gestion des effets indésirables. Et vous devez reprendre tout ce long processus avec l’enfant qui suit’’.

3.2.3. Accès difficile à certains villages

La mobilité est fondamentale dans l’exécution des activités de la CPS. Cependant la commune rurale de Karifamoriah se caractérise d’une manière générale par un réseau routier défaillant. Les routes sont en mauvais état dans de nombreux districts. Ils deviennent quasiment impraticables pendant la saison des pluies. Un chef coutumier (EISS_CC_19, homme, 70 ans) témoigne :

‘*’Plus la période des grandes pluies avance, plus on est inquiet. Car nos routes ne sont pas praticables lorsqu’il pleut abondamment’’.*

La précarité du réseau routier des villages de Karifamoriah constitue un frein à l’accès aux soins de la chimioprévention du paludisme saisonnier. Les retards dans l’approvisionnement des structures de santé en intrants provoquent des ruptures de stock. Un responsable sanitaire local (EISS_RSL_13, homme, 46 ans) déclare :

‘*’On n’avait plus d’intrants pour la campagne du mois de septembre. Le pont était complètement couvert d’eau’’.*

3.2.4. Alignement de la période de la CPS sur le calendrier agricole

La stratégie de chimioprévention du paludisme saisonnier a besoin de la présence et de la participation active des parents tout au long du traitement. Mais, la période de distribution et d’administration des médicaments de la CPS survient au même moment que la période des travaux des champs. Les activités agricoles qui comprennent essentiellement le labour, le semis, le désherbage et la récolte exigent une longue présence dans les champs et nécessitent un suivi permanent. Un chef coutumier (EISS_CC_21, homme, 62 ans) affirme :

‘’ *Dès les premières pluies, nous nous rendons dans les champs pour y passer plus de temps, car les activités agricoles s’étalent de façon chronologique sur toute la saison pluvieuse’’.*

A cause de leur absence prolongée du domicile, les parents n’assistaient pas au passage des agents de santé communautaire qui sont chargés d’assurer la distribution et la supervision de l’administration des doses. Un agent de santé communautaire (EISS_ASC_04, homme, 21 ans) relate :

''C'est seulement les enfants qu'on trouvait à la maison. La plupart des parents étaient dans les champs''.

L'administration des doses des jours suivants par les parents absents lors de la prise de la première dose est un risque. Les parents ne sont pas suffisamment informés des messages qui sont véhiculés par les acteurs impliqués dans la mise en œuvre de la CPS. Ce qui peut les exposer à des erreurs de dosage ou à une non-observance du traitement. Un responsable sanitaire local (EISS_RSL_18, homme, 37 ans) déclare :

'' Si un parent n'est pas présent lors du passage de l'une de nos équipes, il risque de ne pas donner ou de mal donner les médicaments pour le reste des jours du traitement''.

4. Discussion

4.1. Limite de l'approche méthodologique

Nous avons utilisé une approche méthodologique qui porte sur les entretiens individuels semi-structurés. Mais, lorsque le participant est en face de l'enquêteur, il a parfois tendance à fournir des réponses que l'enquêteur souhaite entendre. Ce qui entraine souvent un décalage entre la réalité des faits et ce qui est dit lors des discussions. Pour cela, nous avons opté pour la triangulation des sources d'information en impliquant plusieurs types de répondants dans la production des données. Cela a permis d'identifier les lacunes dans les propos recueillis. Malgré l'absence de focus groups pour explorer les dynamiques collectives, les résultats obtenus apportent des éléments utiles à la compréhension des conditions de déploiement de la CPS.

4.2. Cadre de mise en œuvre de la CPS

L'analyse des informations générées par les participants a permis de décrire le contexte dans lequel la CPS est mise en œuvre dans la commune rurale de Karifamoriah. Il ressort des entretiens réalisés que plusieurs facteurs influent sur l'opérationnalisation de la CPS.

La forte participation communautaire est mise en évidence par l'appréciation de la fonction préventive du traitement, l'accessibilité des services et la gratuité du traitement. Ces éléments constituent des conditions essentielles à la réussite des campagnes. C'est le cas notamment d'une étude réalisée au Soudan du Sud où l'engagement communautaire a été associé à l'efficacité perçue de la CPS dans la prévention du paludisme, à la distribution des médicaments à domicile et à la sélection des agents de santé communautaire au sein de la communauté (Okot et al., 2025).

Le paiement des primes au moyen de mobile money a réduit les prélèvements injustifiés. Ce qui contribue au renforcement de la motivation des ASC. En Guinée, une étude a également démontré le rôle déterminant du service du porte-monnaie électronique et de transfert d'argent sur mobile (orange-money, mobile money) dans la gestion sécurisée des fonds alloués aux activités de la CPS (Zogbelemou, 2023).

Toutefois, des contraintes structurelles persistent et affectent la mise en œuvre du programme. Le caractère insuffisant de la formation met en cause la qualité de l'information donnée. Ce constat est confirmé par les résultats d'une étude sur l'évaluation de la mise en œuvre de la CPS au Burkina Faso où l'insuffisance de la formation des distributeurs communautaires a été soulignée (Compaoré et al., 2017). Pour corriger ces problèmes, il s'avère important d'améliorer la qualité du contenu des messages de la campagne. Les informations diffusées doivent être plus claires, plus utiles et plus accessibles sur le plan de la langue pour mieux éclairer les populations sur les messages clés du traitement.

Par ailleurs, l'alignement du calendrier de la CPS sur la période agricole constitue un véritable facteur de la non-présence des parents pendant le traitement. Les exigences agricoles qui entrainent l'absence des parents perturbent le contrôle parental et le travail des agents sur le terrain. Ce constat est confirmé dans trois pays africains (Burkina Faso, Mali, Niger) où les voyages ont été identifiés comme étant les principales raisons de la non-observance du traitement par les parents (Somé et al., 2022). Une planification flexible qui prend en compte le calendrier local et une meilleure implication des leaders communautaires pourraient améliorer la disponibilité des parents lors des campagnes.

La complexité de l'intervention constitue un facteur de démotivation qui réduit considérablement l'impact des agents de santé communautaire sur le terrain. La distribution des doses n'est pas simple à cause de la diversité des tâches à accomplir. Cela devient encore plus complexe lorsqu'il faut reprendre ces tâches variées avec chaque enfant visité. Ce résultat est similaire à celui d'une étude où Compaoré a procédé à une description détaillée du caractère difficile de la distribution des doses (Compaoré et al., 2017). Pour pallier à cette situation, la composition des équipes de terrain doit être revue. Avec une augmentation significative du nombre de personnes affectées dans chaque équipe de terrain et une meilleure répartition des tâches, la distribution des doses se ferait avec beaucoup plus de facilité.

5. Conclusion

Le paludisme demeure un véritable problème de santé publique en Guinée, notamment dans les zones rurales où l'accès aux soins de santé constitue une préoccupation majeure. C'est ce qui a prévalu à la réalisation de cette enquête pour faire un état des lieux des conditions de déploiement de la chimioprévention du paludisme saisonnier dans la commune rurale de Karifamoriah. Ainsi, au regard des résultats trouvés, il apparait clairement que la mise en œuvre de la stratégie de chimioprévention du paludisme saisonnier dans la commune rurale de Karifamoriah comporte des nuances. Elle n'est pas tout à fait positive ni tout à fait négative. Cependant il existe plus de goulots d'étranglement que de facteurs facilitants. Ce qui nécessite un engagement fort à tous les niveaux pour corriger les points d'insatisfaction ressortis par l'étude. Les recherches futures gagneraient à réaliser des études qualitatives similaires dans d'autres régions de la Guinée afin de procéder à une analyse comparative à l'échelle nationale.

Reconnaissance

Nous exprimons notre infinie gratitude à l'École Doctorale des Sciences et Technologies du Mali (EDSTM) pour la formation de qualité offerte malgré le contexte sécuritaire. Nos sincères remerciements au Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique de la République de Guinée pour avoir facilité la mise en œuvre de l'étude principale dont cet article est issu.

Liens d'intérêt :

L'auteur déclare ne présenter aucun conflit d'intérêts en lien avec cet article

Références

African Leaders Malaria Alliance. (2021). *Guinée : Rapport trimestriel ALMA, Premier trimestre 2021 (Carte de score pour la redevabilité et l'action)*. African Leaders Malaria. https://alma2030.org/wp-content/uploads/2023/02/guinea-quarterly-report-2021-q1-fr.pdf. Consulté le 01 Mars 2026

Baker, K., Pulido Tarquino, I. A., Aide, P., Bonnington, C., Rassi, C., Richardson, S., Nnaji, C., Roca-Feltrer, A., Rodrigues, M., Sitoe, M., Enosse, S., McGugan, C., Saute, F., Matambisso, G., & Candrinho, B. (2025). Phase one of a hybrid effectiveness-implementation study to assess the feasibility, acceptability and effectiveness of implementing seasonal malaria chemoprevention in Nampula Province, Mozambique. *Malaria Journal*, *24*(1), 56. https://doi.org/10.1186/s12936-024-05229-x

Compaoré, R., Yameogo, M. W. E., Millogo, T., Tougri, H., & Kouanda, S. (2017). Evaluation of the implementation fidelity of the seasonal malaria chemoprevention intervention in Kaya health district, Burkina Faso. *PLoS ONE*, *12*(11), e0187460. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0187460

Diallo, A. A. (2025, septembre 16). *Contre la première cause de mortalité infantile, la Guinée déploie le vaccin antipaludique*. https://www.gavi.org/fr/vaccineswork/contre-premiere-cause-mortalite-infantile-guinee-deploie-vaccin-antipaludique. Consulté le 17 Août 2026

Diallo, O. O., Diallo, A., Toh, K. B., Diakité, N., Dioubaté, M., Runge, M., Symons, T., Diallo, E. M., Gerardin, J., Galatas, B., & Camara, A. (2025). Subnational tailoring of malaria interventions to prioritize the malaria response in Guinea. *Malaria Journal*, *24*(1), 62. https://doi.org/10.1186/s12936-025-05302-z

Fofana Abdoulaye. (2024). *Exposition Climatique et Vulnérabilité Palustre à Conakry (Guinée)*. https://generis-publishing.com/upload/books/2024/05/strong-EXPOSITION-CLIMATIQUE-ET-VULNRABILIT-PALUSTRE-CONAKRY-GUINE-strong_preview_1717149384.pdf. Consulté le 08 décembre 2025

Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. Bureau de l'Inspecteur général. (2024). *Rapport d'audit : Subventions du Fonds mondial à la République de Guinée* (GF-OIG-24-019). Fonds mondial. [Https://www.theglobalfund.org/media/15325/oig_gf-oig-24-019_report_fr.pdf] (https://www.theglobalfund.org/media/15325/oig_gf-oig-24-019_report_fr.pdf). Consulté le 08 décembre 2025

Institut National de la Statistique. (2023). *Annuaire statistique régional : Région de Kankan*. Ministère du Plan et du Développement Economique, République de Guinée. Consulté https://www.stat-guinee.org/images/Documents/Publications/INS/annuelles/annuaire/region/Rgion_de_Kankan.pdf. Consulté le 14 Avril 2026

Loua, K. M., & Milligan, P. (2021, avril 25). *Seasonal Malaria Chemoprevention in Guinea in 2020: Coverage survey results* [Monograph]. London School of Hygiene & Tropical Medicine, London and Université Gamal Abdel Nasser, Conakry. https://doi.org/10.17037/PUBS.04663123

Mapcarta. (s. d.). *Mapcarta*. Mapcarta. Consulté 16 août 2026, à l'adresse https://mapcarta.com/29015852. Consulté le 16 Août 2026

Okot, F., Sans, M. S., Viganò, E., Rom, A., Mubiru, D., Baker, K., Khan, J., & Julla, A. (2025). « We witnessed medicines help our children, then we became proud » : Experiences and acceptability of seasonal malaria chemoprevention in Aweil, South Sudan. *Malaria Journal*, *24*(1), 262. https://doi.org/10.1186/s12936-025-05501-8

Organisation mondiale de la santé. (2013). *Chimioprévention du paludisme saisonnier par l'administration de sulfadoxine-pyriméthamine et d'amodiaquine aux enfants : Guide de terrain*. Organisation mondiale de la santé. https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/da7cd034-9b24-4b34-85da-41be32a3b2c2/content. Consulté le 05 Janvier 2026

Organisation mondiale de la Santé. (2023). *Chimioprévention du paludisme saisonnier par administration de sulfadoxine-pyriméthamine et d'amodiaquine aux enfants : Guide de terrain, deuxième édition*. Organisation mondiale de la Santé. https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/27bc7ede-2a68-4b33-a0f2-b2d79c85259c/content. Consulté le 08 Décembre 2025

Organisation mondiale de la santé. (2024). *Paludisme : Principaux répères* [Fiche d'information]. https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/malaria. Consulté le 16 Décembre 2025

Programme National de Lutte contre le Paludisme. (2023). *Plan Stratégique National de Lutte contre le Paludisme 2023—2027*. Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique. https://pnlp-guinee.org/wp-content/uploads/2024/06/10.-GIN_PNLP_PSN-2023-2027.pdf. Consulté le 12 Janvier 2026

Severe Malaria Observatory. (2023). *Malaria in Guinea: Statistics & Facts | Severe Malaria Observatory*. https://www.severemalaria.org/countries/guinea. Consulté le 05 Mars 2026

SMC Alliance. (2024). *SMC Alliance 2023 annual meeting report* [Rapport de réunion annuelle]. Medicines for Malaria Venture / SMC Alliance. https://www.smc-alliance.org/sites/mmv-smc/files/content/attachments/2024-05-.29/SMC%20Alliance%202023%20annual%20meeting%20report_FR.pdf. Consulté le 11 Janvier 2026

Somé, A. F., Zongo, I., Sagara, I., Ibrahim, A., Ahanhanzo, C. D., Agbanouvi-agassi, E. E., Sayi, D. A., Toe, L. P., Kabré, Z., Nikiéma, F., Bazié, T., Ouédraogo, S., Sombié, I., Dicko, A., Adehossi, E., Ouédraogo, J.-B., & Dabiré, K. R. (2022). Factors Influencing Second and Third Dose Observance during Seasonal Malaria Chemoprevention (SMC) : A Quantitative Study in Burkina Faso, Mali and Niger. *Tropical Medicine and Infectious Disease*, *7*(9), 214. https://doi.org/10.3390/tropicalmed7090214

Zhang, M., Attah-Poku, S., Al-Jizawi, N., Imahori, J., & Zlotkin, S. (2021). Seasonal Malaria Chemoprevention in Guinea. *Munk School of Global Affairs & Public Policy,University of*

TORONTO. https://reachalliance.org/wp-content/uploads/2021/04/Guinea-Malaria-Final-April21.pdf. Consulté le 26 décembre 2025

Zogbelemou, Z. J. (2023). Système de paiement communautaire par mobile money en contexte COVID19 : Cas de la campagnes CPS (Chimio prévention du Paludisme Saisonnier) en Guinée-2019. *Revue Française d'Economie et de Gestion*, *4*(3). https://www.revuefreg.fr/index.php/home/article/view/1081. Consulté le 12 Décembre 2025

2026 SONGBONO, 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 8 (2)
ISSN: 1987-071X e-ISSN 1987-1023
Received, 2 May 2026
Accepted, 20 August 2026
Published, 26 August 2026
https://www.revue-rasp.org
To cite: Goubo, S., et al. (2026). Pratiques sociales des mères allaitantes liées à l'allaitement et au sevrage du nourrisson à Divo (Côte d'Ivoire). *Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, 8(2), pp.376-386.* https://doi.org/10.4314/rasp.v8i2.26

Research

Pratiques sociales des mères allaitantes liées à l'allaitement et au sevrage du nourrisson à Divo (Côte d'Ivoire)

Social practices of breastfeeding mothers related to breastfeeding and infant weaning in Divo (Côte d'Ivoire)

Siméon GOUBO[1*], Abbé Aliko Blaise N'KOUSSE[1], Martial BAMA[1], Taté Roger OULAHI[1], Arnaud Kévin DAYORO[2]

[1] Institut National d'Hygiène Publique, Abidjan, Côte d'Ivoire
[2] Département de Sociologie, Université Félix Boigny, Abidjan, Côte d'Ivoire

* **Correspondance :** simeongoubo74@gmail.com ; Tel : +225 07 07 42 38 37

Résumé

Le lait maternel est donné au nourrisson en raison de sa valeur nutritive. Cependant, la pratique de l'allaitement maternel est régulée par des normes sociales qui en freinent le développement normal. Cette étude vise à analyser les logiques sociales liées à l'allaitement et au sevrage du nourrisson. Elle porte sur un échantillon de 24 mères allaitantes dont l'enfant a entre 1 et 18 mois, ainsi que sur trois agents de santé, trois accoucheuses traditionnelles et 10 parents proches des mères allaitantes. Les données recueillies à partir des entretiens semi-directifs, des focus groups et de l'observation directe, montrent que les femmes allaitantes de Divo donnent à leur enfant d'autres aliments en dehors du lait maternel pendant les six premiers mois. Pour les communautés divolaises, l'introduction précoce du lait infantile, à l'aide du biberon, de l'eau, de l'huile et d'autres décoctions, dans l'alimentation répond à un besoin nutritionnel. Les populations intègrent, à travers les savoirs endogènes et le discours médical, et l'adaptent au contexte local. Ainsi, bien que l'allaitement soit prolongé jusqu'à 18 mois et au-delà, il est jalonné de normes culturelles donnant lieu à une hybridation bioculturelle.

Mots-clés : perception sociale, nutrition, sevrage, allaitement, nourrisson

Abstract

Breast milk is given to infants on account of its nutritional value. However, the practice of breastfeeding is governed by social norms that impede the child's normal development. This study aims to analyze the social rationales underlying breastfeeding and infant weaning practices. It draws on a sample of 24 breastfeeding mothers whose infants range in age from 1 to 18 months, three health workers, three traditional birth attendants, and 10 close relatives of the breastfeeding mothers. Data collected through semi-structured interviews, focus groups, and direct observation reveal that breastfeeding women in Divo introduce foods other than breast milk to their infants during the first six months of life. Within Divo communities, the early introduction of infant formula, along with water, oil, and other decoctions, into an infant's diet is perceived as meeting a nutritional need. These populations incorporate biomedical discourse into their indigenous knowledge systems and adapt it to the local context. Thus, although

breastfeeding is prolonged up to 18 months and beyond, it is punctuated by cultural norms that give rise to a bio-cultural hybridization.
Keywords: social perception, nutrition, weaning, breastfeeding, infant

1. Introduction

Dans toute l'histoire de l'humanité, presque toutes les mères ont toujours nourri leurs enfants de la façon la plus naturelle et la plus simple qui soit : au sein (Latham, 2001). Cette alimentation fait subir au nourrisson deux événements : l'allaitement et le sevrage. Si l'allaitement maternel est un acte naturel, la pratique de l'allaitement maternel, est empreinte de valeurs culturelles spécifiques aux peuples. Ces valeurs ne sont autres que l'obéissance des codes et principes qui encadrent l'alimentation du nourrisson. Selon la biomédecine, le lait maternel contient tous les éléments nutritifs nécessaires pour assurer à l'enfant une croissance et un développement harmonieux. En effet, le don exclusif du lait maternel améliore la survie de l'enfant, réduit les retards de croissance et permet aux enfants de réaliser leur plein potentiel de développement (UNICEF, 2016). La mère en tire également profit car il réduit le risque de diabète de type 2, de cancer du sein et de l'ovaire (Victora et al., 2016).

De ce fait, l'allaitement maternel exclusif est recommandé aux nourrissons pendant les six premiers mois de leur vie (UNICEF, 2003). Ainsi, plusieurs actions ont été menées en faveur de l'allaitement maternel par des organisations depuis 1992 dans 120 pays ; l'Initiative Hôpital Ami des bébés (IAB) depuis 1991 et le programme ‘’plus fort avec le lait maternel uniquement’’ lancé en Afrique de l'Ouest et du Centre pour atteindre un taux de 50 % d'allaitement exclusif à l'horizon 2025. En dépit de la recommandation de l'OMS et des actions précitées en faveur de l'allaitement maternel, seulement un tiers des nourrissons sont exclusivement nourris au sein en Afrique de l'Ouest et du Centre (Marinelli et al., 2019).

En outre, nombreuses sont les femmes qui donnent de l'eau et d'autres décoctions aux nourrissons. De telles pratiques entrainent la baisse de la lactation chez la mère et favorise la préférence du biberon du fait de son bon débit chez l'enfant (Latham, 2001) et induisent de facto le sevrage précoce. Celui-ci expose le nourrisson à des maladies diarrhéiques et à un retard de croissance. Or le sevrage sous le regard médical se veut un processus d'alimentation complémentaire et d'adaptation pour le nourrisson. Ainsi, le sevrage est dit « naturel » et « orienté » par le nourrisson quand celui-ci réduit progressivement le nombre de tétées et consomme de plus en plus d'autres aliments. A l'inverse, le sevrage est dit « précoce », quand il est initié par la mère. Dans ce cas, il constitue une agression nutritionnelle qui emporte le nourrisson dans un cycle infernal de la diarrhée et de la malnutrition, avec des effets néfastes sur sa croissance et sur son développement psychomoteur (De Benoist, 1995). Ce phénomène est d'autant plus fréquent que les services de santé sont rares, l'éducation nutritionnelle des mères insuffisante et l'influence des parents de plus en plus marquée.

Selon De Benoist (1995), le sevrage loin d'être un acte banal, est plutôt complexe et englobe les aspects nutritionnel, adaptatif, socioculturel, psychoaffectif et temporel au profil du nourrisson. Le non-respect du processus peut entrainer des problèmes alimentaires et même le développement social et affectif peut subir des répercussions le long du parcours de vie (Liu & Stein T, 2013). Plus le temps de l'allaitement maternel exclusif est court, plus le sevrage est rédhibitoire à la croissance du nourrisson. Le couple allaitement-sevrage constitue une situation interactive à laquelle il faut accorder une attention particulière. Mais le constat est que le lait maternel n'a toujours pas été dans les sociétés africaines, le seul aliment du nourrisson. Il est très souvent alterné avec l'eau et d'autres aliments sous formes de décoctions nutritives.

En Côte d'Ivoire, le taux d'allaitement maternel exclusif a évolué au fil des années. Il est passé de 12 % en 2012 à 34 % en 2021 (Institut National de la Statistique, 2022a). Malgré l'évolution de ce taux d'allaitement, bon nombre de femmes et particulièrement celles de Divo restent encore hésitantes à l'allaitement maternel exclusif. En effet, l'alimentation du nourrisson se trouve encore sous influence de personnes âgées à fort capital symbolique. Cette pratique opposée aux prescriptions médicales relatives à l'allaitement sous-tend une logique dont les raisons restent à élucider. Comment alors les logiques sociales orientent-elles les pratiques de l'allaitement et du sevrage des nourrissons chez les mères allaitantes de Divo ?

L'objectif de cette étude est d'analyser les logiques sociales qui orientent la pratique de l'allaitement et du sevrage chez les femmes allaitantes. De façon spécifique, il s'agit de décrire les représentations relatives à l'allaitement maternel, à l'introduction des compléments et au sevrage ; identifier les acteurs d'influence et leurs rôles.

2. **Matériels et Méthodes**

2.1. *Champ d'étude*

L'étude a été réalisée à Divo, une ville de la Côte d'ivoire située à 170 Km d'Abidjan, la capitale économique. Cette localité de 294 559 habitants s'étend sur une superficie de 10 650 km^2 et comprend plus de vingt quartiers (Institut National de la Statistique, 2022b). La ville compte plusieurs établissements sanitaires dont un Centre Hospitalier Régional, des centres de santé et des pharmacies. Cette disponibilité des services de santé contribue à la prise en charge et à l'éducation sanitaire de la population. Du fait de son caractère cosmopolite, Divo héberge diverses cultures et religions qui influencent les pratiques alimentaires, notamment l'allaitement maternel.

2.2. Technique d'échantillonnage et méthode de collecte de données

Il s'agit d'une étude socio-anthropologique mobilisant l'approche qualitative. Les enquêtés ont été sélectionnés par choix raisonné en tenant compte de la diversité des profils. Ainsi, 24 entretiens semi-directifs ont été menés auprès des femmes allaitantes, à raison de 6 par quartier. L'âge des nourrissons est compris entre 1 et 18 mois. Quatre quartiers ont été retenus d'une part, en fonction de leur situation géographique (Nord, Sud, Ouest et Centre-Est), et d'autre part, afin d'appréhender les différents facteurs influençant l'allaitement. Il s'agit des quartiers Gremian et Briboré qui répondent respectivement au statut de quartier économiquement moyen et faible, de Boudoukou, le quartier des autochtones et de Bada, le quartier le plus animé de la ville. Outre ces femmes allaitantes, trois agents de santé, trois accoucheuses traditionnelles et 10 parents ont été interrogés par entretien semi-directif comme des informateurs complémentaires. Les entretiens ont duré en moyenne 35 min. Un focus group de 45 min a été mené avec sept femmes. L'observation directe non participante, également mobilisée, a consisté à observer de près les attitudes et les comportements lors de l'allaitement maternel et d'autres pratiques afférentes. La collecte des données s'est déroulée du 18 février au 6 mars 2026.

2.3. Cadre théorique

Dans le cadre de notre étude, la théorie de l'écologie sociale de l'allaitement nous a servi de matrice. Elle découle de la théorie du comportement de santé, inspirée par Bronfenbrenner (1977, 1986) et reprise par McLeroy et al. (1988) dans le cadre de la promotion de la santé. Ensuite, elle est appliquée spécifiquement à l'allaitement (Synder et al., 2021). Cette théorie postule que la pratique de l'allaitement est déterminée par l'interaction de plusieurs niveaux de

facteurs, allant de la sphère individuelle à l'environnement plus large. Cette interaction implique les connaissances de la mère, les valeurs familiales, les cultures communautaires, les recommandations des services de santé et les politiques de santé. Cette théorie nous permet de comprendre que l'allaitement à Divo est le produit d'un système socialement nouveau, né de la biomédecine et des normes culturelles. L'allaitement est dès lors la résultante d'une hybridation bio-culturelle.

L'allaitement, en tant que pratique ou comportement, s'explique par les logiques sociales et les normes culturelles. En effet, les logiques sociales constituent l'ensemble des rationalités, des stratégies et des dispositions qui orientent les pratiques des acteurs au sein de leur environnement social (Weber, 1995). Quant aux normes culturelles, selon Durkheim (2013), elles correspondent à des règles, des valeurs et des représentations collectivement partagées qui encadrent et légitiment les comportements au sein d'une communauté. Ainsi, les normes culturelles fournissent un cadre de référence qui influence les choix et les stratégies des acteurs.

2.4. Méthode d'analyse

Les données recueillies ont été retranscrites et analysées par contenu thématique. Nous avons ainsi dégagé dans les textes transcrits, les thèmes clés ayant une unité de valeur. Ensuite, les thèmes ont été classés en catégories en fonction de leur signification et de l'objectif de notre problématique. Les données issues de l'observation directe, portant sur les comportements des acteurs au sein de leur système de relations sociales, ainsi que sur les fondements culturels et idéologiques, ont enrichi les thèmes. L'analyse de contenu thématique nous a alors permis d'analyser et d'interpréter nos données.

2.5. Considérations éthiques

La participation à l'étude était volontaire. Un consentement éclairé verbal a été recueilli auprès des participants avant le début de l'entretien, après explication des objectifs de la recherche, de la nature de leur participation et des garanties de confidentialité. L'anonymisation des données a été assurée par l'utilisation systématique de codes. Aucune donnée permettant l'identification individuelle des participants n'est rapportée.

3. **Résultats**

Les résultats de cette étude se structurent autour de quatre points principaux, à savoir les perceptions de l'allaitement et du sevrage, le rôle des parents en tant que gardiens culturels, l'influence des activités professionnelles et le dilemme identitaire.

3.1. Pratiques de l'allaitement et du sevrage chez les femmes allaitantes

3.1.1. Allaitement, un devoir maternel, culturel et symbolique

L'allaitement maternel, selon les mères allaitantes, est naturel et bénéfique en raison des apports nutritifs qu'il apporte au nourrisson. Pour elles, le lait maternel constitue la nourriture de l'enfant, lui assurant protection et croissance. Les propos de cette mère l'attestent : *« Le lait maternel nourrit l'enfant, c'est un plaisir de donner le sein à son enfant, pour moi c'est une fierté d'assumer mon statut de mère »,* D.Y. 35 ans, mère du quartier Gremian. L'allaitement devient ici, un marqueur d'identité. Ces propos expriment l'adhésion de la mère aux normes culturelles. De ce fait l'allaitement, constitue une satisfaction, le ciment du lien mère-enfant. L'alimentation du nourrisson devient alors à la fois un acte social, identitaire, symbolique et

normatif. Les compléments alimentaires sont pour les mères allaitantes, gage de la santé du nourrisson et participent au processus de la socialisation alimentaire. Cette vision est soutenue par les propos suivants : *« Moi je conseille de donner l'eau à l'enfant après les tétées, c'est pour faire passer le reste du lait maternel dans la gorge et éviter que l'enfant tousse »*, G.B. 55 ans, belle-mère, habitant à Boudoukou. Cette prescription est une pratique de transmission intergénérationnelle des logiques sociales visant à expulser les résidus lactés qui stagnent dans la gorge. Cette vision prend le contre-pied de la recommandation biomédicale. Le don de l'eau avant l'âge de six mois, considéré comme un sevrage précoce par la biomédecine, ne saurait, chez les communautés de Divo, constituer une entrave à la nutrition du nourrisson.

3.1.2. Perceptions du sevrage

Le sevrage est perçu chez les mères allaitantes de Divo comme l'arrêt définitif du don de lait maternel, intervenant au bout de dix-huit mois. Cependant, le nourrisson peut recevoir des aliments autres que le lait maternel. Il peut s'agir de l'eau, du miel, du biberon et d'autres décoctions alimentaires. Or, selon une spécialiste en nutrition au CHR de Divo, le sevrage est défini comme l'introduction d'aliments nouveaux en dehors du lait maternel. Cet écart de connaissances entre la biomédecine et les savoirs populaires constitue un frein à la promotion de l'allaitement maternel exclusif. Le sevrage est diversement interprété. En effet, associer le lait maternel à tout autre aliment ne saurait constituer un sevrage pour les femmes allaitantes. Cette opinion se perçoit dans le discours ainsi exprimé : *« J'ai souvent donné de l'eau ou de décoctions sucrées à mon enfant, mais je continue toujours de lui donner le sein »,* G.O. 40 ans, multipare, résidant à Bada. Ce discours révèle les tensions entre les savoirs médicaux et les pratiques culturelles. Les normes médicales sont alors modulées par les croyances. L'interdiction par la biomédecine de donner d'autres aliments au nourrisson, apparaît dans les communautés divolaises comme un « défoliant culturel ». Pour elles, l'alimentation du nourrisson consiste à lui transmettre les capacités biologiques, culturelles et spirituelles dans un cadre purement familial.

3.2. Rôle des parents comme gardiens culturels

3.2.1. Les aidants familiaux des mères allaitantes

Selon les enquêtés, la grand-mère ou la belle-mère de la femme allaitante est responsable des soins traditionnels de la femme allaitante et de son enfant. Les soins du nourrisson consistent en le massage traditionnel et le nettoyage de sa gorge pour faciliter les tétées. Elle veille aussi à la rupture du cordon ombilical, car, selon elle, s'il n'est pas encore rompu, l'enfant ne peut prendre que des gouttes d'eau. Il ne pourra en prendre suffisamment pour dormir qu'après la rupture du cordon ombilical. Cette vigilance amène souvent la gardienne de la culture à passer les premières nuits aux côtés de la mère allaitante. Épuisée par l'accouchement, la mère du nourrisson abandonne presque tout à son « guide social ». Cette attitude est vérifiée à travers les propos de cette femme allaitante : *« Après mon accouchement, arrivée à la maison, c'est ma grand-mère qui a lavé l'enfant et fait tout le reste ; parce qu'au début j'avais du mal à attraper l'enfant »,* K.M. 25 ans, primipare, résidant à Briboré. Ces propos mettent en exergue les dynamiques familiales traditionnelles en plaçant la grand-mère au centre des soins post-accouchement. Cette dernière se présente comme l'agent de transmission intergénérationnelle des savoirs et de soutien communautaire.

3.2.2. Le traitement de l'hypogalactie

L'hypogalactie est attribuée par les enquêtés à des causes culturelles. Selon les interviewés, elle

est due à la présence de fourmis dans les seins, issues de termitières. Celles-ci provoquent des fourmillements et des démangeaisons, et réduisent la production de lait maternel. Chez les communautés Dida de Divo, la nosologie sociale la désigne par le terme « wônon ». Cette maladie se manifeste par le renflement des seins et l'écoulement permanent d'un lait à l'aspect de liquide d'escargot. Le rétablissement normal de la production laitière passe par le recours à des pratiques thérapeutiques traditionnelles. Le traitement consiste à faire boire à la mère un cocktail de feuilles de plantes appropriées et à l'appliquer sur ses seins à l'aide d'un pilon. Pendant ce temps, l'enfant est nourri à la décoction. Une mère guérie après traitement confirme cette pratique en ces termes : *« Moi je n'avais pas de lait dans mes seins, mais grâce aux soins de ma belle-mère j'ai pu allaiter mon enfant parce que le lait venait normalement maintenant »,* T.O. 34 ans, mère de Boudoukou. Cette affirmation montre l'adhésion et la satisfaction de la mère à la pratique des soins traditionnels.

3.2.3. Initiation culturelle des goûts alimentaires

L'initiation aux goûts et aux saveurs révèle l'identité culturelle de chaque peuple, transmise de génération en génération par les gardiens de la culture. Les parents à fort capital symbolique, autour de la mère allaitante, introduisent chez l'enfant des goûts alimentaires initiatiques. Les saveurs créent chez le nourrisson une appétence des repas traditionnels. Ainsi, l'enfant développe, dans son enfance, une néophobie alimentaire. Cela est affirmé dans ces propos : *« Chez nous, c'est par la nourriture qu'on connaît d'où tu viens, un enfant doit manger et s'habituer aux goûts alimentaires de ses parents, donc on lui donne aussi ce qu'on mange »,* G.B. 68 ans, grand-mère au quartier Gremian. À travers cette affirmation, manger n'est pas neutre, c'est une pratique issue de la socialisation primaire. Un habitus qui régule la pratique alimentaire. L'enfant internalise les goûts comme un capital culturel implicite, qui dénote de l'origine sociale.

3.2.4. Le rappel des interdits pendant l'allaitement

Aux dires des enquêtés, notamment des parents des accouchées, il est interdit à la femme allaitante de donner le sein à l'enfant lorsqu'elle tombe enceinte. En effet, selon les gardiens de la culture, la grossesse transforme le lait maternel en sang, ce qui constitue une source de plusieurs maladies chez l'enfant. Le lait maternel est, dans ce cas, considéré comme « impropre » à la consommation. Le discours dominant à ce sujet est porté par les propos de cette grand-mère guérisseuse : *« Une femme en grossesse ne produit plus de lait dans les seins, c'est plutôt le sang que le nourrisson suce et cela attire la maladie et les mauvais esprits »,* K.M. 70 ans, guérisseuse à Boudoukou. Dans les traditions africaines de l'allaitement, le lait maternel joue un rôle purificateur et protecteur, tandis que le ''sang'' symbolise vulnérabilité et risques spirituels. Cette vision traduit aussi le respect des interdits qui renforce la cohésion sociale dans une communauté, alors que la désobéissance à ce qui est dévolu comme interdits suscite la désunion et l'isolement. Ainsi la guérisseuse poursuit : *« quand une femme allaitante tombe enceinte, tous les regards sont sur elle et elle se sent gênée »,* K.M. 70 ans, guérisseuse à Boudoukou. Autant de situations qui précipitent le don précoce des aliments pour éviter le rejet des autres.

3.3. Influences des activités professionnelles

Selon nos enquêtes, les activités professionnelles influencent l'allaitement du nourrisson. Les femmes qui exercent des activités professionnelles, louent les services des « nounous » pour allaiter leur bébé au biberon. Les femmes de cette catégorie, malgré leurs connaissances en matière de l'allaitement éprouvent de réelles difficultés quant à la protection de leur enfant. En

effet, non seulement les services employeurs ne disposent pas des lieux aménagés pour allaiter les enfants mais la législation en vigueur en Côte d'Ivoire n'admet que six mois de congé maternel dont deux mois avant et quatre mois après l'accouchement. A ce sujet, voici les propos d'une sage-femme spécialiste au CHR de Divo:

> *« Nous disons aux femmes de pratiquer l'allaitement maternel exclusif, or pour celles qui travaillent, l'Etat n'accorde que 4 mois après l'accouchement. Moi-même mon enfant est resté à la maison pendant ma nuit de garde. Et quand on m'a signalé que l'enfant pleurait, j'ai été obligée de me rendre à la maison vers 2 heures du matin pour lui donner à téter ».*

Cette déclaration montre la nécessité d'améliorer les conditions d'allaitement des femmes et de la promotion de l'allaitement maternel exclusif. Elle expose les failles des politiques sanitaires dans la lutte contre le sevrage précoce. Une des contradictions révélées est l'allaitement des jumeaux. Une mère de deux jumeaux dit à propos ceci : *« Comme moi j'ai deux jumeaux, les sage-femmes m'ont autorisé à utiliser aussi le biberon pour allaiter mes enfants parce qu'ils pleurent des fois au même moment »*, D.C. 25 ans, mère de jumeaux, résidant à Bada. Cette pratique, bien que s'écartant de la prescription institutionnelle, montre que les normes sociales ne sont pas rigides, elles s'adaptent aux contraintes de la vie. Le recours au biberon peut être perçu comme une méthode de gestion de la charge mentale et physique chez la mère.

3.4. Dilemme identitaire

En période d'allaitement, la femme vit une ambivalence aussi bien psychologique que physiologique. Elle cumule à la fois deux fonctions à partir de ses seins. D'une part, elle est une mère nourricière et une femme érotique (séduisante) d'autre part. Quand les mères adultes optent par devoir de responsabilité à assumer le rôle de mères nourricières, les jeunes filles primipares quant à elles, se laissent emporter par les modes sociales, les contraignant à mettre en valeur leur charme, leur corps ou leur féminité de manière à éveiller l'attirance. L'idéologie qui sous-tend le choix de ces jeunes filles est de nier le statut de « jeune femme fanée » Les enjeux qui encadrent cette pensée et la modélisent sont les enjeux sociaux (besoin de conjugalité), esthétiques (peur de déformer la poitrine) et psychologiques (manque de confiance en soi). C'est cette série de raisons, disent-elles, qui milite en faveur du sevrage précoce. Ainsi les enfants sont laissés chez les grands-parents en vue de poursuivre une nouvelle aventure. Les propos de cette jeune primipare résument au mieux ce cadre de pensée :

> *« Mon cas, c'est que je suis encore jeune; c'est vrai que j'ai eu un enfant dans cette jeunesse-là, cela ne veut pas dire que je dois me délaisser. D'ailleurs, je ne suis pas mariée. Je dois me rendre belle en tant que femme. De toute façon, l'enfant est avec mes parents ; il a tété au moins trois mois. Maintenant je dois chercher aussi de mon côté pour aider les parents »*

Ici, la jeune accouchée affirme son identité de jeune femme séduisante et refuse de renoncer à la vie féminine. La maternité précoce n'est pas pour elle, synonyme de retrait de la vie sociale. Elle se remet en position de redéfinition du rôle pour soutenir les parents. Les parents, quant à eux, comblent le vide laissé par la jeune mère auprès de l'enfant et le protègent de toute dépression affective.

4. Discussion

La thématique de l'allaitement et du sevrage du nourrisson a fait l'objet de plusieurs études.

Certains auteurs de ces études ont mis en évidence les bienfaits de l'allaitement maternel aussi bien pour le nourrisson que pour la mère. Ainsi pour Turck et al. (2013), la croissance en taille et surtout en poids est nettement supérieure chez les enfants allaités au lait maternel au cours du premier trimestre. Selon I. Landry (2012), le lait est la nourriture du nourrisson et symbolise la pureté ; il est générateur de force. C'est un aliment naturel et vital pour le nourrisson. L'auteur révèle que dans la tradition orale, le lait est associé à un pouvoir si grand que l'on décrit la fin du monde comme étant le jour où il n'y en aura plus. Pour lui, l'allaitement matérialise le lien qui unit la mère à ses enfants. Les résultats de ces auteurs corroborent les nôtres dans la mesure où les communautés de Divo considèrent le lait maternel comme la nourriture qui fait grandir le nourrisson. A travers l'allaitement la mère renoue le contact avec son enfant et renforce le lien affectif. Cette thèse est d'ailleurs portée par Gojard (1998) quand elle dit que l'allaitement maternel est pour une femme, un plaisir de le pratiquer. A travers le lait maternel la mère trouve un espace d'échanges verbaux et non verbaux avec son enfant. Aussi cette pratique de l'allaitement maternel est fortement influencée par des enjeux médicaux. Pour elle, le lait maternel renferme des anticorps qui protègent l'enfant contre les maladies pendant son enfance. Cependant cette connaissance est détenue par les femmes de niveau d'étude supérieur. En revanche, dans les milieux populaires, et notamment chez les tribus berbères du sud du Maroc, les premiers soins au nouveau-né sont administrés par la grand-mère maternelle (Gélard, 2003). Selon l'auteur, après l'accouchement, le nouveau-né est essuyé et enduit d'huile telle que le « henné » ayant des vertus thérapeutiques. Les premiers soins de la mère allaitante et du nouveau-né s'étendent sur les sept premiers jours et consistent aussi à lutter contre l'hypogalactie en donnant des aliments chauds à la mère. La fragilité et l'épuisement de la mère après l'accouchement font dire d'elle que : « la tombe de l'accouchée reste ouverte pendant 40 jours » (Landry, 2012). Ce qui appelle une attention particulière à son endroit. Ces résultats obtenus sont similaires aux nôtres dans la mesure où les gardiens de la culture à Divo constituent les soignants traditionnels après l'accouchement. En effet, les grand-mères veillent à la rupture du cordon ombilical et évacuent la gorge du nouveau-né au travers de l'index recouvert d'une substance thérapeutique. Contrairement chez les tribus berbères, les communautés divolaises combattent l'hypogalactie par l'administration d'une mixture à la mère, son application sur ses seins, suivi du rituel de pilon sur les seins. Bien que les soins diffèrent d'une communauté à l'autre, ils sont administrés par les gardiens de la culture.

Outre les soins de la mère allaitante et de son enfant, les grands-parents procèdent à la socialisation alimentaire de l'enfant. Dans les communautés de Divo, les goûts et saveurs sont initiés chez le nourrisson à partir de 4 à 5 mois pour aiguiser son appétence et affirmer son identité culinaire. Le lait maternel est associé à des compléments alimentaires tels que la bouillie de mil, de maïs, de riz selon les groupes ethnoculturels. Le don de l'eau se fait par gouttes avant et en quantité suffisante après la rupture du cordon ombilical. Toutes ces pratiques fonctionnent comme des inhibiteurs culturels à la promotion de l'allaitement maternel exclusif. Ces résultats sont similaires à ceux des études menées au Sénégal. L'adjonction des autres aliments au cours des six premiers mois s'expliquent par la peur de donner des quantités de nourriture insuffisante au nourrisson (Diagne-Guèye et al., 2011). Cette peur amène les femmes à donner le « tokental », une substance administrée par les marabouts au nourrisson, de l'eau pour cause de chaleur afin d'étancher la soif et la bouillie pour cause de l'hypogalactie. En dehors du renforcement de la nutrition, c'est un ensemble de propriétés symboliques qui sont attribués aux aliments consommés (Bouima, 2021), c'est le principe d'incorporation. Manger les autres aliments signifie le transfert des vertus qui font de l'enfant un initié du monde culturel.

Par ailleurs, les arrêts prématurés de l'allaitement sont dus aux rôles érotiques attribués aux femmes. En effet, le jeune âge, la primiparité, le faible niveau d'étude et la mise aux seins tardive sont autant des facteurs qui militent aux arrêts prématurés de l'allaitement (Ego et al.,

2003). Pour ces auteurs, 10 % des femmes présentant ces caractéristiques ne souhaitent pas allaiter au-delà d'un mois. Ces résultats sont proches des nôtres, dans la mesure où les sevrages précoces sont pratiqués par les jeunes mères et les primipares. Généralement de faible niveau d'instruction ou déscolarisées, les jeunes filles refusent de renoncer à la vie féminine et redéfinissent leur rôle. Pour elles, la maternité précoce ne saurait les soustraire de la vie sociale. Le repli identitaire de la femme érotique l'emporte sur celui de la mère nourricière. Cette situation est de plus en plus fréquente chez les jeunes filles et les éloigne de leur enfant pour une aventure visant une nouvelle insertion sociale.

En somme, les pratiques d'allaitement et de sevrage à Divo ne relèvent pas uniquement de considérations nutritionnelles, mais aussi d'un ancrage culturel et identitaire. Par conséquent, la réussite des interventions sanitaires nécessite l'intégration des savoirs locaux et des pratiques communautaires. Pour ce faire, quatre stratégies d'intervention sont nécessaires à la mise en œuvre des programmes d'éducation sanitaire :

Adaptation culturelle des programmes de santé

La stratégie d'intervention doit passer d'une approche prescriptive à une approche participative. Les autorités sanitaires doivent collaborer avec les gardiens culturels. Cette collaboration permettra de comprendre les savoirs jugés légitimes par les populations et leur intégration dans les programmes d'allaitement. Elle favorisera ensuite la mise en place d'actions en faveur du bien-être du nourrisson. Selon l'OMS (2017), l'adaptation des interventions de santé au contexte local favorise l'adhésion des femmes à l'allaitement maternel exclusif.

Formation des prestataires de santé

Elle vise à doter les prestataires de santé en compétences culturelles (socio-anthropologie de la santé, écoute active, communication interculturelle et négociation des comportements de santé). La formation doit aussi être axée sur la médiation communautaire, afin de discuter avec les acteurs sociaux.

Réponses au dilemme identitaire des jeunes mères

Le sevrage précoce étant une solution de préservation de l'image de soi, il faut un suivi psychosocial des jeunes mères pour remédier aux ambivalences identitaires (identités maternelles, conjugales et féminines). De même, il faut déconstruire les mythes esthétiques tels que les idées portant sur la déformation des seins, la perte de l'attirance physique et le rejet amoureux.

Prise en compte des contraintes professionnelles des femmes allaitantes

Les employeurs devraient aménager des espaces dédiés à l'allaitement sur les lieux du travail et alléger le programme de travail des femmes allaitantes. Par ailleurs, les professionnels de la santé doivent promouvoir les techniques de tirage et de conservation de lait afin de permettre aux femmes allaitantes non seulement d'exécuter leurs tâches professionnelles mais aussi de pouvoir répondre aux besoins nutritionnels de leurs enfants. Ces recommandations sont similaires à celles de Keurentjes (2024), qui montre la nécessité d'ajuster les interventions en fonction du retour au travail des mères allaitantes.

5. Conclusion

L'allaitement maternel est pratiqué et reconnu comme un acte naturel à Divo. Cependant, la pratique de l'allaitement est régulée par des facteurs socioculturels qui s'opposent parfois aux recommandations de l'OMS. À la prescription biomédicale de l'allaitement maternel exclusif, les sociétés traditionnelles opposent la nécessité d'une vie culturelle, socle de leur identité sociale et symbolique. Cette identité s'exprime par l'introduction d'autres aliments (l'eau, le miel, les décoctions…) dans l'alimentation du nourrisson. Outre l'adjonction d'aliments, l'un

des aspects de l'arrêt précoce de l'allaitement est la préservation de l'identité de femme érotique plutôt que de mère nourricière chez les jeunes filles. Dans le souci d'assurer au nourrisson une bonne alimentation, il importe que les autorités sanitaires s'affranchissent de l'approche purement biomédicale pour adopter une approche plus globale centrée sur l'humain, sa culture et son environnement social. Ce changement de paradigme pourra favoriser la promotion de l'allaitement maternel exclusif et susciter l'adhésion des femmes allaitantes.

Remerciements
Notre gratitude à Monsieur le Directeur Général de l'Institut National d'Hygiène Publique, aux autorités sanitaires de Divo et à tous les participants à cette étude.

Conflit d'intérêts
Les auteurs déclarent que la soumission et la publication de ce manuscrit ne présentent aucun conflit d'intérêts.

Références
Benoist B. de. (1995). Le sevrage : un défi pour l'enfant et sa mère. In : Trèche Serge (ed.), Benoist B. de (ed.), Benbouzid D. (ed.), Delpeuch Francis (ed.). L'alimentation de complément du jeune enfant. Paris: ORSTOM, p. 7-13. (Colloques et Séminaires). L'Alimentation de Complément du Jeune Enfant : Atelier, Alexandrie (EGY), 1994/11/20-24. ISBN 2-7099-1289-9. ISSN 0767-2896.

Bouima, S. (2021). De l'identité au soin, regard socio-anthropologique sur l'alimentation. *La Revue de l'Infirmière*, 70 (4). Doi : 10.1016/j.revinf.2021.07.005

Bronfenbrenner, U. (1977). Toward an experimental ecology of human development. American Psychologist, 32(7), 513–531. https://doi.org/10.1037/0003-066X.32.7.513

Bronfenbrenner, U. (1986). Ecology of the family as a context for human development: Research perspectives. Developmental Psychology, 22(6), 723–742. https://doi.org/10.1037/0012-1649.22.6.723

Diagne-Guèye, N. R., Diack-Mbaye, A., Dramé, M., Diagne, I., Fall, A. L., Camara, B., Faye, P. M., Sylla, A., Diouf, S., Sy-Signaté, H., & Sarr, M. (2011). Connaissances et pratiques de mères sénégalaises vivant en milieu rural ou suburbain sur l'alimentation de leurs enfants, de la naissance à l'âge de six mois. Journal de Pédiatrie et de Puériculture, 24(4), 161-166. https://doi.org/10.1016/j.jpp.2010.12.001

Durkheim, É. (2013). *Les règles de la méthode sociologique* (14e éd.). Paris, France : PUF.

Ego, A., Dubos, J. P., Djavadzadeh-Amini, M., Depinoy, M. P., Louyot, J., & Codaccioni, X. (2003). Les arrêts prématurés d'allaitement maternel. Archives de pédiatrie, 10(1), 11-18. https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0929693X0300215X

Gélard, M.-L. (2003). De la naissance au septième jour : Rituels féminins et temps suspendu (tribu berbérophone du Sud-Est marocain). Ethnologie française, 33(1), 131-139. https://shs.cairn.info/revue-ethnologie-francaise-2003-1-page-131?tab=texte-integral

Gojard, S. (1998). L'allaitement : Une pratique socialement différenciée. Recherches et Prévisions, (53), 23-34. https://doi.org/10.3406/caf.1998.1823

Institut National de la Statistique. (2022a). *Enquête démographique et de santé de Côte d'Ivoire 2021. Rapport de synthèse*.

Institut National de la Statistique. (2022b). *Recensement général de la population et de l'habitat 2021*

Keurentjes, J. (2024). Interventions les plus efficaces pour améliorer la durée de l'allaitement chez les femmes primipares. Mémoire. Université de Montréal

Landry, I. (2012). Les pouvoirs du lait. Mémoire. Université Laval. https://www.collectionscanada.gc.ca/obj/thesescanada/vol2/QQLA/TC-QQLA-28946.pdf

Latham, M. C. (2001). La nutrition dans les pays en développement. Food & Agriculture Org.

Disponible sur : https://www.fao.org/4/W0073F/w0073f00.htm#toc
Liu, Y. H., & Stein T, M. (2013). Comportement alimentaire des nourrissons et des jeunes enfants et impact sur le développement psychosocial et affectif. Encyclopedie sur le développement des jeunes enfants. https://www.enfant-encyclopedie.com/alimentation-enfant/selon-experts/comportement- alimentaire-des-nourrissons-et-des-jeunes-enfants-et
Marinelli, A., Del Prete, V., Finale, E., Guala, A., Pelullo, C. P., & Attena, F. (2019). Breastfeeding with and without the WHO/UNICEF baby-friendly hospital initiative: A cross-sectional survey. Medicine, 98(44), 17737. https://doi.org/10.1097/MD.0000000000017737
McLeroy, K. R., Bibeau, D., Steckler, A., & Glanz, K. (1988). An ecological perspective on health promotion programs. Health Education Quarterly, 15(4), 351–377. https://doi.org/10.1177/109019818801500401
OMS.(2017).Cibles mondiales de nutrition 2025. Note d'orientation sur l'allaitement au sein. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/255728/WHO_NMH_NHD14.7fre.pdfsequence 1
Snyder, K., Hulse, E., Dingman, H., Cantrell, A., Hanson, C., & Dinkel, D. (2021). Examining supports and barriers to breastfeeding through a socio-ecological lens: A qualitative study. International Breastfeeding Journal, 16, Article 52. https://doi.org/10.1186/s13006-021-00401-4
Turck, D., Vidailhet, M., Bocquet, A., Bresson, J.-L., Briend, A., Chouraqui, J.-P., Darmaun, D., Dupont, C., Frelut, M.-L., Girardet, J.-P., Goulet, O., Hankard, R., Rieu, D., & Simeoni, U. (2013). Allaitement maternel : Les bénéfices pour la santé de l'enfant et de sa mère. Archives de Pédiatrie, 20, S29-S48. https://doi.org/10.1016/S0929-693X(13)72251-6
UNICEF. (2016). From the First Hour of Life: Making the case for improved infant and young child feeding everywhere.
UNICEF, W. H. O. (2003). Global Strategy for Infant and Young Child Feeding. World Health Organization.
Victora, C. G., Bahl, R., Barros, A. J., França, G. V., Horton, S., Krasevec, J., Murch, S., Sankar, M. J., Walker, N., & Rollins, N. C. (2016). Breastfeeding in the 21st century: Epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. The lancet, 387(10017), 475-490. https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(15)01024-7/fulltextpreviewtrue&previewtrue
Weber, M. (1995). *Économie et société* (Tome 1: Les catégories de la sociologie). Paris, France: Pocket.

© 2026 GOUBO, 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 8 (2)
ISSN: 1987-071X e-ISSN 1987-1023
Received, 27 April 2026
Accepted, 25 August 2026
Published, 5 September 2026
https://www.revue-rasp.org

To cite: Maixent, J.S.L, & Mikolo, B. (2026). Étude des conditions de travail et d'hygiène dans les marchés urbains de Brazzaville. *Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, 8(2), pp.387-397.* https://doi.org/10.4314/rasp.v8i2.27

Research

Étude des conditions de travail et d'hygiène dans les marchés urbains de Brazzaville

Study of working and hygiene conditions in urban markets of Brazzaville

Loubouth Séverin Jean Maixent[1] et Mikolo Bertin[2]*

[1,2]Laboratoire de Mécanique, d'Énergie et d'Ingénierie, École Nationale Supérieure Polytechnique, Université Marien Ngouabi, Brazzaville, République du Congo.

*** Correspondence**: e-mail: mikolobertin@yahoo.fr.

Résumé

L'objet de cette étude était l'hygiène, les conditions de travail et la gouvernance des marchés urbains de Brazzaville. Il s'agissait d'une étude descriptive et transversale, combinant une approche quantitative et une composante qualitative. Les données ont été collectées du 6 mai au 25 septembre 2025 au moyen de questionnaires structurés, d'observations directes et d'entretiens semi-directifs. Parmi les 92 répondants ayant fourni des données sociodémographiques, 47 étaient des hommes (51,1 %) et 45 des femmes (48,9 %), avec un âge moyen de 24,8 ± 6,7 ans. Cinquante-huit répondants (63,0 %) ne disposaient pas d'installations sanitaires et 29 (31,5 %) les jugeaient sales. Après exclusion d'une réponse aberrante et non exploitable pour la variable relative au ramassage des ordures, 48 répondants sur 91 (52,7 %) déclaraient un ramassage rare, 32 (35,2 %) l'absence de ramassage et 11 (12,1 %) un ramassage régulier. Parmi les 91 répondants ayant renseigné la variable relative aux vols, 59 (64,8 %) déclaraient avoir été victimes d'un vol. Les résultats révélaient des déficiences majeures en matière d'assainissement, de gestion des déchets, de services de base et de sécurité. Ils soulignaient ainsi la nécessité d'améliorer la durabilité des marchés urbains par le renforcement des infrastructures et des services municipaux, ainsi que de la gouvernance participative et de l'implication communautaire.

Mots-clés : Marchés urbains, hygiène, conditions de travail, commerce informel, gouvernance locale, santé publique, Brazzaville.

Abstract

The study was descriptive and cross-sectional, using both quantitative and qualitative approaches. Data were collected using structured questionnaires, field observations, and semi-structured interviews from 6 May to 25 September 2025. Of the 92 respondents who provided sociodemographic data, 47 (51.1%) were men and 45 (48.9%) women with a mean age of 24.8 ± 6.7 years. 58 respondents (63.0%) reported no sanitary facilities, and 29 (31.5%) found them dirty. One aberrant / non-interpretable response was excluded regarding the frequency of waste collection. Among the 91 respondents, 48 (52.7%) stated that waste collection was rare, 32 (35.2%) stated that it was not performed, and 11 (12.1%) stated that it was carried out regularly. Of the 91 respondents who provided information on theft, 59 (64.8%) reported having

experienced theft. However, 70 respondents (76.1%) reported participating in community activities. The findings reveal huge gaps in sanitation, waste management, basic services, and security. Because this is a descriptive, cross-sectional study, these findings do not establish causal relationships. There is a need for infrastructure rehabilitation, more effective municipal waste collection and cleaning services, stronger participatory governance, and improvement of market sustainability.

Keywords: Urban markets, hygiene, working conditions, informal trade, local governance, public health, Brazzaville.

1. Introduction

Cette recherche s'inscrit dans une démarche de gouvernance urbaine participative au profit des marchés informels africains. Cette approche permet d'aborder à la fois les aspects sanitaires, organisationnels et communautaires des marchés de Brazzaville.

Les marchés urbains constituent des lieux socioéconomiques et culturels essentiels des villes africaines. Ce ne sont pas seulement des lieux d'échanges commerciaux, mais aussi des espaces de socialisation, de cohésion communautaire et d'expression culturelle (Mezzadri, 2011). Ils sont de véritables piliers de l'économie informelle et offrent un moyen de subsistance à des milliers d'habitants des villes, en particulier aux femmes et aux jeunes, souvent exclus du secteur formel de l'emploi. Les marchés jouent ainsi un rôle important dans la sécurité alimentaire, la réduction de la pauvreté et l'animation des échanges de biens et de services dans les zones urbaines et périurbaines (Battersby & Watson, 2018).

Toutefois, malgré leur importance, de nombreux marchés urbains africains fonctionnent dans des conditions d'infrastructures et d'hygiène dégradées. Le manque d'équipements nécessaires — comme des latrines, des systèmes de ramassage des déchets ou des sources d'eau potable — crée des conditions insalubres qui menacent la santé tant des vendeurs que des consommateurs. Par ailleurs, la situation est aggravée par la faiblesse de la gouvernance institutionnelle, le manque d'entretien régulier et l'absence d'un cadre de gestion clair (Resnick, 2014). Ces lacunes peuvent entraîner des conditions environnementales défavorables, engendrer des risques sanitaires et entraîner une dégradation de la qualité des espaces commerciaux. Cependant, à partir des données descriptives recueillies dans cette étude, ces associations ne peuvent pas être interprétées comme des relations causales (Masudi et al., 2025).

À Brazzaville, capitale de la République du Congo, ces problèmes ont empiré au cours des dernières années. L'expansion urbaine rapide, combinée aux capacités communales limitées, aux insuffisances de ressources financières et à la faiblesse de la gouvernance institutionnelle, a entraîné la saturation et la dégradation des infrastructures des marchés traditionnels (GFDRR, 2021). Ces sites sont aujourd'hui marqués par l'absence d'assainissement, des conditions de travail précaires, une collecte des déchets irrégulière et un accès insuffisant à l'eau potable et à l'électricité. Le commerce informel est omniprésent, et les acteurs locaux sont peu impliqués dans la gestion quotidienne des marchés, ce qui aggrave la situation.

Dans ce cadre, le présent travail a pour objectif d'évaluer les conditions de travail, d'hygiène et de sécurité des vendeurs des marchés de Brazzaville, tout en identifiant les principaux risques sanitaires et environnementaux auxquels sont exposés les vendeurs et les consommateurs. L'objectif ultime est d'élaborer des recommandations fondées sur des données empiriques, utiles aux autorités municipales, aux décideurs et aux leaders communautaires pour la mise en œuvre de stratégies durables visant à améliorer l'hygiène, la sécurité et le fonctionnement des marchés urbains de Brazzaville.

2. Méthodologie

2.1 Approche méthodologique

L'étude est fondée sur une méthodologie descriptive et transversale intégrant à la fois une dimension quantitative et une dimension qualitative. La partie quantitative a consisté à administrer des questionnaires structurés auprès des vendeurs et à observer directement les conditions de travail, d'hygiène, d'assainissement, de gestion des déchets et de sécurité dans les marchés étudiés. La partie qualitative s'est appuyée sur des entretiens semi-directifs menés auprès des responsables municipaux, des membres des comités de gestion des marchés et des leaders communautaires. Le nombre exact d'entretiens n'étant pas documenté dans les données exploitées, il n'est pas mentionné ici. Les entretiens avaient pour but de compléter les informations obtenues auprès des vendeurs et de mieux comprendre les pratiques de gestion, les contraintes institutionnelles et la participation communautaire.

2.2 Sites d'étude

L'enquête a été menée sur 17 marchés urbains et sites commerciaux de Brazzaville, à savoir : Total, Nganga Lingolo, Sad el Mie, Petit Chose, Kintélé, Massengo, Liberté, Moungali, Ouenze, Mfilou, Plateaux, Moukondo, Talangaï, Poto-Poto, Bacongo, Diata et Ngambio. Ces sites ont été choisis en raison de leur fréquentation, de la diversité des activités commerciales qui s'y exercent et de leurs caractéristiques en matière d'infrastructures, d'hygiène, d'assainissement, de gestion des déchets et de sécurité. Les données ont été collectées auprès des vendeurs de ces différents sites au moyen de questionnaires et d'observations de terrain. Les données ont été collectées du 6 mai au 25 septembre 2025.

2.3 Population et échantillonnage

L'enquête quantitative a bénéficié de la participation de 92 vendeurs. Les participants ont été choisis en fonction du type de produit vendu, de la localisation du stand et de l'ancienneté des vendeurs sur le marché. Les données disponibles ne permettent pas de reconstituer avec certitude une règle d'allocation prédéfinie des 92 vendeurs entre les 17 marchés ; aucune allocation proportionnelle ni stratification formelle n'est donc revendiquée. Avec le fichier brut, on a pris en compte les variantes de libellés des sites lors du contrôle des données.

2.4 Outils et techniques de collecte des données

Des questionnaires structurés ont été soumis aux vendeurs et des observations directes ont été réalisées sur les 17 marchés étudiés afin de recueillir des données quantitatives. Les questionnaires portaient notamment sur les caractéristiques sociodémographiques, les conditions de travail, l'hygiène, l'assainissement, la gestion des déchets, la sécurité et la participation communautaire. La collecte s'est déroulée du 6 mai au 25 septembre 2025. Des données qualitatives supplémentaires ont été recueillies grâce à un guide d'entretien semi-directif auprès des gestionnaires municipaux, des membres des comités de gestion des marchés et des leaders communautaires. Ces entretiens avaient pour but de documenter les pratiques de gestion des marchés, les contraintes institutionnelles et les mécanismes de participation communautaire. Le nombre exact d'entretiens n'est pas mentionné dans les documents consultés.

2.5 Traitement et analyse des données

Les données quantitatives recueillies via les questionnaires ont fait l'objet d'une analyse descriptive, portant sur les effectifs et les pourcentages des différentes variables étudiées. Les entretiens semi-directifs ont donné lieu à la collecte de données qualitatives, intégralement retranscrites et analysées par thèmes afin d'identifier les principaux éléments relatifs à la gestion des marchés, aux contraintes institutionnelles et à la participation communautaire. Les résultats qualitatifs ont permis de compléter et de contextualiser les résultats quantitatifs ainsi que les observations de terrain. Pour la variable « fréquence du ramassage des ordures », la

modalité aberrante « Très mauvaise », qui ne correspond pas à l'échelle de fréquence, a été considérée comme non exploitable et exclue du calcul des pourcentages.

2.6 Consentement éclairé et considérations éthiques

Tous les participants ont été informés des objectifs de l'étude et leur consentement éclairé a été recueilli avant les entretiens et l'administration des questionnaires. Les données recueillies ont fait l'objet d'un traitement confidentiel et anonyme, dans le respect des principes éthiques de la recherche en sciences sociales.

3. Résultats

3.1 Caractéristiques générales des vendeurs

Parmi les 92 répondants dont on connaissait à la fois le sexe et l'âge, il y avait 47 hommes (51,1 %) et 45 femmes (48,9 %). L'âge moyen des répondants était de 24,8 ± 6,7 ans, compris entre 18 et 41 ans. La figure 1 présente la distribution simultanée des répondants selon le sexe et la classe d'âge. Dans les tranches d'âge 18-20 ans et 21-25 ans, les hommes étaient plus nombreux, tandis que les femmes l'étaient dans les tranches d'âge 26-30 ans et 41 ans et plus. Cette répartition révèle une participation des deux sexes aux activités commerciales étudiées

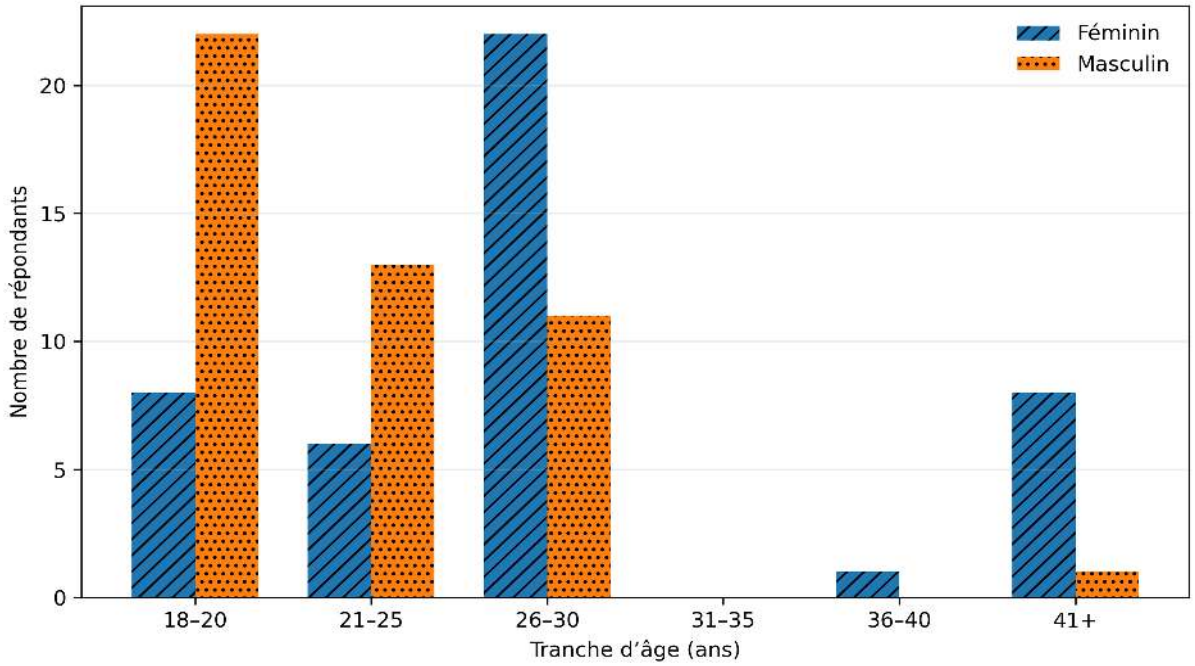


Figure 1. Répartition des vendeurs selon le sexe et la tranche d'âge

Cette répartition relativement équilibrée selon le sexe montre que les hommes et les femmes participent tous deux aux activités commerciales sur les marchés étudiés.

3.2 Conditions d'hygiène et infrastructures disponibles

Selon les répondants, les installations sanitaires sont inexistantes pour 58 d'entre eux (63,0 %) et sales pour 29 autres (31,5 %). Elles sont jugées insuffisantes par 4 répondants (4,3 %) et propres par seulement 1 (1,1 %) (figure 2). Ces résultats montrent que les infrastructures sanitaires disponibles dans les espaces commerciaux étudiés sont insuffisantes et soulignent la nécessité d'en améliorer la disponibilité, l'entretien et l'accessibilité.

Les systèmes de gestion des déchets demeurent également rudimentaires. On accumule souvent des déchets solides de manière irrégulière près des étals avant de les évacuer. Cette situation contribue à la dégradation de la salubrité des lieux de commerce et justifie le renforcement des dispositifs de ramassage et d'entretien des marchés.

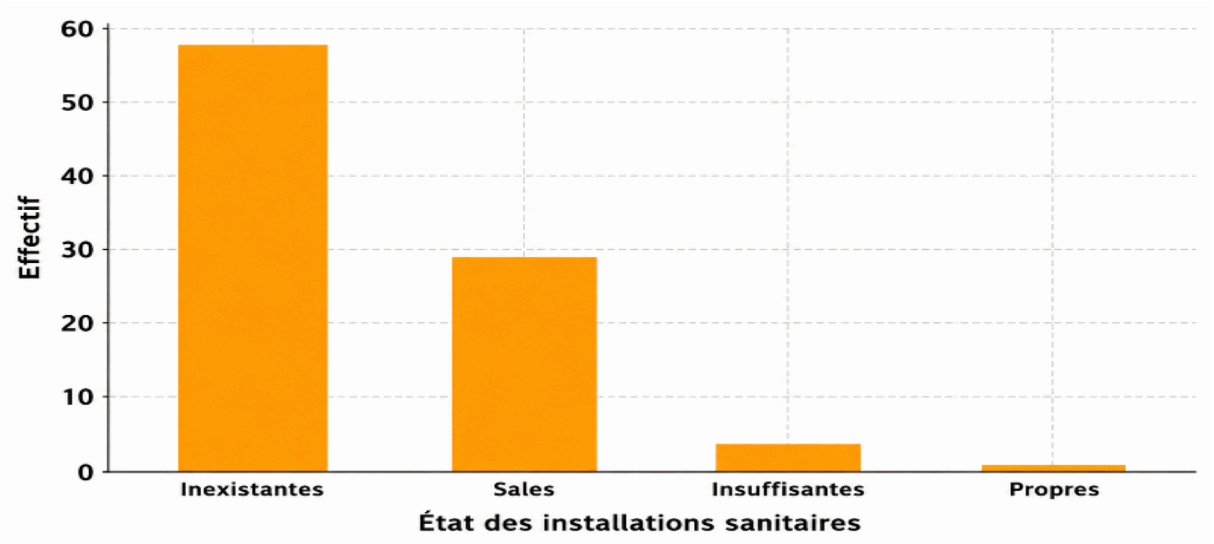


Figure 1. Disponibilité des infrastructures sanitaires dans les marchés de Brazzaville

Les systèmes de gestion des déchets sont encore très rudimentaires : la plupart des déchets solides s'accumulent près des étals, avant d'être évacués de façon irrégulière. Les lieux sont insalubres en raison de l'absence de bacs à ordures et de la collecte municipale irrégulière.

3.3 Conditions de travail et santé des vendeurs

Les conditions de travail se caractérisent par des postures imposées, une exposition prolongée à la chaleur et au bruit, ainsi qu'un manque de dispositifs de protection.

Plusieurs problèmes de santé sont signalés par les commerçants interrogés. Au total, 29 des 92 personnes interrogées ont mentionné au moins une affection liée à leurs conditions de travail. Il y avait plusieurs réponses possibles, soit un total de 33 mentions. On note surtout les affections ou les réponses suivantes : tension artérielle (13), paludisme (5), courbatures (4), grippe (3). Nous avons également relevé d'autres mentions, moins fréquentes ou non précisées, dans le fichier brut (Figure 3). Ces résultats décrivent des problèmes de santé déclarés et ne permettent pas d'établir une relation de cause à effet avec les conditions de travail.

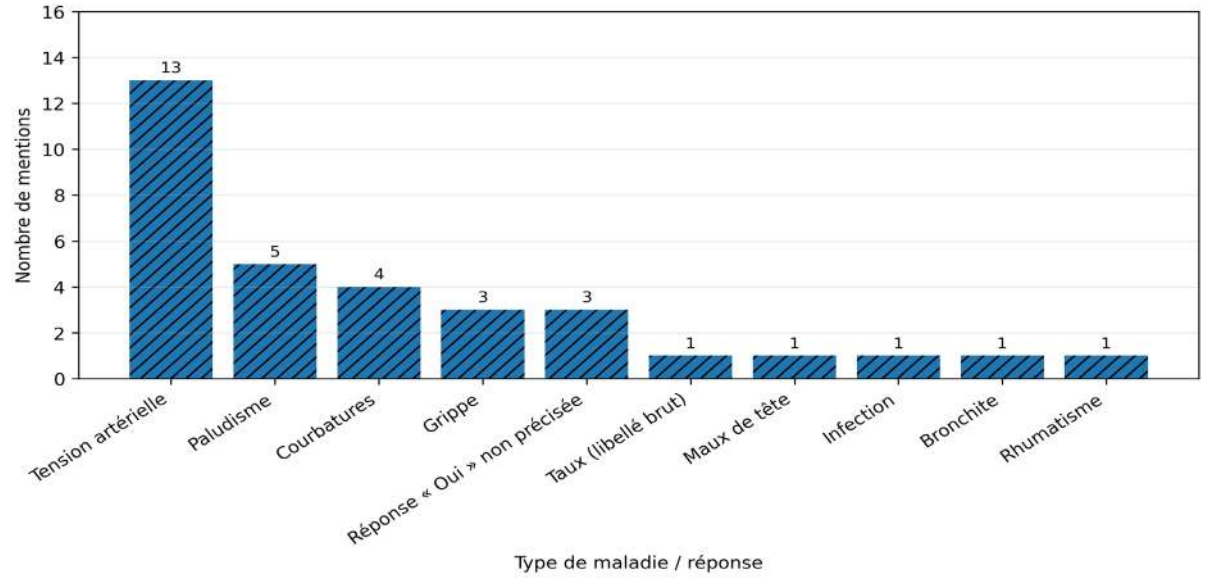


Figure 3. Maladies déclarées par les vendeurs selon les données recueillies (29 répondants concernés ; réponses multiples autorisées, 33 mentions au total)

3.4 Gestion des déchets et risques environnementaux

La figure 4 présente les réponses des personnes interrogées quant à la fréquence de ramassage des ordures sur les marchés étudiés. Après avoir éliminé une réponse aberrante (« Très mauvaise »), qui correspond à une échelle de propreté plutôt qu'à une fréquence de ramassage, il reste 91 répondants ayant fourni une réponse exploitable : 48 d'entre eux (52,7 %) disent que le ramassage a lieu rarement, 32 (35,2 %) déclarent qu'il n'est pas effectué et 11 (12,1 %) rapportent qu'il est régulier.

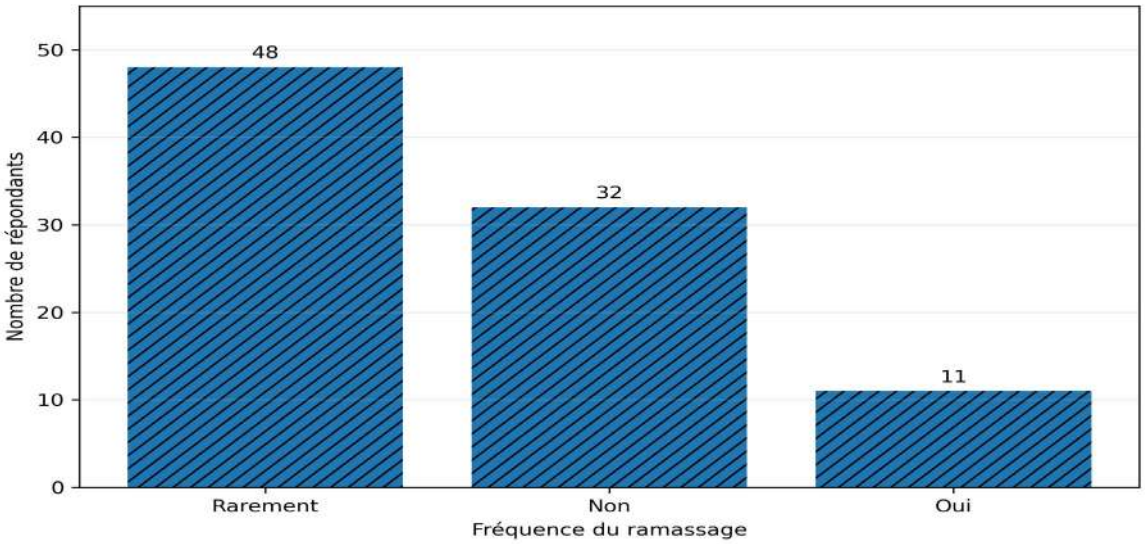


Figure 4. Perception des répondants quant à la fréquence du ramassage des ordures sur les marchés étudiés (n = 91, après exclusion d'une réponse non exploitable).

3.5 Organisation et gouvernance des marchés

La gestion des marchés dépend surtout de comités de gestion internes, le plus souvent insuffisamment dotés en ressources financières et logistiques. Les impôts perçus chaque jour ne sont pas systématiquement réinvestis dans l'entretien ou la rénovation des infrastructures.

3.6 Participation communautaire et perception des acteurs

La participation des acteurs aux actions communautaires s'avère relativement importante. Parmi les 92 répondants ayant renseigné cette variable, 70 (76,1 %) déclarent participer aux actions communautaires, contre 22 (23,9 %) qui indiquent ne pas y participer (figure 5). Cette participation témoigne de l'implication des acteurs dans les activités collectives d'entretien, de gestion et de sensibilisation au sein des marchés étudiés.

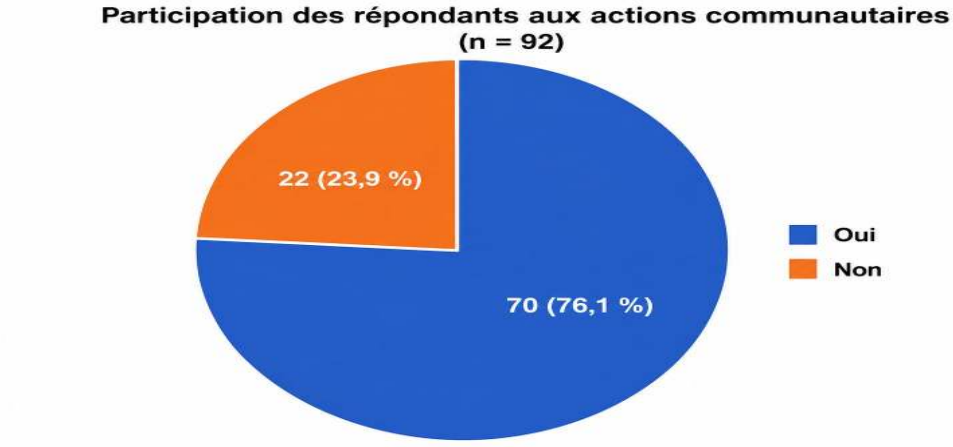


Figure 5. Participation des répondants aux actions communautaires dans les marchés étudiés (n = 92).

3.7 Analyse des suggestions d'amélioration

Le diagramme de Pareto de la figure 6 présente la répartition des 214 mentions de suggestions d'amélioration. Les 3 premières catégories — dispositif de sécurité (45 mentions), ramassage des ordures (39) et construction d'un point d'eau (22) — représentent 106 mentions, soit 49,5 % du total. Les sept premières catégories regroupent 167 mentions, soit 78,0 % du total. Le seuil de 80 % est atteint avec l'ajout de la huitième catégorie, l'électrification, portant le total à 175 mentions, soit 81,8 %. On a donc recalculé la figure 6 pour qu'elle reflète la répartition effective des suggestions.

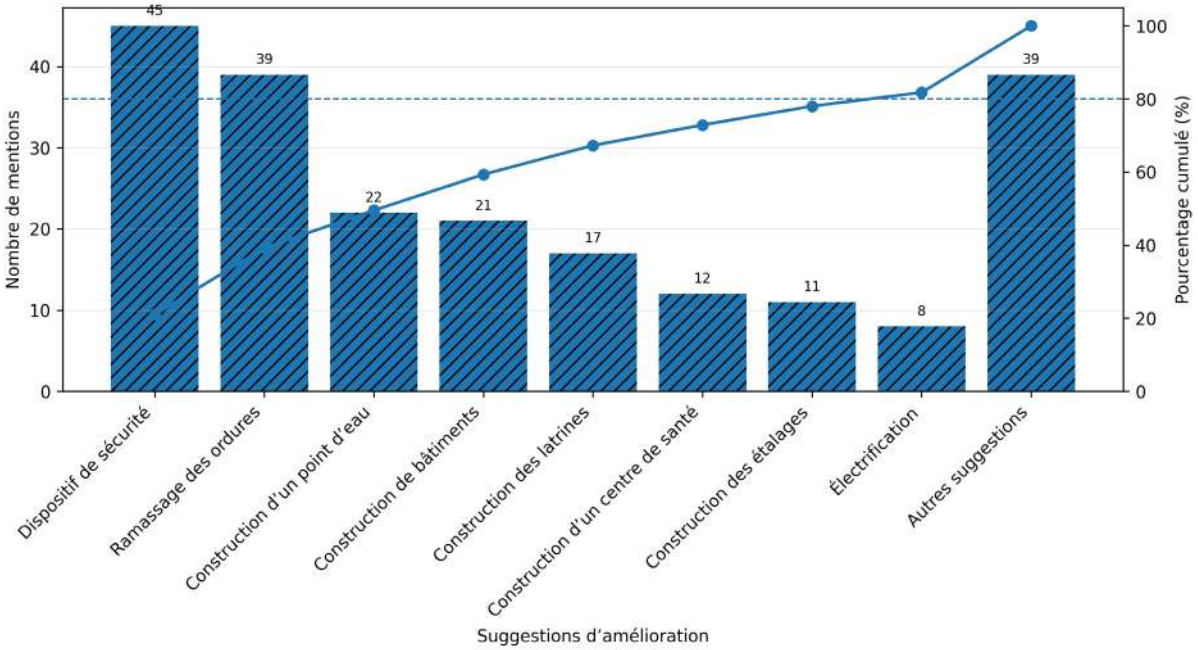


Figure 6. Diagramme de Pareto des principales suggestions d'amélioration (214 mentions)
Légende : les barres représentent le nombre de mentions pour chaque catégorie de suggestion, la courbe indique le pourcentage cumulé et la ligne horizontale pointillée correspond au seuil de 80 %.

3.8 Sécurité et vols

Un autre sujet de préoccupation important est la sécurité. Parmi les 91 répondants ayant répondu à la variable « Victime d'un vol », 59 (64,8 %) ont affirmé avoir subi un vol, tandis que 32 (35,2 %) ont répondu ne pas en avoir été victimes. Ce résultat confirme que la sécurité des personnes et des biens constitue une dimension importante des conditions de fonctionnement des marchés étudiés.

4. Discussion

Les résultats obtenus mettent en évidence la complexité des interactions entre les dimensions sociales, sanitaires et institutionnelles des marchés urbains de Brazzaville. Les mauvaises conditions observées – manque d'équipements sanitaires, accumulation des déchets et faible organisation institutionnelle – confirment les difficultés structurelles auxquelles sont confrontées de nombreuses villes africaines. Les insuffisances persistantes des infrastructures sanitaires des marchés urbains de Brazzaville corroborent les observations faites dans plusieurs villes africaines confrontées à des difficultés d'assainissement urbain (Ferronato & Torretta, 2019). Ces constats soulignent que la fragilité institutionnelle des collectivités locales africaines constitue un frein à la modernisation des marchés urbains (Jouve, 2007 ; Stacey et al., 2021).

L'étude montre également que le commerce informel continue de jouer un rôle central dans la résilience urbaine (Farah, 2025). Même si les infrastructures sont précaires, il offre un lieu d'intégration économique et sociale aux populations exclues du secteur formel ; l'emploi

informel semble être une source importante de résilience et de sécurité alimentaire en Afrique subsaharienne (Crush & Frayne, 2011; Delacroix et al., 2021).

La mauvaise gestion des déchets et les défaillances des services d'assainissement urbain ont des impacts importants sur la santé publique (Berihun et al., 2025 ; Ferronato & Torretta, 2019 ; John et al., 2024 ; Medlicott et al., 2018). Les observations effectuées sur les sites étudiés, notamment au marché Poto-Poto, soulignent le lien potentiel entre l'insalubrité de l'environnement marchand et l'exposition des populations à divers risques sanitaires. Le fait que 52,7 % des répondants considèrent la collecte des déchets comme rare confirme également les limites des capacités municipales en matière d'assainissement déjà observées dans plusieurs contextes urbains africains (Kitole et al., 2024). Des observations similaires ont été faites dans les quartiers défavorisés de Tanzanie et du Nigeria, où les limites des capacités municipales entravent une gestion efficace de l'assainissement urbain (Abosade & Olajide, 2023 ; Kitole et al., 2024).

Les maladies signalées par les commerçants, telles que l'hypertension artérielle, les courbatures, les troubles respiratoires et les rhumatismes, pourraient être associées, entre autres, aux conditions ambiantes et aux contraintes de travail observées sur les marchés. L'exposition à la poussière, à l'humidité, aux variations climatiques, aux postures prolongées, à la pénibilité physique ainsi qu'au stress quotidien pourrait contribuer à ces problèmes de santé (Mensah et al., 2002). Toutefois, compte tenu du caractère descriptif de cette étude, il n'est pas possible d'établir un lien de causalité direct entre les pathologies déclarées et les conditions de travail. Des études analytiques complémentaires seraient nécessaires pour mieux caractériser ces associations sur les marchés urbains de Brazzaville.

Par ailleurs, les résultats obtenus révèlent d'importantes insuffisances dans le système de gestion des déchets des marchés urbains, susceptibles d'accroître les risques sanitaires et de dégrader durablement la salubrité de l'environnement commercial (Cook et al., 2026; Ferronato & Torretta, 2019). Cette situation souligne la nécessité de renforcer les services municipaux de collecte des déchets, d'améliorer l'organisation logistique des opérations d'assainissement (bennes, camions, zones de dépôt) et de renforcer davantage la sensibilisation des vendeurs à l'entretien et à la propreté de leurs espaces de vente.

Les vendeurs développent également des formes d'auto-organisation et de solidarité malgré la faiblesse de la gouvernance formelle (Mezzadri, 2011). La forte participation communautaire, exprimée par 76,1 % des commerçants, témoigne de mécanismes locaux de résilience et d'entraide qui permettent de pallier partiellement les insuffisances institutionnelles relevées sur les marchés étudiés. Des associations informelles participent au nettoyage des espaces marchands, à la sécurité et à la régulation des conflits entre commerçants. Toutefois, l'implication directe des autorités municipales demeure limitée, ce qui compromet la pérennité et l'efficacité des initiatives locales. Cette situation met en évidence la nécessité de promouvoir une gouvernance participative associant davantage les collectivités locales, les gestionnaires des marchés et les commerçants aux actions d'assainissement et de gestion des infrastructures.

Par ailleurs, la dégradation des infrastructures et des services est accentuée par l'urbanisation rapide de Brazzaville associée à la faiblesse de la planification municipale. Ces résultats confirment que la croissance démographique incontrôlée contribue à la saturation des équipements urbains et à la marginalisation du secteur informel à Brazzaville (Vennetier, 1963). Toutefois, les pratiques d'auto-organisation observées sur les marchés témoignent d'une participation communautaire importante. Ces initiatives locales témoignent de la capacité des acteurs à pallier les défaillances institutionnelles. Ce constat s'inscrit dans une perspective où la gouvernance urbaine apparaît comme un levier essentiel pour adapter les politiques locales aux complexités sociales des villes africaines (Jouve, 2007)**.**

La fréquence élevée des vols déclarés souligne également l'importance de la sécurité dans l'organisation des marchés. Le fait que 59 des 91 répondants ayant renseigné cette variable aient

déclaré avoir subi un vol suggère que les dispositifs de sécurité constituent une priorité pour les acteurs interrogés. Cette observation rejoint d'ailleurs les suggestions d'amélioration, parmi lesquelles les dispositifs de sécurité figurent parmi les catégories les plus fréquemment citées. Elle doit toutefois être interprétée comme une perception déclarée des répondants et non comme une mesure objective de l'incidence des vols.

Néanmoins, cette étude présente certaines limites. Son caractère descriptif et transversal ne permet pas d'établir des relations de causalité entre les conditions de travail observées et les problèmes de santé rapportés par les commerçants. En outre, l'analyse statistique s'est limitée à des statistiques descriptives, ce qui réduit les possibilités de généralisation des résultats. Enfin, certaines informations reposent sur les déclarations des participants et peuvent être affectées par des biais de perception ou de mémoire. Malgré ces limites, cette étude apporte des données empiriques pertinentes sur les conditions de fonctionnement des marchés urbains de Brazzaville. La méthode exacte de répartition des 92 vendeurs entre les 17 marchés n'étant pas suffisamment documentée dans les sources disponibles, la représentativité de chaque site ne peut pas être évaluée avec précision. De même, le nombre exact d'entretiens qualitatifs n'est pas documenté dans les éléments exploités.

En somme, le cas de Brazzaville montre à quel point il est nécessaire d'adopter une gouvernance plus inclusive et intégrée, capable de relier les questions de santé publique, de planification urbaine et de développement économique. Le renforcement de la participation des vendeurs, la responsabilisation des autorités locales et l'établissement d'un cadre réglementaire clair sont des conditions indispensables à la durabilité des marchés urbains.

5. Conclusion

L'enquête menée sur les marchés urbains de Brazzaville montre que le commerce informel occupe une place socioéconomique importante dans la vie des villes, mais elle met également en évidence les problèmes qui demeurent en matière d'hygiène, de sécurité et de gouvernance. Les observations montrent que la majorité des acteurs travaillent dans des conditions précaires, caractérisées par un manque d'infrastructures sanitaires, une mauvaise gestion des déchets et une faible prise en charge institutionnelle.

Les résultats révèlent des conditions d'hygiène, d'assainissement, de gestion des déchets et de sécurité précarisées sur les marchés étudiés. Ces conditions peuvent être liées à divers risques sanitaires et environnementaux signalés par les participants. Cependant, en raison du caractère descriptif et transversal de l'étude, ces résultats ne permettent pas d'établir une relation de causalité directe entre les conditions de travail observées et les problèmes de santé déclarés. Des études analytiques complémentaires seraient requises pour évaluer la nature et l'intensité de ces associations.

Pour améliorer durablement la situation, il faut :

1. Restaurer les infrastructures sanitaires et améliorer les systèmes d'assainissement dans les marchés ;
2. Développer des services municipaux plus efficaces pour la gestion des déchets ;
3. Favoriser une gouvernance participative qui associe les acteurs du commerce informel aux décisions locales ;
4. Intégrer les marchés dans les politiques urbaines de santé et de développement durable.

Cette étude ouvre également la voie à de futures recherches sur les marchés urbains d'Afrique centrale. Des études comparatives menées dans d'autres villes de la sous-région permettraient de mieux comprendre les dynamiques communes liées à l'hygiène, à la gouvernance et aux conditions de travail dans le secteur informel. En outre, des études analytiques approfondies devraient être menées afin de mieux quantifier les risques potentiels pour la santé, les risques

économiques et environnementaux liés aux dysfonctionnements observés sur les marchés urbains.

Ainsi, la mise en place d'une approche concertée entre les municipalités, les vendeurs et les autorités sanitaires apparaît comme une voie prioritaire pour assurer la durabilité, la salubrité et la vitalité économique des marchés urbains de Brazzaville.

6. Remerciements

Les auteurs remercient sincèrement toutes les personnes ayant contribué à la réalisation de cette étude, notamment les vendeurs et responsables des marchés de Brazzaville pour leur disponibilité et leur collaboration.

Nos remerciements vont également à l'École Nationale Supérieure Polytechnique de l'Université Marien Ngouabi pour son appui scientifique et logistique.

7. Déclaration de conflit d'intérêts

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts lié à cette étude.

8. Déclaration de contribution des auteurs

Loubouth Séverin Jean Maixent a conçu l'étude, défini la méthodologie, effectué la collecte des données sur le terrain, traité et analysé les données, interprété les résultats et rédigé le manuscrit initial.

Mikolo Bertin : supervision scientifique de l'étude, contribution à la conceptualisation et à la méthodologie, validation et interprétation des résultats, révision critique du manuscrit et approbation de la version finale.

9. Déclaration relative à l'utilisation de l'intelligence artificielle

Les auteurs déclarent avoir utilisé des outils d'intelligence artificielle (ChatGpt, Quillbot et Claude) comme aides à la rédaction lors de la préparation de ce manuscrit, notamment pour améliorer la formulation et la clarté linguistique, corriger certaines erreurs de langue et de mise en forme, et faciliter la révision du texte. L'IA n'était pas responsable de la génération des données, des analyses scientifiques, de l'interprétation des résultats pour les auteurs ni de la prise de décisions scientifiques. Les auteurs ont vérifié, validé et assumé la pleine responsabilité du contenu final du manuscrit.

Références

Abosade, P., & Olajide, O. A. (2023). Environmental Health Risks in Bodija and Ojoo Markets, Ibadan, Nigeria. *Ibadan Journal of Agricultural Research*, *11*(2), 45-55.

Battersby, J., & Watson, V. (Eds.). (2018). *Urban food systems governance and poverty in African cities*. Taylor & Francis. https://doi.org/10.4324/9781315191195

Berihun, G., Walle, Z., Desye, B., Daba, C., Geto, A. K., Kumlachew, L., & Berhanu, L. (2025). Healthcare waste management practices and associated factors among healthcare workers in Sub-Saharan Africa : A systematic review and meta-analysis. *PLOS One*, *20*(10), e0334290. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0334290

Cook, E., Ionkova, K., Bhada-Tata, P., Yadav, S., & Woerden, F. (2026). *What a Waste 3.0 : Global Snapshot of Solid Waste Management Toward Circularity until 2050*. World Bank Group. https://doi.org/10.1596/978-1-4648-2309-1

Crush, J. S., & Frayne, G. B. (2011). Urban food insecurity and the new international food security agenda. *Development Southern Africa*, *28*(4), 527-544. https://doi.org/10.1080/0376835X.2011.605571

Delacroix, E., Jolibert, A., Monnot, É., & Jourdan, P. (2021). Chapitre 2. Concevoir et mener une enquête qualitative. *Management Sup*, 27-55. https://doi.org/10.3917/dunod.delac.2021.01.0027

Farah, I. (2025). The Informal Economy and Urban Design. In M. O. Robinson, M. A. Larice, A. Penniman, & A. Haycox (Eds.), *The Routledge Handbook of Urban Design Practice* (pp. 861–867). Routledge.

https://doi.org/10.4324/9781003013655-100
Ferronato, N., & Torretta, V. (2019). Waste Mismanagement in Developing Countries : A Review of Global Issues. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *16*(6), 1060. https://doi.org/10.3390/ijerph16061060
Global Facility for Disaster Reduction and Recovery (GFDRR). (2021). *République du Congo : Intégration de la résilience urbaine dans les activités de revalorisation des quartiers*. World Bank.
John, O. O., Eshun, G., Ukoaka, B., Manirambona, E., Olaleke, N., Adesola, R., Okon, I., Jamil, S., Singh, A., Lucero-Prisno, D., Ali, H. M., & Chowdhury, A. B. M. (2024). Water, sanitation, and hygiene (WASH) practices in Africa : Exploring the effects on public health and sustainable development plans. *Tropical Medicine and Health*, *52*. https://doi.org/10.1186/s41182-024-00614-3
Jouve, B. (2007). La gouvernance urbaine : Vers l'émergence d'un nouvel instrument des politiques ? *Revue internationale des sciences sociales*, (193–194), 387–402.
Kitole, F. A., Ojo, T. O., Emenike, C. U., Khumalo, N. Z., Elhindi, K. M., & Kassem, H. S. (2024). The Impact of Poor Waste Management on Public Health Initiatives in Shanty Towns in Tanzania. *Sustainability*, *16*(24), 10873. https://doi.org/10.3390/su162410873
Masudi, L., Lukamba, B., Kimbembe, H., & Tembea, L. (2025). Gestion des déchets solides ménagers au regard des risques sanitaires et environnementaux : Étude transversale dans la zone de santé de Kindu. *PAMJ - One Health*. https://doi.org/10.11604/pamj-oh.2025.18.1.45536
Medlicott, K., Coombes, Y., Evans, B., Humphrey, J., & Schmoll, O. (Eds.). (2018). *Guidelines on sanitation and health*. World Health Organization.
Mensah, P., Yeboah-Manu, D., Darko, K., & Ablordey, A. (2002). Street foods in Accra, Ghana : How safe are they? *Bulletin of the World Health Organization*, *80*, 546-554. https://doi.org/10.1590/S0042-96862002000700006
Mezzadri, A. (2011). [Review of the book *Africa's Informal Workers: Collective agency, alliances and transnational organising in urban Africa*, by I. Lindell, Ed.]. *The Journal of Modern African Studies*, *49*(2), 344–345. https://doi.org/10.1017/S0022278X11000139
Resnick, D. (2014). Urban Governance and Service Delivery in African Cities: The Role of Politics and Policies. *Development Policy Review*, *32*, s3-s17. https://doi.org/10.1111/dpr.12066
Stacey, P., Grant, R., & Oteng-Ababio, M. (2021). Food for thought: Urban market planning and entangled governance in Accra, Ghana. *Habitat International*, *115*, 102400. https://doi.org/10.1016/j.habitatint.2021.102400
Vennetier, P. (1963). L'urbanisation et ses conséquences au Congo (Brazzaville). *Les Cahiers d'outre-mer*, *16*(63), 263-280.

© 2026 MIKOLO, 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 8 (2)
ISSN: 1987-071X e-ISSN 1987-1023
Received, 6 December 2025
Accepted, 28 August 2026
Published, 9 September 2026
https://www.revue-rasp.org
To cite: Diarra, S. et al. (2026). Acceptabilité communautaire de la recherche biomédicale à Bougoula Hameau et à Kollé au Mali. *Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, 8(2), pp.398-413.*
https://doi.org/10.4314/rasp.v8i2.28

Research

Acceptabilité communautaire de la recherche biomédicale à Bougoula Hameau et à Kollé au Mali

Community Acceptability of Biomedical Research in Bougoula Hameau and Kollé, Mali

Samba Diarra[1*], Dansiné Diarra[2], Bakary Fofana[3], Niawanlou Dara[3], Abdoulaye Djimde[3]
[1]Faculté de médecine et d'odontostomatologie, Université des Sciences des Techniques et des Technologies de Bamako
[2]Faculté d'Histoire et Géographie, Université des Sciences Sociales et de Gestion de Bamako, https://orcid.org/0000-0002-8727-1828
[3]Faculté de Pharmacie, Université des Sciences des Techniques et des Technologies de Bamako

***Correspondance** : Email :diarrasamba79@yahoo.fr Tél : +223 75 02 88 82, https://orcid.org/0000-0001-6138-9484

Résumé

Dans les pays à faibles ressources, la recherche biomédicale se déploie dans des contextes sociaux et culturels complexes, marqués par des inégalités d'accès aux soins, des rapports d'autorité et des représentations locales du corps et de la maladie. L'engagement communautaire, souvent présenté comme une exigence éthique, doit être analysé à la lumière de ces dynamiques. L'article examine les perceptions, les modalités d'acceptabilité et les formes de négociation sociale autour de la recherche biomédicale dans deux villages du Mali, Bougoula Hameau et Kollé, qui accueillent depuis plus de quinze ans des centres de recherche sur le paludisme. L'étude repose sur une approche méthodologique mixte combinant une enquête quantitative menée auprès de 253 répondants issus de ménages sélectionnés aléatoirement et une enquête qualitative par choix raisonné comprenant 12 groupes de discussion et 8 entretiens semi-directifs. Les analyses descriptives et thématiques ont été réalisées. Les résultats indiquent que la recherche biomédicale est globalement bien acceptée grâce à l'amélioration de l'accès aux soins et à la gratuité des traitements, mais qu'elle demeure ambivalente en raison des incompréhensions liées aux prélèvements sanguins et des perceptions d'un consentement parfois contraignant. Ainsi, 26,9 % des répondants déclarent ignorer l'usage effectif des échantillons prélevés. La dépendance aux soins et les hiérarchies sociales peuvent transformer le consentement en une forme de contrainte. L'acceptabilité de la recherche biomédicale est un processus social et historique qui dépend des bénéfices perçus, des incertitudes et des rapports de pouvoir, et repose sur la reconnaissance des savoirs locaux et la participation des communautés.

Mots-clés : recherche biomédicale, acceptabilité sociale, prélèvement sanguin, consentement, paludisme, Mali, approche mixte.

Abstract
In low-resource countries, biomedical research takes place in complex social and cultural contexts marked by inequalities in access to healthcare, power relations, and local representations of the body and disease. Community engagement, often presented as an ethical requirement, must be analyzed considering these dynamics. This article examines perceptions, acceptability, and forms of social negotiation surrounding biomedical research in two Malian villages, Bougoula Hameau and Kollé, which have hosted malaria research centers for more than 15 years. A mixed-methods approach combined a quantitative survey of 253 respondents from randomly selected households with a purposive qualitative component comprising 12 focus groups and 8 semi-structured interviews. Descriptive and thematic analyses were conducted. The results show that biomedical research is generally well accepted because it improves access to healthcare and provides free treatment, but attitudes remain ambivalent because of misunderstandings about blood sampling and perceptions that consent is sometimes coerced. For example, 26.9% of respondents reported that they did not know how the samples collected were used. Dependence on healthcare and social hierarchies can transform consent into a form of coercion. The acceptability of biomedical research is a social and historical process shaped by perceived benefits, uncertainties, and power relations, and it depends on the recognition of local knowledge and meaningful community participation.

Keywords: biomedical research, social acceptability, blood sampling, consent, malaria, Mali, mixed -methods approach.

1. Introduction

Au cours des deux dernières décennies, la recherche biomédicale a connu une expansion notable en Afrique subsaharienne. Elle a été portée par la nécessité de répondre à des priorités sanitaires majeures, telles que le paludisme, le VIH/sida, la tuberculose et la malnutrition infantile, dans un contexte de ressources limitées et d'une charge élevée de morbidité (OMS 2020; UNICEF 2024). Cette dynamique s'est accompagnée de la mise en place de partenariats entre institutions de recherche locales et internationales, avec un intérêt croissant pour des approches participatives intégrant les populations concernées.

Dans cette région, les populations rurales font l'objet d'une attention particulière, car elles présentent souvent des niveaux d'accès aux soins et à l'information plus faibles, ce qui en fait à la fois des bénéficiaires et des acteurs potentiels de la recherche (Massawe et al. 2014). L'Organisation Mondiale de la Santé souligne que l'engagement communautaire contribue à établir des relations de confiance, à partager l'information et à intégrer les valeurs locales dans la conception des interventions (OMS 2020).

Malgré cela, plusieurs études ont documenté des résistances sociales et des malentendus autour des recherches biomédicales. Celles-ci concernent notamment la finalité des prélèvements biologiques, les mécanismes de consentement éclairé et les bénéfices attendus pour les communautés locales (Fairhead et al. 2006; Tindana et al. 2006). Une enquête menée dans deux villages maliens participant à un essai de vaccin antipaludique a mis en évidence un faible niveau de compréhension du consentement éclairé : 90 % des participants ne comprenaient pas le critère de retrait, 93 % ignoraient l'existence d'effets secondaires et 74 % ne réalisaient pas qu'ils participaient à une recherche plutôt qu'à un traitement. Ces déficits étaient plus marqués en milieu rural (Krosin et al. 2006). Bien que ces études datent de 2006, elles restent un exemple

concret de malentendus persistants. Ces enjeux sont d'autant plus importants que l'histoire coloniale et les inégalités économiques continuent de structurer les rapports entre chercheurs, bailleurs et populations hôtes (Geissler et Tousignant 2016).

Dans les milieux africains ruraux, caractérisés par une forte collectivité, un faible niveau d'alphabétisation et des normes culturelles distinctes, de nombreux chercheurs soulignent que la procédure de consentement ne peut se limiter à une formalité individuelle. Elle doit s'adapter à la dynamique communautaire et aux pratiques locales. Il est essentiel de développer des approches contextuelles, interactives et continues pour établir une confiance réciproque (Appiah 2021). Dans ce contexte, il importe d'interroger les conditions d'acceptabilité sociale de la recherche biomédicale. Comprendre les logiques de réception, d'adhésion ou de rejet permet d'améliorer la qualité des recherches, tout en renforçant leur éthique et leur légitimité dans des contextes socio-culturels complexes.

Au Mali, le Centre de Recherche et de Formation sur le Paludisme (MRTC), rattaché au Département d'Épidémiologie des Maladies Parasitaires de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS) de l'Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako (USTTB), joue un rôle central dans la recherche biomédicale sur le paludisme. Depuis plus de quinze ans, il conduit des activités de recherche clinique, opérationnelle et communautaire dans plusieurs localités rurales du pays, notamment dans les villages de Kollé (cercle de Kati, région de Koulikoro) et Bougoula Hameau (cercle de Sikasso, région de Sikasso).

Le site de Kollé a été sélectionné dès 1996 comme zone d'extension du MRTC pour des études longitudinales sur la transmission du paludisme, les réponses immunitaires, ainsi que les essais cliniques de nouveaux médicaments et vaccins. Bougoula Hameau a été intégré plus tard, en 2003, avec une orientation similaire axée sur l'observation épidémiologique, la biobanque de prélèvements sanguins, et la recherche sur la résistance aux traitements antipaludiques (MRTC 2022).

Ces centres s'appuient sur une organisation médicale de proximité incluant des cliniques communautaires, des équipes mobiles de suivi et un système d'enregistrement rigoureux des données biologiques et sociodémographiques. En plus des activités de recherche, les centres offrent un accès gratuit à certains soins de santé, notamment pour les enfants et les femmes enceintes, ce qui a contribué à une réduction significative de la mortalité liée au paludisme dans ces zones (MRTC 2022).

Malgré ces acquis, ces initiatives ne sont pas exemptes de défis. Des tensions émergent parfois autour de pratiques comme le prélèvement sanguin ou la sélection des participants aux essais, nourrissant des perceptions ambivalentes au sein des communautés. Ces expériences de terrain, à la fois pionnières et sensibles, font de Bougoula Hameau et Kollé des cas d'étude particulièrement pertinents pour analyser les dynamiques locales d'acceptabilité de la recherche biomédicale.

Ces tensions témoignent de la complexité du lien entre recherche biomédicale et société locale. Elles mettent en lumière l'écart entre les logiques scientifiques et les logiques sociales, ainsi que les limites des dispositifs classiques de consentement éclairé. Comprendre les dynamiques d'acceptabilité dans ces contextes est donc essentiel pour améliorer les protocoles de recherche, renforcer leur ancrage communautaire et garantir leur pertinence éthique.

L'objectif de cette étude est d'analyser la perception et l'acceptabilité communautaires des recherches biomédicales dans les villages de Bougoula Hameau et de Kollé, à travers une approche croisée fondée sur des données qualitatives et quantitatives.

L'hypothèse de recherche est que l'acceptabilité communautaire de la recherche biomédicale dans les villages de Bougoula Hameau et de Kollé est influencée par une combinaison de facteurs liés aux perceptions locales, aux attentes vis-à-vis des soins et à la qualité de la communication entre chercheurs et populations.

2. Matériels et Méthodes

2.1. Sites d'étude

2.1.1. Bougoula Hameau

Bougoula Hameau est un quartier de banlieue situé à 5 km au nord de la ville de Sikasso, dans le sud du Mali. Il compte environ 7 505 habitants (DNP 2023) et se trouve dans une zone agroécologique soudanienne, caractérisée par une savane boisée composée de hautes herbes et d'arbres épars. Le climat est soudano-guinéen, avec une longue saison pluvieuse de mai à octobre (voire novembre), durant laquelle les précipitations peuvent dépasser 1 000 mm annuellement (Dembele 2025). Le paludisme constitue un problème de santé majeur dans la zone ; la transmission y est holoendémique, avec un indice plasmodique (IP) estimé entre 40 % et 50 % en saison sèche (novembre à avril) et entre 70 % et 85 % en saison pluvieuse (MRTC 2022).

2.1.2. Kollé

Kollé est un village rural situé dans la commune de Bancoumana, à 57 km au sud-ouest de Bamako et à environ 9 km du fleuve Niger dans la région de Koulikoro. Selon le recensement réalisé par le MRTC en 2010, la population était estimée à 2 956 habitants (DNP 2023). Le climat est de type soudanais, avec deux grandes saisons, une saison pluvieuse de juin à novembre, avec des pics de précipitations en août et septembre, et une saison sèche de janvier à mai (DNM 2007). Le paludisme constitue également la principale cause de consultation médicale dans cette localité. Le centre de recherche de Kollé est bien organisé, avec deux bâtiments distincts : l'un dédié aux activités de laboratoire, l'autre servant de clinique et d'unité d'hospitalisation. Le site constitue un pôle stratégique du MRTC pour la surveillance épidémiologique, la recherche clinique et la production de données en santé publique (MRTC 2022).

2.2. Population d'étude

La composante quantitative visait les adultes âgés de 18 ans et plus, hommes et femmes, issus des deux villages. Elle incluait à la fois des personnes ayant participé à des recherches biomédicales et d'autres n'ayant jamais été impliquées. L'unité d'échantillonnage était le ménage, tandis que le répondant était la personne adulte ayant répondu au questionnaire ; dans les analyses quantitatives, n= 253 correspond donc aux répondants issus des 253 ménages enquêtés, répartis comme suit : 96 ménages à Kollé et 157 ménages à Bougoula Hameau. Cette taille d'échantillon représente 30 % des ménages de chaque localité. L'échantillonnage a été effectué de manière aléatoire, à partir d'une base de recensement fournie par le centre de recherche. La composante qualitative a consisté en la conduite d'entretiens individuels et de groupes de discussion auprès d'un échantillon représentatif des participants âgés de 18 à 25 ans, de 26 à 59 ans et de 60 ans et plus.

2.3. Techniques de collecte et d'analyse des données

L'étude a mobilisé des méthodes mixtes de collecte de données, intégrant à la fois un questionnaire quantitatif structuré et une approche qualitative fondée sur des groupes de discussion et des entretiens individuels (Creswell et Clark 2017). Cette complémentarité a permis d'objectiver les tendances générales tout en explorant les perceptions et les logiques sociales sous-jacentes.

Le questionnaire quantitatif a été administré en face à face, en langue officielle bamanankan et

en malinké, selon les préférences linguistiques des répondants ; l'outil avait été traduit préalablement à partir du français. Les données ont été saisies et analysées avec le logiciel SPSS v20.0, incluant des analyses descriptives, des tests bivariés (test du χ^2 de Pearson ou test exact de Fisher selon les effectifs attendus) et un modèle de régression logistique multivariée afin d'examiner les facteurs associés à la méconnaissance ou à la méfiance vis-à-vis du prélèvement sanguin.
La composante qualitative a reposé sur un échantillonnage raisonné à variation maximale. Elle visait non pas la représentativité statistique, mais la diversification intentionnelle des expériences, des positions sociales et des points de vue sur la recherche biomédicale. Les participants ont été sélectionnés selon le site d'étude, le sexe, la tranche d'âge, l'expérience antérieure de participation ou de non-participation à une étude biomédicale, ainsi que leur position sociale ou institutionnelle dans la communauté. Cette stratégie avait pour objectif de maximiser la variation des expériences et des perceptions plutôt que d'assurer une représentativité statistique (Palinkas et al. 2015; Patton 2015).

Au total, 20 entretiens ont été réalisés : 12 groupes de discussion et 8 entretiens individuels. Les entretiens et les groupes de discussion ont été conduits en bamanankan et en malinké, selon le cas, enregistrés avec l'accord des participants, puis transcrits et traduits en français. Le recrutement et l'analyse se sont poursuivis jusqu'à ce que les nouvelles données ne fassent plus émerger de thèmes substantiellement nouveaux en lien avec les objectifs de l'étude (Saunders et al. 2017).

Le recrutement des participants aux groupes de discussion et aux entretiens individuels a été assuré par les relais communautaires et les agents du centre, en concertation avec les chefs de village, en veillant à diversifier les profils inclus (participations favorables, ambivalentes ou critiques à l'égard des activités du centre). La répartition des 12 groupes de discussion était la suivante : quatre groupes pour chaque tranche d'âge (adolescents et jeunes adultes de 18 à 25 ans, adultes de 26 à 59 ans, personnes âgées de 60 ans et plus), répartis entre les deux sites, avec en moyenne 8 à 10 participants par groupe. Les 8 entretiens individuels semi-directifs ont concerné des acteurs clés incluant chefs de village, leaders religieux, relais communautaires et représentants communaux, à raison de 4 par site. Aucun agent du centre n'était présent lors des échanges afin de limiter les effets de désirabilité sociale. La collecte des données s'est déroulée du 16 janvier au 26 février 2023. L'ensemble des données qualitatives a été retranscrit, puis soumis à une analyse thématique selon la méthode d'analyse de contenu proposée par Miles et al. (2003). Cette démarche a permis d'identifier les motifs récurrents de participation ou non à la recherche biomédicale, les divergences d'opinion et les implications éthiques associées aux pratiques de recherche dans les deux localités.

2.4. Positionnalité, réflexivité et rigueur de l'analyse qualitative.

Les membres de l'équipe étaient affiliés à la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie et certains entretenaient une proximité institutionnelle avec les activités de recherche sur le paludisme dans les sites étudiés. Cette position pouvait favoriser l'accès au terrain et la compréhension du contexte, mais aussi susciter chez les participants une retenue dans l'expression de critiques, notamment lorsqu'ils associaient les enquêteurs au MRTC, aux services de soins ou aux autorités locales. Afin de réduire cette influence, les enquêteurs ont expliqué, avant chaque entretien, que leur participation ou leurs réponses n'auraient aucune conséquence sur l'accès aux soins, l'inclusion dans les études en cours ou les relations avec les responsables communautaires. Les discussions ont été organisées dans des espaces favorisant la confidentialité et, autant que possible, sans présence de personnel du centre ou d'autorités

locales. Des notes réflexives ont été systématiquement rédigées pour documenter le contexte de chaque entretien et les interprétations initiales des enquêteurs. Enfin, les interprétations ont été discutées collectivement au sein de l'équipe pour confronter les lectures et rechercher activement les données discordantes. Cette démarche a renforcé la crédibilité et la transparence de l'analyse qualitative (Berger 2015). Il convient toutefois de noter, comme limite, qu'aucune procédure formelle de restitution ou de validation des interprétations auprès des participants n'a été mise en œuvre.

2.5. Considérations éthiques

L'étude a respecté les principes éthiques fondamentaux encadrant la recherche impliquant des êtres humains, conformément aux directives internationales du Conseil des Organisations Internationales des Sciences Médicales (CIOMS 2016). Elle a reçu l'approbation du comité d'éthique institutionnel de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie, de l'Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako. Avant le début de la collecte des données, les participants ont reçu une information claire, complète et accessible. Le consentement libre, éclairé et volontaire a été systématiquement obtenu, sous forme écrite . La participation était volontaire et le refus ou le retrait n'entraînait aucune conséquence sur l'accès aux soins ou aux activités du centre.

3. Résultats

3.1. Caractéristiques socio-démographiques

L'étude a porté sur 253 ménages, répartis entre les deux localités ciblées : 157 répondants à Bougoula Hameau (62,1 %) et 96 à Kollé (37,9 %). Pour la composante quantitative, le ménage constitue l'unité d'échantillonnage et le répondant l'unité d'analyse.

Tableau 1. profil sociodémographique des répondants

Caractéristiques	Effectif (n=253)	%
Sexe		
Féminin	136	53,8
Masculin	117	46,2
Tranche d'âge		
18-25	38	15,0
26-39	91	36,0
40-49	45	17,8
50-59	41	16,2
60 ans et plus	37	14,6
Indéterminé	1	0,4
Statut matrimonial		
Marié	232	91,7
Veuve/veuf	11	4,3
Célibataire	10	4,0
Niveau d'études		
Sans niveau	140	55,3
Fondamental	51	20,2
École coranique	27	10,7
Médersa	16	6,3
Alphabétisé en langue officielle bamanankan	10	4,0
Secondaire	9	3,6

Profession		
Cultivateur	156	61,7
Ménagère	43	17,0
Commerçant	26	10,3
Chauffeur	6	2,4
Fonctionnaire	5	2,0
Étudiant	4	1,6
Éleveur	3	1,2
Tailleur	3	1,2
Autre profession	7	2,7

Source : enquête de terrain, janvier-février 2023

Les résultats montrent une légère prédominance des femmes dans l'échantillon, avec 53,8 % de femmes contre 46,2 % d'hommes. Cette surreprésentation s'explique par leur rôle central dans les soins aux enfants et la gestion domestique de la santé. Les répondants étaient majoritairement des jeunes adultes : 36,0 % avaient entre 26 et 39 ans, suivis par 17,8 % dans la tranche de 40 à 49 ans. L'âge moyen était de 41 ans, avec une dispersion relativement homogène entre les sexes. La majorité des répondants était mariée (91,7 %), ce qui reflète la structure traditionnelle des ménages dans ces localités rurales. Les hommes étaient légèrement plus souvent mariés (94,0 %) que les femmes (89,7 %). Le taux de non-scolarisation est élevé dans l'échantillon : 55,3 % des répondants n'avaient aucun niveau scolaire, avec une disparité notable entre les sexes, 63,7 % des femmes n'ayant aucun niveau scolaire, contre 46,2 % des hommes. Seuls 3,6 % des répondants avaient atteint le niveau secondaire. Ces données confirment les inégalités d'accès à l'éducation dans les zones rurales.
Les professions déclarées étaient principalement rurales : 61,7 % des répondants étaient cultivateurs, et une proportion importante de femmes étaient ménagères. Les autres professions identifiées incluaient des artisans, des conducteurs et des enseignants communautaires, en petit nombre.

3.2. Connaissances et perceptions du centre

L'analyse montre un haut niveau de familiarité des répondants avec le centre de recherche sur le paludisme implanté dans leur localité. En effet, 100 % des répondants ont déclaré connaître le centre, ce qui s'explique par la présence continue de l'équipe du MRTC à Bougoula Hameau et à Kollé depuis plus de 15 ans.

Tableau 2. Connaissance et perceptions du centre

Indicateur	Effectif (n = 253)	%
Connaissance du centre	253	100,0
Connaissance du centre depuis plus de 2 ans	246	97,2
Fréquentation du centre	249	98,4
Motif principal: soins antipaludiques	196	77,2
Motif secondaire : soins maternels et infantiles	25	10,0
Satisfaction vis-à-vis des services	245	96,8
Souhait de changements dans les prestations de soins	206	81,4

Source: enquête de terrain, janvier-février 2023

Parmi les répondants, 98,4 % avaient déjà fréquenté le centre, que ce soit pour un soin, une inclusion dans un protocole ou une activité de sensibilisation. Les principaux motifs de fréquentation étaient les soins antipaludiques (77,2 %), les soins maternels et infantiles (10,0 %) et d'autres motifs de consultation occasionnelle.

Une très grande majorité des répondants (96,8 %) se déclaraient globalement satisfaits des services offerts par le centre. Cette satisfaction portait autant sur la qualité des soins que sur la gratuité des traitements et la proximité géographique, qui permettent de réduire les charges financières des familles. Cependant, 63,2 % des répondants souhaitaient des changements dans les prestations de soins, notamment une meilleure prise en charge d'autres pathologies que le paludisme, l'élargissement des services de vaccination ou de médecine générale et l'amélioration de la communication autour des finalités de certains actes médicaux, notamment les prélèvements sanguins. Ces résultats indiquent que, malgré un taux élevé de fréquentation et de satisfaction, l'acceptabilité sociale de la recherche biomédicale demeure conditionnée par la compréhension, la transparence et l'extension des bénéfices perçus.

3.3. Pratiques et représentations du prélèvement sanguin

Le prélèvement sanguin constitue une pratique centrale de la recherche biomédicale, mais aussi l'un des actes les plus sensibles aux yeux des communautés locales. Les résultats de l'enquête montrent une diversité de représentations, allant de l'adhésion à la confusion et à la suspicion (Tableau 3).

Tableau 3. Perception des finalités du prélèvement

Perceptions	Effectif (n = 253)	%
Prélèvement perçu comme un besoin de santé	143	56,5
Prélèvement perçu comme un besoin de recherche	39	15,4
Ne sait pas à quoi sert le prélèvement	60	23,7
Prélèvement perçu comme vendu / usage douteux	8	3,2
Ignorance ou méfiance (cumulées)	68	26,9

Source : enquête de terrain, janvier - février 2023

À la question portant sur l'usage du sang prélevé, les réponses ont été réparties comme suit : 56,5 % des répondants pensaient que le prélèvement était réalisé pour des besoins de santé (examen, diagnostic, traitement), 15,4 % estimaient qu'il était effectué dans le cadre de la recherche scientifique, 23,7 % ne savaient pas à quoi servait le prélèvement et 3,2 % pensaient que le sang était vendu ou utilisé à des fins douteuses. Ainsi, près d'un quart des répondants ignoraient l'usage réel du sang prélevé, ce qui traduit une faiblesse du processus de communication et de consentement. En cumulant les opinions de non-réponse et de soupçon, on constate que 26,9 % des répondants exprimaient une forme d'incertitude ou de méfiance.

Nous avons examiné les facteurs associés à l'ambivalence ou à la méfiance à l'égard des prélèvements sanguins. Cette variable binaire regroupait les répondants déclarant ne pas connaître l'usage des échantillons prélevés et ceux qui rapportaient un usage perçu comme douteux ou une vente du sang. Les associations bivariées ont été examinées au moyen du test du χ^2 de Pearson. Les variables associées au seuil de $p < 0,20$, ainsi que celles jugées pertinentes a priori au regard du cadre conceptuel, ont été prises en compte dans une régression logistique multivariée. Les résultats sont présentés sous forme d'odds ratios bruts et ajustés, avec leurs intervalles de confiance à 95%. Le seuil de significativité statistique a été fixé à $p < 0,05$ (Tableau 4).

Tableau 4. Facteurs associés à l'ambivalence ou à la méfiance concernant les prélèvements sanguins

Variable	n/N (%)*	OR brut [IC 95 %]	p (brut)	OR ajusté [IC 95 %]	p (ajusté)
Site : Kollé vs Bougoula Hameau,	29,0 % (27/93) vs 26,1 % (41/157)	1,16 [0,65-2,05]	0,723	1,22 [0,65-2,31]	0,536
Sexe : féminin vs masculin	26,7 % (36/135) vs 27,8 % (32/115)	0,94 [0,54-1,65]	0,95	0,81 [0,41-1,60]	0,549
Instruction : avec vs sans niveau	23,6 % (26/110) vs 30,2 % (42/139)	0,71 [0,40-1,26]	0,311	0,65 [0,34-1,24]	0,192
Age : ≥ 40 ans vs < 40 ans	31,9 % (38/119) vs 23,1% (27/117)	1,56 [0,88-2,79]	0,169	1,52 [0,80-2,89]	0,203
Profession : cultivateur vs autre	24,5 % (38/155) vs 31,6 % (30/95)	0,70 [0,40-1,24]	0,284	0,53 [0,27-1,04]	0,066

** : les dénominateurs varient selon les variables en raison de données manquantes; les observations disponibles sont indiquées dans chaque ligne. L'analyse multivariée porte sur n = 236.*

Source : enquête de terrain, janvier-février 2023

Les analyses bivariées n'ont révélé aucune association statistiquement significative entre cette ambivalence et le site d'étude (29,0 % à Kollé vs 26,1 % à Bougoula Hameau, OR = 1,16 [IC95 % : 0,65-2,05], p = 0,723), le sexe (OR = 0,94 [IC95 % : 0,54-1,65], p = 0,950), le niveau d'instruction (OR = 0,71 [IC95 % : 0,40-1,26], p = 0,311) ou l'âge (≥ 40 ans vs < 40 ans : OR = 1,56 [IC95 % : 0,88-2,79], p = 0,169). En analyse multivariée (régression logistique, n = 236), seule la profession de cultivateur montrait une tendance à une association avec une moindre ambivalence (OR ajusté = 0,53 [IC95 % : 0,27-1,04], p = 0,066), les autres facteurs demeurant non significatifs.

L'analyse qualitative renforce ces constats. Plusieurs participants, notamment parmi les jeunes adultes, affirment ne pas comprendre les raisons exactes du prélèvement. Certains évoquent un intérêt caché, d'autres redoutent que le sang prélevé affaiblisse l'enfant :

> *« Les enfants prélevés ne guérissent plus. Ils sont souvent malades juste après. »* (Focus group d'adolescents, Bougoula, 22/02/2023). *« Un enfant inclus est mieux pris en charge que celui qui ne l'est pas. C'est une sorte de sélection qui n'est pas juste. »* (Focus group adultes, Kollé, 17/01/2023).

Malgré ces critiques, plusieurs discours témoignent aussi d'une compréhension progressive du rôle du prélèvement dans la démarche scientifique. À Bougoula, par exemple, certains participants déclarent qu'ils préfèrent que leur enfant soit prélevé, car cela permet un meilleur diagnostic :

> *« Les malades ne sont pas contents s'ils ne sont pas prélevés. À Sikasso, dans les formations sanitaires, on paie pour ça ; ici, c'est gratuit. »* (Entretien individuel, Bougoula, 21/02/2023).

La représentation du prélèvement se situe entre deux pôles : d'un côté, la crainte liée à l'opacité perçue du processus, et de l'autre, la reconnaissance de ses bénéfices médicaux. Cette tension souligne l'importance d'une communication adaptée, continue et contextualisée quant aux objectifs des actes de recherche.

3.4. Attitude envers le centre et prestations reçues

De manière générale, l'attitude des répondants vis-à-vis du centre de recherche était largement positive, tant du point de vue des prestations médicales que de la relation avec le personnel. Les répondants percevaient une amélioration de la prise en charge des épisodes palustres, de la survie des enfants et de la qualité des soins dans les villages de Bougoula Hameau et de Kollé.

Tableau 5. Attentes et demandes de la communauté

Attentes	Effectif (n = 253)	(%)
Bonne impression vis-à-vis des prestataires	247	97,6
Prestataires disponibles et accueillants	245	96,8
Souhait de changements dans les pratiques du centre	206	81,4

Source : enquête de terrain, janvier-février 2023.

Les résultats montrent une perception très favorable des agents du centre, avec 97,6 % des répondants déclarant avoir une bonne impression des prestataires et 96,8 % les trouvant disponibles et accueillants. Cette appréciation est renforcée par les témoignages issus des groupes de discussion :

> *« Les docteurs sont bien. Même la nuit, ils reçoivent les enfants sans problème. »* (Focus group femmes adultes, Bougoula).
>
> *« Ils nous parlent avec respect. Ici, ce n'est pas comme au CSCOM où on crie sur les malades. »* (Focus groupe hommes, Kollé, 17/01/2023).

Les deux sites d'étude bénéficient de prestations gratuites, en particulier pour les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans. Cette gratuité est perçue comme une réduction significative des dépenses de santé pour les ménages, notamment dans un contexte marqué par l'insécurité économique.

> *« Maintenant, on fait des économies. Avant, il fallait vendre du mil pour soigner un enfant. »* (Focus femmes âgées, Bougoula, 21/02/2023).

Le centre est également considéré comme un raccourci sanitaire. Il évite aux patients de longs déplacements vers les hôpitaux de Sikasso ou de Bamako, réduisant ainsi les barrières géographiques et financières à l'accès aux soins.

Malgré cette appréciation générale, les communautés formulent plusieurs demandes d'amélioration. Elles concernent le renforcement de la permanence médicale (limiter les congés, assurer la relève), la prise en charge d'autres pathologies (diarrhées, infections respiratoires, hypertension), l'amélioration de l'infrastructure d'accueil (manque d'espace, enfants couchés sur les terrasses) et la diminution du temps d'attente, surtout pour les cas de maladies non compliquées.

« Le problème, c'est quand ils partent en congé. Il n'y a plus personne et on doit aller jusqu'à Bancoumana. » (Focus groupe adultes, Kollé, 17/01/2023)

« Parfois, les enfants malades restent longtemps sans être vus, même pour un pansement. » (Focus adolescents, Kollé, 18/01/2023)

Ces propos révèlent une exigence croissante de qualité et de continuité des soins par les populations locales.

3.5. Réticences, craintes et incompréhensions

Malgré une fréquentation élevée et une appréciation globalement positive des prestations offertes par les centres de recherche, plusieurs formes de réticences et d'incompréhensions persistent au sein des communautés de Bougoula Hameau et de Kollé. Celles-ci portent principalement sur les modalités de participation à la recherche biomédicale, la compréhension des objectifs scientifiques, et le ressenti d'une inégalité dans la prise en charge.

Le prélèvement sanguin reste l'acte qui suscite le plus de suspicion. Des croyances tenaces persistent quant à ses finalités : *« On ne sait pas ce qu'ils font de notre sang. Peut-être qu'ils l'envoient à l'étranger. »* (Focus group jeunes adultes, Kollé, 18/01/2023).

Certaines personnes évoquent des effets négatifs après le prélèvement, en particulier chez les enfants : *« Après les prélèvements, nos enfants tombent souvent malades. »* (Focus group femmes adultes, Bougoula, 20/02/2023).

Une incompréhension ressort quant à la sélection des enfants dans les protocoles. De nombreux

témoignages soulignent que les enfants inclus reçoivent davantage de soins, ce qui crée un sentiment d'injustice : *« Quand un enfant est dans l'étude, il est bien soigné. Les autres, on dirait qu'ils ne comptent pas. »* (Focus group hommes adultes, Kollé, 17/01/2023). Ce traitement différencié perçu génère des tensions, voire un rejet de principe des recherches chez certaines familles, qui y voient une atteinte à l'équité.

3.6. Pressions sociales et consentement sous contrainte

Certains participants dénoncent des pratiques qu'ils jugent contraignantes, notamment lorsque des parents refusent l'inclusion de leur enfant : *« Quand tu refuses, le chef du village te convoque. Après ça, on te met à l'écart. »* (Focus groupe adultes, Bougoula, 21/02/2023). D'autres évoquent une forme de contrainte sociale lorsque des parents refusent l'inclusion de leurs enfants dans une étude : *« Si un parent refuse, il est convoqué par le chef de village. Cela étant, son enfant est exclu. »* (Focus groupe adultes, Kollé, 17/01/2023).

Ces témoignages remettent en cause la notion de consentement libre et éclairé, pourtant essentielle dans les protocoles éthiques. Ils révèlent l'influence des hiérarchies sociales et des rapports de pouvoir sur la participation.

Une cause majeure de réticence est le manque d'explications claires sur le but des recherches. Plusieurs répondants affirment ne pas comprendre les procédures, ce qui alimente la méfiance : *« Ils nous disent qu'ils vont prélever, mais ils ne nous disent pas pourquoi. » (*Focus adolescents, Bougoula, 22/02/2023).

La communication descendante, parfois technique ou peu adaptée aux réalités socioculturelles, semble insuffisante pour susciter une compréhension et une adhésion véritables. Les réticences observées ne traduisent pas un rejet de la recherche en soi, mais plutôt une demande de transparence, de dialogue et de justice sociale dans l'accès aux soins et la participation aux études. Elles rappellent que l'acceptabilité ne peut être acquise sans confiance, écoute active et communication culturellement sensible.

3.7. Appréciations, bénéfices perçus et transformations sociales

Malgré les tensions et incompréhensions relevées précédemment, l'étude révèle une reconnaissance collective des bénéfices apportés par les centres de recherche biomédicale à Bougoula Hameau et Kollé. Ces bénéfices vont au-delà du domaine médical pour toucher des dimensions sociales, économiques et culturelles.

Les communautés reconnaissent que l'implantation du centre a permis de réduire considérablement la mortalité due au paludisme, notamment chez les enfants. Grâce à la gratuité des soins, au dépistage précoce et à la disponibilité des agents de santé, les populations recourent désormais plus rapidement aux services de santé.

« Avant, on perdait nos enfants à cause du paludisme. Maintenant, ils sont soignés à temps et gratuitement. » (Focus group femmes âgées, Bougoula, 21/02/2023). Les femmes enceintes, quant à elles, bénéficient d'un meilleur suivi, notamment grâce à la distribution de moustiquaires imprégnées, aux consultations prénatales et à l'assistance à l'accouchement.

La présence du centre a contribué à une évolution des représentations de la maladie. Le recours aux plantes médicinales et aux traitements traditionnels en première intention a significativement diminué, au profit des structures modernes.

« Aujourd'hui, quand un enfant convulse, on l'amène au centre. Avant, on pensait que c'étaient les sorciers ou les oiseaux. » (Focus hommes adultes, Kollé, 17/01/2023).

« On nous a appris comment gérer un enfant fébrile. Même les 'séré den' [enfants malades après sevrage] sont mieux pris en charge. » (Focus femmes, Bougoula, 20/02/2023).

Ces changements traduisent une intériorisation progressive des messages de santé publique portés par les équipes de recherche.

La proximité géographique du centre, combinée à la prise en charge gratuite, a permis aux familles de faire des économies substantielles. Plusieurs répondants évoquent une amélioration de leur quotidien :
« Si on fait des économies aujourd'hui, c'est parce que nous sommes bien soignées. Plus besoin d'aller à Sikasso ou de vendre nos animaux pour les soins. » (Focus group femmes adultes, Bougoula, 20/02/2023).
Par ailleurs, certains soulignent que le centre a même contribué à apaiser les conflits conjugaux en réduisant la pression financière sur les maris : *« Avant, si un enfant tombait malade et que le mari n'avait pas d'argent, c'était un problème à la maison. Aujourd'hui, on l'amène au centre et c'est réglé. »* (Focus femmes adultes, Bougoula, 20/02/2023).
Enfin, les communautés expriment une forme de fierté locale liée à la présence du centre, qui attire des patients des villages environnants. Le centre est perçu comme un facteur de valorisation territoriale et de développement.
« Les gens viennent de loin, de tous les villages autour. Le centre est devenu une référence. » (Focus adolescents, Kollé, 18/01/2023).
Les bénéfices perçus sont multiples : médicaux, sociaux, symboliques. Ils traduisent une intégration progressive du centre dans les dynamiques locales, et appellent à pérenniser et élargir les services offerts pour renforcer cette adhésion communautaire.

4. Discussion

4.1. Analyse des perceptions en lien avec la littérature sur la recherche biomédicale participative

Les résultats de cette étude montrent que l'acceptabilité communautaire de la recherche biomédicale repose sur un équilibre fragile entre expériences de soins gratifiantes, compréhension partielle des protocoles et héritage de méfiances historiques. Cette situation s'observe également dans d'autres pays africains : en Gambie (Fairhead et al., 2006), au Ghana (Tindana et al., 2006) ou au Kenya (Kamuya et al., 2013), les populations locales participent aux recherches tout en conservant des doutes sur la finalité des prélèvements biologiques ou sur la transparence des chercheurs.
Comme dans notre étude, les populations rurales, confrontées à un système de soins défaillant, perçoivent le centre de recherche comme une source de soins gratuits, mais ne font pas toujours la distinction entre soin et recherche (Geissler et Pool 2006). Des tensions persistantes liées aux prélèvements de sang et d'échantillons existent en Afrique. Une tribune publiée dans Nature en 2021 met en lumière les méfiances envers certaines pratiques de collecte de données et d'échantillons génétiques. Les formats standards de consentement, souvent très larges et peu dialogués, peuvent alimenter la méfiance entre participants et chercheurs (Nordling 2021). Cette confusion, lorsqu'elle n'est pas explicitement discutée, soulève des enjeux éthiques cruciaux.

4.2. Le rôle des facteurs culturels et socio-économiques

La confiance communautaire dans les équipes de recherche est intimement liée à des facteurs socioculturels, comme la réputation des prestataires, le respect des normes communautaires et la capacité des chercheurs à tisser des relations durables. Les réticences vis-à-vis du prélèvement sanguin s'ancrent dans un imaginaire ancien du « sang volé », parfois associé à des rumeurs de vente ou d'expérimentation sur des étrangers (O'Neill et al. 2016; Nyirenda et al. 2022). Les rumeurs de « vol » ou de « vente » de sang ne sont pas de simples manifestations d'ignorance, mais bien des interprétations sociales cohérentes, exprimant des préoccupations quant à la valeur vitale du sang, à son usage et aux enjeux liés au consentement (Peeters Grietens

et al. 2014).
Les préoccupations liées à la propriété, au contrôle local, à la confidentialité et au partage des bénéfices sont soulevées. Dans une réflexion basée sur des données issues d'H3Africa (biobanques en Ouganda, au Nigeria et en Afrique du Sud), les auteurs soulignent l'inadéquation du consentement dit « large » (utilisation future non spécifiée des échantillons). Ils proposent de considérer le don d'échantillons comme un acte de « confiance » envers les institutions de recherche (Tindana et al. 2019).
Le niveau d'instruction faible, notamment chez les femmes, et la dépendance économique des ménages accroissent la vulnérabilité éthique des participants : lorsqu'un soin est gratuit, la notion de consentement libre devient floue. Ces constats rejoignent les analyses du CIOMS (2016), qui appellent à des mécanismes renforcés de protection dans les contextes à faibles ressources.

4.3. Questionnements autour de l'éthique du consentement et de la justice sociale

Le consentement éclairé reste théorique dans certaines situations. Plusieurs témoignages décrivent des formes de pression communautaire, via les chefs de village ou les relais locaux, remettant en question la validité éthique de l'adhésion. Le fait que certains enfants soient inclus sans explication suffisante à leurs parents, ou que d'autres soient exclus des soins, interroge la justice distributive et les conditions d'équité dans les protocoles de recherche.
Ces limites sont documentées dans d'autres travaux africains (Tindana et al. 2006; Kamuya et al. 2013; Tindana et al. 2019; Appiah 2021), où les chercheurs recommandent l'institution de médiateurs communautaires chargés de coconstruire le dialogue entre science et société.

4.4. Pistes pour renforcer la communication et la participation communautaire

Les résultats de cette étude confirment qu'une meilleure acceptabilité sociale passe par une explication claire et régulière des objectifs de la recherche, la formation des équipes locales à l'écoute interculturelle, l'organisation de forums de discussion avec les populations avant, pendant et après les recherches et l'intégration de comités de suivi communautaires pour renforcer la transparence et l'éthique. Des initiatives comme celles documentées au Kenya par Kamuya et al. (2013), où des représentants locaux sont formés pour accompagner les chercheurs, pourraient inspirer les pratiques du MRTC à Bougoula et Kollé.

4.5 Consentement perçu comme socialement contraint ou structurellement conditionné

Les résultats montrent que les difficultés liées au consentement ne relèvent pas uniquement d'un déficit d'information sur les protocoles de recherche, mais aussi de mécanismes sociaux qui influencent les décisions de participation. Les témoignages indiquant qu'un parent refusant la participation de son enfant peut être convoqué par le chef du village ou faire l'objet d'une mise à l'écart illustrent que le consentement s'inscrit dans un espace de négociation collective où les rapports d'autorité, les normes sociales et le souci de préserver la cohésion communautaire pèsent sur les choix individuels. Les participants peuvent ainsi accepter de participer non seulement en raison de leur adhésion aux objectifs scientifiques, mais aussi pour éviter des tensions, préserver leur réputation ou soutenir une initiative perçue comme bénéfique pour la communauté (Tindana et al., 2006; Kamuya et al., 2013).
Trois mécanismes sociaux apparaissent étroitement imbriqués. Le premier est la pression exercée par l'autorité villageoise, qui peut rendre le refus socialement coûteux. Le deuxième est la dépendance structurelle aux soins gratuits : lorsque l'accès aux soins de qualité reste limité, les bénéfices associés au centre peuvent réduire l'espace de choix des familles sans qu'une coercition explicite soit nécessaire. Le troisième est la confusion entre soin et recherche : seuls

15,4 % des répondants identifient explicitement le prélèvement sanguin comme un acte de recherche, contre 56,5 % qui l'associent à un besoin de santé ; 26,9 % expriment une méconnaissance ou une méfiance. Ces mécanismes suggèrent que le consentement doit être conçu comme un processus continu de communication, de transparence et de construction de la confiance, plutôt que comme un simple acte administratif (Appiah 2021; CIOMS 2016; P. Tindana et al. 2019).

5. Conclusion

Cette étude menée à Bougoula Hameau et Kollé met en évidence une acceptabilité différenciée de la recherche biomédicale dans des contextes ruraux au Mali. Si la présence du centre de recherche est largement perçue comme bénéfique en matière de santé publique, notamment par l'amélioration de l'accès aux soins et la gratuité des prestations, elle soulève aussi des zones d'incompréhension, de doute, voire de réticence, en particulier autour du prélèvement sanguin, du consentement et de l'équité dans la prise en charge.

Les résultats révèlent que l'acceptabilité communautaire n'est jamais définitivement acquise : elle dépend d'un travail constant de communication, de transparence et de reconnaissance des normes culturelles locales. Ils appellent à penser la recherche biomédicale comme un processus relationnel, intégrant la voix des communautés, leurs attentes, mais aussi leurs résistances.

Sur le plan méthodologique, les analyses quantitatives bivariées et multivariées n'ont pas permis d'identifier de facteurs sociodémographiques significativement associés à l'ambivalence ou à la méfiance envers le prélèvement sanguin, ce qui doit être interprété comme une limite de puissance statistique liée à la taille de l'échantillon plutôt que comme une absence de déterminants sociaux ; les données qualitatives ont permis d'éclairer les mécanismes sous-jacents à ces perceptions. L'articulation entre les deux composantes de cette étude mixte a permis de situer l'ampleur des perceptions à l'aide des données quantitatives et d'en éclairer les logiques sociales et symboliques sous-jacentes à l'aide des données qualitatives. Le caractère transversal de l'enquête quantitative et le mode de recrutement raisonné de la composante qualitative ne permettent cependant pas d'établir des relations causales, ni de généraliser statistiquement les résultats qualitatifs au-delà des deux sites étudiés.

Remerciements

Les auteurs expriment leur profonde gratitude à l'ensemble des populations de Bougoula Hameau et de Kollé pour leur disponibilité, leur confiance et leur participation à cette étude. Leur implication active dans le processus de collecte de données et leurs échanges ouverts ont permis d'enrichir la compréhension des réalités locales de la recherche biomédicale au Mali.

Un hommage particulier est rendu à feu le Professeur Samba DIOP, notre mentor, brutalement arraché à notre affection le 20 décembre 2024. Sa rigueur scientifique, sa bienveillance et sa passion pour la recherche communautaire resteront pour nous une source inépuisable d'inspiration. Par son accompagnement et son engagement constant en faveur d'une science éthique et humaine, il a profondément marqué la réalisation de ce travail. Ce manuscrit lui est dédié à titre posthume, en témoignage de notre reconnaissance et de notre estime.

Conflits d'intérêts

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts en lien avec la conception, la réalisation, l'analyse ou la publication de cette étude. Toutes les opinions exprimées relèvent exclusivement des auteurs et ne reflètent pas nécessairement celles des institutions auxquelles ils sont affiliés.

6. Références

Appiah, Richard. 2021. « Gurus and Griots: Revisiting the research informed consent process in rural African contexts ». *BMC Medical Ethics* 22 (1): 98. https://doi.org/10.1186/s12910-021-00659-7.

Berger, Roni. 2015. « Now I See It, Now I Don't: Researcher's Position and Reflexivity in Qualitative Research ». *Qualitative Research* 15 (2): 219-34. https://doi.org/10.1177/1468794112468475.

CIOMS, Council for International Organizations of Medical Sciences. 2016. *International Ethical Guidelines for Health-Related Research Involving Humans*. Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS). https://doi.org/10.56759/rgxl7405.

Creswell, John W., et Vicki L. Plano Clark. 2017. *Designing and Conducting Mixed Methods Research*. SAGE Publications.

Dembele, Djénéba. 2025. « Spatio-temporal dynamics of fodder availability in Mali: Case of the Sikasso Region ». *International Journal of Environment, Agriculture and Biotechnology*, février 8, 60-73. https://doi.org/https://dx.doi.org/10.22161/ijeab.101.9.

DNM, Direction Nationale de la météorologie. 2007. *Programme d'Action National d'Adaptation aux Changements Climatique*. Direction Nationale de la météorologie.

DNP, Direction Nationale de la Population. 2023. « Estimation de la population du Mali par Région , Cercle et Commune selon le sexe en 2023 ». octobre.

Fairhead, James, Melissa Leach, et Mary Small. 2006. « Where techno-science meets poverty: Medical research and the economy of blood in The Gambia, West Africa ». *Social Science & Medicine* 63 (4): 1109-20. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.02.018.

Geissler, Paul Wenzel, et Robert Pool. 2006. « Editorial: Popular Concerns about Medical Research Projects in Sub-Saharan Africa – a Critical Voice in Debates about Medical Research Ethics ». *Tropical Medicine & International Health* 11 (7): 975-82. https://doi.org/10.1111/j.1365-3156.2006.01682.x.

Geissler, Paul Wenzel, et Noémi Tousignant. 2016. « Capacity as history and horizon: infrastructure, autonomy and future in African health science and care ». *Canadian Journal of African Studies / Revue canadienne des études africaines* 50 (3): 349-59. https://doi.org/10.1080/00083968.2016.1267653.

Kamuya, Dorcas M., Vicki Marsh, Francis K. Kombe, P. Wenzel Geissler, et Sassy C. Molyneux. 2013. « Engaging Communities to Strengthen Research Ethics in Low-Income Settings: Selection and Perceptions of Members of a Network of Representatives in Coastal Kenya ». *Developing World Bioethics* 13 (1): 10-20. https://doi.org/10.1111/dewb.12014.

Krosin, Michael T., Robert Klitzman, Bruce Levin, Jianfeng Cheng, et Megan L. Ranney. 2006. « Problems in Comprehension of Informed Consent in Rural and Peri-Urban Mali, West Africa ». *Clinical Trials (London, England)* 3 (3): 306-13. https://doi.org/10.1191/1740774506cn150oa.

Massawe, Isolide S., John P. Lusingu, et Rachel N. Manongi. 2014. « Community perception on biomedical research: A case study of malariometric survey in Korogwe District, Tanga Region, Tanzania ». *BMC Public Health* 14 (1): 385. https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-385.

Miles, Matthew B., A. Michael Huberman, Martine Hlady Rispal, et Jean-Jacques Bonniol. 2003. *Analyse des données qualitatives*. 2e édition. 1 vol. Méthodes en sciences humaines (Bruxelles). De boeck. https://bibliotheque.univ-catholille.fr/Default/doc/SYRACUSE/462658/analyse-des-donnees-qualitatives-matthew-b-miles-a-michael-huberman.

MRTC, Malaria Research and Training Center. 2022. *Rapport annuel du Centre de Recherche*

et de Formation sur le Paludisme. Bamako, Mali. Malaria Research and Training Center.
Nordling, Linda. 2021. « Give African Research Participants More Say in Genomic Data, Say Scientists ». *Nature* 590 (7847): 542-542. https://doi.org/10.1038/d41586-021-00400-9.
Nyirenda, Deborah, Salla Sariola, et Nicola Desmond. 2022. « A critical examination of research narratives 'rumours' and passive community resistance in medical research ». *BMJ Global Health* 7 (4): e007563. https://doi.org/10.1136/bmjgh-2021-007563.
OMS, Organisation mondiale de la Santé. 2020. *Community Engagement: A Health Promotion Guide for Universal Health Coverage in the Hands of the People*. 1st ed. World Health Organization.
O'Neill, Sarah, Susan Dierickx, Joseph Okebe, et al. 2016. « The Importance of Blood Is Infinite: Conceptions of Blood as Life Force, Rumours and Fear of Trial Participation in a Fulani Village in Rural Gambia ». *PLOS ONE* 11 (8): e0160464. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0160464.
Palinkas, Lawrence A., Sarah M. Horwitz, Carla A. Green, Jennifer P. Wisdom, Naihua Duan, et Kimberly Hoagwood. 2015. « Purposeful sampling for qualitative data collection and analysis in mixed method implementation research ». *Administration and policy in mental health* 42 (5): 533-44. https://doi.org/10.1007/s10488-013-0528-y.
Patton, Michael Quinn. 2015. *Qualitative Research & Evaluation Methods: Integrating Theory and Practice*. Fourth edition. SAGE.
Peeters Grietens, Koen, Joan Muela Ribera, Annette Erhart, et al. 2014. « Doctors and Vampires in Sub-Saharan Africa: Ethical Challenges in Clinical Trial Research ». *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene* 91 (2): 213-15. https://doi.org/10.4269/ajtmh.13-0630.
Saunders, Benjamin, Julius Sim, Tom Kingstone, et al. 2017. « Saturation in Qualitative Research: Exploring Its Conceptualization and Operationalization ». *Quality & Quantity* 52 (4): 1893-907. https://doi.org/10.1007/s11135-017-0574-8.
Tindana, Paulina, Sassy Molyneux, Susan Bull, et Michael Parker. 2019. « 'It is an entrustment': Broad consent for genomic research and biobanks in sub-Saharan Africa ». *Developing World Bioethics* 19 (1): 9-17. https://doi.org/10.1111/dewb.12178.
Tindana, Paulina Onvomaha, Nancy Kass, et Patricia Akweongo. 2006. « The Informed Consent Process in a Rural African Setting »: *IRB* 28 (3): 1-6.
UNICEF, United Nations Children's Fund. 2024. *Addressing ChildFood Povertyand Malnutrition*. UNICEF Nutrition and Child Development Section Programme Group. https://www.unicef.org/media/158776/file/First-Foods-Africa.pdf.

© 2026 DIARRA, 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 8 (2)
ISSN: 1987-071X e-ISSN 1987-1023
Received, 5 June 2026
Accepted, 15 September 2026
Published, 23 September 2026
https://www.revue-rasp.org

To cite: Traore, A.G., et al. (2026). Connaissances, perceptions et pratiques en matière de santé sexuelle et reproductive des adolescents et jeunes scolarisés en Côte d'Ivoire. *Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, 8(2), pp.414-425.* https://doi.org/10.4314/rasp.v8i2.29

Research

Connaissances, perceptions et pratiques en matière de santé sexuelle et reproductive des adolescents et jeunes scolarisés en Côte d'Ivoire

Knowledge, Perceptions, and Practices Regarding Sexual and Reproductive Health Among Adolescents and Young People in School in Côte d'Ivoire

Aicha Gladys Atindekoun TRAORE[1]*, Koue Mabea Obed Esli[1] , Zinsou Jacques SAIZONOU[2]

[1] Pro-Kids Côte d'Ivoire, Yopougon, Côte d'Ivoire

[2] Institut Régional de Santé Publique Comlan Alfred Quenum (IRSP/CAQ), Université d'Abomey-Calavi (UAC), Bénin

*** Correspondance:** Email : prokidscotedivoire@gmail.com ; Tel. : +225 05 65 84 11 46

Résumé

En Côte d'Ivoire, la santé sexuelle et reproductive (SSR) des adolescents et des jeunes demeure un enjeu majeur de santé publique. Cette étude vise à analyser les connaissances, perceptions, pratiques et modalités d'accès aux services de SSR chez les jeunes scolarisés âgés de 10 à 24 ans dans trois villes ivoiriennes (Abidjan, Bouaké, Korhogo). Il s'agit d'une étude transversale descriptive et analytique à visée quantitative, menée auprès de 907 jeunes scolarisés, sélectionnés par échantillonnage non probabiliste à choix raisonné et par commodité. Les données ont été collectées via un questionnaire électronique, administré en face à face via la plateforme KoboToolbox, et analysées par des statistiques descriptives, des analyses bivariées, un Odds Ratio (OR) et un test du chi carré (seuil de 5 %). Les résultats montrent que 86,3 % des enquêtés déclarent connaître au moins trois méthodes contraceptives, avec un avantage significatif en faveur des filles (89,0 % contre 83,6 %). Toutefois, 69,1 % ignorent l'existence des services de Santé Scolaire Universitaires-Santé Adolescents et Jeunes (SSSU-SAJ) et 61,8 % ne connaissent pas les centres de planification familiale. De plus, 57,0 % n'ont jamais utilisé de méthode contraceptive, et 55,2 % des utilisateurs s'appuient sur leurs pairs comme principale source de conseil. Ces résultats révèlent un déficit informationnel et structurel majeur qui appelle au renforcement de l'éducation sexuelle pratique en milieu scolaire et au développement de stratégies d'éducation par les pairs adossées à une information médicale fiable et confidentielle.

Mots-clés : santé sexuelle et reproductive, contraception, connaissances, adolescents et jeunes, Côte d'Ivoire.

Abstract

In Côte d'Ivoire, the sexual and reproductive health (SRH) of adolescents and young people remains a major public health issue. This study aims to analyze the knowledge, perceptions, practices, and patterns of access to SRH services among school-aged youth aged 10 to 24 in three Ivorian cities (Abidjan, Bouaké, Korhogo). This is a descriptive and analytical cross-sectional study with a quantitative focus, conducted among 907 school-aged youth selected through purposive and convenience sampling. Data were collected via an electronic questionnaire administered face-to-face through the KoboToolbox platform and analyzed using descriptive statistics, bivariate analyses, odds ratios, and the chi-square test (5% significance level). The results show that 86.3% of respondents reported knowing at least three methods of contraception, with a significant advantage for girls (89.0% versus 83.6%). However, 69.1% were unaware of the University School Health Services for Adolescents and Youth (USHS-AY), and 61.8% were unaware of family planning centres. Furthermore, 57.2% have never used a contraceptive method, and 55.0% of users rely on their peers as their primary source of advice. These results reveal a major informational and structural deficit that calls for strengthening practical sex education in schools and developing peer education strategies backed by reliable and confidential medical information.

Keywords: sexual and reproductive health, contraception, knowledge, adolescents and young people, Ivory Coast.

1. Introduction

Selon le rapport de la commission Guttmacher-Lancet (2018), « la santé sexuelle et reproductive est un état de bien-être physique, affectif, mental et social concernant tous les aspects de la sexualité et de la reproduction ». Les services de santé sexuelle et reproductive recouvrent ainsi un ensemble d'interventions essentielles : éducation complète à la sexualité, accès aux méthodes contraceptives modernes, soins périnatals, prévention et prise en charge des infections sexuellement transmissibles (IST) et du virus de l'Immunodéficience humaine (VIH), lutte contre les violences basées sur le genre, et prise en charge des pathologies liées à l'appareil reproducteur. Ces services ont été consacrés comme prioritaires par le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement (ICPD, 1994) et renforcés par les recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et de la Commission Guttmacher-Lancet (2018).

Les efforts mondiaux en matière de santé sexuelle et reproductive (SSR) ont permis des progrès notables, mais demeurent inégaux et partiels (UNFPA, 2023). En Afrique subsaharienne, les adolescents et les jeunes font face à des obstacles multidimensionnels qui entravent leur recours aux services : contraintes économiques, déficit d'informations adaptées à leur âge, normes socioculturelles restrictives, rapports de genre inégalitaires et insuffisance des infrastructures sanitaires destinées aux jeunes (OMS, 2018). Estevenin et al. (2025) soulignent que les jeunes en Afrique de l'Ouest ont un accès limité aux services de SSR en raison des normes sociales et des contraintes socioculturelles, ce qui les expose davantage aux IST, aux grossesses précoces et aux violences basées sur le genre.

En Côte d'Ivoire, ces enjeux sont d'autant plus cruciaux que la population adolescente représente plus de 14 millions de jeunes de moins de 20 ans, soit plus de 45,0 % de la population totale (Recensement Général de la Population et de l'Habitat RGPH, 2021). Environ 25 000 adolescents âgés de 10 à 19 ans vivaient avec le VIH en 2018, dont 56,0 % étaient des filles (UNICEF, 2019). Par ailleurs, environ deux jeunes filles de 15 à 19 ans sur dix ont déjà été enceintes (23,0 %) (Institut National de la Statistique INS & ICF, 2023). En 2024, plus de 4 137 cas de grossesses précoces ont été enregistrés en milieu scolaire (Conseil National des Droits de l'Homme CNDH, 2024). Les travaux de Tioté et al. (2025) montrent que l'accès aux services de SSR demeure limité par la stigmatisation et le manque de confidentialité perçue. À Bouaké, Affou Koné et Hamed Coulibaly (2025) indiquent que 73,0 % des

jeunes ignorent l'existence des services spécialisés (Services de Santé Scolaire Universitaires - Santé Adolescents et Jeunes, SSSU-SAJ).

Malgré l'existence de données sur l'ampleur du phénomène (grossesses précoces, prévalence du VIH), la littérature ivoirienne reste largement silencieuse sur les mécanismes qui relient la connaissance, les comportements et le recours effectif aux services de SSR chez les adolescents et les jeunes scolarisés. Les travaux disponibles restent soit circonscrits à une seule ville (Affou Koné & Hamed Coulibaly, 2025, dont l'analyse se limite à Bouaké) — soit centrés sur un seul aspect du parcours, par exemple la perception des services (Tioté et al., 2025), sans mise en relation avec les connaissances contraceptives ou les comportements sexuels effectifs. Cette fragmentation empêche de saisir simultanément ce que les jeunes savent des méthodes et des services de Santé Sexuelle et Reproductive – Adolescents et Jeunes (SSR-AJ), ce qu'ils en font concrètement, et les obstacles qui les séparent, alors que ce sont précisément ces trois dimensions, prises ensemble, qui déterminent l'efficacité des politiques de prévention. Le choix d'interroger conjointement Abidjan, Bouaké et Korhogo s'inscrit dans cette limite. Ces trois villes se distinguent par leur poids démographique, leur statut administratif (capitale économique, ex-capitale politique, chef-lieu du Nord) et des contextes socioculturels contrastés, ce qui permet d'obtenir des résultats comparables entre les milieux urbains ivoiriens. Le choix de la tranche d'âge 10-24 ans se justifie par la définition retenue par l'OMS et l'UNFPA (Fond des Nations Unies pour la Population) pour les « adolescents et jeunes », qui couvre à la fois la puberté, l'initiation sexuelle et l'entrée dans la vie reproductive active. Une période durant laquelle les connaissances en matière de contraception et de services SSR-AJ, ainsi que les comportements sexuels, évoluent rapidement et nécessitent une analyse transversale. C'est dans cette optique que la présente étude propose d'articuler la connaissance des méthodes contraceptives et des services SSR-AJ, les comportements sexuels et contraceptifs, ainsi que les obstacles perçus à l'accès, afin de documenter précisément où se situe la rupture entre ce que les jeunes savent et ce qu'ils font.

C'est dans ce contexte que s'inscrit la présente étude, dont l'objectif général est d'analyser les connaissances relatives aux méthodes et services de SSR-AJ, ainsi que les attitudes et les comportements sexuels et contraceptifs des adolescents et des jeunes scolarisés, afin d'identifier les principaux obstacles et leviers pour améliorer l'accès et l'utilisation des services de SSR.

2. Matériel et méthode

2.1. Cadre de l'étude

L'étude s'est déroulée dans trois principales villes de Côte d'Ivoire : Abidjan, Bouaké et Korhogo. Il s'agit d'une étude transversale descriptive et analytique à visée quantitative, menée de juin à décembre 2024.

2.2. Population d'étude et échantillonnage

La population cible était constituée d'adolescents et des jeunes scolarisés âgés de 10 à 24 ans, inscrits dans des établissements scolaires, ainsi que des personnes inscrites dans des centres de formation professionnelle.

Le choix de l'échantillon s'est fait selon une démarche entièrement non probabiliste, mise en œuvre à trois niveaux. Les trois villes ont été retenues par choix raisonné, en fonction de leur poids démographique et de leur diversité socioculturelle et géographique (capitale économique, ex-capitale politique, chef-lieu du Nord). Il s'agit d'Abidjan, de Bouaké et de Korhogo. Au total, cinq établissements scolaires, dont 2 à Bouaké, 2 à Korhogo et 1 à Abidjan, ont été sélectionnés par choix raisonné. Deux centres professionnels ont également été choisis : 1 à Korhogo et 1 à Bouaké. Ces sites ont été retenus sur la base des autorisations administratives

obtenues et de leur disponibilité à participer à l'étude. Au sein de chaque établissement, les élèves de la sixième à la terminale, ainsi que dans chaque centre de formation professionnelle, ont été retenus par échantillonnage de commodité, parmi ceux présents au moment de l'enquête et ayant donné leur consentement à participer à l'étude. Au total, 907 jeunes ont été enquêtés, dont 454 filles et 453 garçons, soit une répartition quasi paritaire.

2.3. Techniques et outils de collecte

Les données ont été collectées à l'aide d'un questionnaire électronique développé sur la plateforme KoboToolbox, prétesté et validé avant d'être administré en face à face par des enquêteurs formés aux techniques d'entretien et aux enjeux éthiques liés à la SSR des mineurs.

2.4. Variables étudiées

L'étude a mobilisé des variables principales et secondaires, de nature qualitative et quantitative.

La principale variable est la connaissance :

- Connaissance des méthodes contraceptives (variable qualitative ordinale : profil faible / moyen / élevé, construite à partir d'un score quantitatif discret de 0 à 9 méthodes contraceptives)
- Connaissance des lieux d'approvisionnement en contraceptifs (variable qualitative nominale)
- Connaissance des services SSSU-SAJ (variable qualitative nominale binaire : oui/non)
- Utilisation des méthodes contraceptives (variable qualitative nominale binaire : oui/non)
- Les lieux d'approvisionnement ou accès perçu aux centres SSSU-SAJ (qualitative ordinale : proche / éloigné / difficile d'accès)

Les variables secondaires constituées de :

- Variables sociodémographiques : âge (quantitative discrète, exprimée aussi en classes d'âge qualitatives ordinales), sexe (qualitative nominale binaire), niveau d'étude (qualitative ordinale), statut de parentalité (qualitative nominale binaire)
- Variables d'attitudes et perceptions : perceptions sociales de la contraception (qualitative ordinale), perception des risques liés aux rapports sexuels non protégés (qualitative nominale), norme d'âge perçue pour l'initiation sexuelle (qualitative ordinale)
- Variables comportementales : éducation sexuelle reçue (qualitative nominale binaire : oui/non), sources de conseil (qualitative nominale)

Cette nature qualitative des variables justifie le recours au type d'analyse (au test du chi carré et au V de Cramér) pour l'étude des associations, ainsi qu'au calcul de l'Odds ratio pour quantifier la force des associations entre variables.

2.5. Analyse des données

Les données exportées depuis KoboToolbox ont été traitées à l'aide de Python et du Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) pour le nettoyage et l'exploitation. Excel et Matplotlib ont été utilisés pour les visualisations graphiques. L'analyse a reposé sur deux niveaux : des statistiques descriptives (fréquences, pourcentages) et des analyses bivariées (Chi-deux, V de Cramér, Odds Ratio avec IC 95 %) pour examiner les associations entre variables dépendantes et indépendantes, au seuil de $p < 0,05$.

2.6. Considérations éthiques

L'étude a reçu l'approbation des autorités du secteur éducatif, à savoir le Ministère de l'Éducation nationale et de l'alphabétisation, la Direction, ainsi que les parents d'élèves de chaque établissement et de chaque centre de formation professionnelle. Il a été convenu que les résultats par ville devront être anonymisés. La collecte et le traitement des données ont été réalisés dans l'anonymat et la confidentialité avec le respect de la dignité et du consentement éclairé des répondant(e)s.

3. Résultats

3.1. Caractéristiques sociodémographiques

L'âge moyen des enquêtés était de 17,6 ans et l'âge médian de 17 ans. L'âge varie de 11 à 24 ans, avec une concentration marquée dans la tranche d'âge des 16–19 ans (54,0 %). Les classes d'âge les plus représentées étaient celles des 18 ans (15,6 %) et des 17 ans (15,0 %). La répartition des genres était presque paritaire. Les classes de Terminale, de Troisième et de Première étaient les plus représentées. La grande majorité des enquêtés (91,0 %) déclaraient ne pas avoir d'enfant (Tableau 1).

Tableau 1 : Répartition des adolescents et jeunes scolarisés enquêtés selon les caractéristiques sociodémographiques dans trois villes principales de la Côte d'Ivoire en 2024

Variables	Effectifs	Pourcentages (%)
Âge (en années)		
11 – 15	204	22,5
16 – 19	490	54,0
20 – 24	213	23,5
Genre		
Féminin	454	50,1
Masculin	453	49,9
Niveau d'étude		
6ème	23	2,5
5ème	32	3,5
4ème	66	7,3
3ème	187	20,6
2nde	86	9,5
1ère	107	11,8
Terminale	301	33,2
Centre de formation	84	9,3
Non précisé	21	2,3
Statut de parentalité		
Avoir un enfant	62	6,8
Ne pas avoir d'enfant	825	91,0
Non précisé	20	2,2

Source : Nos calculs à partir des données de l'enquête, 2024

3.2. Connaissance des méthodes contraceptives

- Étendue des connaissances contraceptives

L'analyse révèle que les enquêtés avaient majoritairement un niveau de connaissance moyen (3 à 6 méthodes citées). Le score moyen de connaissances s'élève à 5 méthodes sur 9, avec une médiane de 5 méthodes. Trois profils de jeunes ont été identifiés selon leur niveau de connaissance : faible, intermédiaire et élevé (Tableau 2).

Tableau 2 : Distribution des adolescents et jeunes scolarisés selon leur connaissance des méthodes contraceptives dans trois villes principales de la Côte d'Ivoire en 2024

Variables	Effectifs	Pourcentage (%)
Score moyen	5 / 9 méthodes	

Profil faible (0-2)	124	13,7
Profil moyen (3-6)	494	54,4
Profil élevé (7-9)	289	31,9

Source : Nos calculs à partir des données de l'enquête, 2024

- *Comparaison du niveau de connaissance selon le genre*

Parmi les filles, 89,0 % (404 sur 454) déclarent connaître au moins trois méthodes contraceptives, contre 83,6 % (379 sur 453) chez les garçons (Tableau 3).

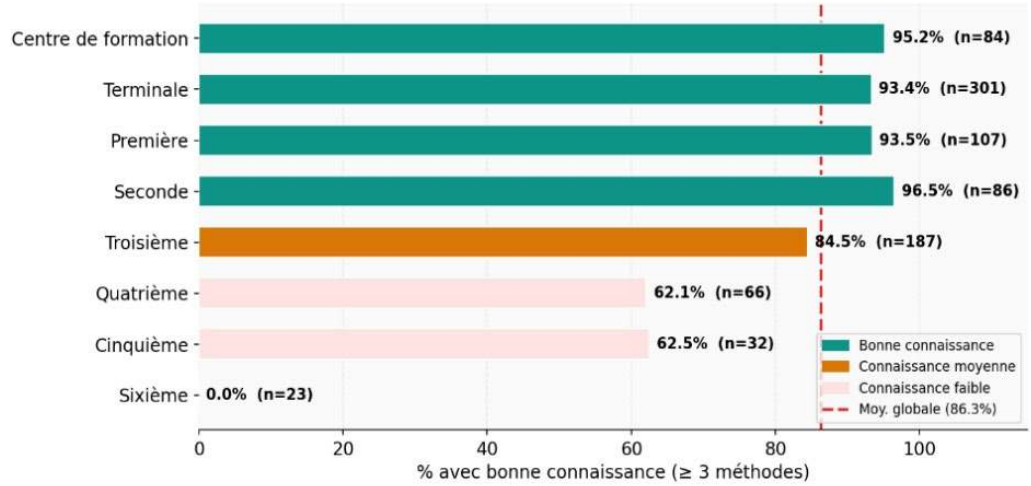
Tableau 3 : Comparaison du niveau de connaissance en fonction du genre des adolescents et jeunes scolarisés dans trois villes principales de la Côte d'Ivoire en 2024

Variables	<3 méthodes	Pourcentage (%)	≥3 méthodes	Pourcentage (%)
Genre				
Filles	50	11,0	404	89,0
Garçons	74	16,4	379	83,6

Source : Nos calculs à partir des données de l'enquête, 2024

- *Niveau d'étude et connaissance des méthodes contraceptives*

La connaissance progresse avec le niveau scolaire, passant de niveaux très faibles en sixième à des proportions élevées au lycée (entre 93,0 % et 97,0 %). Les élèves de quatrième et de cinquième se situent à un niveau intermédiaire (autour de 62,0 %). Les apprenants des centres de formation professionnelle présentent les meilleurs résultats (95,2 %). Le test du Chi-deux confirme cette association significative ($\chi^2 = 221,43$; $p < 0,001$).



Graphique 1: Niveau d'étude et connaissance des méthodes contraceptives par les adolescents et jeunes scolarisés dans trois villes principales de la Côte d'Ivoire en 2024

Source : Nos calculs à partir des données de l'enquête, 2024

- *Types de méthodes contraceptives identifiées*

Les préservatifs bénéficient d'une notoriété quasi universelle (99,3 %), suivis de la pilule (75,7 %) et de l'implant (68,3 %). En revanche, le dispositif intra-utérin n'est connu que par 48,3 % des jeunes, les méthodes injectables par 30,8 %, et la contraception d'urgence par seulement 45,9 % des répondants.

- *Compréhension des mécanismes d'action et utilisation*

Si 72,1 % des élèves déclarent comprendre le mécanisme d'action des méthodes contraceptives qu'ils ont citées, seuls 52,8 % les ont effectivement utilisées. Le test du Chi-deux confirme une association significative entre la compréhension des mécanismes et l'utilisation ($\chi^2 = 90,39$; $p < 0,001$). Les jeunes qui comprennent le mécanisme d'action utilisent significativement plus de méthodes contraceptives (52,8 % contre 17,7 %) (Tableau 4).

Tableau 4 : Relation entre compréhension du mécanisme d'action et utilisation des méthodes contraceptives faite par les adolescents et jeunes scolarisés dans trois villes principales de la Côte d'Ivoire en 2024

Utilisation des méthodes contraceptives	Ne comprend pas	%	Comprend	%	Total
N'utilise pas	205	82,3	304	47,2	509
Utilise	44	17,7	340	52,8	384
Total	**249**	**100,0**	**644**	**100,0**	**893**

Source : Nos calculs à partir des données de l'enquête, 2024
Note : 14 répondants(es) n'ont pas répondu à la question relative à l'utilisation des méthodes contraceptives.

3.3. Connaissance et accès aux centres SSSU-SAJ et services SSR

- Connaissance des centres SSSU-SAJ

L'analyse met en évidence une méconnaissance importante des Services de Santé Scolaire Universitaires-Santé Adolescents et Jeunes (SSSU-SAJ) qui offrent gratuitement des méthodes de planification familiale. En effet, parmi les 882 répondants, 609 adolescents et jeunes (69,1 %) déclarent ne pas connaître l'existence de ces structures. Chez les filles, 31,4 % déclarent connaître ces centres, contre 30,5 % chez les garçons ($p = 0,765$).

- Connaissance des services SSR

Parmi l'ensemble des répondants, 544 jeunes (61,8 %) déclarent ne pas connaître les services de SSR. Chez les filles, 40,6 % déclarent les connaître, contre 35,8 % chez les garçons. Le test du Chi-deux indique que cette différence n'est pas statistiquement significative au seuil de 5 % ($p = 0,144$; Tableau 5). Notons que 27 répondant(e)s n'ont pas répondu à la question relative à la connaissance des services SSR.

Tableau 5 : Connaissances des services SSR des adolescents et jeunes scolarisés selon le genre dans trois villes principales de la Côte d'Ivoire en 2024

Genre	Non	Oui	Total
Filles	259	177	436
Garçons	285	159	444
Total	**544**	**336**	**880**
Chi-deux = 2,12 ; p = 0,144			

Source : Nos calculs à partir des données de l'enquête, 2024

- Accès perçu aux centres SSSU-SAJ

Le principal obstacle à l'accès n'est pas d'ordre géographique, mais d'ordre informationnel. Parmi les répondants, 146 élèves (16,0 %) considèrent ces centres comme proches et 99 (11,0 %) les jugent éloignés. Par ailleurs, 35 répondants (4,0 %) estiment qu'ils sont difficiles d'accès, et 73 (8,1 %) déclarent ressentir de la gêne ou de la honte à l'idée de s'y rendre.

- *Connaissance des lieux d'approvisionnement en contraceptifs*

Les pharmacies constituent la principale source d'approvisionnement connue des répondants (85,5 %), suivies des centres de santé (31,8 %) et des maternités (24,1 %). Les centres spécialisés SSR sont moins connus (16,4 %), tandis que 30,9 % des enquêtés mentionnent des sources informelles.

4. Expériences, perceptions, comportements sexuels contraceptifs

- *Genre et utilisation des méthodes contraceptives*

Les garçons présentent un taux d'utilisation plus élevé (48,1 %) que celui des filles (37,9 %). Le test du chi carré confirme une association significative ($\chi^2 = 9,37$; $p < 0,01$), bien que la valeur du V de Cramér (0,102) indique une association faible (Tableau 6).

Tableau 6 : Utilisation des méthodes contraceptives par les adolescents et jeunes scolarisés selon le genre dans trois villes principales de la Côte d'Ivoire en 2024

Utilisation des méthodes contraceptives	Masculin	Féminin	Total
Utilise	214 (48,1 %)	170 (37,9 %)	384
N'utilise pas	231 (51,9 %)	278 (62,1 %)	509
Chi-deux = 9,37 ; p < 0,01			

Source : Nos calculs à partir des données de l'enquête, 2024

Note : 14 enquêtés n'ont pas répondu à la question concernant l'utilisation des méthodes contraceptives.

- *Niveau d'étude et utilisation des méthodes contraceptives*

Les taux d'utilisation progressent de 4,0 % en classe de sixième, passant de 66,0 % dans les centres de formation professionnelle. Le test du Chi-deux confirme cette association significative (Chi-deux = 153,06 ; $p < 0,001$). Plus les jeunes avancent dans leur parcours scolaire, plus ils sont susceptibles d'adopter un comportement contraceptif favorable (Tableau 7). 14 enquêtés n'ont pas répondu à la question relative à l'utilisation des méthodes contraceptives.

Tableau 7 : Niveau d'étude et utilisation des méthodes contraceptives des adolescents et jeunes scolarisés dans trois villes principales de la Côte d'Ivoire en 2024

Niveau d'étude	N'ont pas utilisé la contraception	%	Ont utilisé la contraception	%	Total
Sixième	21	96,0	1	4,0	23
Cinquième	25	78,0	7	22,0	32
Quatrième	58	88,0	9	12,0	67
Troisième	153	82,0	37	18,0	190
Seconde	57	67,0	29	33,0	86
Première	43	41,0	65	59,0	108
Terminale	122	41,0	180	59,0	302
Centre de formation	30	34,0	56	66,0	86
Total	509	57,0	384	43,0	893

Source : Nos calculs à partir des données de l'enquête, 2024

- *Éducation sexuelle et comportement contraceptif*

45,3 % des jeunes ayant bénéficié d'une éducation sexuelle ont déjà utilisé une méthode contraceptive, contre 31,0 % chez ceux qui n'en ont pas bénéficié. L'odds ratio de 1,84 indique que les jeunes exposés à l'éducation sexuelle ont environ 1,84 fois plus de chances d'utiliser une méthode contraceptive. La

valeur du V de Cramér (0,11) indique toutefois une relation d'intensité faible (Tableau 8). Dans cette analyse, 14 enquêtés n'ont pas répondu à la question relative à l'utilisation des méthodes contraceptives.

Tableau 8 : Éducation sexuelle et comportement contraceptif des adolescents et jeunes scolarisés dans trois villes principales de la Côte d'Ivoire en 2024

Éducation sexuelle	N'utilise pas les contraceptifs	%	Utilise les contraceptifs	%	Total
Non	100	69,0	45	31,0	145
Oui	409	54,7	339	45,3	748
Total	**509**	**57,0**	**384**	**43,0**	**893**
Chi-deux = 10,11 ; p-value < 0,01					

Source : Nos calculs à partir des données de l'enquête, 2024

- *Expériences vécues après l'utilisation de méthodes contraceptives*

Parmi les 384 jeunes ayant déclaré avoir utilisé une méthode contraceptive, 326 ont répondu à la question relative à leur expérience. Parmi eux, 200 (61,3 %) ont eu une expérience positive et ont poursuivi l'utilisation. Environ 47 (14,4 %) ont eu une expérience mitigée et 79 (24,2 %) ont arrêté suite à une mauvaise expérience, ce qui représente un taux d'abandon préoccupant. De plus, 83,2 % estiment que la méthode utilisée était adaptée.

- *Perception des risques liés aux rapports sexuels non protégés*

La grossesse précoce (85,9 %) et le VIH/SIDA (84,5 %) sont largement reconnus comme des facteurs de risque majeurs. En revanche, les autres infections sexuellement transmissibles ne sont perçues comme un risque que par 69,5 % des répondants.

- *Source de conseil avant l'utilisation d'une méthode contraceptive*

Les amis constituent la principale source de conseil, cités par 55,2 % des jeunes utilisateurs. Les professionnels de santé (sage-femmes et médecins) ne représentent que 31,9 % des citations, tandis que les parents occupent une place marginale (12,9 %).

- *Adhésion normative et disposition au conseil entre pairs*

748 répondants (82,4 %) estiment que les jeunes devraient recourir aux méthodes contraceptives, ce qui traduit un consensus marqué en faveur de la contraception. À l'inverse, 132 jeunes (14,5 %) se montrent réservés ou opposés.

- *Norme d'âge perçue pour l'initiation sexuelle*

Près de la moitié des répondants (46,2 %) situent l'âge approprié pour les premiers rapports sexuels à partir de 18 ans. Plus d'un tiers (36,0 %) considère l'intervalle 16–18 ans comme approprié, et une proportion minoritaire (5,0 %) juge acceptable un début avant 16 ans.

4. Discussion

La présente étude avait pour objectif d'analyser les connaissances, les attitudes et les pratiques des adolescents et des jeunes en matière de SSR, afin d'identifier les principaux obstacles et les leviers pour améliorer l'accès et l'utilisation des services.

Les résultats mettent en évidence un paradoxe central : bien que 86,3 % des jeunes déclarent connaître au moins trois méthodes contraceptives, seuls 43,0 % en ont effectivement fait usage. Cette dissociation entre connaissance et pratique suggère que la connaissance, bien qu'indispensable, n'est pas suffisante pour conduire au passage à l'acte contraceptif. De même, Abebe et Awoke (2014), dans une étude menée

en Éthiopie auprès de 817 participants, rapportent un taux d'utilisation de 32,2 %, ce qui confirme une faible conversion de la connaissance en utilisation effective. Notre étude met toutefois en évidence une association significative avec l'utilisation (OR = 2,15 ; IC95% [1,45–3,18]), résultat cohérent avec ceux de Sogbossi et al. (2022) à Cotonou. Toutefois, rappelons que la non-utilisation des contraceptifs n'indique pas nécessairement un besoin non satisfait, l'activité sexuelle n'ayant pas été distinguée dans cette étude.

Un second résultat majeur concerne la méconnaissance des services SSSU-SAJ : 69,1 % des répondants ignorent leur existence et 61,8 % ne connaissent pas l'emplacement des centres de planification familiale. Ce déficit informationnel constitue une barrière structurelle majeure, d'autant plus préoccupante que ces services sont gratuits et spécifiquement destinés aux adolescents et aux jeunes. Des résultats similaires ont été observés par Affou Koné et Hamed Coulibaly (2025) à Bouaké, où plus de 70,0 % des jeunes déclaraient ne pas connaître ces structures.

Contrairement aux analyses qui mettent principalement l'accent sur la distance ou la honte comme principales barrières (UNFPA, 2020), les résultats de cette étude montrent que le facteur dominant est avant tout l'ignorance de l'existence même des services. Il s'agit donc moins d'un problème d'accessibilité physique que d'une question de visibilité institutionnelle. Par ailleurs, bien que les normes socioculturelles jouent un rôle important, leur influence apparaît plus nuancée : seuls 8,1 % des jeunes déclarent explicitement ressentir de la gêne. Toutefois, la littérature souligne que la stigmatisation demeure un frein latent (Leroy, 2004 ; Tioté et al., 2025).

La communication familiale autour de la sexualité demeure limitée : les parents ne sont consultés que par 12,9 % des utilisateurs avant de recourir à une méthode contraceptive. Les travaux de Hien et al. (2012) à Bobo-Dioulasso confirment qu'en Afrique, les parents communiquent rarement avec leurs enfants sur les questions liées à la sexualité. En l'absence de ce cadre familial, les jeunes se tournent vers leurs pairs, internet et les réseaux sociaux (Kane et al., 2018). Par ailleurs, 30,9 % des enquêtés mentionnent des sources informelles d'approvisionnement en contraceptifs, ce qui soulève des préoccupations quant à la qualité et à la sécurité (Tioté et al., 2025).

Enfin, la prédominance des pairs comme source de conseil (55,2 % des utilisateurs) constitue à la fois un risque de désinformation et une opportunité stratégique. Les approches d'éducation par les pairs ont montré leur efficacité en matière de connaissances, à condition d'être structurées et encadrées par des professionnels de santé (Mason-Jones et al., 2016).

Dans l'ensemble, ces résultats soulignent la nécessité d'une approche intégrée combinant le renforcement de l'éducation sexuelle, l'amélioration de la visibilité des services, la garantie de la confidentialité et la prise en compte des normes socioculturelles.

Ces résultats, issus d'une étude transversale descriptive et analytique à visée quantitative fondée sur des données déclaratives, ne peuvent être extrapolés à l'ensemble des trois villes d'enquête et du pays.

5. Conclusion

La présente étude met en évidence un contraste marqué entre un niveau de connaissances relativement élevé des méthodes contraceptives et une utilisation encore limitée de celles-ci chez les adolescents et les jeunes scolarisés en Côte d'Ivoire. Si la majorité des enquêtés déclare connaître plusieurs méthodes, cette connaissance demeure partielle, ce qui limite leur passage à l'acte. Les résultats révèlent également un déficit important d'information sur les services de SSR, notamment les centres SSSU-SAJ, dont une large proportion de jeunes ignore l'existence ou la localisation. L'étude met en lumière des fragilités dans les parcours contraceptifs, marquées par un niveau d'abandon non négligeable, ce qui traduit des

insuffisances d'accompagnement. Enfin, le rôle prédominant des pairs comme source d'information, au détriment des parents et des professionnels de santé, représente à la fois un risque de désinformation et un levier stratégique à exploiter.

Ces résultats appellent à des interventions intégrées visant à renforcer la compréhension des méthodes contraceptives, à améliorer la visibilité des services de SSR, à garantir la confidentialité de la prise en charge et à accompagner durablement les jeunes dans leurs pratiques sécurisées.

Conflits d'intérêts

Les auteurs déclarent qu'aucun conflit d'intérêt n'est lié à cet article.

Déclarations de contribution des auteurs

Aicha Gladys Atindekoun TRAORE a assuré la conception de l'étude, la collecte des données, l'analyse et la rédaction du manuscrit. Koue Mabea Obed Esli a contribué à la collecte des données et à la révision critique du manuscrit. Zinsou Jacques Saizonou a contribué à l'encadrement de l'étude, à la conception du plan d'analyse, à la rédaction et aux corrections du manuscrit. Les trois auteurs ont approuvé la version finale.

Bibliographie

Abebe, M., & Awoke, W. (2014). Utilization of Youth Reproductive Health Services and Associated Factors among High School Students in Bahir Dar, Amhara Regional State, Ethiopia. Open Journal of Epidemiology, 69-75. https://doi.org/10.4236/ojepi.2014.42011

Affou Koné, N., & Hamed Coulibaly, S. (2025). 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 Sante Publique*, *6*(3), 138-153. https://doi.org/10.4314/rasp.v6i3.10

Conseil National des Droits de l'Homme. (2024). Communiqué sur la recrudescence des grossesses en cours de scolarité en Côte d'Ivoire pour l'année scolaire 2023-2024. CNDH. https://news.abidjan.net/articles/742680/cote-divoire-le-cndh-alerte-sur-la-hausse-preoccupante-des-grossesses-en-milieu-scolaire

Estevenin, C., Musca Philipp, A., & Vion, M. (2025). S'engager ensemble pour les droits et la santé sexuels et reproductifs. Solthis. https://solthis.org/wp-content/uploads/2025/05/Livret_DSSR_web_FR.pdf

Guttmacher-Lancet. (2018). Accélérer le progrès, santé et droits sexuels et reproductifs pour tous. https://www.guttmacher.org/fr/guttmacher-lancet-commission/accelerer-le-progres-resume

Hien, H., Somé, D.-A., Méda, N., Somé, T., Diallo, R., Zingué, D., Diallo, I., Dao, B., Diagbouga, S. et Ouédraogo, J.-B. (2012). Caractéristiques de la communication parents-adolescentes sur la sexualité et le VIH à Bobo-Dioulasso, Burkina Faso. Santé Publique, 24(4), 343-351. https://doi.org/10.3917/spub.124.0343.

International Conference of Population and Development. (1994). Cairo Declaration on Population & Development. ICPD, Cairo. https://www.guttmacher.org/fr/guttmacher-lancet-commission/accelerer-le-progres-resume

Institut National de la Statistique et International Classification of Functioning, Disability and Health. (2023). Enquête Démographique et de Santé de Côte d'Ivoire 2021. Institut National de la Statistique et ICF. https://www.rhsupplies.org/uploads/tx_rhscpublications/FR385_01.pdf

Kane, H., Bénie Bi Vroh, J., & Fond-Harmant, L. (2018). Quelle éducation à la sexualité pour la santé des jeunes en Afrique. Santé Publique, 295-296. https://stm.cairn.info/revue-sante-publique-2018-3-page-295?lang=fr

Leroy, V. (2004). L'inégalité des sexes face à l'infection par le VIH-sida en Afrique : un cercle vicieux anthropologique, sociologique, épidémiologique et clinique, facteur d'entretien de l'épidémie. Sciences sociales et santé, 22(3), 71-85. https://www.persee.fr/doc/sosan_0294-0337_2004_num_22_3_1627

Mason-Jones, A. J., Sinclair, D., Mathews, C., Kagee, A., Hillman, A., & Lombard, C. (2016). School-based interventions for preventing HIV, sexually transmitted infections, and pregnancy in adolescents. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2016(11). https://doi.org/10.1002/14651858.CD006417.pub3

Organisation Mondiale de la Santé. (2018). Recommandations de l'OMS relatives à la santé et aux droits des adolescents en matière de sexualité et de reproduction. Organisation mondiale de la Santé. https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/9178c3af-23cc-4292-8fa2-e02caa85606c/content

Recensement Général de la Population et de l'Habitat. (2021). Recensement Général de la Population et de l'Habitat 2021. Institut National de la Statistique, Côte d'Ivoire. https://www.anstat.ci/assets/publications/files/File_val_indicateur1701358694.pdf

Sogbossi, D. N. L., Damien, B. G., & Aguemon, B. (2022). Facteurs associés à l'utilisation des services de santé sexuelle et de la reproduction par les adolescents et jeunes en 2022, Cotonou, Bénin, 9-15. https://www.sobeped.com/wp-content/uploads/2024/02/1Sogbossi-DNLFacteurs-associes-a-lutilisation-des-services-de-SSR9-15.pdf

Tioté Bintou, Gaillard Arthur, & Sanogo Hassan. (2025). Perception des services de santé sexuelle et reproductive chez les jeunes femmes et adolescentes ivoiriennes. Sociétés, Éducation, Santé et Pathologies Sociales, (002), 271-272. https://durham-repository.worktribe.com/output/4847625

United Nations Population Fund. (2020). Rapport sur l'état de la population mondiale : Contre ma volonté – Mettre fin aux pratiques qui nuisent aux femmes et aux filles. https://www.unfpa.org/fr/publications/rapport-sur-letat-de-la-population-mondiale-2020

United Nations Population Fund. (2023). State of World Population 2023: 8 Billion Lives, Infinite Possibilities. New York: United Nations Population Fund. https://www.unfpa.org/sites/default/files/swop23/SWOP2023-FRENCH-230403-web.pdf

United Nations Children's Fund. (2019). Adolescent girls' health and well-being in West and Central Africa. New York: UNICEF. https://www.unicef.org/wca/media/3861/file/Adolescents%20girls%20in%20West%20and%20Central%20Africa.pdf

© 2026 MIKOLO, 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.