



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

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

Directeur de Publication : Prof Abdoulaye Ag Rhaly

Editeur : Bamako Institute for Research and Development Studies Press



**Bamako Institute for Research
and Development studies**

www.b-institute.ml

www.b-institute.org



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

Juillet Décembre 2020

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

<http://revue-rasp.org>

Directeur de publication

Pr. Abdoulaye ag Khaly, professeur émérite en médecine, Université de Bamako

Comité de rédaction

Dr. Olivier Douville, psychanalyste, psychologue clinicien, anthropologue, maître de conférences hors cadre, Université de Paris 7, rédacteur en chef de la revue psychologie clinique et corédacteur en chef de la RASP ; Dr. Maciré Kanté, University of Johannesburg, South Africa, Journal manager (gestion de la revue) de la RASP ; M. Ousmane N'Faly Sissoko, juriste/journaliste Bamako ; Pr. Soumaya Naamane Guessous, sociologue, université, Casablanca ; M. Ibrahima Labass Keita, journaliste rédacteur en chef du journal « le scorpion » ; Dr. Adégné Niangaly, Médecin spécialiste de santé communautaire, Maître de recherche ; Dr. Nianguiry Kanté, socio-anthropologue, cofondateur et corédacteur en chef de la RASP, Doyen de la Faculté des Sciences Sociales de Université de Ségou ; et M. Silamakan Kanté, doctorant, ISFRA, Mali

Comité de lecture

Pr. Drissa Diallo, Université de Bamako, Mali ; M. Pierre Philippe Rey, Professeur émérite Université de Paris 8 ; Pr. Abdoulaye Niang, Université Gaston Berger de Saint Louis du Sénégal ; Pr. Amadou Touré, Bamako ; Pr. Marie-Claude, Fount, Directrice de publication des cahiers de l'infantile, Université de Paris 13 ; Dr. Kojo Opoku Aidoo, chef de département études Africaines, Université du Ghana, Legon ; Dr. Jaak Le Roy, institut Healthn et, topo, louvain ; M. Pierre p. Mounkoro, MS psychiatre, chercheur, centre régional de médecine traditionnelle (CRMT) de Bandiagara, Pr. Hamidou Magassa, SERNES, Bamako ; M. Assah N'Detibaye, maître assistant, Université de N'Djamena ; Pr. Roch Yao Gnabeli, Université de Cocody, Abidjan ; Mlle. Virginie Dégorge, Université de Paris 7 ; Dr. Modibo Diarra, Ministère de la Santé et d'hygiène publique, Bamako ; Pr. Atime Agnou, Université de Bamako, Mali ; M. Kafing Diarra, INRSP, Bamako ; Pr. Moustapha Tamba, Université Cheikh Anta Diop, Dakar ; Dr. Amadou Traoré, vacataire à l'université de Ségou ; Feu Dr. Sékou Diarra ; Dr. N'Dongo M'baye sociologue et journaliste, Paris, France ; Dr. Emile Moselly Batamak, Président de l'Université populaire Méroé Africa, Paris ; Dr. Meriem Bouzid, maître de recherche, CNRPAH, Alger ; Dr. Faouzia Belhacheim, Université de Paris 8 ; M. Ousmane Touré, maître de recherche, I.N.R.S.P, Bamako ; Pr. Gertrude N'Deko longonda, Université Marien N'gouabi, Brazzaville ; Pr. Moussa sacko, INRSP, Bamako ; Pr. Samba Diop, FMPOST de Bamako ; Pr. Fatou Sarr, IFAN, Université Cheikh Anta Diop, Dakar ; M. Soumaila Oulalé, Doctorant, Secrétaire principal faculté des Sciences Sociales, université de Ségou ; M. Ousmane Touré, Maître de recherche, INRSP, Bamako, *Dr Galy Kadir Abdelkader (HDR) Psychopédagogue Université Abdou Moumouni de Niamey.*

Présentation

Créée en Janvier 2010 par une équipe pluridisciplinaire des Sociologues, Anthropologues, Médecins, Pharmaciens, Psychologues et Psychanalystes Africains et d'Européens, la RASP est une publication à vocation Panafricaine. Elle vise ainsi à même de créer un fonds de documentation utile aux étudiants, aux enseignants, aux décideurs et aux chercheurs qui y trouvent un support de diffusion de leurs travaux. Soucieux d'une large diffusion de ses travaux, la RASP depuis 2019 publie en ligne. Les articles publiés en ligne sont accessibles gratuitement aux lecteurs et permet ainsi d'atteindre une audience régionale et mondiale plus facilement. Dans le premier numéro de 2020, la RASP a publié en ligne 13 articles scientifiques venant des auteurs du Mali, de la cote d'ivoire, du Sénégal et de la république centrafricaine. Le présent numéro (Volume 2, numéro 2) contient 12 articles scientifiques d'auteurs venant du Mali, de la Cote d'Ivoire, du Burkina Faso et du Tchad.

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

La rédaction

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

SOMMAIRE

L'exclusion des lépreux guéris dans la ville de Mongo, Chef lieu de la Province du Guéra au Tchad Assah N'DETIBAYE	12
Perceptions des femmes enceintes face à l'anémie en grossesse à la formation sanitaire urbaine d'Ahougnansou (Centre-Nord Côte d'Ivoire) Adou Serge Judicaël ANOUA	13
Les conditions de vie dans les logements sociaux au Mali : une étude de cas des cités : des 1008,320 et 501 de Yirimadio de 2012 à 2019. Balla Diallo	28
L'école au Mali : regards sur la variation des crises et leurs mécanismes de gestion Moctar Sidibé	41
Risques sanitaires et nécessité de formation chez les maraîchères de Ferké en Côte d'Ivoire. DONAKPO SILUE, Adama Nahoua SORO , Siata KONE	57
Etude de la vulnérabilité des lavandiers de la rivière banco par la recherche et le dénombrement des indicateurs de contamination fécale DJALIAH FLORENCE AKE Epse. AWOMON	72
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). Ahouansou Stanislas Sonagnon Houndji, Konan Bah Modeste Gnamien, Jérôme Evanno, Boris Affognon, Dié Sandrine Kouadio	89
Perceptions des troubles mentaux par les Tradipraticiens de santé au Mali : cas du District de Bamako Pakuy Pierre Mounkoro, Souleymane Coulibaly, Zoua Kamaté	101
Analyse des stratégies de mise en œuvre de la sécurité alimentaire des ménages dans le cercle de nara au mali : cas des communes rurales de gueneibe, dilly et guire. Abdrmane Sadio SOUMARE, Anthioumane BARADJI , Youssouf Traore	112
Prélèvement d'organes en question : facteurs explicatifs d'abstention au Burkina Faso Aicha Nadège OUEDRAOGO, Abdourahmane GARBA MAMOUDOU	132
Problématique du recensement des tradipraticiens en santé mentale au plateau dogon de Bandiagara, Mali Pakuy Pierre Mounkoro, Coulibaly Souleymane, Kamate Zoua	145
Age, perceived quality of life and coping strategies of the employees of the GAH company in Abidjan Koffi Nestor BONY, Hassan Guy Roger TIEFFI	159



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

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

Reçu, 20 Février 2020

Accepté, 13 Juin 2020

Publié, 17 Juin 2020

<http://revue-rasp.org>

Recherche

L'exclusion des lépreux guéris dans la ville de Mongo, Chef-lieu de la Province du Guéra au Tchad.

N'DETIBAYE Assah, Secrétaire Général de L'Ecole Normale Supérieure de L'Enseignement Technique de Sarh (ENSETS), Sarh.

Boîte Postale 4163, N'Djaména, Tél (235) 66 29 51 13, E. Mail : ndetibayeassah@gmail.com

Résumé

Maladie terrifiante, la lèpre a réussi, de par le monde, à faire l'unanimité autour d'elle quant à l'exclusion des personnes qui en sont victimes. Faut-il rappeler qu'elle a suscité l'organisation, en 1897, du tout premier Congrès International de léprologie ayant recommandé l'isolement des malades et la création des villages de lépreux ?

Au Tchad en général, et dans la ville de Mongo en particulier, cette recommandation n'a fait qu'emboîter le pas à une pratique ancienne de même nature.

La pratique de l'isolement des lépreux repose, sans conteste, sur la représentation culturelle de la lèpre au sein des communautés. La solidarité africaine n'est donc que l'ombre d'elle-même lorsqu'il s'agit de cette pathologie.

Cette situation a rendu très difficile la réinsertion dans la société des lépreux guéris de Mongo, dont la volonté de résilience est manifeste. Le poids culturel de la lèpre est si lourd, si bien que les communautés ont du mal à s'approprier les efforts de sensibilisation en vue de la reconsidération des positions figées que mène le gouvernement, appuyé par les partenaires au développement et les ONG ainsi que les organisations confessionnelles.

Ainsi ostracisés, les lépreux, même ceux qui ne présentent plus d'invalidité, ne recourent qu'à la mendicité pour leur subsistance, alors qu'insérés, ils accéderaient à une certaine autonomie.

Mots-clés : Exclusion, interprétation, lèpre, lépreux guéris, réinsertion sociale, représentation.

Leprous expulsion cared in the Mongo city, Administrative Departement of Guera in Chad

Abstract

Terrifying sickness, leprosy succeed in in all over the world, to win unanimous around them as far expulsion of people who are victims. She reminds that it aroused organisation, in 1897, at the first

international Congress of leprosy had advised sickness secularizations and the leprous villages creation? Generally in Chad, and particularly in Mongo city that advisable follows the step of ancient practice with the same nature.

Expulsion practice of leprous lie on, without throwing into cultural representation of leprosy in the society. African solidarity is not therefore the shadow itself, when it would lake to talk to pathology.

This situation made very difficult social rehabilitation leprous cared of Mongo city, that resilience willing is expressed. Cultural hight of leprosy is so heavy, even if society have issue to appropriate efforts for sensibilisation to the reconsideration motionless positions that leads the government, relies on the partners to the developement and NGO (Non Government Organization) and then confessional organizations.

Then ostracized, leprous even those who no present longer disability does not run again the baggary for the subsistence, and then insert to they attained certain independent

Key-words : Expulsion, interpretation, leprosy, leprous cared, socia rehabilitation,, representation.

Introduction

Certains auteurs, en l'occurrence Domart (A), définissent la maladie comme étant « *une altération de la santé comportant un ensemble de caractères définis, notamment une cause, des signes et symptômes, une évolution et des modalités thérapeutiques et pronostiques précises* »¹.

Abordant l'interprétation de la cause de la maladie, Gaudin (L) fait savoir que « *des caractères nosographiques permettent de définir une maladie, mais l'étiologie d'un mal repose essentiellement sur des critères culturels. Les critères culturels qui permettent de déterminer une cause se structurent en fonction de la vie de la société considérée* »².

De toute évidence, la définition proposée par Domart s'applique à la lèpre dont nul n'ignore l'effet altérant sur celui qui en est atteint, et, ce n'est pas le fait du hasard si le Grand Dictionnaire HACHETTE précise que « *la maladie est une altération chimique ou biochimique de certaines substances* »³.

Mais la lèpre, tout comme la tuberculose et la maladie du SIDA sont des pathologies un peu particulières en ce sens que ceux qui en souffrent font l'objet d'une certaine marginalisation, voire d'une exclusion sociale, ce qui va dans le sens de la déclaration de Follereau (R) selon laquelle « *la lèpre n'est pas seulement un mal physiologique, c'est aussi une maladie avec un poids culturel, religieux et moral considérable* »⁴.

Toutes les maladies ont une origine, c'est-à-dire un agent causal. La lèpre, maladie terrifiante, a un agent spécifique. Scientifiquement, elle est une maladie chronique causée par un bacille acido-alcoololo résistant en forme de bâtonnets, le mycobacterium lèpre.

Cette terrible maladie se rencontre un peu partout dans le monde. Considérée comme l'un des plus grands fléaux de l'humanité, elle aurait pris son origine en Inde car, la première description authentique de ses diverses formes vient de ce pays, selon Mc Dougall (AC)⁵.

¹ DOMART (A), 1992, Petit Larousse de la médecine, Edition Larousse, p 182 ;

² GAUDIN (L), 1992, L'approche culturelle de la maladie chez les Sara du Tchad, Mémoire de Maîtrise d'Ethnologie, Université de Bordeaux 2, p 39.

³ Grand Dictionnaire HACHETTE, 1993, p 909.

⁴ FOLLEREAU (R), 1992, Hier et aujourd'hui, Edition Fayard, p 11.

⁵ Mc DOUGALL (AC), Information générale et aperçu thérapeutique, (suite non renseignée).

Au Tchad, particulièrement dans la Région du Guéra, la lèpre existe depuis fort longtemps et a nécessité la mise en place d'un Programme National de Lutte contre la Lèpre (PNLL) par le Gouvernement, preuve que cette maladie constitue un réel problème de santé publique. Mais cette politique a quelque peu éludé la situation des malades traités et guéris de la Région dont bon nombre ne sont pas ou insuffisamment encadrés, moins encore réinsérés dans leurs familles d'origine. En clair, ils sont des parias dans leur communauté, alors que certains ne présentent pas d'invalidité, ou n'ont qu'une invalidité légère et peuvent travailler et vivre du produit de leur labeur.

Mais, force est de constater que, délaissés et stigmatisés, les lépreux guéris, en dépit de leur volonté de résilience, s'orientent, pour la plupart d'entre eux, vers la mendicité, seule opportunité de pouvoir se prendre en charge. Se pose donc la question de savoir : Pourquoi les malades guéris de la lèpre restent-ils exclus de leur communauté dans la Région du Guéra, notamment à Mongo ?

Comprendre le phénomène de l'exclusion dont sont victimes les lépreux guéris de la ville de Mongo amène à cerner, de facto, les normes en œuvre dans l'inculcation des valeurs socioculturelles propres à la société concernée. Ce faisant, il convient de situer le contexte dans lequel l'exclusion des malades guéris de la lèpre se manifeste dans notre zone d'étude.

I – Contexte de l'étude

Il est reconnu partout dans le monde que l'homme atteint de lèpre est un homme isolé qui vit toujours à l'écart de la société. Pour preuve, le premier Congrès international de léprologie qui s'est tenu à Berlin, en 1897, a recommandé « *l'isolement des malades et la création de village de lépreux* »⁶.

Au Tchad, cette exclusion date de bien avant la période coloniale. Celle-ci est venue la renforcer en exécutant les recommandations faites à Berlin. C'est ainsi que la quasi-totalité des agglomérations plus ou moins importantes du pays, dont Mongo, ont vu apparaître, à quelques encablures de leurs périmètres, des léproseries, regroupant de petites chambres avec des toits en tôles ondulées et de murs en matériaux durables badigeonnés de blanc. De nos jours, ces « villages » sont absorbés par l'extension des villes, mais toujours habités par les familles des lépreux et toujours appelés « villages » de lépreux, quand bien même la grande partie de ces familles est constituée de descendants valides.

Dans les centres dépourvus de telles infrastructures, généralement les campagnes, les lépreux sont, certes, logés dans des paillottes dans des concessions familiales, systématiquement cloisonnées, marquant ainsi, au grand dam des défenseurs de la solidarité africaine, la différenciation statutaire hiérarchisée des individus d'une même lignée ou d'un même clan.

Dans un tel contexte, comment la marginalisation, la réclusion et la stigmatisation des anciens malades ne peuvent-elles pas se perpétuer malgré les efforts inlassables déployés par le gouvernement et ses partenaires pour la réinsertion des lépreux guéris ?

Les actions menées dans ce sens sont multiples et de diverses origines certes, mais le poids culturel de la lèpre pèse toujours lourdement sur la société à tel point que penser ou vouloir s'en débarrasser devient une autre paire de manches pour celle-ci. C'est l'analyse de cet aspect culturel qui fournira les éléments explicatifs de l'exclusion des lépreux guéris dans la ville de Mongo. Cela passe, avant tout, par celle de la représentation de la lèpre par la population autochtone. Ce faisant, la rigueur scientifique oblige à la présentation de la démarche méthodologique adoptée.

⁶ FOLLEREAU (R), Op cit, p 112.

II – Démarche méthodologique

Dans l'optique de mesurer l'ampleur de l'exclusion des lépreux guéris de notre champ d'investigations, nous nous sommes imposé la méthode purement qualitative, basée sur des entretiens individuels et des focus groups, aussi bien avec les représentants des institutions impliquées dans la lutte pour la réinsertion de ces derniers qu'avec les concernés eux-mêmes ainsi qu'avec quelques individus de la localité.

Au total, ce sont 24 personnes, représentant quelques institutions de la place opérant dans le social, et des individus pris isolément au hasard au sein de la population locale, qui ont été abordés en entretiens individuels ou en focus groups, après avoir manifesté leur disponibilité d'échange.

Deux focus groups de dix participants chacun dont l'un, réunissant les lépreux guéris des deux sexes et l'autre, destiné à quelques résidents de la ville de Mongo, auxquels s'ajoutent quatre entretiens individuels ont alors été réalisés pour la circonstance. Ainsi est donc constituée notre base d'analyse.

Les entretiens avec les individus ou institutions de notre échantillon ont invariablement porté sur les éléments de discussion suivants pouvant permettre d'expliquer le phénomène de l'exclusion des lépreux guéris de la ville de Mongo :

- La connaissance et l'interprétation de la lèpre ;
- La réalité de l'exclusion des lépreux guéris.

La distribution de cet échantillon donne les précisions ci-après.

Répartition de l'échantillon selon la provenance des enquêtés et la méthode utilisée

Institutions et personnes enquêtées	Nombre de personnes	Méthode	
		Entretien individuel	Focus groups
Mission Évangélique Contre la Lèpre	1	1	-
Hôpital de District	1	1	-
Comité Islamique	1	1	-
Mission catholique	1	1	-
Population de Mongo	10	-	1
Lépreux guéris	10 (dont 3 femmes)	-	1

De par leur statut, les personnes enquêtées ne peuvent avoir, de la lèpre, que des représentations et perceptions qui sont le reflet de leur environnement originel. C'est ce qu'il y a lieu de confirmer ou d'infirmer en abordant les éléments de discussion circonscrits ci-haut.

III - Connaissances et interprétations de la lèpre

C'est à travers ces éléments que les différents points de vue ont été mis en évidence quant à la construction culturelle et/ou culturelle de la lèpre.

Le niveau de connaissance des individus de la lèpre qui peut être le fondement de leur représentation de cette maladie est un indicateur pouvant renseigner si cette représentation relève d'idées reçues ou non. En d'autres termes, il s'agit de vérifier si celle-ci est l'objet de mécanismes d'inculcation s'inscrivant dans un ensemble d'éléments socioculturels.

À cet effet, la question suivante : « *qu'est-ce que la lèpre, selon vous* » a été posée à tous les enquêtés, individuellement comme en focus groups.

A priori, on s'attendrait, en réponse à cette question, à une description de la pathologie et de son mode de contamination. Mais il s'est avéré que, hormis le représentant de l'institution hospitalière qui a cerné la question, les autres enquêtés, soit décrivent la manifestation physique de la maladie, soit abordent directement la représentation qu'ils se font d'elle, ou soit encore parlent des deux aspects à la fois.

3.1 : Connaissances et interprétations religieuses de la lèpre

De manière catégorielle, les confessions religieuses, quelle que soit leur obédience, se réfèrent mécaniquement à leurs Saintes Écritures pour situer la lèpre dans le contexte d'une malédiction divine, c'est-à-dire afficher leurs représentations de ce mal sans le décrire. Ici, c'est l'aspect culturel qui fonde l'interprétation.

3.1.1 – La Mission Évangélique de Mongo : sa connaissance et son interprétation de la lèpre

De l'avis de cette institution qui lutte pour la réinsertion sociale des lépreux guéris, « Moïse était privilégié devant Dieu. Marie et Aran, aînés de Moïse étaient jaloux. Dieu a mal accepté cela et, sur-le-champ, Marie a été frappée d'une lèpre ». Selon cette congrégation, le Roi Naaman, qui s'était introduit dans un temple sans en avoir l'autorisation, a subi le même sort.

D'autres exemples bibliques foisonnent, mais pour la Mission Évangélique, ces deux cas sont la preuve que la lèpre est une malédiction divine.

3.1.2 – Le Comité islamique et l'interprétation de la lèpre

L'intervention très laconique du représentant de cette organisation confessionnelle en ces termes : « Dieu peut punir toute personne qui se comporte mal à l'égard de la société, et la lèpre qui constitue l'une de ces punitions n'est pas une maladie ordinaire » atteste bel et bien qu'il y a une corrélation entre la maladie de la lèpre et le pouvoir divin.

3.1.3 – L'interprétation de la Mission catholique de la lèpre

La Mission catholique s'appuie sur la représentation socioculturelle de la lèpre pour affirmer que cette maladie est bel et bien une punition de Dieu. Selon elle, « si quelqu'un vole un produit vivrier dans un grenier et nie cet acte, le propriétaire du grenier prélève une poignée du produit volé et la jette sur l'accusé en déclarant que le produit en question saura le punir. En cas de culpabilité, les premiers signes de la lèpre ne tarderont pas à apparaître sur la peau du voleur. Dieu ayant exaucé le vœu de la victime, il est donc indéniable que la lèpre est une punition divine ».

À la lumière des déclarations convergentes des religieux de diverses obédiences, il s'avère irréfutable que la société puisse penser que la lèpre demeure indéniablement une punition de Dieu. Il ne peut en être autrement car dans ces genres de société, majoritairement analphabète, culturellement homogène et fortement attachée aux croyances ancestrales, il est difficile, voire impossible de contredire un représentant de Dieu. Cette pensée, quand bien même elle s'oppose à la réalité scientifique, s'apparente, de facto, à une affirmation dogmatique, ne s'appuyant sur aucun fait vérifiable. Cela est suffisant pour conclure que, la position quelque peu figée des religieux, découle d'une pensée erronée fondée sur des préjugés, des idées préconçues savamment inculqués. Cependant, il est aussi tout intéressant d'aborder d'autres interprétations.

3.2 – Connaissances et interprétations socioculturelles de la lèpre

L'approche socioculturelle de la connaissance de la lèpre par les enquêtés non institutionnels amène ceux-ci à une explication causale populaire de la maladie, sans aucune allusion à sa cause scientifique. Cette absence de discernement aboutit à considérer que l'interprétation socioculturelle

de la lèpre prime sa connaissance. Les renseignements fournis par la population de Mongo, ainsi qu'e ceux des lépreux guéris le corroborent.

3.2.1 – Connaissance et interprétation de la lèpre par la population enquêtée

La connaissance et l'interprétation de la lèpre se ramènent à sa conception populaire pour qui l'agent causal de cette maladie n'est pas, contrairement à la conception scientifique, une bactérie. De ce point de vue, la connaissance de la lèpre qui ne peut être autre que l'expression d'une appartenance culturelle fait de la lèpre une maladie innée contenue en tout individu. Cette « vérité » est relatée par 80% de la population-cible (8/10 personnes).

Chaque personne possède donc, selon cette position, la lèpre en elle d'une manière latente, et celle-ci se déclenchera inéluctablement dès que la personne aura mangé quelque chose qui lui interdit ou qui ne lui convient pas. Cette cause alimentaire de la lèpre tourne essentiellement autour de la chair de tel ou tel animal. On serait tenté de dire qu'il y a là du totémisme, mais qui, au fond, n'en est pas un, dans la mesure où ici, les espèces interdites sont multiples et variées au sein de la même communauté. La population de Mongo cite, entre autres animaux dont il faut éviter la chair : le phacochère, l'éléphant, le bubal le damalisque-kimiguim, le grand koudou, le mouflon à manchettes, l'orycterope-ager, la girafe, une espèce de gazelle. Cette liste est complétée par l'autruche et une espèce de poisson.

La diversité des facteurs de déclenchement de la lèpre varie selon les lieux et les cultures. Si, pour les Autochtones de Mongo, l'agent causal de la lèpre se construit autour de la chair d'un animal, dans certaines contrées du Tchad, principalement en zones méridionales, on lie le déclenchement de cette maladie à la morsure du gecko.

La conception populaire de la lèpre véhiculée dans le Sud du Tchad est quasiment identique à celle de la population d'une partie du Mali.

En effet, Anne BARGES⁷ a eu à révéler que, pour cette population, l'agent causal de la lèpre est la salive du gecko. Entre morsure et salive du gecko, l'agent causal incriminé demeure ce reptile.

3.2.2 – Connaissance et interprétation de la lèpre par les lépreux guéris

A L'instar de la population valide de la localité de Mongo, les anciens malades de la lèpre adoptent une analyse causale commune de leur situation, ce qui corrobore notre assertion selon laquelle la conception de la lèpre, ou de toute autre maladie d'ailleurs, est l'expression d'une appartenance culturelle. Notre champ d'investigations étant culturellement homogène, toutes les conceptions tendent à converger invariablement quel que soit..... le statut des individus. C'est la démonstration faite par les lépreux guéris de leur handicap.

En effet, c'est à l'unanimité, 10/10 (100%) interviewés dont trois femmes que ces derniers ont placé la cause de leur pathologie entre les mains de Dieu, rejoignant ainsi le point de vue des religieux. Faisant allusion au caractère héréditaire de la lèpre, ils insistent sur le fait qu'aucun d'entre eux n'est descendant d'une famille ayant eu en son sein un membre lépreux.

Les lépreux guéris ont toutefois une attitude pour le moins ambiguë quant aux caractères héréditaires ou contagieux de la maladie lorsqu'ils déclarent : « *La lèpre n'est pas héréditaire. Cependant, si la personne malade se traite, il ne se pose aucun problème. Mais si elle n'est pas traitée, la génération qui suit sera malade* » ce propos, aussi contradictoire que cela puisse paraître, n'indique pas s'il s'agit d'hérédité ou de contagion.

⁷ BARGES (A), Le monde de la lèpre au Mali, Article non référé.

En faisant leur le point de vue religieux, les lépreux guéris déclarent que Dieu est capable de tout et qu'il peut punir par la lèpre. Cela a été leur cas. Cette forme de fatalisme ou de résignation des lépreux guéris se renforce davantage lorsque ces mêmes personnes clament ceci : « *La bible considère la lèpre comme une punition de Dieu et le pêché est aussi considérée comme cette lèpre* ». La lèpre est, poursuivent-ils : « *une malédiction de Dieu et en même temps une impureté* ». En d'autres termes, cette catégorie de personnes se considèrent elles-mêmes comme maudite et impure. De tout ce qui précède, il est clairement établi qu'à Mongo, quelles que soient l'institution ou la couche sociale considérées, la lèpre est un mal dont la contraction dépend de la seule volonté divine. Tout individu, à en croire certains points de vue, en est porteur sain. Cependant, cette maladie ne se manifeste que consécutivement à telle ou telle attitude comportementale. Quoi qu'il en soit, la lèpre demeure un motif d'exclusion sociale dans la ville de Mongo, même lorsque le malade en est définitivement guéri.

IV – L'exclusion des lépreux guéris dans la ville de Mongo

En matière de définitions, celle qui intègre parfaitement le concept exclusion et qui correspond à la situation que vivent les lépreux guéris de la ville de Mongo est l'œuvre de Christian CHASSERIAUD⁸ qui énonce que : « *l'exclusion est un phénomène social qui met à l'écart un individu ou un groupe d'individus qui présentent des différences ou des manques jugés invalidants. L'exclusion sociale met un individu hors jeu, le disqualifie du jeu des rapports sociaux* ».

Concrètement, cette définition est rendue plus explicite par le constat d'Anne BARGES⁹ en ces termes : « *S'agissant de l'exclusion, les principaux centres de soins de maladies endémiques et/ou contagieuses ont en commun leurs emplacements excentrés, isolés, situés sur des terres délaissés* ». Le site des lépreux de Mongo, à quelques encablures de la ville, en est une parfaite illustration. Il constitue le symbole même de la ségrégation vécue par les lépreux guéris ou non à Mongo. Celle-ci a des causes de différents ordres.

4.1 - Les causes de l'exclusion des lépreux guéris dans la ville de Mongo

La médecine moderne précise que le malade la lèpre qui a pris sa dose normale de polychimiothérapie (PCT) est définitivement guéri et ne présente aucune crainte, malgré les handicaps de la maladie qui demeurent à vie. Les anciens malades l'attestent en ces termes : « *maintenant, à part les handicaps qui ne sont pas réparables, nous nous sentons en forme, et ceux qui n'ont pas perdu de membres travaillent normalement, cette assurance n'est pas convaincante pour tous, car le rejet de l'individu guéri peut s'instaurer et s'exprime de différentes manières : dégoût et évitement de tout contact direct ou indirect construisent sur des causes non fondées*.

4.1.1 – Les causes morales et/ou psychologiques du rejet des malades guéris

Elles résultent, pour l'essentiel, de la perception religieuse de la lèpre. Cette perception qui fait de la lèpre une punition divine est vite transformée en cause du rejet des lépreux guéris. « *Ceux-ci étant punis par Dieu, pourquoi l'homme ordinaire doit-il transiger cette volonté* » ? Les propos tenus par un haut dignitaire musulman qui s'exprimait de la sorte : « *la lèpre est une maladie qui, non seulement, handicape les hommes, mais les met également hors de la société, prouvent à suffisance les prédispositions morales et/ou religieuses au rejet des lépreux, même guéris*.

⁸ CHASSERIAUD, ©, 1993, Rapport, Ministère français de la Santé., p 12.

⁹ BARGES (A), Op cit., p 3.

Outre cette argumentation d'ordre moral du rejet des malades guéris, on peut en lister, entre autres :

- La peur d'être contaminé qui s'est installée au sein de la société et qui fait que l'on considère les lépreux guéris comme des lépreux ;
- Le dégoût et l'évitement de tout contact avec les malades guéris poussent à prendre ces malades pour des gens crasseux, mystérieux ;
- L'ignorance d'une totale guérison est également à l'origine de l'exclusion dont il s'agit.

4.1.2 – Les causes socioculturelles du rejet des lépreux guéris

Celles-ci, sans être jumelles des causes d'ordre moral et/ou religieux, sont proches de ces dernières. Toutefois, elles méritent d'être explicitées :

L'évitement de tout contact direct ou indirect relaté ci-haut est la conséquence d'une croyance qui fait comprendre qu'un lépreux est un porte-malheur qu'il ne faut absolument pas croisé sur son chemin. Bon nombre de personnes rebroussent-elles chemin dès qu'elles aperçoivent un lépreux en face d'elles. Aussi, il ne faut pas qu'un lépreux soit la première personne rencontrée au petit matin. Beaucoup de gens tournent le dos à cette couche sociale et, au besoin, s'écartent du chemin ;

Toujours au titre de l'évitement, certaines personnes ne serrent pas les mains (saluent) pas les anciens malades. D'autres encore préfèrent leur jeter les offrandes aux pieds que des lieurs tendres, histoire d'éviter le contact manuel ;

Conformément à la croyance divine, la lèpre met les hommes hors de la société. Cette conception a contribué à l'isolement des malades par la création de leurs villages spécifiques, véritables sites de réclusion en dehors de la ville ;

4.1.3 – Les causes économiques de la stigmatisation des lépreux guéris

Traditionnellement, les lépreux, guéris ou pas, sont considérés comme des personnes invalides donc improductives, dépendantes. À l'origine de cette considération, la quasi-impossibilité au début du XXe siècle de guérir les malades de la lèpre. Ceux-ci étaient donc inéluctablement condamnés à devenir infirmes, difformes. Et, comme il est établi que tout infirme a une relative incapacité qui l'exclut des circuits économiques, les lépreux de Mongo demeurent victimes de ce préjugé. La solidarité de proximité devient alors pour eux un moyen de subsistance.

Le lépreux étant de cette catégorie, même guéri, il ne peut échapper à cette conception traditionnelle des critères de validité qui déterminent localement l'aptitude à la production, condition sine qua non de l'intégration socio-économique. Ces critères ne pouvant être remplis à cause du physique du lépreux, il est évident que celui-ci subisse l'exclusion économique.

L'analyse succincte de ces quelques causes de la stigmatisation des lépreux guéris dans la ville de Mongo autorise à se pencher sur les conséquences inhérentes desdites causes.

V – Quelques conséquences de l'exclusion des lépreux guéris de la ville de Mongo

Les conséquences de la stigmatisation des lépreux en général, et de ceux qui ne présentent plus de craintes en particulier, sont les résultats des causes constatées ci-dessus. Tel fait produisant tel effet, ces conséquences sont l'émanation des causes d'ordre moral et :ou psychologique, socioculturel et socio-économique.

5.1 – Les conséquences psychologiques de la stigmatisation des lépreux guéris de Mongo

Aux dires d'un responsable sanitaire de la localité, les lépreux eux-mêmes, tout statut confondu, ont un problème psychologique, donc ils s'excluent et la société les rejette. A travers cette déclaration mitigée, mi-figue mi-raisin, l'on se demande si c'est parce que les lépreux s'excluent qu'ils sont

rejetés par la société, ou bien c'est parce que la société les rejettent qu'ils s'excluent. Toujours est-il qu'un certain complexe d'infériorité habite les lépreux guéris qui ont, de facto, du mal à s'affirmer, à se déterminer. Ce complexe les conduit à vivre de mendicité, sous la dépendance des autres.

Ces malades guéris sont également marqués par le fait que, selon eux, ils produisent des légumes et bien d'autres denrées alimentaires qu'ils n'arrivent pas à vendre au marché de la ville. Leurs seules marchandises acceptées par de rares personnes demeurent le bois et le foin qu'il faut aller chercher loin, à pied ou à dos d'âne pour les plus nantis.

De toute évidence, l'effort que fournissent les malades blanchis pour leur autonomisation économique s'en trouvent ainsi annihilé par le comportement ségrégationniste de la population qui replonge ces derniers dans l'isolement, les enfermant dans un cercle vicieux que l'on pourrait qualifier de « cercle vicieux du lépreux guéri ».

Traités de lépreux, ces anciens malades se considèrent comme tels et, habitués à la mendicité, bon nombre parmi eux ne veulent pas ou plus travailler, choisissant par défaut la facilité en tendant toujours la main.

Du côté de la population : psychologiquement, celle-ci garde en tête l'idée de la co contagion de la lèpre, de la déformation et de la mutilation de la personne atteinte. Cette personne demeure, même guérie, contagieuse pour la population. Elle reste persuadée qu'en consommant les produits des anciens malades de lèpres, elle sera contaminée. Paradoxalement, beaucoup reconnaissent que le lépreux guéri n'est pas contagieux, mais l'attitude quotidienne des uns et des autres affiche le contraire. C'est à en croire que les conséquences psychologiques de l'exclusion de cette catégorie d'individus sont intimement liées aux conséquences d'ordre socioculturel.

5.2 – Les conséquences socioculturelles de l'exclusion des lépreux guéris de Mongo

Les lépreux blanchis, faut-il le répéter sont « hors jeu ». Ils ne participent donc pas aux jeux des rapports sociaux. En d'autres termes, ils ne sont pas consultés ni associés à la vie de la société. Ces propos d'un groupe d'anciens malades en sont révélateurs . « *Les gens nous méprisent, ils présentent à notre égard un dégoût. Celui qui te méprise a peur de toi. Nous sommes surpris de vous voir sur la même natte que nous, sinon personne ne nous approche* ».

Ce qui n'apparaît pas dans ces propos, c'est que les anciens malades ne sont conviés à aucune cérémonie de quelque nature que ce soit (naissance, baptême, mariage, circoncision etc.). On y observe tout de même leur présence en tant que mendiants. L'unique cérémonie qui leur est destinée demeure celle de la Journée Mondiale des Lépreux.

Le clou est enfoncé lorsque les membres de la communauté déclarent que : « *la lèpre est une honte, une honte pour la personne, sa famille et, partant, la communauté toute entière, et que l'on ne doit pas exposer la honte en public, sinon c'est exposer la famille aux insultes qui peuvent entraîner un déménagement de celle-ci* ».

De la part d'un homme de Dieu, on peut dire que l'aberration a atteint son comble lorsqu'un responsable d'une église se réfère au Livre Saint en ces termes : « *Dans l'ancien Testament, quand un lépreux se déplace, il doit avoir une clochette qu'il doit faire résonner afin que personne ne passe devant lui jusqu'à destination. Même pour recevoir un repas, il doit déposer son récipient loin et s'en écarter. De la sorte, on sait qu'un lépreux demande quelque chose à manger* ».

La référence à la religion (Ancien Testament) est la preuve que l'exclusion des lépreux est une pratique socioculturelle de longue date. Il ne saurait donc en être autrement, du pont de vue temporel, des conséquences économiques de l'exclusion des lépreux guéris de la ville de Mongo.

5.3 – Les conséquences économiques de l'exclusion des lépreux guéris de Mongo

La majorité de cette couche de la population présente des invalidités qui font d'eux des bouches à nourrir, car ne vivant que mendicité. Mêmes guéris, l'état de ces anciens malades ne permet pas de les considérer comme jouissant de la santé dont nous retenons deux définitions, l'une proposée par André Domart, l'autre par l'Organisation Mondiale de la Santé.

André Domart¹⁰ définit la santé comme « *un état de fonctionnement normal de l'organisme en dehors de maladies* ».

L'OMS¹¹, pour sa part, introduit la dimension économique à la notion de santé. Ainsi, la santé est, selon elle, « *l'état d'un individu qui le rende apte à produire et à être rentable économiquement dans sa communauté d'appartenance* ».

Dans l'une comme dans l'autre hypothèse, les lépreux guéris de Mongo ne remplissent pas les critères de validité dans la mesure où ils ne participent pas, pour diverses raisons, au développement socio-économique de leur communauté. Cela aurait pu être le cas de certains d'entre eux, moins affectés par la maladie, n'eut pas été les considérations socioculturelles qui entourent la lèpre. C'est donc à juste titre que d'aucuns pensent que la guérison de la lèpre reste incomplète tant que la personne atteinte ne trouve pas le statut économique, social lui permettant de mener une vie de dignité.

Le cas précis des lépreux guéris de Mongo indique que tout concourt à les rendre et les maintenir improductifs quand on sait que leurs produits maraichers et autres font l'objet, au niveau des marchés locaux, d'un boycott sciemment organisé et entretenu au cours de l'histoire. Cette forme d'exclusion économique constitue l'un des facteurs explicatifs de la mendicité adoptée comme stratégie de survie par la quasi-totalité des lépreux guéris de la ville de Mongo, malgré quelques initiatives mises en œuvre pour l'amélioration de leurs conditions d'existence.

VI – Les actions entreprises pour l'intégration des lépreux guéris de Mongo dans la société

Il convient de relever que l'État tchadien a mis en place le Programme National de Lutte contre la Lèpre (PNLL) en vue de résoudre le problème sanitaire des lépreux. Cependant, il n'a pas pensé à se doter de structures chargées de la prise en charge ou de réinsertion des malades guéris. Pourtant, le Ministère de l'Action Sociale et de la Solidarité Nationale semble faire de l'insertion sociale des personnes en difficulté un impératif national. L'État, à travers ce Ministère, devrait donc œuvrer pour que le cas spécifique des malades blanchis de la lèpre soit un impératif national, surtout qu'il est appuyé en cela par quelques organisations autonomes et partenaires au développement.

6.1 – Les initiatives en œuvre au plan national

Les activités du Programme National de Lutte contre la Lèpre qui est une structure jouissant d'un statut public manquent de visibilité. Néanmoins, cet organe est parvenu à mettre en place un projet de prévention des Invalidités et de Réinsertion Physique (PIRP). Cette initiative, financée par l'Association Française Raoul Follereau (AFRF), s'est concrétisée par la fabrication par le Centre d'Appareillage de N'Djaména, de chaussures adaptées et de prothèses au bénéfice des malades guéris de la lèpre au Tchad. Quelques bénéficiaires de cette œuvre ont suivi une formation dans ce centre et sont devenus, par la suite, d'excellents cordonniers.

Le Ministère de l'Action Sociale et de la Solidarité Nationale, caractérisé par l'absence d'une

¹⁰ DOMART (A), 1992, Petit Larousse de la médecine, Edition Larousse, Paris, p. 482.

¹¹ Idée approximative de la définition de l'OMS, in André DOMART, op cit., p 697.

véritable politique de réinsertion des lépreux guéris, se démène tout de même, à travers sa Direction des Personnes Handicapées, à assister ponctuellement les anciens malades en les aidant à obtenir des chaussures au Centre d'Appareillage.

Dans la Province du Chari-Baguirmi, l'Association de Solidarité avec les Lépreux du Tchad (ASALT) s'investit pour la réinsertion sociale des lépreux en général. Cette activité constitue également une des composantes, au niveau national, de l'organisation faitière des personnes handicapées : l'Association d'Entraide des Personnes Handicapées du Tchad (AEPHT) dont le champ d'intervention est beaucoup plus globalisant.

6.2 – Les initiatives locales

Ces initiatives sont, pour l'essentiel, l'émanation des organisations religieuses de la place, notamment la Mission Evangélique, l'Eglise Catholique et Comité Islamique.

6.2.1 – La Mission Évangélique

À travers sa structure dénommée Mission Évangélique Contre la Lèpre (MECL), la Mission Evangélique intervient directement et/ou indirectement en faveur des lépreux. Avec l'appui de l'Association Raoul FOLLEREAU, elle forme les personnes membres des familles de lépreux. Ces personnes formées en cordonnerie fabriquent des chaussures adaptées. La même formation est destinée aux enfants des lépreux guéris. Certains de ces enfants sont formés en menuiserie bois et métal.

6.2.2 – L'Église Catholique

L'Église Catholique, par le biais du Conseiller de la Paroisse de Mongo, justifie ses interventions en ces termes : « *Le Christ a dit qu'il faut aimer les gens en difficulté. Les lépreux guéris font partie de ces gens, donc, nous les aimons. De temps en temps, nous leur venons en aide par des gestes humains. Nous ne leur distribuons pas grand-chose après la messe, mais des pièces chaque Dimanche* ».

La démarche de l'Église Catholique, loin de constituer un acte d'insertion sociale, s'inscrit dans un sempiternel recommencement. Plutôt que d'apprendre aux lépreux guéris à pêcher, ici on leur donne du poisson.

6.2.3 – Le Comité Islamique

Le même son de cloche que celui de l'Église Catholique est entendu du côté de cette congrégation religieuse. En effet, le Comité Islamique estime que, même s'il n'a pas entrepris d'actions spécifiques, il contribue chaque année à la journée Mondiale des lépreux.

La problématique de l'intégration sociale des lépreux guéris ne préoccupe pas outre mesure l'organisation islamique de Mongo. Dans tous les cas, les religieux, de quelque obédience que ce soit, n'ont-ils pas déclaré que la lèpre est une punition de Dieu, alors pourquoi aller contre la volonté divine en s'occupant de quelqu'un qui en est victime ?

Conclusion

La lèpre, maladie sociale, a un poids culturel, religieux et moral considérable. En tant que telle, sa perception tout comme ses conséquences sont de différents ordres : psychologiques, socioculturels et économiques.

A Mongo, la lèpre fait l'unanimité autour de sa perception. Que ce soit du point de vue des religieux, des lépreux guéris eux-mêmes et de leurs familles ou de la population, elle est considérée comme

une malédiction, une punition de Dieu. Tout individu la porte en lui, sauf que son déclenchement est inhérent à certaines conditions, l'alimentation surtout. Ce déclenchement varie donc selon les types d'alimentations.

En tant que punition divine, la lèpre condamne ceux qui la contractent, même s'ils en sont blanchis, à l'exclusion justifiée par l'impossibilité d'agir contre Dieu. De là s'est installée la stigmatisation des lépreux guéris, stigmatisation motivée par le refus de subir la colère divine par quiconque s'intéresserait aux lépreux.

Les conséquences découlant de cette situation ne militent pas en faveur de l'intégration sociale des anciens malades, nonobstant quelques initiatives mises en œuvre pour l'amélioration de leurs conditions de vie.

Ostracisés malgré eux, ils mènent une bataille vaine pour leur autonomisation économique, et partant, leur entière insertion dans leur communauté. Mais les barrières et obstacles à faire tomber pour y parvenir demeurent inébranlables. Pour s'en sortir, la stratégie de survie la plus facile adoptée et mise en œuvre par les malades blanchis de la lèpre reste la mendicité.

Références bibliographiques

Barges (A), 1996, *le monde de la lèpre au Mali* (Références incomplètes).

Chasseraud ©, 1993, *Ministère Français de la Santé Publique, Rapport*.

Domart (A), 1992, *Petit Larousse de la médecine, éditions Larousse*.

Gaudin (L), 1992, *L'approche culturelle de la maladie chez les Sara du Tchad*, Mémoire de Maîtrise, Université de Bordeaux 2.

GRAND DICTIONNAIRE HACHETTE 1993.

OMS, 1989, *Guide de la lutte antilépreuse*, Genève, Deuxième Édition.

© 2020 N'DETIBAYE, License BINSTITUTE Press. Ceci est un article en accès libre sous la licence the Créative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>)



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

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

Reçu, 12 Juin 2020

Accepté, 09 Juillet 2020

Publié, 13 Juillet 2020

<http://revue-rasp.org>

Recherche

Perceptions des femmes enceintes face à l'anémie en grossesse à la formation sanitaire urbaine d'Ahognansou (Centre-Nord Côte d'Ivoire)

Adou Serge Judicaël ANOUA

Enseignant-Chercheur, Département d'Anthropologie & Sociologie, Université Alassane Ouattara, Bouaké, Côte d'Ivoire. BP V18 Bouaké 01 Tel: +225 07070136, +225 06816683

Email: anoua_08@yahoo.fr

Résumé

L'anémie en grossesse est une question préoccupante dans la réduction des morbidités en santé de la reproduction en Côte d'Ivoire. Cette recherche vise à décrire le sens de l'anémie et à analyser ses facteurs explicatifs d'après le regard des femmes enceintes en milieu hospitalier d'Ahognansou dans la ville de Bouaké au Centre Nord en Côte d'Ivoire.

Cette recherche qualitative est descriptive interprétative. De cette approche, des entretiens individuels ont été réalisés avec vingt (20) femmes enceintes. Les données ont été analysées à l'aide d'une analyse de contenu soutenue par une grille thématique.

Les enquêtées ont identifié l'anémie en grossesse comme un fait de morbidité de la vie reproductive au risque vital pour la mère et l'enfant. Son image spécifique a été associée à une insuffisance de sang dans l'organisme. Ces symptômes ont concerné la fièvre, le vertige, la fatigue, le manque d'appétit, l'état de pâleur et la maigreur. Son étiologie a été attribuée aux interdits alimentaires. En outre, les logiques explicatives ont relevé son lien avec des comportements sanitaires irrationnels tels l'irrégularité des consultations, l'inaccessibilité aux conseils, les manques de dépistage précoce, d'utilisation de supplémentation orale quotidienne en fer et en acide folique, de moyens financiers et l'inobservance d'alimentation équilibrée.

L'examen de la représentation sociale de l'anémie en grossesse conduit à un éclairage pertinent des comportements sanitaires irrationnels des femmes enceintes. En revanche, rechercher des solutions appropriées et efficaces dans la durée à cette morbidité en santé reproductive, nécessite une immersion des sages-femmes dans le cadre de vie des gestantes et des actions ponctuelles de santé communautaire dans des populations localisables dans l'espace et dans le temps afin de circonscrire

les pratiques génésiques engagées dans la résistance aux recommandations nutritionnelles en période prénatale.

Mots-clés : Anémie, femme enceinte, perception, facteur explicatif, maternité Ahougnansou.

Pregnant women's perceptions of anaemia in pregnancy at the urban health facility in Ahougnansou (centre-north Côte d'Ivoire)

Abstract

Anaemia in pregnancy is an issue of concern in the reduction of reproductive health morbidity in Côte d'Ivoire. This research aims to describe the meaning of anaemia and analyze its explanatory factors from the perspective of pregnant women in a hospital setting in Ahougnansou in the city of Bouaké in the Centre-North of Côte d'Ivoire.

This qualitative research is descriptive-interpretive. Using this approach, individual interviews were conducted with twenty (20) pregnant women. The data were analyzed using a conventional inductive content analysis supported by a thematic grid.

Respondents identified anaemia in pregnancy as a life-threatening reproductive morbidity for both mother and child. Its specific image has been associated with a lack of blood in the body. Symptoms have included fever, dizziness, fatigue, lack of appetite, pallor and thinness. Its aetiology has been attributed to food bans. In addition, the explanatory logics noted its link with irrational health behaviours such as irregular consultations, inaccessibility to edifying advice, lack of early detection, lack of use of daily oral iron and folic acid supplementation, lack of mobilization of financial resources and non-observance of a balanced diet.

Examination of the social representation of anaemia in pregnancy leads to relevant insights into the irrational health behaviours of pregnant women. On the other hand, the search for appropriate and effective long-term solutions to this reproductive health morbidity requires the immersion of midwives in the living environment of pregnant women and specific community health actions in populations that can be located in space and time in order to circumscribe the reproductive practices involved in resistance to nutritional recommendations in the prenatal period.

Keywords: Anaemia, pregnant woman, perception, explanatory factor, Ahougnansou maternity hospital.

1. Introduction

L'anémie constitue une morbidité préoccupante en santé de la reproduction. La présence de cette maladie au cours de la grossesse demeure comme une base de risque pour la survie du couple mère-enfant. Son impact sur les communautés et les nations est énorme eu-égard à la baisse de leur productivité économique et de leur développement (OMS, 2017, p. 1). De ce fait, la question de l'anémie se présente comme une préoccupation majeure pour les femmes, les enfants, les familles et la société entière. De plus en plus, sa réduction revêt une importance incontestable. De cet enjeu, la littérature révèle que cette morbidité est significativement associée à une multitude de facteurs. Ce sont des facteurs d'ordre sociodémographique relativement à l'âge jeune moins de 20 ans des gestantes (J. Likilo Osundja et al. 2018, p. 297) et à la grossesse chez les mères multipares et primipares (A. A. Adebo et al. 2018, p. 38). Par la suite, l'on note des facteurs d'ordre socio-économique en lien avec le milieu de provenance, l'origine ethnique (S. Sass et al. 2017, p. 97-99), la taille de ménage, le niveau socio-économique du ménage, le niveau d'instruction de la femme, le statut professionnel du chef de ménage (L. Nikiéma et al. 2010, p. 62-63). De plus, l'on observe également des facteurs d'ordre épidémiologique en référence aux pathologies chroniques et à l'antécédent d'anémie gravidique (C. N. Tchente et al. 2016, p. 4). À la suite de cela, l'on découvre des facteurs d'ordre ethnologique relatifs au comportement alimentaire pauvre en fer (N. Ouzennou et al. 2018, p. 737-745) et à l'absence de supplémentation des gestantes (O. Afifi, 2019, p. 26). Il découle de ces connaissances des actions de réponse à l'échelle mondiale. Conformément aux recommandations de l'organisation mondiale de la santé, l'on vise une intervention nutritionnelle. Dans ce cas de figure, la supplémentation orale quotidienne en fer et en acide folique et la communication en faveur d'une alimentation saine s'appliquent aux femmes enceintes dans le contexte des soins prénatals (OMS, 2017, p. 24). Cependant, 40 % des femmes enceintes âgées de 15 à 49 ans dans le monde (F. Branca, 2014, p. 232) souffrent d'anémie. Cette situation est alarmante en Afrique de l'ouest (World Bank Group, 2016, sur le site de la banque mondiale) avec une prévalence supérieure à 50%. Cette triste réalité est présente en Côte d'Ivoire. La proportion des femmes enceintes anémiées est de 54 % avec une prévalence maximum de 66 % dans la région du Centre-Nord. Dans cette région, la ville de Bouaké ne fait pas exception à cette morbidité puisque 30% des gestantes en souffrent d'après le rapport d'activités 2018 du district sanitaire de la localité. La réduction de cette prévalence élevée apparaît comme un défi qui s'inscrit en droite ligne de l'axe stratégique 5 du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2016-2020, visant l'amélioration de la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant d'ici 2020 (MSHP, 2016, p. 53). Et pourtant, cette morbidité résiste et persiste. L'inobservance des mesures sanitaires nutritionnelles adoptées demeure prégnante, en plus de l'irrégularité des consultations prénatales. Le poids des facteurs ethnologiques sur la prévalence élevée de l'anémie chez la femme enceinte paraît évident. Comment expliquer et comprendre cette résistance sociologique dans cet environnement hostile ? Dans une perspective socio-anthropologique, il convient de tenir compte du mode de pensée et des comportements sanitaires irrationnels des femmes enceintes qui sous-tendraient l'anémie au cours de la grossesse. Cet article vise à décrire le sens de l'anémie en grossesse et à analyser ses facteurs explicatifs d'après

le regard des femmes enceintes en vue de contribuer à la maîtrise de cette maladie en période prénatale. Cette recherche s'est réalisée à l'aide d'un ensemble de méthodes appropriées.

2. Matériels et Méthodes

2.1. Site de la recherche

L'unité géographique de recherche retenue est la formation sanitaire urbaine d'Ahougansou pour son niveau (20%) apparemment important de femmes enceintes anémiées dépistées en CPN d'après le rapport d'activités 2018 du district sanitaire Bouaké Nord-Ouest. Le fondement du choix de cette structure sanitaire de premier contact répond au besoin de description du sens de l'anémie chez les femmes enceintes ayant contact immédiat avec des services de santé de reproduction. Le choix du site de recherche a porté sur le service de maternité. Cet espace sanitaire dispose d'une (01) salle de consultation prénatale, de trois (03) lits d'accouchement, de dix (10) lits d'hospitalisation à la charge de douze (12) sages-femmes assistées de dix (10) aides-soignantes. Si la consultation prénatale y est gratuite, par contre le bilan prénatal prenant en compte les examens biologiques et échographiques s'élevait environ à 25000 FCFA pour le suivi d'une grossesse normale. Les femmes enceintes interrogées à la formation sanitaire urbaine d'Ahougansou induisent des besoins particuliers et fréquents au regard des frais élevés en vue de satisfaire au suivi de la grossesse. Cela pouvait toutefois engendrer une influence sur l'observance des recommandations nutritionnelles et accroître le risque d'anémie en période prénatale. Aussi importe-t-il de présenter le type de recherche.

2.2. Échantillonnage et collecte de données

Cette recherche à caractère qualitatif est descriptive interprétative (S. E. Thorne, 2008, p. 1-272). Elle s'est réalisée dans la perspective de l'anthropologie sociale, sur une période d'une semaine, allant du 07 au 14 octobre 2019. L'approche utilisée s'est avérée indiquée pour comprendre le sens de l'anémie pendant la grossesse et ses facteurs explicatifs en portant attention aux opinions des femmes enceintes. Elle a permis plus précisément de mettre en évidence un ensemble d'éléments subjectifs, révélateurs des images significatives et des significations qui représentaient les perceptions que les gestantes, en contexte de la formation sanitaire urbaine d'Ahougansou, ont de l'anémie en période prénatale. Cette préoccupation nous conduit à faire la lumière sur la population d'enquête.

Les femmes enceintes en consultation prénatale au service de maternité de la formation sanitaire urbaine d'Ahougansou ont fait l'objet d'enquête pendant la période de recherche. Celles-ci ont toutes été choisies parce qu'elles ont été le groupe social en difficulté susceptible de profiter des résultats de la démarche, puis parce qu'elles connaissaient l'anémie et qu'elles contribueraient à la description et à l'explication de ses divers sens et facteurs favorisants. L'enquête a été de type individuel. Pour participer à la recherche, les femmes enceintes devaient avoir une connaissance de l'anémie, parler le français et accepter de partager leur perception sur cette maladie. Ces critères de sélection ont permis de disposer d'informations significatives en matière de pensées par rapport à

l'anémie au cours de la grossesse. Des critères d'exclusion ont été l'ignorance de l'anémie et l'incapacité de comprendre le français et de s'exprimer dans celle-ci, enfin le manque de désir à participer à la recherche. La population d'enquête ainsi identifiée fait appel à la procédure du choix des personnes et de leur nombre.

Un échantillon de convenance a été utilisé pour le choix des femmes enceintes répondant aux critères d'inclusion établis. Celles-ci ont été retenues pour la recherche après obtention de leur consentement verbal en vue d'une description suffisamment complète, réaliste et contextualisée (S. E. Thorne, 2008, p. 1-272) du sens de l'anémie en période prénatale. Ainsi, compte tenu de ces principes, le nombre de participantes n'a pu être déterminé à l'avance. Toutefois, nous envisageons des entretiens avec trente (30) femmes enceintes afin d'atteindre un niveau acceptable de saturation des informations. De ce fait, nous avons rencontré vingt (20) femmes enceintes et arrêté les entretiens après celles-ci. Cette logique s'en trouvait justifiée puisque la réalisation des quatre (04) nouvelles entrevues à la suite de cet effectif n'a pas apporté de nouvelles informations au regard des précédentes. Par ailleurs, la stratégie de terrain a pris en compte les considérations éthiques.

Un ordre protocolaire a été le point de départ des investigations. À cet effet, nous avons initié une procédure administrative en vue d'informer l'autorité de la formation sanitaire urbaine d'Ahougansou de l'intention scientifique de la recherche. De cette procédure administrative, une autorisation de recherche au sein de ladite structure, nous a été accordée par son responsable. De la même manière, nous avons obtenu le consentement des femmes enceintes participant à l'enquête à partir d'une clarification de l'objet et du déroulement de la recherche. Par ailleurs, nous avons mis un point d'honneur sur la confidentialité des informations à collecter tout comme le caractère anonyme de leur analyse. Cette démarche a permis d'utiliser un numéro pour chaque participante et d'établir un lien de confiance entre les participantes et nous en tant que chercheur. Il est à présent question de savoir de quelle manière l'enquête à proprement dite a été conduite sur le terrain.

Un entretien individuel a été appliqué à des femmes enceintes concernées par cette recherche. Comme support, un entretien semi-directif a été réalisé à l'aide d'un guide comportant des questions ouvertes comme « À quoi pensez-vous lorsqu'on parle d'anémie au cours de la grossesse ? », « Selon vous, quels sont les facteurs favorisant l'anémie au cours de la grossesse ? », « Quel lien établissez-vous entre l'anémie et les consultations prénatales insuffisantes ? », « Comment peut-on expliquer ces liens ? ». Ces questions ont porté davantage sur la connaissance de la maladie et ces facteurs explicatifs par les femmes enceintes qui y ont exprimé leurs opinions à chaque entrevue. Ceci devait permettre de décrire le sens de l'anémie en période prénatale et de saisir les valeurs explicatives mettant en relief l'influence de l'irrégularité des visites prénatales sur la prévalence de cette morbidité au cours de la grossesse. À ce premier niveau de questionnement se sont ajoutées des questions d'approfondissement en cours d'entretien telles que « Pouvez-vous m'en dire davantage », « Que voulez-vous dire par... ? », « Dans quelles circonstances... ? ». Ce second niveau d'interrogations a consisté davantage à favoriser la compréhension des pensées des femmes enceintes interviewées eu-égard à leurs perspectives. Au moment d'entreprendre le recueil d'informations, nous avons soutenu avec le concours de la sage-femme major, une discussion d'une durée de dix (10)

minutes avec les femmes consentant à l'enquête. Ce qui a permis de présenter les objectifs et le contexte de la recherche puis de vérifier leur compréhension du contenu des questions. Les entrevues se sont déroulées tous les jours de visites prénatales dans une salle connexe à la salle d'attente de consultation prénatale, avant les examens de routine chez la sage-femme. Elles ont été enregistrées en mode audionumérique d'une durée de 45 minutes pour assurer l'intégrité des données recueillies. Au fil des conversations, les points de vue exprimés par chaque participante ont été validés avec celles-ci. Le contenu de chacune des entrevues a été transcrit systématiquement à chaque rencontre. À la fin, nous avons exprimé à chaque participante notre gratitude pour leur collaboration et leur contribution à la présente recherche. Cette phase d'enquête a été suivie par le traitement et l'analyse des données.

2.3. Gestion et analyse des données

Le traitement des données recueillies s'est appuyé sur un dépouillement manuel inspiré des travaux de M. B. Miles et M. A. Huberman (2003, p. 1-626). En vue de condenser les données (M. B. Miles et al. 2014, p. 1-381), nous avons écouté et retranscrit textuellement les enregistrements de toutes les conversations, puis nous avons relus les prises de notes. Par la suite, nous avons décliné les verbatims en phrases complètes afin de mieux comprendre leur contexte, avant d'y repérer les extraits significatifs. Ce processus nous a permis de développer une vision globale des points de vue des femmes enceintes interviewées et d'en garantir les idées détaillées sur une fiche-synthèse. À la suite de cela, nous avons réalisé un inventaire des thèmes qui s'y dégagent. À partir d'une analyse de contenu (P. Paillé et A. Mucchielli, 2012, p. 1-424), nous avons fait ressortir les catégories structurées autour des idées de perception, de déterminants sociaux et de logique explicative pour donner du sens à l'anémie au cours de la grossesse selon les femmes enceintes interrogées à la formation sanitaire urbaine d'Ahougnansou. De plus, nous avons poursuivi cette phase de structuration des informations par thèmes par l'organisation de la présentation dans un ordre logique des faits pertinents, des affirmations de manière à appuyer nos sections sur les repères de connaissance, les facteurs explicatifs des femmes enceintes à propos de l'anémie au cours de la grossesse. Pour se convaincre de notre compréhension sur cette question, nous avons veillé au lien bien établi entre les informations d'entretiens validées au cours du recueil de données et l'idée correspondante que nous avançons à propos. C'est à partir de ces conclusions que nous avons saisi la signification des points de vue exprimés par les gestantes interviewées sur la question de l'anémie en période prénatale.

3. Résultats

Les résultats de cette recherche présentent les perceptions sociales et les facteurs explicatifs en lien avec l'anémie chez les femmes enceintes interrogées à la formation sanitaire urbaine d'Ahougnansou dans la ville de Bouaké en Côte d'Ivoire.

3.1. Les perceptions sociales de l'anémie chez la femme enceinte

Les femmes enceintes interrogées ont considéré l'anémie comme une maladie en rapport avec le sang. Pour la participante 5, « *l'anémie, c'est une maladie qui arrive quand tu n'as pas assez de sang dans ton corps.* » (Participante 5). Selon elle, une personne anémiée est celle qui a eu une insuffisance de sang dans son organisme.

Cette expression physiologique a laissé découvrir des perturbations sur le corps des femmes enceintes anémiées. La présence de ces perturbations a été essentiellement marquée par des signes expressifs. Une participante a témoigné de ces signes de manifestations tels que la fièvre, le vertige, la fatigue, le manque d'appétit : « *Ça peut se manifester par le corps qui chauffe beaucoup, la personne transpire beaucoup et les yeux qui tournent. Quand elle a ça, on voit aussi que la femme enceinte ne mange jamais beaucoup mais dort trop parce qu'elle travaille beaucoup sans repos.* » (Participante 10). De plus, d'autres phénomènes de trouble de l'anémie chez la gestante ont amené à constater les signes comme la pâleur du visage, des yeux, de la paume, de la plante du pied et la maigreur. À ce propos, voici ce qu'a dit une participante : « *On reconnaît une femme enceinte anémiée quand il y a un changement du teint, elle devient très pâle, ses yeux sont pas colorés, ses plantes des pieds et ses doigts blanchâtres. Souvent elle dépérisse.* » (Participante 16). Pour elle singulièrement, l'état de pâleur représenterait le stade de gravité dans l'évolution de cette affection.

De ces faits appelés symptômes, il découle des théories étiologiques. Les femmes enceintes interrogées ont attribué les supposées causes de l'anémie à une alimentation non variée, comme l'a rapporté une participante : « *Moi je pense que quand tu es enceinte et puis tu manges "attiéké" seulement, tu penses que c'est la seule nourriture au monde, ou bien quand tu manges toujours le même aliment, c'est normal que tu n'aies pas beaucoup de sang.* » (Participante 20). En plus, les femmes enceintes interrogées ont estimé également que la survenue de l'anémie pourrait être imputable à des aliments non équilibrés, comme l'a affirmé une participante : « *C'est l'alimentation qui provoque l'anémie. Les aliments tels que l'igname, le riz sans sauce, ces aliments ne contiennent pas du fer. En un mot, l'alimentation n'est pas équilibrée.* » (Participante 1). L'alimentation restait donc une cause essentielle de l'anémie au cours de la grossesse.

La question du déséquilibre dans l'alimentation de la gestante en période prénatale s'est trouvée liée à l'observance des interdictions alimentaires de la coutume d'appartenance, comme l'a révélé une participante : « *Chez nous quand tu es enceinte, ta maman te rappelle de ne pas manger la papaye et le coco à cause des pieds et des seins qui vont s'enfler, le haricot à cause du ballonnement, le gombo à cause des démangeaisons et les viandes de brousse à cause des maladies et de certains de leurs caractères que l'enfant peut prendre après l'accouchement. C'est parce qu'on trie la nourriture à cause de la coutume que nous mangeons ce qui n'est pas riche en fer et qui provoque l'anémie.* » (Participante 18). Il est clairement formulé ici que les interdits alimentaires ont été mis en avant comme cause de l'anémie.

C'est à partir de ces faits nosologique, symptomatologique et étiologique que la plupart des femmes enceintes interrogées ont qualifié cette maladie de dangereuse puisque mortelle, en témoignent ces dires d'une participante : « *Quand on parle d'anémie, moi je pense automatiquement à la mort. L'anémie tue rapidement, c'est vraiment dangereux.* » (Participante 7). L'anémie

apparaissait chez les enquêtées comme une menace spécifique dans la période prénatale. Elles ont souligné les risques sur la santé de la mère et de l'enfant, comme en font foi les propos d'une participante : « *Je pense que c'est grave, parce que si maman est malade, bébé aussi dans le ventre va tomber malade.* » (Participante 3). De même, la femme enceinte anémiée était prédisposée à des risques pouvant non seulement être mortels pour elle, mais aussi pour le fœtus pendant l'accouchement, ce point de vue d'une participante en est l'illustration: « *Ça peut être compliqué pour la femme enceinte anémiée lors de son accouchement, je pense que son accouchement sera fatal.* » (Participante 12). Les risques encourus ont relevé de fait la gravité de cette maladie et ont soulevé de fortes émotions de crainte chez les gestantes, comme l'a mis en évidence une participante : « *J'ai vraiment peur pour elle, quand tu n'as pas assez de sang tu peux mourir ou perdre le bébé au cours de la grossesse ou de l'accouchement.* » (Participante 14).

De ces connaissances des femmes enceintes interrogées, il découle des perceptions sociales sur l'anémie au cours de la grossesse. Ce fondement de la dimension sociale de cette morbidité demeure essentiel pour déterminer les logiques explicatives de sa prévalence en période prénatale.

3.2. Les logiques explicatives de l'anémie en grossesse chez la femme enceinte

Les femmes enceintes interrogées ont laissé entendre que l'irrégularité des consultations prénatales a un lien avec l'anémie au cours de la grossesse. Cette réalité est due au fait que les femmes enceintes ne se rendaient pas aussi souvent que nécessaire à leurs rendez-vous prénatals. Cette pratique a influencé le dépistage précoce de l'anémie, comme l'a constaté une participante : « *Venir à l'hôpital permet de savoir les problèmes de santé qu'une femme enceinte est susceptible d'avoir afin d'apporter des traitements ou conseils pour y remédier, mais rester à la maison ne va pas permettre de savoir si elle est anémiée et bien suivre la grossesse.* » (Participante 19). Cela revient à dire que l'absence aux visites prénatales ne leur a pas permis d'avoir un accès aux conseils éducatifs face à l'anémie. Ces communications pour le changement de comportement étaient loin d'atteindre certaines femmes enceintes encore réfractaires au suivi prénatal régulier. Une participante a déclaré dans l'interview : « *Nous, les femmes enceintes, on néglige beaucoup les consultations prénatales. C'est à cause de cela qu'on n'est pas vraiment sensibilisé sur les messages importants contre l'anémie et d'autres problèmes au cours de la grossesse.* » (Participante 8). Celles-ci demeuraient en conséquence dans l'ignorance des messages portés par les sages-femmes pendant les consultations prénatales sur la question de l'anémie, en vue du bien-être de la mère et de son futur bébé. Selon une participante : « *Quand tu n'es pas sensibilisé sur l'anémie, sur les médicaments de sang qu'on nous prescrit et sur la nourriture de la femme enceinte afin que nous et notre bébé soyons en bonne santé, c'est ça qui fait qu'on ne peut pas prendre conscience et prendre des précautions pour éviter cette maladie.* » (Participante 17). Cette négligence à caractère informatif sur l'anémie des femmes au cours de la grossesse les exposait ainsi de plein gré à cette morbidité. D'autant, cette absence des gestantes aux messages de sensibilisation sur l'anémie pendant les consultations prénatales a accentué indéniablement chez elles le manque d'utilisation de la supplémentation orale quotidienne en fer et en acide folique recommandée par les sages-femmes à la formation sanitaire.

Cette irresponsabilité est totalement conforme au fait que des femmes enceintes ont développé une conception craintive sur les effets secondaires des suppléments en fer. Une participante a illustré cela comme suit : « *Moi les médicaments de sang, je ne les supporte pas. L'odeur là vraiment me fatigue. Quand moi je les prends, je vomis et souvent je me sens faible comme ça. Ce n'est pas la peine même, parce que dès que je les mets dans ma bouche, ça ressort automatiquement. Donc moi je ne veux pas même les prendre.* » (Participante 13). Cette crainte accentuée par le manque d'information sur l'anémie a été également propice au défaut de mobilisation de moyens financiers pour l'achat de la supplémentation en fer et en acide folique, comme l'a confié une participante : « *Quand je suis enceinte, je mange beaucoup les feuilles parce que ça donne beaucoup de sang. C'est bon parce que toujours, toujours hôpital ça peut pas aller, parce qu'il n'y a pas l'argent. Quand c'est comme cela, je fais indigénat au lieu de prendre médicament de sang.* » (Participante 19).

De la même manière, l'absence des femmes enceintes aux communications pour le changement de comportement sur l'anémie pendant les consultations prénatales a accéléré naturellement chez elles l'observance des interdictions alimentaires au cours de la grossesse. Ces restrictions étaient des critères de normalité des pratiques alimentaires érigées par la coutume d'appartenance dans la période prénatale. Cette logique s'est inscrite dans la rupture d'observance d'une alimentation équilibrée à l'origine de l'anémie au cours de la grossesse, comme l'a mentionné une participante : « *Chez nous, pour ne pas connaître la colère des génies, on t'interdit de manger la viande et les fruits. C'est parce qu'on respecte totalement cela au lieu de connaître les conseils de la sage-femme que nous n'avons pas beaucoup de sang au cours de la grossesse.* » (Participante 2).

Tous ces facteurs liés à l'anémie chez les femmes enceintes nécessitent la prise en compte des pertinences sociales en vue d'induire des changements dans l'offre de soins prénatals et d'aider à réduire les vulnérabilités des gestantes. Cet ensemble de constatation mérite un éclairage.

4. Discussion

Cet ensemble de constatation renseigne les perceptions et les logiques explicatives des femmes enceintes interrogées vis-à-vis de l'anémie en grossesse. Cependant, notre échantillon de femmes enceintes (n=20), bien qu'il ait été hétérogène, n'a pas déterminé à l'avance les caractéristiques des participantes. Cela n'a pas permis de mettre en évidence le profil sociodémographique des répondantes lors de l'analyse des données recueillies. Ceci reflète un biais d'analyse si l'on tient compte de la plausible découverte de multiples réalités dans les perspectives de mise en sens des participantes.

Nonobstant ce biais, cette recherche a mis en lumière les perceptions que les femmes enceintes interrogées ont eues de l'anémie en grossesse. Elles ont constitué les supports à partir desquels les participantes ont développé un domaine de connaissance. Les repères de cette connaissance s'identifient en plusieurs points. Le cadre nosologique a révélé que les femmes enceintes interrogées renvoient l'image spécifique associée à l'anémie en grossesse à une insuffisance de sang dans l'organisme, comme cela apparaît dans d'autres études (D. Sourbier, 2013, p. 12). Pour elles, cette

forme unique est associée à une image négative. En mettant l'accent sur cette dimension physiologique, elles ont reconnu l'anémie en grossesse comme un fait de morbidité de la vie reproductive à l'instar des sciences biomédicales. Dans la pensée de ces femmes enceintes interrogées, l'anémie en grossesse représentait ainsi donc, un danger pour la mère et pour le fœtus. Elles l'ont expliqué par les aspects morbides de cette maladie qu'elles ne semblaient pas ignorer. La symptomatologie mise en évidence dans le présent travail est traduite par plusieurs formes de manifestation de la maladie. Ce sont : la fièvre, le vertige, la fatigue, le manque d'appétit, l'état de pâleur et la maigreur comme d'autres études l'ont reconnu (D. Sourbier, 2013, p. 12). Ces différents états de morbidité étaient considérés par celles-ci comme des cas à risque puisqu'ils mettaient en danger la vie de la mère et celle de l'enfant. Les symptômes identifiés se résumaient à des manifestations corporelles de la maladie. Cette conception des états morbides de l'anémie en grossesse propre aux femmes enceintes interrogées apparaît limitée. Celles-ci semblent alors ignorer que les sciences médicales procèdent à des examens biologiques rigoureux notamment l'électrophorèse de l'hémoglobine et l'hémoграмme, susceptibles de renseigner avec précision le taux d'hémoglobine, le volume globulaire moyen et la concentration corpusculaire moyenne en hémoglobine. En effet, l'évaluation de l'hémoglobine a été presque toujours envisagée dans un bilan de carence martiale en qu'en cas d'anémie (R. Belkaid et al. 2016, p. 1-11). Ces données biologiques ont représenté également d'autres formes de manifestation de l'anémie en grossesse (A. Demmouche et S. Moulessehou, 2010, p. 41). À la suite de cette caractérisation, l'étiologie sociale de l'anémie en grossesse a été évoquée. D'après les femmes enceintes, les supposées causes ont concerné les interdits alimentaires et leurs corollaires d'alimentation non variée et non équilibrée. En plus de l'alimentation non adaptée, le paludisme a été systématiquement cité tout comme la carence en fer comme des causes de cette morbidité à la lumière des résultats d'autres études (S. Guindo, 2015, p. 1-89). Cette pratique de nature psychosociale a continué de pérenniser les conceptions et les mécanismes originaux en termes de réponses culturelles appropriées à l'alimentation de la femme enceinte en période prénatale. Il en découlait un niveau de risque lié au défaut d'alimentation et donc à l'apparition de l'anémie. L'observance de ces interdits alimentaires est commandée par une attitude d'adhésion des gestantes aux expériences vécues par les mères âgées devenant ainsi la norme en matière d'alimentation en grossesse (A. S. J. Anoua, 2017, p. 240). L'environnement socioculturel des femmes enceintes demeurerait résistant au processus des changements engagés dans le domaine de la santé maternelle et infantile. En conséquence, les femmes enceintes ne s'approprièrent pas suffisamment la supplémentation orale quotidienne en fer et en acide folique (C. N. Tchente et al. 2016, p. 1-7) et la communication en faveur d'une alimentation saine pendant la grossesse. Les causes évoquées relevaient essentiellement du plan socioculturel. Les origines médicales et celles du domaine de la communication pour le changement de comportement restaient méconnues des femmes enceintes interrogées. Ces éléments de référence des perceptions sont soutenus par l'examen du fondement de l'anémie en grossesse. Ces indications induisent une logique explicative.

Cette recherche a mis en relief des comportements sanitaires irrationnels face à l'anémie en période prénatale. En effet, les femmes enceintes interrogées ont révélé que l'irrégularité des

consultations prénatales a un lien avec l'anémie en grossesse. Ce constat est d'autant plus fondé dans la mesure où d'autres études ont souligné qu'une bonne fréquentation des femmes dans les structures de santé à travers le nombre élevé de CPN a été en faveur d'une faible prévalence de l'anémie (L. Nikiéma et al. 2010, p. 64). À l'inverse dans le contexte de cette recherche, l'absence des femmes enceintes aux consultations prénatales a été défavorable à un accès aux conseils éducatifs face à cette morbidité. Cette pratique génésique à risque a contribué à une propension aux comportements sanitaires irrationnels chez les participantes. Cela se justifie par le fait que les femmes enceintes interrogées ont noté dans ces circonstances leur manque de dépistage précoce de l'anémie en grossesse, leur manque d'utilisation de la supplémentation orale quotidienne en fer et en acide folique et leur manque de mobilisation de moyens financiers pour l'achat de ces produits de supplémentation et enfin, leur défaut d'observance d'une alimentation équilibrée. Cela dit, l'irrégularité des consultations prénatales a été un problème à résoudre face à l'anémie en grossesse. Cette morbidité en santé de la reproduction ne se trouve pas seulement liée au seul facteur biologique. La composante humaine reste déterminante dans ce domaine. En effet, celle-ci donne de constater la pertinence des pratiques génésiques à risque comme facteurs causaux de l'anémie en grossesse. C'est à partir de l'observation de cette dimension humaine qu'il est possible de mettre en évidence les matrices d'ouverture ou de résistance aux interventions nutritionnelles et aux communications génériques à propos de l'anémie en grossesse, en vue de produire un impact positif chez les femmes enceintes face à cette morbidité. Une telle démarche recommande l'immersion de la sage-femme dans l'environnement socioculturel des femmes enceintes, en vue de mettre au préalable à nu les divers points de comportements à problème. C'est en accordant une attention toute particulière à la réduction de ces facteurs de risques comportementaux par l'éducation des femmes enceintes que l'on pourrait aboutir au changement souhaité face à l'anémie en grossesse.

S'il est admis que le facteur humain est un facteur explicatif face à l'anémie en grossesse, il paraît important d'aborder la question de cette morbidité dans une visée dynamiste de diagnostic nécessitant une intervention. De cette manière, l'accent est avant tout, mis sur l'éveil de la conscience. Cette activité doit regrouper la cible d'intervention à l'échelle d'un secteur sanitaire en vue de réfléchir sur les causes de l'anémie et leur responsabilité éventuelle ainsi que les solutions dans le temps. À la suite de cette séance d'éveil des consciences, les participants décident d'organiser les actions à entreprendre. Dans ce cas de figure, des activités promotionnelles contre l'anémie en grossesse font appel à une mobilisation et participation sociale ainsi qu'à une communication pour le changement de comportement. Dans ce contexte particulier, les personnes concernées par la situation acceptent de prendre non seulement part aux activités, mais s'engagent directement dans le processus décisionnel, la définition des objectifs et dans la planification des activités, y compris le plan de suivi et d'évaluation. Cette logique participative est à considérer comme un gage d'efficacité dans la réponse à l'anémie en grossesse.

5. Conclusion

L'anémie en grossesse s'aperçoit comme une morbidité au risque vital pour la femme enceinte et son fœtus. Ce mode de pensée reste caractérisé par une base idéologique spécifique à une image associée à une insuffisance de sang dans l'organisme, à des symptômes de fièvre, vertige, fatigue, manque d'appétit, pâleur, maigreur et à une étiologie relative aux interdits alimentaires. Cette perception des femmes enceintes indique bien par ailleurs que l'anémie en grossesse s'explique par l'irrégularité des consultations prénatales, l'inaccessibilité aux conseils édifiants, le manque de dépistage précoce, le manque d'utilisation de la supplémentation orale quotidienne en fer et en acide folique, le manque de mobilisation de moyens financiers et l'inobservance d'une alimentation équilibrée. L'examen de la représentation sociale de l'anémie en grossesse conduit à un éclairage pertinent des comportements sanitaires irrationnels des femmes enceintes. L'anémie chez la femme enceinte ne doit pas être pensée autour du curatif et de l'organique. Les dimensions sociale et mentale influencent au même titre que le physique, la santé des femmes enceintes. L'anémie est un problème de santé à observer dans l'environnement socioculturel qui le sous-tend. Le comportement humain est un facteur essentiel sous-jacent. En revanche, rechercher des solutions appropriées et efficaces dans la durée à cette morbidité en santé reproductive, nécessite une immersion des sages-femmes dans le cadre de vie des gestantes. Cela passe par un apprentissage de celles-ci à l'approche anthropologique en vue du renforcement des compétences par une valeur ajoutée liée à la maîtrise de l'environnement socioculturel. L'accroissement de la performance professionnelle de la sage-femme s'impose comme un gage d'efficacité. De même, des actions ponctuelles de santé communautaire dans des populations localisables dans l'espace et dans le temps apparaissent indispensables afin de circonscrire les pratiques génésiques engagées dans la résistance aux recommandations nutritionnelles en période prénatale.

Remerciements

L'auteur tient à exprimer sa gratitude aux femmes enceintes participantes pour leur contribution à la présente recherche et les nombreuses heures consacrées à ce travail. Il remercie également le responsable de la structure sanitaire urbaine d'Ahognansou et les sages-femmes pour leur disponibilité et leur collaboration pendant la période de collecte des données.

Conflit of Intérêts

L'auteur ne déclare aucun conflit d'intérêts.

Références Bibliographiques

Adebo A. A., Yessoufou A. G., Médégnonmi C., Kpanou M. B. B., Soumanou M. M., & Sezan A., (2018). Anémie et facteurs associés chez les gestantes reçues en consultation au Centre de Santé d'Ekpè (Sud du Bénin). *Antropo*, 40, 35-41.

Afifi O., (2019). Anémie et Grossesse. Thèse de médecine. Université Mohammed v-rabat, consulté le 4 avril 2020, p. 1-154.

URL : <http://ao.um5.ac.ma/xmlui/bitstream/handle/123456789/17441/M2512019.pdf?>

Anoua, A. S. J., (2017). Logiques de l'observance des interdits alimentaires en matière de surveillance prénatale chez les gestantes de Kongodékro (Côte d'Ivoire). *International Journal of Multidisciplinary Research and Development*, 4(8), 237-241.

Belkaid R., Benakli M., Hammoudi-Bendib N., Ramdani-Bouguessa N., Mahi L., (2019). Perception of doctors in different specialties of iron deficiency and iron deficiency anemia in Algeria in 2016: the SUPFER DZ survey. *The Pan African medical journal*, 33, 48. doi:10.11604/pamj.2019.33.48.15114

Branca F., Mahy L., & Thahira Shireen M., (2014). The lack of progress in reducing anaemia among women: the inconvenient truth. *Bulletin of the World Health Organisation*, 92, 231. doi: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.14.137810>

Demmouche A., Moulessehou S., (2010). Prévalence de l'anémie ferriprive au cours de la grossesse dans la wilaya de Sidi Bel Abbes (Ouest de l'Algérie). *Antropo*, 21, 39-48.

Guindo S., (2015). Pronostic materno-foetal de l'anémie associée à la grossesse dans le service de gynéco-obstétrique du CSREF de Bougouni. Thèse de médecine. Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako, consulté le 27 avril 2020, p. 1-89. URL : <https://www.bibliosante.ml/bitstream/handle/123456789/915/15M285.pdf?>

Likilo Osundja J., Alworonga O., Katenga B., Komanda L., (2018). Pregnant women's prevalence of anemia in kisangani, Democratic Republic of Congo. *International Journal of Innovation and Applied Studies*, 25(1), 294-299.

Miles M. B., et Huberman M. A., (2003). *Analyse des données qualitatives*. 2^e éd. trad. de M.H. Rispal, Bruxelles : De Boeck.

Miles M. B., Huberman M. A., et Saldaña J., (2014). *Qualitative Data Analysis. A Methods Sourcebook*. 3^e éd. Thousand Oaks: Sage Publications.

Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (MSHP), (2016). *Plan national de développement sanitaire 2016-2020*. Abidjan : République de Côte d'Ivoire, Draft Consolidé.

Nikiéma L., Vocouma A., Sondo B., Martin-Prével Y., (2010). Déterminants nutritionnels de

l'anémie chez la femme enceinte et issue de la grossesse en milieu urbain au Burkina Faso. *Revue Science et technique, Sciences de la santé*, 33(1 et 2), 53-68.

OMS, (2017). *Cibles mondiales de nutrition 2025 : note d'orientation sur l'anémie* [Global nutrition targets 2025: anaemia policy brief]. Genève : Organisation mondiale de la Santé; (WHO/NMH/NHD/14.4). Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

OMS, (2017). *Recommandations de l'OMS concernant les soins prénatals pour que la grossesse soit une expérience positive* [WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience]. Genève : Organisation mondiale de la Santé. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Ouzennou, N., Tikert, K., Belkedim, G., Jarhmouti, F. E., & Baali, A., (2018). Prévalence et déterminants sociaux de l'anémie chez les femmes enceintes dans la Province d'Essaouira, Maroc [Prevalence and social determinants of anemia in pregnant women in Essaouira Province, Morocco]. *Sante publique (Vandoeuvre-les-Nancy, France)*, 30(5), 737–745. <https://doi.org/10.3917/spub.186.0737>

Paillé P., et Mucchielli A., (2012). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. 3^e éd. Paris : Armand Colin.

Sass S., Mohamed M. S., Zein A., Elberae A., Khadmaoui A., Khllayoun S., & Bengueddour R., (2017). Relation entre les facteurs socio-économiques et l'anémie au cours de la grossesse (Nouakchott–Mauritanie). *European Scientific Journal*, 13(36), 93-101. <http://dx.doi.org/10.19044/esj.2017.v13n36p93>.

Sourbier D., (2013). *Analyse situationnelle des interventions de lutte contre l'anémie au Burkina Faso*. Mémoire Master 2 Sciences, Technologies, Santé. Université Montpellier 1 – Université Montpellier 2, consulté le 27 Avril 2020, p. 1-13. URL: <https://nutripass.ird.fr/content/download/258282/3958024/version/2/file/M%C3%A9moire+finalis%C3%A9+-+Delphine+Sourbier.pdf>

Tchente, C. N., Tsakeu, E. N., Nguea, A. G., Njamen, T. N., Ekane, G. H., & Priso, E. B., (2016). Prévalence et facteurs associés à l'anémie en grossesse à l'Hôpital Général de Douala [Prevalence and factors associated with anemia in pregnant women attending the General Hospital in Douala]. *The Pan African medical journal*, 25, 133. <https://doi.org/10.11604/pamj.2016.25.133.10610>

Thorne S. E., (2008). *Interpretive Description*. Walnut Creek: Left Cost Press.

World Bank Group., (2016). Prevalence of anemia among pregnant women. World Health Organization, Global Health Observatory Data Repository/World Health Statistics. Consulté le 4 avril 2020. URL: <https://donnees.banquemondiale.org/indicateur/SH.PRG.ANEM>.

© 2020 ANOUA, License BINSTITUTE Press. Ceci est un article en accès libre sous la licence the Créative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>)



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

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

Reçu, 16 Juillet 2020

Accepté, 02 Septembre 2020

Publié, 25 Septembre 2020

<http://revue-rasp.org>

Recherche

Etude de la vulnérabilité des lavandiers de la rivière banco par la recherche et le dénombrement des indicateurs de contamination fécale

Djaliah Florence AKE Epse. AWOMON

Institut de Géographie Tropicale, Université Félix Houphouët-Boigny, Côte d'Ivoire, 09 BP 4242 Abidjan 09, Tél : + 225 01 19 81 03 // + 225 87 28 42 93

Email : florenceawomon@yahoo.fr

Résumé

Le site de cette étude est une partie de la rivière Banco situé en aval au niveau de la baie du Banco. Cette rivière se jette dans la lagune Ebrié de la ville d'Abidjan. Elle est exploitée par des lavandiers et est le réceptacle des eaux usées et de ruissellement. L'objectif de ce travail est d'évaluer le niveau de vulnérabilité des lavandiers de la rivière Banco à travers le dénombrement des indicateurs de contamination fécale. Dans cette étude, neuf (09) prélèvements d'échantillons d'eau de la rivière du Banco ont été effectués et analysés. Les résultats révèlent la présence de bactéries notamment les coliformes totaux (46 889 UFC/100ml), *Escherichia coli* (1 322 UFC/100ml), *Streptocoques fécaux* (2 067 UFC/100ml) et *Anaérobies Sulfito-réductrices* (101 UFC/100ml) et de certains agents pathogènes ou opportunistes pour l'homme tels que les *Staphylococcus aureus* (2 511) et *Pseudomonas aeruginosa* (1 211) en concentration. La présence de ces bactéries, agents pathogènes pourraient représenter un réel risque sanitaire pour les lavandiers de la rivière Banco.

Mots clés : analyse microbiologique, contamination fécale, lavandiers, Rivière banco, vulnérabilité

Abstract

The location of this study is part of the Banco River lying downstream at the level of Banco Bay. This river flows into the Ebrié lagoon of the city of Abidjan. It is exploited by washers and is the receiver of wastewater and streamflow. The objective of this work is to analyze the vulnerability of washers in the Banco River through the inventory of fecal contamination indicators including total coliforms, *Escherichia coli*, fecal *Streptococci* and *Sulfito-reducing Anaerobes* and some pathogens for humans. In this study, nine (09) water samples from the Banco River were collected and analyzed. The number of germs measured in Colony Forming Units (CFU) per 100 ml of water sample was determined according to an equation. The results reveal the presence of bacteria including total coliforms (46,889 CFU/100ml), *Escherichia coli* (1,322 CFU/100ml), *Fecal Streptococci* (2,067

CFU/100ml) and Sulfito-reducing Anaerobes (101 CFU/100ml) and some pathogens or opportunistic agents for humans such as *Staphylococcus aureus* (2,511) and *Pseudomonas aeruginosa* (1,211) in concentration. The presence of these bacteria, pathogens could represent a real health risk for the washers of the Banco River.

Keywords : microbiological analysis, fecal contamination, lavender, Banco River, vulnerability

Introduction

Les sciences sociales mettent le système humain au centre du concept de vulnérabilité, ce dernier étant dans ce cas, relié à la gestion de divers risques auxquels la société est confrontée (la pauvreté, les pertes en vie humaine/santé, les effets des catastrophes naturelles et anthropiques, etc.), (E. Foerster, 2009, p. 9). L'homme est donc sujet à exposition aux divers dangers dépendant ou indépendant de sa volonté. Cette exposition aux dangers le rend vulnérable. La vulnérabilité est d'abord l'exposition physique, mais toujours potentielle, à un aléa, puis une certaine fragilité face à cet événement et enfin la méconnaissance des comportements à adopter en cas de catastrophe (Y. VEYRET, 2003, p. 31). En effet, plusieurs indicateurs permettent d'analyser la vulnérabilité d'un individu dans son milieu social, professionnel, familial, etc. Ainsi, les eaux de surface qui sont utilisées pour plusieurs usages (boisson, activités économiques, baignade, ...) peuvent représenter un danger pour ces utilisateurs. Par conséquent, les eaux destinées à l'alimentation humaine, animale, à l'arrosage des fruits et légumes, à la baignade et à un grand nombre d'autres usages doivent être exempts de tout organisme pathogène susceptible de provoquer des troubles de la santé chez ceux qui les consommeraient ou les utiliseraient.

La contamination bactérienne des eaux de surface est un problème de pollution qui remonte très loin dans le temps (I. George et P. Servais, 2002, p. 4). L'origine de ces polluants est diverse. Ils sont formés à partir du rejet chimique des activités agricoles, industrielles, quotidiennes anthropiques, des eaux usées et de ruissellement. Les rivières urbaines sont particulièrement exposées aux pressions de toutes sortes, des rejets polluants qui participent à la destruction des zones humides (C. Carré, 2011, p.7).

En Côte d'Ivoire, la lagune Ebrié fierté de la ville d'Abidjan, connaît par période une pollution microbienne (plus de 100 000 coliformes totaux par 100 ml), ce qui interdit toute baignade d'après les normes OMS (A. A. Adingra et A. M, Kouassi 2011, p. 50). Cette pollution entraîne la dégradation du milieu lagunaire. La rivière Banco située dans le Parc National du Banco (PNB) dans la ville d'Abidjan, joue un rôle socio-économique important.

Cette étude fait suite à celle intitulée « analyse des risques sanitaires liés à l'activité des lavandiers dans la rivière Banco (Abidjan – Côte d'Ivoire) ». Les résultats ont montré que la rivière Banco reçoit des eaux usées non traitées de la Maison d'Arrêt et de Correction d'Abidjan (MACA). Cette eau insalubre utilisée par tous les lavandiers les rend vulnérables à plusieurs maladies notamment les affections cutanées. Les dermatoses (37%), le paludisme (27%) le panaris (22%), et la fatigue générale (12%) ont été les maladies les plus notifiées par les lavandiers (D. F Awomon-Aké, M.

Coulibaly, M. Ymba, 2019, p. 520). L'observation directe menée sur le terrain révèle qu'ils ont des pieds d'athlètes, des boutons sur la peau qui laissent couler du pus quand ils les cassent, des pieds et des mains desséchées ainsi que des doigts abimés. La méthode utilisée dans la première étude a permis seulement de faire une analyse descriptive des risques sanitaires dont sont vulnérables les lavandiers

Selon A. A. Adingra, A. Sako, A. M. Kouassi, 2010, p. 37, cette rivière « est utilisée en aval à des fins de lessive (“Fanico”, qui signifie laver les habits en langue Malinké), de baignade, d'agriculture (cultures maraîchères et pisciculture), de cérémonies collectives et de rencontres dominicales de communautés religieuses ». Malgré les services qu'elle rend à ses utilisateurs, elle est le réceptacle de déchets liquides et solides.

L'émergence de quartiers précaires et d'activités industrielles aux alentours de cette rivière engendre un certain nombre de déchets susceptibles de la polluer (Adingra A. A., Sako A. et Kouassi A. M., 2010, p. 37). La mauvaise qualité d'une eau destinée à la boisson et/ou à des activités récréatives est responsable de nombreuses maladies telles que les dermatoses, la fièvre typhoïde, le choléra, les diarrhées, l'hépatites, la bilharziose, etc., et l'intoxications chimiques (EL O. A Lalami, M. Merzouki, M. S. O. EL Hillali, K. S Ibsouda, 2010, p. 55).

Or, la rivière Banco compte plusieurs utilisateurs (les baigneurs, la population riveraine...) et est le milieu professionnel des lavandiers. En effet, les lavandiers passent trois à quatre heures par jours et quatre à six jours par semaine dans cette rivière. En outre, la partie de la rivière Banco utilisée par les lavandiers étant située en aval reçoit les eaux usées de la Maison d'Arrêt et de Correction d'Abidjan (MACA), des déchets des activités formelles (Filtisac, Motoragri, SODECI, Station d'essence et scierie), informelles (Ferrailles, casse automobile, garage, fumoir de poisson, lavandes) (A. A. Adingra, A. Sako, A.M. Kouassi, 2011, p. 37). Au vue de ce qui précède, il se pose un problème de dégradation permanente de la qualité des eaux de la rivière Banco. Il est donc nécessaire d'examiner la qualité des eaux de cette partie de la rivière utilisées par les lavandiers pour le lavage des habits et autres articles de leurs clients. L'objectif de cette étude est d'analyser la vulnérabilité des lavandiers de la rivière Banco à travers le dénombrement des indicateurs de contamination fécale notamment les coliformes totaux, *Escherichia coli*, *Streptocoques fécaux* et *Anaérobies Sulfite-réductrices* et certains agents pathogènes pour l'homme tels que *Staphylococcus aureus* et *Pseudomonas aeruginosa*.

1. Matériels et Méthodes

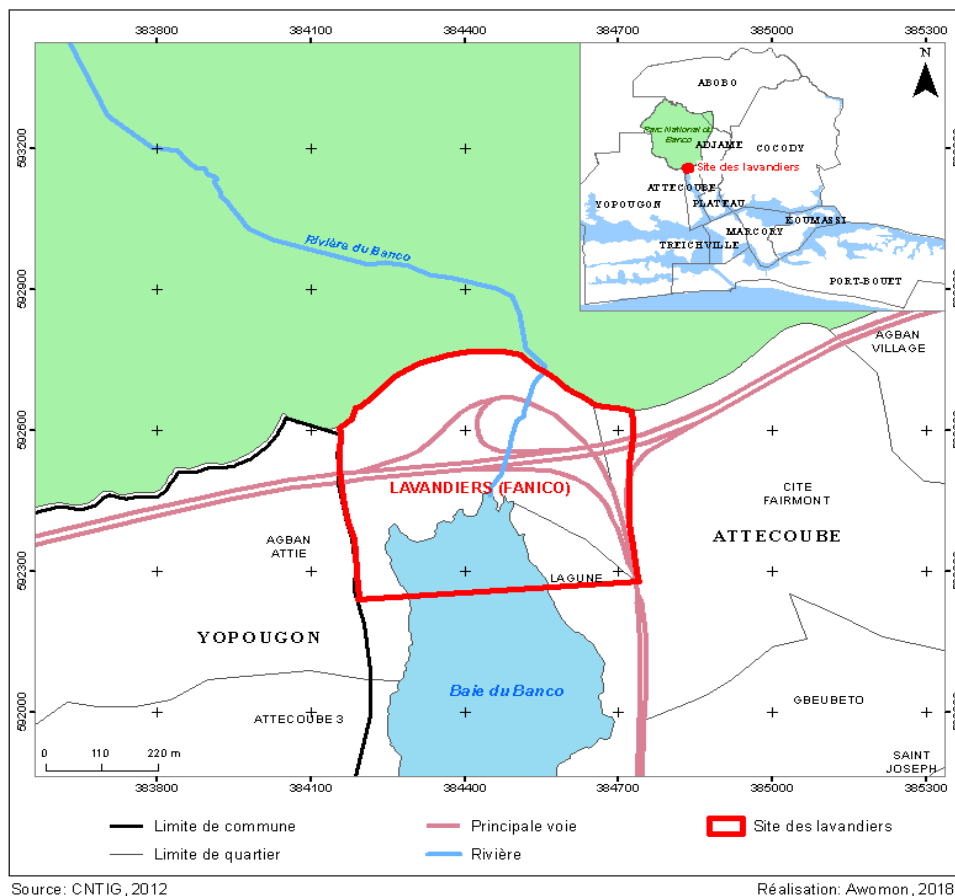
1.1. Zone d'étude

Le Parc National du Banco se situe à moins de cinq kilomètres au nord-ouest d'Abidjan, entre les communes de Yopougon au sud-ouest, Attécoubé au sud, Adjamé à l'est et Abobo au nord-est (figure n°1). Le parc doit son nom à la rivière “Gbangbo” terme Ebrîé, une ethnie de la Côte d'Ivoire. Elle s'étend sur 5 km et englobe environ 3000 hectares de forêts sempervirentes.

Le réseau hydrographique du Parc National du Banco est constitué de la rivière Banco. Cette rivière qui est nourrie par la nappe phréatique, se jette au sud du parc dans la baie qui donne sur la lagune

Ebrié (J. De Koning, 1983, p. 44). Cette rivière a un bassin versant d'une superficie de 56 km², d'une profondeur moyenne d'un mètre (1m) et une longueur de 9 km (B. F. Loroux , 1978). La partie de la rivière Banco qui constitue la zone d'étude est celle située en aval au niveau de la baie du Banco entre 05°22'26''N et 04°3'04''W (figure n°1).

Figure n°1 : Localisation de la zone d'étude



1.2. Matériel d'étude, de laboratoire et les milieux de culture utilisés

Les Coliformes Totaux sont des entérobactéries qui incluent des espèces bactériennes qui vivent dans l'intestin des animaux homéothermes, mais aussi dans l'environnement en général (sol, végétation et eau). Ce groupe bactérien est utilisé comme indicateur de la qualité microbienne de l'eau parce qu'il contient notamment des bactéries d'origine fécale, comme *Escherichia coli* (INSPQ, 2018, p. 1). Les Coliformes totaux n'entraînent en général aucune maladie, mais leur présence indique qu'une source d'approvisionnement en eau peut être contaminée par des micro-organismes plus nuisibles.

A la suite des Coliformes Totaux, *Escherichia Coli* est le seul membre du groupe des coliformes totaux que l'on trouve exclusivement dans les intestins des mammifères, dont les humains. La présence d'*Escherichia coli* dans de l'eau indique une contamination récente par des matières fécales, et peut indiquer la présence possible de pathogènes responsables de maladies.

Puis, vient la classe des Entérocoques ou streptocoques fécaux. Ce sont des bactéries qu'on retrouve dans les tractus gastro-intestinal des humains et de plusieurs animaux. Les Entérocoques sont plus

résistants à des conditions environnementales difficiles et persistent plus longtemps dans l'eau (INSPQ, 2018, p. 1).

Le *Staphylococcus aureus* est une coque à coloration de Gram positive. Il mesure de 0,5 à 1 µm de diamètre, ne sporule pas, est immobile, aéro-anaérobie facultatif et possède une catalase et une coagulase. Il est une espèce type du genre *Staphylococcus*, parfois appelée staphylocoque doré. Il produit de nombreuses toxines dont les SE (*Staphylococcal Enterotoxin*), produites par certains *Staphylococcus aureus* (ceux portant les gènes de ces toxines) et qui sont responsables d'épidémies liées à cette bactérie (ANSES, 2011, p.1).

Pseudomonas aeruginosa se présente sous forme de bâtonnets droits, de 1 à 3 µm de long et de 0,5 à 1 µm de large. C'est un bacille à Gram négatif, (ENSP, 2004, p. 5). On le retrouve fréquemment dans les eaux superficielles et les eaux résiduaires urbaines. Son origine peut être humaine et rarement fécale.

Les échantillons d'eau ont été prélevés dans la rivière du Banco spécifiquement dans la portion occupée par les lavandiers. Le matériel de laboratoire utilisé pour l'échantillonnage et pour les analyses est énuméré comme suit :

- Les flacons en pyrex de 500 ml, ont permis de faire les prélèvements d'eau,
- La glacière a été utilisée pour le transport et la conservation des échantillons. Afin de garder les échantillons à une température de 4 °C jusqu'à leur arrivée au laboratoire,
- Un pH-mètre a permis de mesurer le pH des solutions,
- La rampe de filtration a permis de faire un travail simultané sur plusieurs échantillons, elle est adaptée aux membranes ayant un diamètre de 47 ou 50 mm,
- Membranes filtrantes stériles de 100 (quadrillées de porosité de 0,45 µm et de 47 mm de diamètre) ont servi à recueillir, à identifier et à dénombrer les bactéries recherchées dans les échantillons,
- Boîtes de Pétri jetables (diamètre 90 mm) ont été utilisées pour la mise en culture des bactéries,
- La pipette permet de créer une aspiration dans le tube pour prélever et transporter un volume mesuré de liquide de manière mécanique ou contrôlée,
- Incubateur de 37 et 46°C a été utilisé comme une enceinte thermo statée de culture cellulaire.

Ce matériel a permis de faire les analyses afin d'énumérer les bactéries. Pour y parvenir, les milieux de culture utilisés pour le dénombrement des bactéries ciblées sont les suivants :

- Gélose Bile Esculine Azide (BEA) pour le dénombrement des Streptocoques fécaux ;
- E. coli-coliformschromogenic medium pour la recherche des coliformes totaux et E. coli,
- Gélose Tryptone Sulfite Néomycine (TSN) pour le dénombrement des *Clostridium perfringens*,
- Gélose Baird Parker pour les Staphylocoques aureus,
- Gélose CN (Cétrimide Acide Nalidixique) au Cétrimide pour les *Pseudomonas Aeruginosa*.

1.3. Méthode de prélèvement et d'analyse en laboratoire

Trois (03) séries de prélèvements d'échantillons d'eau de la rivière du Banco ont été effectuées durant 3 semaines successivement (du 24 juillet au 08 août 2018). Cette période a été choisie parce qu'elle marque la fin de la grande saison des pluies avec la présence régulière des lavandiers. Une série de prélèvement est composée de quatre (4) échantillons d'eau prélevés. Ces échantillons d'eau ont été prélevés le matin avant, pendant et après l'activité des lavandiers. Au total douze (12) échantillons d'eau ont été prélevés à environ 50 cm de profondeur dans des flacons en verre stériles de 500 ml. Ils ont été ensuite transportés dans une glacière contenant des carboglaces dont la température oscille autour de 4°C et analysés par le laboratoire de microbiologie du Centre Ivoirien Antipollution (CIAPOL).

Après la phase de prélèvement, les échantillons d'eau ont été analysés au laboratoire par la méthode de filtration sur membrane (American Public Health Association, 1999, p. 2). Pour le dénombrement des bactéries, les échantillons d'eau ont été filtrés sur des membranes circulaires quadrillées et stériles en acétate de cellulose de 47 mm de diamètre et 0,45 µm de porosité à l'aide d'une rampe de filtration.

En fonction des germes recherchés et selon le degré de turbidité, des quantités de 1,5 et 10 ml d'échantillons ont été filtrés. Les membranes sont ensuite déposées sur les milieux spécifiques préalablement coulés dans des boîtes de Pétri pour la recherche des Coliformes totaux, *Escherichia coli*, les *Streptocoques fécaux*, les *Staphylocoques aureus*, les *Pseudomonas Aeruginosa* ou des tubes à essai pour le dénombrement des *Clostridium perfringens*.

L'ensemble est incubé à 37°C pendant 24 heures pour les coliformes totaux et *E. coli*, les *Streptocoques fécaux*, les *Staphylocoques aureus* ; à 37°C pendant 48 heures pour les *Pseudomonas aeruginosa* et 46°C pendant 24 heures pour les *Clostridium perfringens*.

1.4. Méthodes de calcul des charges moyennes des germes

La détermination des charges bactériennes dans les échantillons d'eau a été faite selon les germes recherchés. Ainsi, le nombre N de germes exprimé en Unités Formant Colonies (UFC) par 100 ml d'échantillon d'eau est déterminé selon l'équation suivante :

$$N \text{ (UFC/100 ml)} = \frac{\sum C}{V. (n_1 + 0,1 n_2). d} \times 100$$

Le calcul de la concentration en micro-organismes [N] présents dans l'échantillon essai est une moyenne pondérée à partir des résultats de 2 dilutions successives. Pour que le calcul soit valable, il est nécessaire de compter sur au moins une boîte contenant au moins 15 colonies.

- Soit Σc la somme de toutes les colonies comptées sur toutes les boîtes retenues (tel que une des boîtes comptées contenait au moins 15 colonies).
- Soit V le volume inoculum appliqué à chaque boîte (en général exprimé en ml).
- Soit n_1 le nombre de boîtes retenues à la première dilution (en général 2).
- Soit n_2 le nombre de boîtes retenues à la deuxième dilution (en général 2).
- Soit d le taux de dilution de la première dilution retenue pour les comptages sur boîte.

En plus des méthodes ci-dessus, nous allons aussi utiliser le modèle de la chaîne de risque de J. Alwang, P. B. Siegel et S. L. Jorgensen, (2002, p. 3) afin d'étudier la vulnérabilité des lavandiers de la rivière Banco. Ils ont comparé les approches de la vulnérabilité en sciences humaines et sociales (géographie, économie, anthropologie etc.), en sciences de la vie (écologie, nutrition) ou en matière de gestion des risques. Ils font une analyse des démarches de toutes ces disciplines en la décomposant en une chaîne de risque qui comprend l'aléa, les réponses et les conséquences.

2. Résultats

2.1. Les critères d'évaluation de la qualité de l'eau de la rivière Banco utilisée par les lavandiers

2.1.1. Les indicateurs de contamination fécale : les coliformes totaux, les Escherichia coli, les Entérocoques, et les Anaérobies Sulfite-réducteurs

Les valeurs moyennes des paramètres des analyses microbiologiques (coliformes totaux, Escherichia coli, Entérocoques, et Anaérobies Sulfite-réducteurs) sont présentés dans le tableau n°1.

Tableau n°1 : Résultats des analyses des indicateurs de contamination fécale (UFC/100ml)

Germes recherchés Charges obtenues	Coliformes totaux (UFC/100ml)	Escherichia coli (UFC/100ml)	Entérocoque (UFC/100ml)	Anaérobies Sulfite-réducteurs (ASR) (UFC/20ml)
Mini	27.10 ³	8.10 ²	8.10 ²	24
Maxi	78.10 ³	24.10 ²	48.10 ²	340
Moyenne	46 889	1 322	2 067	101

Source : Enquête de terrain, 2018

La charge des coliformes totaux de cette portion de la rivière varie de 27.10³ UFC/100ml à 78.10³ UFC/100ml, tandis que celles des Escherichia Coli, des Entérocoques oscillent respectivement entre 8.10² UFC/100ml et 24.10² UFC/100ml ; 8.10² UFC/100ml et 48.10² UFC/100ml. Concernant la charge des Anaérobies Sulfite-réducteurs (ASR), elle varie de 24 UFC/20ml à 340 UFC/20ml. Le tableau n°2 indique les seuils recommandés par l'Agence Nationale de Sécurité Sanitaire Alimentation, Environnement et du Travail en France (ANSES, 2017, p. 8).

Tableau n°2 : Seuils fixés par l'ANSES

Qualification d'un prélèvement	Escherichia coli (UFC/100ml)	Entérocoques intestinaux (UFC/100ml)
Bon	≤ 100	≤ 100
Moyen	> 100 et ≤ 1800	> 100 et ≤ 660
Mauvais	> 1800	> 660

Source : Les seuils fixés par l'Anses, 2017

D'après ces seuils, l'eau douce destinées à la baignade est de bonne qualité, lorsque les Escherichia coli et les Entérocoques intestinaux sont inférieurs ou égales à 100 UFC/100ml. Et elle est de qualité moyenne quand les Escherichia coli et les Entérocoques intestinaux ont des seuils respectivement > 100 (UFC/100ml) et ≤ 1800 (UFC/100ml) ; > 100 (UFC/100ml) et ≤ 660 (UFC/100ml). L'eau est par contre de mauvaise qualité lorsque les Escherichia coli et les Entérocoques intestinaux sont respectivement supérieures à 1 800 (UFC/100ml) et 660 (UFC/100ml).

Les résultats indiquent que la charge des Escherichia coli (1322 UFC/100ml) de cette partie de la rivière Banco est dans la tranche > 100 (UFC/100ml) et ≤ 1800 (UFC/100ml). En considérant ce résultat, l'eau utilisée par les lavandiers est de qualité moyenne. Par contre, la charge des Entérocoques (2067 UFC/100ml) est triplement supérieure au seuil (660 UFC/100ml). Ce qui indique que l'eau est de très mauvaise qualité. En associant les deux niveaux d'appréciation de la qualité de l'eau, on peut dire que l'eau utilisée par les lavandiers pour leur activité professionnelle est de très mauvaise qualité.

En dehors des seuils ANSES, le tableau n° 3 présente les normes de qualité microbiologiques des eaux de baignades de Kisangani en République Démocratique du Congo (G. N. Shalo, 2015, p. 18).

Tableau n°3: Normes qualité microbiologiques des eaux de baignades (extraits annexe 1 du décret N°81-324 du 7 avril 1981, Kisangani)

Germe de pollution	Norme (UFC/100ml)		Qualité de l'eau de baignade			
	Valeur guide	Valeur impérative	Bonne	Moyen	Mauvais	Très Mauvaise
Coliformes Totaux (30°C)	500	10 000	≤ 500	>500 et < 10 000	> 10 000 et < 13 300	> 13 300
Coliformes Thermo tolérants	100	2 000	≤ 100	> 100 et < 2 000	> 2 000 et < 2 660	> 2 660
Streptocoques Fécaux	100	N*	≤ 100	N*	> 100 et < 130	> 130

Source : G. N. Shalo, 2015

N*: Valeur non indiqué

En considérant ces normes, l'eau est de bonne qualité lorsque les résultats sont inférieurs aux valeurs

guides. Elle est de qualité moyenne lorsque les résultats obtenus sont supérieurs aux valeurs guides mais restent inférieurs aux valeurs impératives. Et l'eau est de mauvaise qualité lorsque les résultats sont supérieurs aux valeurs impératives.

En comparant les résultats de dénombrement des indicateurs de contamination fécale, il ressort que :

- les Coliformes Totaux (46 889 UFC/100 ml) de l mètre, l'eau est de très mauvaise qualité.

L'ensemble des résultats ci-dessus atteste que l'eau de la rivière Banco est de très mauvaise qualité. Ceci traduit que l'eau de la rivière Banco est victime de pollution bactérienne. Cette eau représente un danger pour les lavandiers qui l'utilisent quotidiennement comme outil principal pour leur activité professionnelle. La présence de ces bactéries germes de contamination fécale dans l'eau de la rivière Banco peut traduire la présence de micro-organismes pathogènes.

- a zone d'étude ont une charge supérieure à la valeur impérative (10 000 UFC/100 ml) et > 13 300. Ce qui stipule que l'eau est de très mauvaise qualité.
- Les Coliformes Thermo tolérants (les coliformes fécaux ou Escherichia coli) ont une charge supérieure à la valeur guide et inférieure à la valeur impérative. L'eau est donc de qualité moyenne. Les Streptocoques Fécaux (Entérocoques) ont une charge (2 067 UFC/100 ml) supérieure à 130 UFC/100 ml. En considérant ce paramètre, l'eau est de très mauvaise qualité.

L'ensemble des résultats ci-dessus atteste que l'eau de la rivière Banco est de très mauvaise qualité. Ceci traduit que l'eau de la rivière Banco est pollué. Cette eau représente un danger pour les lavandiers qui l'utilisent quotidiennement comme outil principal pour leur activité professionnelle. La présence de ces bactéries germes de contamination fécale dans l'eau de la rivière Banco peut traduire la présence de micro-organismes pathogènes.

2.1.2. Les germes pathogènes ou opportunistes : les Staphylococcus Aureus, et les Pseudomonas Aeruginosa

L'étude a également révélé la présence de germes pathogènes ou opportunistes (G. N. Shalo, 2015, p. 10) (tableau n°2) dans les eaux de la rivière Banco. Ce sont notamment les Staphylococcus aureus et les Pseudomonas aeruginosa, à des charges variant respectivement de 150 UFC/100ml à 76.10^2 UFC/100ml et de 130 UFC/100ml à 75.10^2 UFC/100ml.

Tableau n°4 : Résultats des analyses (UFC/100ml)

Germes recherchés Charges obtenues	Staphylococcus aureus (UFC/100ml)	Pseudomonas Aeruginosa (UFC/100ml)
Mini	150	130
Maxi	76.10^2	75.10^2
Moyenne	2 511	1 211

Source : Enquête de terrain, 2018

Les *Staphylococcus Aureus*, et les *Pseudomonas Aeruginosa* ont des concentrations moyennes supérieures aux normes de l'Agence Française de Sécurité Sanitaire de l'Environnement et du Travail (AFSSET) établies en 2009 (tableau n°5). Cette charge bactérienne d'agents pathogènes élevés représente un risque sanitaire pour les lavandiers. Ces bactéries pathogènes ou opportunistes peuvent causer des maladies dites opportunistes.

Tableau n°5 : Seuils fixés par l'AFSSET, 2009

Les <i>Staphylococcus Aureus</i> (UFC/100ml)	Les <i>Pseudomonas Aeruginosa</i> (UFC/100ml)
20	10

Source : AFSSET, 2009

2.2. Etude de la vulnérabilité des lavandiers à partir de la chaîne du risque

2.2.1. L'aléa

Dans le cas de cette étude, l'aléa est la très mauvaise qualité de l'eau de la rivière Banco (rivière polluée) obtenu à partir de l'analyse microbiologique dont les valeurs sont ci-dessus (tableaux n° 1 et n° 4). Les composantes essentielles qui composent la très mauvaise qualité de l'eau de la rivière Banco se déclinent en probabilité, intensité, et en période de référence.

- **La probabilité d'occurrence** répond à la question suivante, « est-ce que la pollution de la rivière Banco risque d'arriver souvent? ». La pollution de cette partie de la rivière Banco est permanente. Puisqu'elle reçoit journalièrement les eaux usées non traitées. La probabilité est donc forte, ce qui induit une forte pollution de la rivière.
- **L'intensité** répond à la question de savoir, « est-ce que les dégâts qu'engendre la pollution de la rivière Banco sur les lavandiers sont importants ? ». En comparant les charges des indicateurs de contamination fécale et les germes pathogènes avec les seuils, il ressort que les dégâts sur la santé des lavandiers sont importants.
- **La période de référence** est une composante qui est rattachée au temps pendant lequel la pollution de la rivière Banco est susceptible d'intervenir. Le temps où la pollution de la rivière Banco est susceptible d'intervenir n'est pas à déterminer. La pollution de la rivière Banco est identifiée et elle est permanente.

Les lavandiers exerçants quotidiennement dans cette rivière sont exposés aux risques découlant de la très mauvaise qualité de cette eau de surface. Cette exposition quotidienne les rend vulnérables aux pathologies cutanées et hydriques.

2.2.2. Les réponses

A ce palier de la chaîne d'analyse de la vulnérabilité des lavandiers, il est question de trouver des stratégies développées par ces derniers pour gérer le risque engendré par la très mauvaise qualité de la rivière Banco. Ce qui ressort de la première étude sur la rivière Banco, est que plus de la moitié (61,3%) des lavandiers estiment que l'eau qu'ils utilisent est de bonne qualité. Leur perception concernant la qualité de la rivière Banco est tout autre. Pour eux, c'est une eau qu'ils peuvent utiliser sans craindre

pour leur santé et pour rendre propres les vêtements et autres objets qui leur sont confiés. Cette perception des lavandiers fait qu'ils ne développent aucune stratégie pour gérer la pollution de l'eau qui est l'un des outils essentiels de leur activité professionnelle. Ils n'ont aucune réponse aux risques que pourraient occasionnés la très mauvaise qualité de l'eau de la rivière banco.

2.2.3. Les conséquences

Cette étape est le dernier palier de la chaîne d'analyse de la vulnérabilité. Elle expose les répercussions sur les lavandiers. Ces conséquences sont en effet le risque de maladies qu'engendre le milieu de la partie de la rivière Banco qui porte les indicateurs de contamination fécale et les agents pathogènes. Cette rivière polluée donne lieu à une exposition cutanée et par voie orale, ce qui affecte la santé des lavandiers. La pollution de la rivière expose les lavandiers aux maladies telles que les dermatoses, la fièvre typhoïde, le choléra, les diarrhées, la bilharziose etc. Les résultats ci-dessus permettent de déterminer les niveaux de vulnérabilité des lavandiers.

2.3. L'évaluation de la vulnérabilité comparativement à des valeurs-seuils

Selon l'approche de J. F. Gleyze (2002, p. 44), évaluer la vulnérabilité consiste à comparer le type de risque aux valeurs-seuils. L'indicateur physique mesure l'état du système et ses réactions face aux phénomènes extérieures (aléas) tandis que le seuil défini par les réglementations fixe le niveau au-delà duquel le système est menacé (vulnérabilité). La comparaison des deux permet de savoir si le système est maintenu dans un niveau de risque acceptable ou non, (J. F. Gleyze, 2002, p. 44).

Dans cette étude, les valeurs de l'analyse microbiologique constituent la mesure qui a permis de déterminer la qualité (l'état) de la rivière Banco. Les valeurs seuils utilisées sont celles fixées par l'Agence Nationale de Sécurité Sanitaire Alimentation, Environnement, Travail : (ANSES 2017, p. 8), les normes de qualité microbiologiques des eaux de baignades de Kisangani en République Démocratique du Congo (G. N. Shalo, 2015, p. 18) et les normes AFSSET établies en 2009. La comparaison de ces deux groupes de valeurs a permis d'établir les niveaux de risques et les niveaux de vulnérabilité des lavandiers (tableaux n°6 et n°7).

Tableau n°6 : évaluation du niveau de la vulnérabilité des lavandiers

Qualité de l'eau de la partie utilisée par les lavandiers			Niveau de risque	Niveau de la vulnérabilité des lavandiers
Qualification d'un prélèvement	Escherichia coli (UFC/100ml)	Entérocoques intestinaux (UFC/100ml)		
Bon	≤ 100	≤ 100	Pas de niveau de risque	Très Bas
Moyen	> 100 et ≤ 1800	> 100 et ≤ 660	Niveau de risque acceptable	moyen
Mauvais	> 1800	> 660	Niveau de risque non acceptable	Elevé/ Très élevé

Source : Les seuils fixés par l'AFSSET, 2009

D'après les résultats, l'eau de la rivière Banco étant de très mauvaise qualité induit un niveau de

risque non acceptable. Ce qui implique que les lavandiers ont un niveau de vulnérabilité très élevé.

Tableau n°7 : Évaluation du niveau de risque des lavandiers

Germes de pollution	Norme (UFC/100ml)		Qualité de l'eau de baignade			
	Valeur guide	Valeur impérative	Bonne	Moyen	Mauvais	Très Mauvaise
Coliformes Totaux (30°C)	500	10 000	≤ 500	>500 et < 10 000	> 10 000 et < 13 300	> 13 300
Coliformes Thermo tolérants	100	2 000	≤ 100	> 100 et < 2 000	> 2 000 et < 2 660	> 2 660
Streptocoques Fécaux	100	N/A	≤ 100	N*	> 100 et < 130	> 130
Niveau de risque			Pas de niveau de risque	Niveau de risque acceptable	Niveau de risque non acceptable	Niveau de risque non acceptable
Niveau de vulnérabilité des lavandiers			Très Bas	Moyen	Elevé	Très Elevé

Source : Les seuils fixés par l'AFSSET, 2009

Quel que soit les seuils utilisés, le niveau de risque n'est pas acceptable. En effet, les résultats de l'analyse microbiologique décrits plus haut (tableau n° 3) montrent que l'eau de la rivière Banco est de très mauvaise qualité. Ce qui implique que le niveau de risque qui est en fait fonction de la qualité de l'eau (tableau n° 7) est très élevé.

3. Discussion

Les analyses réalisées dans la partie utilisée par les lavandiers de la rivière Banco ont montré la présence des germes recherchés dans l'ensemble des échantillons d'eau analysés. Les charges des *Escherichia coli* (1322 UFC/100ml) et entérocoques (2067 UFC/100ml) déterminées dans cette portion de la rivière Banco sont supérieures aux seuils tolérables fixés. Les charges moyennes élevées des indicateurs de contamination fécale notamment les *Escherichia coli*, streptocoques fécaux et des ASR (Anaérobie Sulfite-réducteurs) indiquent que la rivière Banco subit une pollution d'origine fécale. A cet effet, A. A. Adingra, A. Sako, et M. Kouassi., (2010, p. 40) ont conclu que les eaux de surface de la rivière Banco contiennent de fortes densités de bactéries témoins de contamination fécale et de germes mésophiles. Il est vrai que les microorganismes indicateurs de contamination fécale ne sont pas nécessairement pathogènes, mais leur présence en grand nombre dans un milieu aquatique indique l'existence d'une contamination fécale, et donc un risque épidémiologique potentiel (I. George et P. Servais, 2002, p. 4). Le fait que les lavandiers exercent leur activité professionnelle dans les eaux de la rivière Banco les met en contact avec les germes pathogènes. Ils sont exposés aux pathologies de la sphère cutanéomuqueuse et de la sphère digestive. Par ailleurs, les charges élevées de ces indicateurs traduisent la présence des germes pathogènes notamment les *Staphylococcus aureus* dans les eaux de la rivière Banco. Les charges moyennes de

2511 UFC/100ml pourraient s'expliquer par un manque d'hygiène corporelle de la part des lavandiers exerçant dans la rivière Banco. Les staphylocoques sont des bactéries ubiquitaires présentes sur la peau, les muqueuses et la sphère rhino-pharyngée chez les animaux à sang chaud (mammifères, volailles) et en particulier chez l'homme. La peau et les muqueuses de l'Homme et des animaux constituent l'habitat primaire de *Staphylococcus aureus* (M. S. Bergdoll et Wong. C. Lee 1979, p. 526).

L'exploitation abusive de cette portion de la rivière Banco par les lavandiers pourrait être à l'origine des fortes charges de *Staphylococcus aureus* observées dans ces eaux. Ainsi, la présence des *Staphylococcus aureus* dans ces eaux résulterait des voies respiratoires, de la peau et des plaies superficielles des lavandiers qui sont des réservoirs naturels de cette bactérie et qui représente un risque pour la santé des lavandiers. En effet, *Staphylococcus aureus* est une bactérie pathogène responsable de toxi-infection alimentaire (E. Ameko, S. Achio, S. Alhassan, et A. Kassim, 2012, p. 11083) et représente l'espèce la plus largement incriminée dans les Toxi-Infections Alimentaires Collectives (TIAC) du fait de la présence de certaines espèces appartenant au groupe des staphylocoques à coagulase positive.

En plus, la charge moyenne de Staphylocoques aureus enregistrée dans les eaux de la rivière Banco (2 511 UFC/100ml) est largement supérieure aux Normes québécoise (30 UFC/100ml) et AFSSET, 2009, (20 UFC/100ml) pour les eaux de surface destinées aux activités récréatives, baignade etc.

Par ailleurs, l'analyse a révélé la présence des *Pseudomonas aeruginosa* dans les eaux de la rivière Banco avec une charge moyenne de 1 211 UFC/100ml. Ce résultat est en phase avec ceux de E. E. Geldreich, (1996) qui indiquent que la charge des *Pseudomonas aeruginosa* dans les eaux de surface recevant des eaux usées et des eaux de ruissellement peut varier entre 1 à 10 000 UFC/100 ml. Aussi, la charge moyenne obtenue (1 211 UFC/100ml) est-elle supérieure à la Norme AFSSET (10 UFC/100ml). *Pseudomonas aeruginosa* est une bactérie ubiquitaire dont le réservoir naturel est l'eau. Sa présence constitue un indicateur de contamination des eaux de surface, des eaux usées domestiques et des effluents (ANSES, 2010, p. 8). Parmi les bactéries du genre *Pseudomonas*, *Pseudomonas aeruginosa* est l'espèce la plus communément associée à des pathologies humaines. Outre le fait qu'elle soit la cause d'infections nosocomiales chez les sujets dont l'immunité est fragilisée (elle représente 10% des infections nosocomiales hospitalières), *Pseudomonas aeruginosa* est reconnu comme responsable d'infections lors de la baignade en eaux récréatives.

La voie principale de contamination est le contact, soit direct avec un sujet infecté, soit indirect par le biais de l'eau, les surfaces ou les objets contaminés. La contamination est favorisée en cas de rupture de la barrière cutanée, plaie ou dermatose, et en cas de modification de la flore cutanée commensale. Les pathologies dues à *Pseudomonas aeruginosa* qui sont les plus couramment associées aux baignades (baignades naturelles et artificielles, piscines, etc.) sont constituées par les otites externes, les conjonctivites et les kératites (souvent chez les porteurs de lentilles de contact) et les folliculites ou dermatites des piscines

En somme, le contact cutané intense des lavandiers avec l'eau de la rivière Banco polluée les expose aux risques sanitaires. Ces risques sanitaires sont traduits par des affections humaines transmissibles

par l'eau. Les affections qui concernent les lavandiers sont liées principalement à la sphère cutanéomuqueuse (candidoses, leptospirose, suppurations bactériennes, les dermatites), à la sphère digestive (dermatomycose, candidoses, gastro-entérite, fièvre typhoïde, cholera) et à la sphère ORL (affection Oto-Rhino-Laryngologiste), (B. Festy, P. Hartemann, M. Ledrans, P. Levallois, P. Payment, et D. Tricard, 2003). Les dangers dus à la qualité bactériologique auxquels sont exposés les lavandiers les rend vulnérables aux pathologies liées aux eaux de baignade. La méthode utilisée pour cette étude nous a permis d'analyser la partie de la rivière Banco exploitée par les lavandiers afin d'évaluer la vulnérabilité des lavandiers. Cette méthode a montré que la partie exploitée par les lavandiers contient des indicateurs de contamination fécale et des germes pathogènes ou opportunistes, ce qui rend les lavandiers vulnérables. A la fin de cette étude, nous nous rendons compte que la méthodologie utilisée a des limites. Les prélèvements d'échantillons d'eau de la rivière Banco ont été faits sur une courte durée et pas à toutes les saisons (pluvieuses et sèches). En plus de ce fait, il n'y a pas eu d'examens médicaux sur les lavandiers afin d'identifier réellement les pathologies dont ils sont victimes.

Conclusion

Cette étude a révélé que la rivière Banco est victime de pollution d'origine bactériologique. Ainsi, la présence des indicateurs de contamination fécale (Coliformes totaux, *Escherichia coli*, Entérocoques et Anaérobies Sulfite-réducteurs) et des pathogènes (*Staphylococcus aureus* et *Pseudomonas aeruginosa*) à des charges supérieures aux seuils fixés par l'ANSES, l'AFSSET et le décret N°81-324 de la République Démocratique du Congo ; traduit un réel risque de santé publique principalement pour les lavandiers exploitant cette portion de la rivière Banco. Ces résultats traduisent la vulnérabilité des lavandiers aux éventuels foyers épidémiques et aussi aux différentes pathologies associées. Il est donc nécessaire que des dispositions soient prises par les autorités (administratives et municipales) afin de préserver la santé des utilisateurs (lavandiers, les enfants baigneurs...) de cette partie de la rivière Banco.

Références bibliographiques

Adingra A. A., Kouassi A. M., (2011). « Pollution en lagune Ébrié et ses impacts sur l'environnement et les populations riveraines ». Fiche Technique et Document de Vulgarisation, pp. 48-53.

Adingra A. A., Sako A., Kouassi. A. M., (2010). « Qualité bactériologique des eaux de surface de la rivière Banco, Abidjan, Côte d'Ivoire ». Fiche Technique. & Document de Vulgarisation, pp.37-42.

AFSSET (l'Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail), (2009). Risques sanitaires liés aux baignades artificielles : Évaluation des risques sanitaires. Rapport « Baignade artificielle », 197 p., www.anses.fr › content ›

Ameko E., Achio S., Alhassan S., Kassim A., (2012). « Microbial safety of raw mixed-vegetable

salad sold as an accompaniment to street vended cooked rice in Accra, Ghana ». *African Journal of Biotechnonology*, Vol.11 (50), DOI: ISSN 1684–5315 ©2012 Academic Journals pp. 11078-11085, <http://www.academicjournals.org/AJB>.

American Public Health Association, American Water Works Association, Water Environment Federation, (1999). *Standard Methods for the Examination of Water. and Wastewater*, 12 p. www.umass.edu/mwwp/pdf/9222b.PDF.

ANSES (Agence Nationale de Sécurité sanitaire Alimentation, Environnement, Travail), (2010). *Risques sanitaires liés aux baignades artificielles*. Note complémentaire au rapport se rapportant à la valeur limite en *Pseudomonas aeruginosa* Complément à la saisine « 2006/SA/011 », 19 p.

ANSES (Agence Nationale de Sécurité Sanitaire Alimentation, Environnement, Travail), (2011). *Staphylococcus aureus et entérotoxines staphylococciques (Famille des Staphylococcaceae Genre Staphylococcus Bactérie)*. Fiche de description de danger biologique transmissible par les aliments, 4p. <https://www.anses.fr>

ANSES, Agence Nationale de Sécurité Sanitaire Alimentation, Environnement, Travail, (2017). *Avis du 30 mai 2016 révisé le 23 janvier 2017 de l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail relatif à un projet de décret et trois projets d'arrêtés relatifs à la gestion de la qualité des eaux de baignade artificielle*, Saisine n° 2016-SA-0028, Saisine liée n°2013-SA-0011, 30 p.

Awomon-Aké D. F., Coulibaly M., Ymba M., (2019.) «L'analyse des risques sanitaires liés à l'activité des lavandiers dans la rivière Banco (Abidjan - Côte d'Ivoire)». In EDUCI, Editions Universitaires de Côte d'Ivoire, Les outils géographiques au service de l'émergence et du développement durable, (Acte du colloque du 05 au 09 février 2018), Université d'Abidjan, Côte d'Ivoire, ISBN 978-2-35565-067-3, pp. 511 à 524

Bergdoll M. S., Wong C. Lee, (1979). « Staphylococcal intoxications », Riemann H, Bryan FL, *Food-borne infections and intoxications*, Academicpress New York, pp. 443-494.

CARRE, C. (2011). *Les petites rivières urbaines d'Ile-de-France Découvrir leur fonctionnement pour comprendre les enjeux autour de leur gestion et de la reconquête de la qualité de l'eau*. Eau Seine Normandie, Programme Pireine-Seine, Programme interdisciplinaire de recherche sur l'environnement de la Seine, Numéro ISBN : 978-2-918251-10-1 Numéro ISSN : 1968-5734, 86 p.

El Attiffi El O. A., (2011). *la qualité microbiologique des eaux de baignade*. Thèse de Doctorat en pharmacie, Université Mohammed v de la faculté de médecine et de pharmacie, Rabat, 71 p.

EL Ouali L. A., Merzouki M., EL Hillalio M. S., Ibsouda K., (2010). « Pollution des eaux de surface de la ville de Fes au Maroc: typologie, origine et conséquences ». *Larhyss Journal*, ISSN 1112-3680, n° 09, Septembre 2010, pp.55-72.

ENSP, Ecole Nationale de la Santé Publique, RENNES, (2004). Evaluation et gestion des risques liés à *Pseudomonas aeruginosa* dans les établissements de thermalisme. Atelier Santé Environnement, 40 p.

Festy B., Hartemann P., Ledrans M., Levallois P., Payment P., Tricard D., (2003). « Qualité de l'eau ». In : Environnement et santé publique, Fondements et pratiques, Gérin et al, Edition, Edisem, Tec & Doc, Acton Vale, Paris pp.333-368.

Foerster E., (2009). *Vulnérabilité : état de l'art sur les concepts et méthodologies d'évaluation*. Rapport final BRGM/RP-57471-FR, Etude réalisé dans le cadre des projets du Bureau de Recherche Géologique et Minière de la France, 37 p.

Geldreich E. E., (1996). *Microbial quality of water supply in distribution system*. CRC, Boca Raton, FL, NY, 293 p.

George I., Servais P., (2002). *Sources et dynamique des coliformes dans le bassin de la seine*. Centre National de la Recherche Scientifique (CNRS), Paris, France, 46 p.

Gleyze J.-F., (2002). *Le risque*. Institut Géographique National, Laboratoire COGIT, 256 p.

INSPQ (Institut National de Santé Publique du Québec), (2018). *Entérocoques*. Fiches synthèse sur l'eau potable et la santé 7 p. <https://www.inspq.qc.ca/eau-potable/enterocoques>.

INSPQ (Institut National de Santé Publique du Québec), (2018). *Escherichia coli*. Fiches synthèse sur l'eau potable et la santé 7 p. [https://www.inspq.qc.ca/eau-potable/ Escherichia coli](https://www.inspq.qc.ca/eau-potable/Escherichia%20coli).

INSPQ (Institut National de Santé Publique du Québec), (2018). *Pseudomonas aeruginosa*. Fiches synthèse sur l'eau potable et la santé 7 p. [https://www.inspq.qc.ca/eau-potable/ Pseudomonas aeruginosa](https://www.inspq.qc.ca/eau-potable/Pseudomonas%20aeruginosa).

Jeffrey A., Paul B. S., Steen L. J., (2002). *Vulnérabilité vue de différentes disciplines*. Symposium International, Maintien de la sécurité alimentaire et gestion des ressources naturelles en Asie du Sud-Est, 12 p.

Koning DE J., (1983). « La foret du banco : 1. la forêt ». Mededelingen Landbouwhogeschool Wageningen, Nederland, 83-1 (1983), 581.526.422.2 (666.8), Section de Taxinomie et de Géographie

botaniques, Université Agronomique de Wageningen, Pays-Bas, 156 p.

LOROUX Bi. F., (1978). *Contribution à l'étude hydrologique du bassin sédimentaire côtier de la Côte d'Ivoire*. Thèse de Doctorat, Université de Bordeaux1, France, 93 p.

Merlin S. B., Amy C., Lee Wong, (2006). *Staphylococcal intoxications, Foodborne Infections. and Intoxications 3^e*, ISBN-10: 0-12-588365-X, ISBN-13: 978-012-588365-8, pp. 523 – 552.

SHALO N. G., (2015). *Analyse bactériologique de l'eau de baignade à Kisangani : Cas des chutes Wagenia et Plage Jennifer*. Travail de fin de cycle, Université de Kisangani, Faculté des sciences, 37 p.

VEYRET Y., (2003). *Les Risques*. Paris, Sedes, coll. « Diem », 255 p.

©2020 Awomon, License BINSTITUTE Press. Ceci est un article en accès libre sous la licence the Créative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>)



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

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

Reçu, 20 Avril 2020

Accepté, 23 Juillet 2020

Publié, 29 Juillet 2020

<http://revue-rasp.org>

Recherche

Les conditions de vie dans les logements sociaux au Mali : une étude de cas des cités : des 1008,320 et 501 de Yirimadio de 2012 à 2019.

Dr Balla DIALLO baldiallo@yahoo.fr

Institut National de Formation des Travailleurs Sociaux (INFTS), Bamako- Mali.

Résumé

L'analyse des conditions de vie des ménages pauvres dans les logements sociaux a permis de dresser des résultats : le droit au logement est reconnu comme droit fondamental mais sa gestion effective dans les cités demeure problématique. La qualité physique des logements sociaux est économique et même de standing par exemple les types f4., mais la qualité sociale de l'habitat des cités nommées ATTbougou par les Maliens est peu prise en compte à l'exception des f4. Les services de base pour les logements économiques sont peu respectés par les promoteurs immobiliers dans la réalisation et la construction. Les services d'hygiène sont insatisfaisants dans toutes les cités il en est de même pour la distribution d'eau potable par la SOMOGEP-sa. Le sentiment d'insécurité prévaut dans la perception des ménages bénéficiaires de logement.

Mots clés : condition, logements, déchets, solides, liquides, insécurité, bénéficiaire, insalubrité, Mali.

Absract

Analysis of the living conditions of poor households in social housing has made it possible to draw results: the right to housing is recognized as a fundamental right but its effective management in cities remains problematic. The physical quality of social housing is economical and even of high standard, for example the f4 types. But the social quality of the habitat of the cities named ATTbougou by the Malians is little taken into account with the exception of f4. The basic services for economic housing are little respected by real estate developers in the realization and construction. The hygienic services are unsatisfactory in all the cities, the same is true for the distribution of drinking water by SOMOGEP-sa. The feeling of insecurity prevails in the perception of households receiving housing.

Keywords: condition, housing, waste, solid, liquid, insecurity, beneficiary, unhealthy, Mali.

1. Contexte Introductif

Au Mali, les populations bénéficiaires de logements sociaux constituent une communauté appelée « habitants de cités-dortoirs ou de nouveaux citadins de logements décents ». Pour certains détracteurs, ils constituaient une population habitant dans des poulaillers. Cependant, dans la mentalité des bénéficiaires ; « le Mali, c'est Bamako ». Aussi devient-t-on Bamakois, c'est-à-dire urbain dès lors qu'on a un toit pour soi.

Les logements sociaux correspondent à ce qui est appelé Habitat à Loyer Modéré (HLM), en France et à Dakar au Sénégal. L'accès à ces logements ne constitue pour ceux-ci qu'une étape transitoire et souligne leur volonté et leur motivation pour bénéficier de meilleures conditions de vie. Cette situation témoigne d'une ascension sociale pour ces bénéficiaires de logements sociaux. Le droit au logement apparaît donc comme un élément d'insertion sociale à Bamako.

Les conditions de vie en milieu urbain dépendent essentiellement de la qualité des services urbains rendus. Cependant, malgré les efforts fournis par l'État dans l'amélioration des équipements et des infrastructures de base au sein des logements sociaux ; les conditions de logement et d'hygiène des bénéficiaires demeurent encore critiques que celles qu'ils vivaient jadis en location ou dans les bidonvilles.

En effet, sur le plan culturel et comportemental, une survivance des anciennes habitudes semblait maintenir les nouveaux bénéficiaires dans leur mode de vie antérieur. L'abandon des habitudes anciennes qu'exigent les nouvelles résidences des bénéficiaires sont à la base selon plusieurs enquêtés des changements de conduite et de la dégradation de l'environnement social dans ces logements sociaux.

L'enquête a analysé les conditions de vie de 915 enquêtés tous bénéficiaires de logements dans les cités des 1008, 320 et 501. Ces 915 enquêtés représentent 50,02% de l'ensemble des occupants des nouvelles cités de résidence en commune VI.

Le choix de la Commune VI se justifie par le fait qu'elle est seule à abriter ces types de logements sociaux. Située au sud-est du District de Bamako, la commune VI couvre une superficie de 94 km² et abrite 627819 habitants en 2018 recensement Mairie de la commune VI. Elle demeure la plus vaste des communes et dispose d'une forte potentialité foncière.

2. Matériel et méthodes

Les données quantitatives et qualitatives recueillies au cours de cette enquête menées entre 2012 et 2019 témoignent de notre démarche d'investigation sur les différents sites. Pour réaliser l'étude, des entretiens individuels en face à face ont été menés avec les bénéficiaires de chaque cité. L'étude a sélectionné de façon aléatoire 10% des bénéficiaires de chaque cité pour disposer d'un échantillon représentatif de 915 répondants.

Il convient de préciser que les personnes retenues pour les entretiens étaient toutes présentes et occupants de logements sociaux. L'enquête s'est déroulée en trois phases :

1. La première phase a porté sur les conditions de vie des familles dans les logements ;
2. La deuxième a été consacrée à la lutte contre l'insalubrité, des entretiens auprès des populations bénéficiaires de logements sociaux et des Groupements d'Intérêts Economiques (GIE) ;
3. La troisième phase a conduit à l'analyse des appréciations auprès des personnes sur l'insécurité, la crise d'eau et d'électricité dans les logements.

Les entretiens ont été transcrits et dépouillés suivant la technique d'analyse de contenu. Les résultats quantitatifs ont servi à la construction de tableaux. L'enquête s'est réservée de garder l'anonymat des acteurs et personnes ressources par des pseudonymes.

Cependant, une faible proportion des bénéficiaires de logements a décliné leur contribution face à la gestion de l'insécurité, affirmant que ce volet est l'affaire de la police donc, ils ne se sentent pas intéressés par cette question. L'étude a estimé que les enfants de ces personnes étaient soupçonnés d'être en coalition avec les vagabonds venant d'ailleurs.

3. Résultats

L'étude a permis de mettre en avant des résultats : En passant de l'habitat locatif ou du bidonville à une maison descente de type économique, les bénéficiaires ont conservé leur habitude et même renforcé leurs liens communautaires en créant des associations une fois installé dans les cités. Les trois citées enquêtées sont construites à Yirimadio en commune VI et se répartissent ainsi :

- i) Les logements de type f2 au nombre de 949 soit 51,88% des logements;
- ii) Les logements de type f3 avec un effectif de 860 soit 47,02% des logements ;
- iii) Les logements de type f4 couvrant 20 soit 27% des logements uniquement au niveau des 501.

Tableau I situation des logements sociaux

Types	Effectif	Pourcentage
F2	949	51,88%
F3	860	47,02%
F4	20	1,09%
Total	1829	100%

Source : enquête de terrain

3-1 Les conditions de vie des familles dans les logements sociaux

Après une étude de la taille des ménages dans les logements, les résultats ont permis le constat suivant : sur 100 logements observés plus de 97 sont occupés par 10 à 13 personnes. Par conséquent, l'enquête a décidé de garder 10 personnes par ménage dans chaque logement.

Les types de logements sociaux sont conçus en fonction des conditions socio-économiques du marché et non les conditions socioculturelles des populations. Les prix de cession sont fixés suivant les types de maison choisie. Par exemple : les logements de type f2 sont à 6 600 000f CFA, les f3 à 9 300 000f CFA et les f4 à 11 100 000f CFA. L'enquête a concerné les types suivants :

- logements de type **f2** d'une superficie de 42,51m² comportant un bâtiment principal de 38,37m² avec 2 chambres, un magasin, une véranda et une toilette moderne externe de 4,14m². Cette catégorie comprenait 949 logements sociaux soit 51,88% ;

Cette catégorie de logement de type f2 était occupée par 10 personnes dont le chef de famille, sa ou ses femmes, les enfants et les proches parents. Dans ces logements la taille des chambres et des toilettes ne donne pas une vie paisible.

Les conditions socioculturelles ne permettant pas aux occupants de partager la même chambre avec les parents donc il devient une obligation pour ces bénéficiaires de construire des annexes. Ceci constitue des problèmes, car les échéances au niveau de la banque plus les autres dépenses attendent. Avoir un logement décent, tel est l'objectif de tous les postulants ; malheureusement les

nouveaux locataires des f2 des cités à l'étude ne sont pas satisfaits de leurs conditions de vie. Les difficultés de chambres, de toilettes externes constituent des charges supplémentaires alors que les revenus sont insuffisants.

Tableau n°2 répartition des installations des chambres et des WC dans les f2

Type de logement	Nombre d'occupant	Nombre de chambres	Moyenne de personne par chambre	Nombre de WC	Moyenne de personne par WC
F2	10	2	5	1	10
total	10	2	5	10	10

Source : enquête de terrain

- logements de type **f3** d'une superficie de 67,09m² comprend : un bâtiment principal d'une surface de 62,95m² avec un salon, deux chambres, une véranda, une terrasse et une toilette moderne interne de 4,44m². Ils sont au nombre de 860 logements soit 47,02%;

De même que les f2, les types de logements f3 comprennent 2 chambres, une toilette mais cette fois interne. L'étude a considéré la même taille d'occupation des chambres et des toilettes.

Ces nouveaux locataires sont contraints à la construction d'annexes et de toilettes externes pour les proches. Un des bénéficiaires a commenté une déclaration de René Ballain (2008) qui dit ceci « Nous sommes loin de l'ambition affichée par la loi du 6 juillet 1989 qui affirmions la liberté de choix pour toute personne de son mode d'habitation, grâce au maintien et au développement d'un secteur locatif et d'un secteur d'accession à la propriété ouverts à toutes les catégories sociales »

Tableau n°3 répartition des installations des chambres et des WC dans les f3

Type de logement	Nombre d'occupants	Nombre de chambres	Moyenne de personne par chambre	Nombre de WC	Moyenne de personne par WC
F3	10	2	5	1	10
total	10	2	5	10	10

Source : enquête de terrain

- Logements de type f4, avec une superficie de 112,672 m², comprennent : trois chambres, deux toilettes internes de 03,36 m², deux terrasses, une cuisine et un couloir d'accès. Les f4 sont au nombre de 20 soit 1,09%.

Contrairement aux deux précédents, les logements de type f4 comprennent : trois chambres, deux toilettes internes, une cuisine. En considérant la même taille de famille les résultats donnent ceci :

Les installations sont satisfaisantes ici car la répartition semble commode que chez les f2 et f3. Les conditions de logement reflètent l'esprit de la citation de René Ballain (2008) cité plus haut. L'accès au logement de type f4 a permis à ces familles d'améliorer leurs conditions de vie, mais également de retrouver comme les précédents un accès courant à l'eau et à l'électricité. L'occasion pour ces familles de retrouver avec des conditions de vie dignes et pour les enfants de grandir, d'étudier dans un environnement sain et sécurisé.

L'étude encourage de tel projet de construction de logements décents de type f4 qui correspond socialement à la taille des familles. En d'autres termes, le type et l'implantation du logement, son environnement traduisent certaines formes de consommation et de mode de vie que les bénéficiaires doivent comprendre en fonction des situations socio-économiques locales. Cela est valable pour tous les locataires de logements sociaux. Sur quels modes se développent des sociabilités locales ou se créent de nouvelles solidarités ?

Tableau n°4 répartition des installations des chambres et des WC dans les f4

Type de logement	Nombre d'occupant	Nombre de chambres	Moyenne de personne par chambre	Nombre de WC	Moyenne de personne par WC
F4	10	3	3,33	2	5
Total	10	3	3,33	10	5

Source : enquête de terrain

3-2

La lutte contre l'insalubrité dans les cités et

l'entretien avec les occupants et des GIE.

3-2-1 la lutte contre l'insalubrité dans les cités

La lutte contre l'habitat insalubre et le logement indécemment font l'objet de plusieurs débats politiques et publics. Selon **Françoise Lefèbre** et **Martine Delille** ce débat fut initié, par le rapport « Expertise concernant les édifices menaçant ruine et les immeubles et îlots insalubres » de Nancy Bouché(1). Cette question de l'insalubrité des logements a fait l'objet de multiples interventions et propositions de parlementaires dans le cadre du vote de la loi « solidarité et renouvellement urbain » (SRU) du 15 décembre 2000 dont le texte définitif prévoit un nouveau cadre d'action pour favoriser la décence du logement en respect de la dignité humaine.

3-2-1-1 les sources de l'insalubrité dans les cités

En passant du bidonville à un logement économique décent, les bénéficiaires ont voulu occidentaliser leur habitude tout en modifiant leur cadre de vie environnemental. L'accès à ces logements a été pour eux une étape transitoire et souligne leur volonté et leur motivation pour bénéficier de meilleures conditions de vie.

Leur volonté a été favorisée par l'octroi de poubelles au moment de la remise des clés de leur nouvelle résidence. Une fois installé, les nouveaux locataires de logement se sont livrés à des conduites exotiques : l'aménagement des parcelles de fleurs dans chaque ménage, l'achat de raccords de longueur considérable, l'engagement de fleuriste etc.

Les rivalités étaient observables suivant les revenus des bénéficiaires. Quelques années après, les forêts de fleurs faisaient place à un désert qui ne dit pas son nom. Cette situation a considérablement motivé l'enquête sur les conditions de vie dans les cités des 1008, 320 et 501 logements sociaux. Les fleuristes passaient chaque mois pour tailler et élaguer les arbustes qui ornaient les maisons. Malheureusement, le gouvernement n'avait pas prévu d'opérateur de ramassage d'ordures. L'assainissement des cités était au compte des bénéficiaires de logement. Des tas d'ordures jonchaient les rues faute d'évacuation et l'odeur de ces pourritures commençait à rendre la vie insupportable dans maintes cités.

Pour la circonstance des associations de ramassage d'ordures furent créées au niveau de chaque cité sur fond de rivalité. Ces associations ont été tous mal gérés par les différents comités de gestion. Les bénéficiaires qui œuvraient dans le secteur privé se sont rués vers la mairie de la commune VI à la recherche de Groupements d'Intérêts Economiques (GIE). Les coûts de ramassage d'ordures des GIE et d'évacuation des eaux usées sont liés à la distance qui sépare les cités au lieu de dépôt ; cela fut encore un problème pour beaucoup de ménages à faible revenu. Les GIE ont pris du temps pour réagir car il faut beaucoup de clients pour tirer d'affaire.

En plus des déchets solides, les ménages déversaient chaque jour les eaux usées provenant des lessives et des linges. Par crainte de remplir les fosses septiques les femmes et leurs aide familiale ont préféré les caniveaux comme lieu d'évacuation de ces eaux qui en stagnant donnaient une odeur nocé abonde.

Pendant cette période, les plus nantis ont engagé des charretiers qui sous-traitaient avec les moyens riches. La capacité de ramassage des charrettes était minime par rapport au volume de déchets dans les cités. L'enquête a analysé les conditions de vie insalubre de 915 bénéficiaires sur les sites des 1008, 320,501 logements sociaux. Ces 915 familles représentent 50,02% de l'ensemble des occupants des nouveaux locataires.

Tableau n°5 appréciation des enquêtés sur la gestion des forêts de fleurs.

Appréciations	Fréquence	Pourcentage
Polluante	340	37,15%
Embellissante	55	6,02%
Coûteuse	520	56,83%
Total	915	100%

Source : enquête de terrain

Les appréciations étaient largement focalisées sur les conditions de gestion des forêts de fleurs. Ainsi, le contenu du tableau n°5 donne les résultats suivants :

- coûteuse : pour 520 soit (56.83%) répondants ;
- polluante : pour 340 soit (37.15%) répondants ;
- embellissante : pour 55 soit (6.02%) répondant.

Dans les trois cités entre 2012 et 2019 ; les nouveaux locataires qui avaient adopté une vie à l'image des habitants de logements économiques ont fourni des résultats contraires à leur volonté. La fréquence la plus forte est celle liée à l'entretien des fleurs soit 56.83% des enquêtés. Par rapport à la pollution, l'enquête a recueilli ceci : 37.15% ont affirmé que les plantes à fleurs constituaient l'unique moyen pour embellir les habitations. Mais ils trouvaient qu'en plus de l'ornement, la pollution de l'environnement augmentait surtout après chaque opération du fleuriste.

Cette situation a permis à l'enquête de conclure que les logements sociaux ne constituent pas un havre de paix comme l'avaient pensé certains bénéficiaires à revenu faible.

Tableau n°6: Perception sur les facteurs explicatifs de la prolifération des déchets solides dans les cités des 1008, 320 et 501.

Facteurs explicatifs de la prolifération des déchets solides	Salariés	Non salariés	Total
Insuffisance d'informations	49	70	119
Coût de ramassage	150	540	690
Qualité	85	21	106
Total	284	631	915

Source : enquête de terrain

L'analyse de la perception sur les facteurs explicatifs de la prolifération des déchets solides dans les cités des 1008,320 et 501 donne les résultats ci-après :

- insuffisance d'informations 119 répondants soit 13% dont 49 salariés et 70 non salariés ;
- coût de ramassage 690 enquêtés soit 75,40% avec 150 salariés et 540 non salariés ;

- qualité de ramassage 106 bénéficiaires soit 11,58% comprenant 85 salariés contre 21 non salariés.

Cependant, les non-salariés ont majoritairement exprimé 68,96% contre 31,03% de salariés. On constate au niveau des différentes réponses des écarts considérables. La forte proportion des non-salariés serait liée à leur statut social autrement dit la non stabilité des revenus liée aux règles du marché. Par contre, les salariés présentaient une faible fréquence qui serait due à la stabilité des salaires depuis l'avènement de la démocratie, en 1992, au Mali. L'enquête estime que les bénéficiaires n'ont pas totalement abandonné les habitudes des bidonvilles.

Tableau n°7 : Perception sur la gestion des déchets solides par **OZONE Mali**.

Perceptions sur la gestion des déchets solides par OZONE Mali	Fréquence	Pourcentage
Très satisfait	28	3,06%
Peu satisfait	42	4,59%
Moyen	845	92,45%
Total	915	100%

Source : enquête de terrain

La lecture du tableau n°7 donne :

- 845 enquêtés soit 92.45% de répondants affirmaient leur état d'insatisfaction par rapport aux services d'OZONE Mali ;
- 42 bénéficiaires soit 4,59% sont peu satisfaits des prestations du service ;
- 28 répondants soit 3,06% ont exprimé leur satisfaction.

L'enquête après analyse estime que cette société n'a pas pu jouer pleinement ses prérogatives dans les cités à l'étude. Le constat est même généralisable à l'ensemble de la ville de Bamako.

Tableau n°8 : Perception sur les facteurs explicatifs de la mauvaise gestion des déchets liquides

Perceptions sur les facteurs explicatifs de la mauvaise gestion des déchets liquides	Fréquence	Pourcentage
État des fosses	828	90,49%
Coût de vidange des camions	72	7,86%
Qualité de vidange des camions	15	1,65%
Total	915	100%

Source : enquête de terrain

Ce tableau donne la perception des bénéficiaires sur les facteurs explicatifs de la mauvaise gestion des déchets liquides. Ainsi, trois appréciations différentes ont été constatées :

- état des fosses : pour 828 soit 90,49% répondants ;
- coût de vidange des camions : pour 72 soit 7,86% répondants ;
- qualité de vidange des camions : pour 15 soit 1,65% répondants.

Comme les déchets solides, les fluides, sont aussi mal gérés dans les cités. La raison fondamentale de cette situation est due aux opérateurs immobiliers ayant en charge la construction des logements sociaux. Les services de base semblent être négligés en l'occurrence ; la profondeur des fosses. Les services liés à l'évacuation des déchets liquides relèvent de la nature du contrat que les bénéficiaires contractent avec les GIE. Il en est de même pour les qualités de vidange.

En somme, l'enquête conclut que les sociétés en charge de la construction de logements sociaux n'ont pas respecté les normes liées aux équipements urbains pour les types de logements qu'ils

construisaient. Par conséquent, l'étude a constaté ceci : des tuyaux qui s'ouvraient sur les caniveaux ; les aides familiales qui déversaient les eaux usées dans les caniveaux et à même le sol dans les carrés. Par conséquent, dans le milieu Bambara, on dit « *quant un homme valide marche sur les traces provenant d'eaux usées de cuisine, perd petit à petit sa validité sexuelle* ».

3-2-1-2 Entretien avec les occupants des logements sociaux

Entretien avec Geod, bénéficiaire de f3 dans les 1008 logements sociaux

Je suis chrétien, notre communauté connaît l'importance des fleurs dans la vie des personnes : en l'occurrence les mariages, rendre hommage à un mort, embellir les lieux de cérémonie pendant les fêtes nationales, les matchs de foot, etc.. En d'autres termes, l'âme humaine aime les fleurs, la verdure. Malgré les vertus de cette plante son entretien nous a poussés à balayer ce précieux trésor.

Entretien avec Ahmb, bénéficiaire de f2 aux 320 logements

Les nouveaux bénéficiaires de logements sociaux pensent qu'ils ont eu la bonne affaire de leur vie. Ils ont bénéficié d'un logement économique plus confortable que les résidences antérieures, mais dont l'entretien coûte plus cher environ à la taille du locatif privé. Pour madame Ahmb nous aimons bien les fleurs, mais s'il faut embaucher un fleuriste, arroger et payer chaque mois les échéances à la Banque, les coûts devenaient insupportables.

Entretien avec, AGo bénéficiaire des 320 logements, enseignant.

La pollution des cités est liée à la gestion des fleurs, à la conduite des aides familiales et à l'Etat. Beaucoup de bénéficiaires de logement ont adopté l'embellissement de leur logement par imitation des autres sans penser aux coûts liés à cette opération. Ils ont eu de sérieux problèmes à évacuer les ordures. En ce qui concerne l'État, pas de suivi au niveau des services d'hygiène. Les élus communaux n'encouragent pas les GIE dans l'exercice de leur fonction. Ils ne s'intéressent qu'à leurs taxes. A cela s'ajoute la prolifération des rats. Les cités ont été envahies par de gros rats à cause des forêts de fleurs.

Entretien avec Nob des 501 logements, elle est commerçante au marché des 1008

Mon intervention concerne l'obstruction des caniveaux, les eaux ne coulent plus normalement à cause des ordures provenant de la gestion des forêts de fleurs. Nous avons constaté aussi la prolifération des moustiques et de voleurs avec les plantes à fleurs. La chaleur est devenue insupportable avec ces fleurs dans les logements. Ces logements nous ont libéré des problèmes de location, mais leurs coûts d'entretien constituent d'autres charges supplémentaires : payer pour les fleurs, les camions vidangeurs, les coûts d'échéances à la banque, s'occuper des dépenses domestiques vraiment ATTbouyou n'est pas un havre de paix pour nous cadre moyen.

Entretien avec Daman bénéficiaire de logement type f4 des 501

Les logements de type f4 sont des résidences de haut standing dont la présence de fleurs demeure un accompagnant obligatoire. Comme le pensent certains, il croit que les fleurs nous accompagnent dans le bonheur et dans le malheur. Une vie sans fleur est une bibliothèque privée de bons livres.

Par rapport aux eaux usées les services d'hygiène doivent nous accompagner, malheureusement nos doléances sont restées sans suite et les tuyaux des fosses septiques communiquent toujours dans les caniveaux. Face à la qualité de logement acquis, les bénéficiaires doivent fournir encore des efforts pour supporter les dépenses supplémentaires liées à leur gestion. Les logements sociaux offrent un cadre de vie meilleure que le système privé si nous considérons les mesquineries des locataires. Ces logements constituent plus qu'un havre de paix.

3-2-2 l'entretiens avec les Groupements d'Intérêts Économiques (GIE)

Les cités devinrent alors des montagnes d'ordures çà et là, ce qui a motivé l'intervention des Groupements d'Intérêts Économiques. Parmi ces (GIE), on pouvait citer « Nogo Tana » dirigé par **MC**, « Barabatte » de madame **FB** et **OZONE Mali** une société marocaine de ramassage d'ordures.

Entretien avec Prince propriétaire du GIE Nogo Tana, bénéficiaire de logement aux 320.

Je suis opérateur de ramassage d'ordures et en même temps bénéficiaire de logement dans la cité des 320 logements sociaux. À la remise des clés le président, dans son discours, disait que les poubelles sont données aux bénéficiaires pour qu'ils puissent bien entretenir les logements. Pour amoindrir les charges, je n'ai pas cherché trop de bénéfice et nous avons commencé le ramassage à 1500f CFA la mensualité. Certains ont pensé que ce tarif est exorbitant alors à notre grande surprise, ils ont engagé des charretiers qui n'avaient pas de contrat avec la mairie.

Nous avons saisi les autorités communales pour la circonstance sans suite favorable. De nos jours, les charretiers se font rare, car ils ne peuvent pas aller jusqu'au dépôt désigné par la mairie. Les conséquences sont là, les cités sont insalubres, car beaucoup de femmes propriétaires de logements déversent très tôt le matin leurs ordures dans les fosses. Les bénéficiaires qui sont avec nous observent pour la plupart du temps à nous payer alors que la charge des prestations ouvrières n'attend pas. Avec 800 abonnés, nous pouvons tirer d'affaire.

En conclusion l'enquête a retenu que les bénéficiaires en totalité ne sont pas inscrits chez les GIE. Cela explique l'état d'insalubrité des cités. Prince n'a pas voulu nous communiquer le nombre de ces abonnés seulement l'analyse permet de comprendre qu'il n'a pas 800 abonnés sur 1829 propriétaires de logements sociaux. Pour la circonstance, l'étude n'a pas pu rencontrer la promotrice de « Barabate ».

Entretien avec quelques ouvriers d'OZONE Mali

Les ouvriers présents n'ont pas voulu qu'on émette des pseudonymes à leur intervention. L'enquête a pu retenir ceci : nous travaillons par ce que nous n'avons pas autre chose à faire. Des mois se passent sans salaires. Nous sommes là par ce qu'on a peur d'aller en chômage, cette situation d'attentisme de salaire n'est préférable que le chômage.

Cette étude nous a donc permis de tirer des enseignements sur cette société marocaine au Mali. Au plan national, le bilan d'OZONE Mali est négatif outre que les cités, toute la ville de Bamako connaît le mauvais résultat de cette société.

3.3. Perception des enquêtés sur l'accès à l'eau potable, l'électricité et à l'insécurité dans les cités

3-3-1 perception sur l'accès à l'eau potable et à l'électricité

Pendant les mois de mars, avril, mai et juin, les logements sociaux de Yirimadio connaissent une pénurie d'eau potable et d'électricité. Par conséquent l'Office Malien de l'Habitat n'a pas prévu de puits dans aucune cité. Les bénéficiaires de logements sont tous dépendants des services de la Société Malienne de Gestion de l'Eau Potable (SOMAGEP-sa).

Tableau n°9 Perception des enquêtés sur les difficultés d'accès à l'eau potable et à l'électricité dans les cités

Etes-vous satisfaits des services de la SOMAGEP-sa et de l'EDM dans les logements sociaux de Yirimadio ?	Fréquence	Pourcentage
Oui	15	1,63%
Non	900	98,36%

Total	915	100%
-------	-----	------

Source : enquête de terrain

La lecture du tableau n°9 donne les résultats suivants :

-sur 915 enquêtés, 900 répondants soit 98.36% ont décliné leur insatisfaction sur les services de la SOMAGEP-sa et de l'EDM contre 15 soit 1,63%.

En effet, l'analyse de ces résultats atteste que la SOMAGEP-sa et l'EDM ne donnent pas satisfaction dans la distribution d'eau potable et d'électricité dans les cités et précisément au niveau des 1008 et 320 qui sont sur une hauteur pour l'eau.

3-3-1-2 la gestion de l'insécurité dans les cités

Pour les problèmes d'insécurité dans les trois cités l'enquête a recueilli des informations à la suite de l'entrevue suivante : Quelles appréciations faites-vous de l'insécurité dans les cités ?

Les discours tenus par les enquêtés faisaient état de l'insécurité liée aux vols, à la délinquance des enfants. Pour le cas des vols, les occupants se plaignaient de la fréquence de vol d'argent, de bijoux et de motos. Cette situation était liée à la hauteur des murs mitoyens. Selon eux, une fois aperçu, le voleur escaladait facilement les murs pour se trouver dans la famille voisine et ainsi de suite. Pour diminuer ces cas, les bénéficiaires en majorité ont augmenté la hauteur des murs, certains ont même construit en hauteur leur logement. D'autres plus nantis se sont associés pour engager des gardiens qu'on appelle « Lave garde ».

Par rapport à la délinquance des enfants, la consommation de drogue a connu un essor considérable. A cela s'ajoute le jeu de moto chaque dimanche soir sur l'auto-route qui sépare les 320 aux 501. Les jeunes ont épousé des comportements extraordinaires, ils défient souvent la police qui tente en vain de les dissuader.

4. Discussion

À travers les résultats obtenus force est de comprendre que la vie dans les logements sociaux de Yirimadio est loin d'être un havre de bonheur et de liberté. Ces problèmes que rencontraient les occupants étaient dus à leurs comportements et souvent à leur volonté de vivre en Occidental.

La survivance des anciennes habitudes dans les bidonvilles constituait une raison fondamentale de cette situation. Cela permettait d'expliquer la prolifération des déchets solides liés aux forêts de fleurs et à l'obstruction des caniveaux.

L'intervention des Groupements d'Intérêts Économiques, des charretiers et de la Société marocaine pour le ramassage d'ordures connue sous le nom OZONE Mali pouvait contribuer à l'assainissement des cités. Malheureusement, les cités connaissent encore des problèmes d'insalubrités.

Quant aux conditions de gestion des déchets liquides, les occupants des logements ont évoqué des situations qui sont dues à la qualité du travail effectué par les sociétés immobilières de construction. Selon eux, l'état des fosses septiques ne permettait pas de supporter la fréquence de vidange des camions.

Concernant l'insécurité, les bénéficiaires de logements sociaux de Yirimadio ont jugé que la fréquence de vol était liée à la hauteur des murs mitoyens. La délinquance des enfants et les jeux de motos défiaient souvent les patrouilles policières dans les cités situation que l'étude a condamnée.

5. Conclusion

Les conditions de vie dans les cités de Yirimadio sont émaillées de problèmes qui ont réorienté les rêves que ces nouveaux locataires avaient imaginés au moment de la remise des clefs. Les raisons fondamentales de cette situation étaient dues soit aux conditions de gestion des déchets solides,

liquides, soit aux problèmes de distribution d'eau potable et à l'insécurité. Il faut aussi signaler en plus de l'insécurité la délinquance des enfants.

Références bibliographiques

A. Bauer et X. Raufer, violences et insécurités urbaines, PUF, Collection « Que sais-je ? », 2002.

A. Raulin, Anthropologie urbaine, A. Collin, Collection U, 2008.

Bagré A., 2000. Aperçu sur le processus d'urbanisation et la gestion foncière au Burkina Faso : cas d'Ouagadougou, Conférence AITB, document non publié.

Banque africaine de Développement (BAD), Tunis, 2008 - *Selected statistics of african countries - Statistiques choisies sur les pays africains*. Tunis : BAD, DSES, DS, vol. XXVII, 300 p.

Boyer F., Delaunay D., 2009. OUAGA 2009 : Peuplement d'Ouagadougou et Développement urbain, Rapport provisoire.

Boyer, F., 2010. « Croissance urbaine, statut migratoire et choix résidentiels des Ouagalais : vers une insertion urbaine ségréguée ? » in Bertrand, M., Mobilité, pauvretés : les villes interrogées,

C. Avenel, Sociologie des quartiers sensibles, A. Colin, 2005.

C. Bachman, et **N. Leguenne**, Violences urbaine, A. Michel, 1996.

C. Ghora et Gobin. Villes et Sociétés urbaines aux Etats-Unis. A. Colin. 2003.

Collectif, 1992. Les enjeux des extensions urbaines à Ouagadougou (Burkina Faso), compte rendu de fin d'étude.

Compaoré G., 1993. « Succès et échecs de la rénovation urbaine à Ouagadougou (Burkina Faso) », Travaux de l'Institut de Géographie de Reims, pp. 63-80.

Coquery-Vidrovitch Catherine, 1993 - *Histoire des villes d'Afrique noire. Des origines à la colonisation*. Paris : Albin Michel, 412 p.

Diouf Papa Babacar, 2009 - L'ingénierie économique et sociale dans les projets de lutte contre l'habitat insalubre à Dakar, Pikine et Guédiawaye (Sénégal). In : Le Tellier J. et Iraki A., (dir.) - *Habitat social au Maghreb et au Sénégal. Gouvernance urbaine et participation en questions*. Paris : L'Harmattan, p. 225-242.

Dubresson A. et Manou-Savina A., 1987 - *Abidjan côté cour*. Paris : Karthala-ORSTOM, 280 p.

Durand-Lasserre A., 1988. « Le logement des pauvres dans les villes du Tiers Monde. Crise actuelle et réponses », Tiers-Monde, tome 29, n°116, pp 1195-1214.

E. Goffman, La mise en scène de la vie quotidienne, Editions de Minuit, 1973.

F. Dubet et D. Lapeyronnie, Les quartiers d'exil, Le Seuil, 1992.

G. Ledrut, Sociologie urbaine,PU, 1973.

Geindre. François. Patrice Lançon. Le logement une priorité pour le XI plan. Paris : la documentation française ; 1999.p 100.

Philippe Bernard, Controverse sur le droit au logement à la conférence d'Istanbul ; Paris : l'Union Sociale pour l'Habitat, 2003 p 20.

H. Lefebvre, La révolution urbaine, Gallimard, Collection Idées, 1970.

J. Brun et C. Rhein, La ségrégation dans la ville, L'Harmattan, 1994.

J-M. Stebe, La crise des banlieues,PUF, Collection « Que sais-je ? »,n°9507,1999.

Jaglin S., 1995. Gestion urbaine partagée à Ouagadougou : pouvoirs et périphéries (1983-1991), Karthala-ORSTOM.

José Foyère, Une loi « Anti- Ghetto en Pointillé » ; le monde, 18 octobre 1930, novembre 20.

Le Bris E., 2000. « Ouagadougou : de l'immobilisme à l'entropie », in Dureau F., Dupont V.,

Lelièvre E., Lévy J.P. et Lulle T. (coord.), Métropoles en mouvement : une comparaison internationale, Anthropos et IRD, pp. 381-392.

Marie A., 1989. « Politique urbaine: une révolution au service de l'État », Politique Africaine, n°33, pp. 27-38.

Mbow Lat Soucabé, 1999 - Entre Plateau et Médina : un programme d'aménagement urbain à Dakar. L'expérience du réaménagement de l'îlot Petersen à Dakar. *Les Cahiers d'Outre-Mer*, Bordeaux, janvier-mars 1999, n° 205, p. 75-92

Ministère du logement, des Affaires foncières et de l'urbanisme ; Bamako ; stratégie de développement des villes du Mali : 28 janvier 2009.

Ministère de l'Urbanisme et de l'Habitat : Stratégie Nationale du Logement, Organisation et mise en œuvre.

Office Malien de l'Habitat ; Communication Verbale au Conseil des Ministres ; Bamako ; 2004.

Office Malien de l'Habitat ; Communication Verbale au Conseil des Ministres ; Bamako ; 2005.

Ouattara A. et Somé L., 2009. La croissance urbaine au Burkina Faso, rapport d'analyse des données du RGPH-2006, INSD.

Ouattara A., 1990. « Des lotissements aux cités : les facettes d'une politique de logement à Ouagadougou de 1960 à nos jours », in Le Bris E. et Giannitrapani H., Maîtriser le développement urbain en Afrique sub-saharienne, Actes du colloque international de Ouagadougou, 1er-5 octobre 1990, ORSTOM, pp. 510-519.

Ouattara A., 2005. « Gestion foncière et front d'urbanisation au Burkina Faso : le cas de Ouagadougou », in Coll J-L. et Guibbert J- J., L'aménagement au défi de la décentralisation en Afrique de l'Ouest, Presses Universitaires du Mirail, pp. 181-202.

Ouédraogo N. H., 1991. Aménagements urbains et spéculation foncière et immobilière à Ouagadougou de 1960 à nos jours, mémoire de fin de cycle, ENAM.

Somé B., 1982. La restructuration des quartiers spontanés à Ouagadougou : l'expérience de Wagadogo-Nonsin, rapport de stage en Urbanisme.

Sory I., 2013. « Ouaga la belle ! » Gestion des déchets solides à Ouagadougou : enjeux politiques, jeux d'acteurs et inégalités environnementales, Thèse de doctorat en Géographie, Université Paris 1 Panthéon-Sorbonne.

Osmont Annick, 1993 - La régularisation foncière à Dalifort (Dakar, Sénégal) ou comment se passer des communes. In : Jaglin S. et Dubresson A., (dir.) - *Pouvoirs et Cités d'Afrique noire. Décentralisations en question*. Paris : Karthala, p. 47-66

Salem Gérard, 1998 - *La santé dans la ville. Géographie d'un petit espace dense : Pikine (Sénégal)*. Paris : Karthala, ORSTOM, 350 p.

Sané Y., 2009 - *Les processus actuels de l'urbanisation dakaroise. Entre expansion et complexité de gestion. Enjeux de la périphérie Est*. Pessac : Thèse de doctorat, Université Michel de Montaigne - Bordeaux 3, 375 p. + annexes.

Seck Assane, 1970 - *Dakar, métropole ouest-africaine*. Dakar : IFAN, 516 p., coll. « Mémoire de l'IFAN ».

Segaug Marion, Brun Jacques et Driant Jean-Claude, dir., 2003. - *Dictionnaire de l'habitat et du logement*. Paris : Armand Colin, 451 p.

Sénégal. Agence Nationale de la Démographie et de la Statistique (ANSD), 2012 - *Étude monographique sur les services immobiliers du logement à Dakar (EMSIL)*. Dakar : MEF-ANSD, 83 p.

Vernière Marc, 1973 - Campagne, ville, bidonville, banlieue : migrations intra-urbaines vers Dagoudane-Pikine, ville nouvelle de Dakar (Sénégal). *Cahiers ORSTOM, Série Sciences Humaines*, Paris, vol. X, n° 2-3, p. 217-243.

Web graphie : [www.Ohm mali.org.ml](http://www.Ohm.mali.org.ml). Consulté le 13/04 :2020.

© 2020 DIALLO, License BINSTITUTE Press. Ceci est un article en accès libre sous la licence the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>)



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

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

Reçu, 29 Juillet 2020

Accepté, 20 Août 2020

Publié, 29 Août 2020

<http://revue-rasp.org>

Recherche

L'école au Mali : regards sur la variation des crises et leurs mécanismes de gestion

Moctar SIDIBE

Enseignant-chercheur à l'Ecole Normale d'Enseignement Technique et Professionnel (ENETP)

Tel : (00223) 79100539/69724945

E-mail : moctarsidibe1@yahoo.com

Résumé

Cet article fait état des variations des crises scolaires au Mali allant de l'époque coloniale à la dernière république (démocratique). Il contribue à déterminer les différentes variations de ces crises selon les différentes républiques que le pays a connues. L'étude détermine également des approches de gestion adoptées face auxdites crises. Elles ont évolué selon les trois républiques de l'inadéquation des innovations aux phénomènes de grèves d'enseignants et d'élèves en passant par les précaires conditions de vie et de travail des acteurs. Les approches de gestion de ces crises sont dominées par l'intimidation, la violence, l'usage de l'argent ou l'éloignement des acteurs par la mutation. Cette étude a été réalisée suite à un travail de recherche documentaire complété par un questionnaire et des interviews auprès des acteurs soit respectivement 420 et 10 personnes pour des besoins d'analyses quantitatives et qualitatives. L'observation a été sollicitée notamment lors des réunions de crises. Les modes de gestions scolaires sont très critiqués par la majorité des acteurs. La précarité des conditions de vie et de travail est évoquée par 98 % des acteurs enquêtés ; 85 % d'entre eux soulignent le taux élevé d'exclusion et de redoublement comme une crise à laquelle l'école malienne est confrontée. Ils sont 42 % et 31 % à être respectivement non satisfaits et pas du tout satisfaits de la gestion de ces crises. Parmi les approches de gestion actuelles des crises scolaires, (9 %) des acteurs font seulement recours à la tenue du conseil de disciplines face aux crises scolaires. Cependant, ils sont 95 % à évoquer l'intimidation comme approche de gestion face aux crises scolaires. Néanmoins, ils prônent à l'unanimité le dialogue et sont 83% et 81 % à suggérer respectivement l'écoute attentive des inquiétudes d'acteurs et leur responsabilisation dans la gestion des crises scolaires.

Mots-clés: Ecole-Mali-crise scolaire-acteurs scolaires- mécanismes de gestion

Summary

This article reports on variations in school crises in Mali from the colonial era to the last (democratic) republic. It helps to determine the different variations of these crises according to the different republics that the country has known. The study also determines the management approaches adopted in response to such crises. They have evolved across the three republics from the inadequacy of innovations to the phenomena of strikes by teachers and students, to the precarious living and working conditions of the actors. Approaches to managing these crises are dominated by intimidation, violence, the use of money or the alienation of actors through mutation. This study was carried out following documentary research supplemented by a questionnaire and interviews with stakeholders, namely 420 and 10 people respectively for the purposes of quantitative and qualitative analyzes. Observation was requested in particular during crisis meetings. School management methods are highly criticized by the majority of stakeholders. The precariousness of living and working conditions is mentioned by 98% of the actors surveyed; 85% of them point to the high rate of exclusion and repetition as a crisis facing the Malian school. They are 42% and 31% to be respectively dissatisfied and not at all satisfied with the management of these crises. Among the current approaches to managing school crises, (9%) of the actors only resort to holding a disciplinary council in the face of school crises. However, 95% cite bullying as a management approach to school crises. Nevertheless, they unanimously advocate dialogue and 83% and 81% respectively suggest active listening to the concerns of stakeholders and their empowerment in the management of school crises.

Keywords: School-Mali-school crisis- school stakeholders- management mechanisms

1. Introduction

Les crises ont étouffé à des moments différents l'histoire du système éducatif malien. Leurs répercussions ont parfois constitué des « goulots d'étranglement » à ce système scolaire singulièrement depuis 1985. Il aura question des tensions, des confrontations d'idéologies ou encore des situations de désaccords entre acteurs qui ont miné l'école malienne. Ces situations conflictuelles se manifestent sous de types variés. Nous pouvons en citer : les conflits de valeurs, d'intérêts qui feront objets d'analyses plus détaillées ultérieurement. Nous constatons une variation de ces crises scolaires dans leurs manifestations en fonction des spécificités qui caractérisaient les systèmes de gouvernance au Mali : l'avènement de l'école sous l'ère coloniale, la première république (régime socialiste), la deuxième république (régime militaire), la troisième république (la démocratie). Cette étude contribue à répertorier les différentes crises qui minent le système scolaire malien et analyser les modes de gestion adoptés face à ces crises. Différents régimes politiques se sont succédés avec chacun ses spécificités de crises sur l'espace scolaire malien. Ces crises connaissent des variations qui sont entre autres : des années blanches, des licenciements abusifs, des arrestations arbitraires, des exclusions d'élèves et d'étudiants, des assassinats, l'instabilité des réformes et des innovations pédagogiques. La diversité des acteurs scolaires entraîne une confusion dans les rôles et responsabilités. Carra, C. (2006) trouve que le refus d'un partage de responsabilité dans les défaillances éducatives peut instaurer une relation nébuleuse entre les acteurs de l'école. La démocratisation de l'enseignement complétée par la décentralisation de l'école a fait accroître la demande sur l'offre. Aussitôt, des difficultés se sont manifestées en termes d'infrastructures, de ressources humaines et d'équipements scolaires. L'évolution sociale a aussi entraîné un changement au niveau de la législation scolaire et des perceptions d'acteurs sur les faits scolaires. En effet, les sanctions font objets aujourd'hui de beaucoup de tensions entre les acteurs de l'école. Casalfiore, S. (2003) expose les divergences d'opinion entre les parents d'élèves et le personnel de l'école sur les sanctions scolaires. Les premiers trouvent les sanctions disproportionnées et les seconds comme nécessaires pour la bonne marche du système. Il y a également le fait que les attentes éducatives des familles et de l'école soient différentes. Ainsi, une crise se manifeste. Migeot-Alvarado, J., (2000) rapporte qu'il existe des tensions, des confrontations et pressions entre les deux principales instances d'éducation et de socialisation de l'enfant-élève. L'auteur situe la source de ce conflit dans le clivage entre instruction et éducation.

La perspicacité a généralement manqué dans les stratégies de résolution de ces crises. Les modes de gestion ont varié de l'extrême violence à de l'indifférence. Les libertés individuelles sont des fois menacées tout comme la promotion professionnelle.

2. Matériaux et méthodes

2.1. Présentation de la zone d'études

Le Mali est un vaste pays de l'Afrique de l'ouest s'étendant sur une superficie de 1 241 238 km². La plus grande part de la population habite en zone rurale. Outre la capitale Bamako, les villes principales sont Kayes, Ségou, Mopti, Sikasso, Koulikoro, Kidal, Gao, Tombouctou. La population du Mali est divisée en plusieurs communautés : les Bambaras, les Soninkés, les Peuls, les Sénoufos, les Bwas, les Bozos, les Dogons, les Songhaïs, les Khassonkés, les Touaregs, les Sonrhais...

En 2018, près d'un tiers de la population malienne vivait dans des zones touchées par le conflit. Les

enfants et les jeunes, en particulier les filles en souffrent le plus. En effet, ils font face à un accès limité à l'éducation scolaire. Plus de 1 100 écoles au Mali sont fermées pour cause de l'insécurité. Les enfants âgés de 5 à 17 ans sont en dehors du système scolaire pour des raisons liées à l'insécurité, (Unicef, 2020).

2.2. Méthodologie

La méthodologie de la présente étude a consisté à la collecte d'une masse documentaire relative aux différentes crises connues par l'école malienne depuis l'ouverture de la première institution scolaire en 1886. La fouille documentaire a permis de faire non seulement la chronologie des événements mais aussi leurs variations en fonction des réalités sociopolitiques et économiques du pays. En marge de cela, nous avons élaboré un guide d'entretien à l'intention des personnes ressources qui ont d'une manière ou d'une autre contribué à la gestion des crises scolaires au Mali. Ces personnes y sont intervenues en qualité de parent d'élève, d'administrateur scolaire ou de syndicaliste. La technique de l'échantillonnage par boule de neige a été sollicitée pour le choix des enquêtés. Les interviews effectuées ont permis la production des discours d'enquêtés qui ont été soumis à une analyse qualitative. Nous avons administré un questionnaire auprès de 420 personnes (enseignants, directeurs d'école, parents d'élèves et élèves). Les données collectées suite à l'administration du questionnaire ont servi à l'établissement des tableaux statistiques. Nous avons aussi fait recours à l'observation participante notamment lors des rencontres scolaires. Comme technique d'enquête, elle a aidé à appréhender des attitudes d'acteurs lors des réunions de crises ou encore celles des enseignants dans leur relation avec les élèves pendant leurs pratiques pédagogiques.

3. Variations des crises scolaires au Mali

3.1. Ecole sous l'ère coloniale

Le système éducatif malien est un legs du colonisateur (français). Ainsi conviendrait-il mieux de faire un aperçu sur l'école coloniale dans le Soudan (l'appellation du Mali avant son indépendance en 1960). L'école dans son implantation au Mali a semé un malaise social, (Sidibé 2019). Non seulement importée mais aussi imposée avec une idéologie contraire à celle de la population d'accueil, elle n'a alors pas bénéficié de l'assentiment commun. L'école dans ses débuts au Mali n'avait pas pour finalité d'assurer le bien-être des bénéficiaires ou de la communauté mais plutôt d'inculquer une philosophie de rejet des cultures du terroir tout en favorisant la formation des jeunes au service du colonisateur. Le personnel de formation loin d'être de professionnels en la matière était constitué de soldats et sous-officiers militaires. Ainsi naquirent les premiers conflits qui avilirent son image. A cela s'ajoute le fait que les enfants de la grande chefferie étaient les cibles principales concernées par la scolarisation. Cette pratique est corroborée par Diambomba, M., cité dans la thèse de doctorat de Loua Seydou (2012) en ces termes :

« C'est en 1886-1887 que l'école des otages (enfants pris aux chefs des territoires) ouvrit ses portes à Kayes par Gallieni, à l'époque, premier commandant supérieur du soudan français. Comme dans les autres colonies françaises, l'instruction avait pour but essentiel de former les cadres défenseurs de l'influence française notamment par un enseignement au rabais. Les cours dans cette école étaient assurés par des sous-officiers et soldats qui enseignaient les rudiments de la langue française, de la lecture, de l'écriture, du calcul. En 1895, cette première école devient l'école des fils de chefs par discrimination. Les niveaux d'instructions étaient alors les suivants : l'Ecole élémentaire d'une durée de 4 ans dont deux au cours préparatoire et deux au cours élémentaire était située dans les gros villages ; l'Ecole régionale d'une durée de 6 ans était sanctionnée par le Certificat d'Etudes Primaires Élémentaires ».

Une telle pratique rendit difficile l'acceptation de la culture scolaire par les populations

autochtones du fait surtout de sa forme développée pour envelopper les enfants de la chefferie.

A cela faut-il ajouter l'inadaptation des programmes de formation dans cette école. Ses produits étaient censés connaître la France mieux que le Mali. La géographie et l'histoire qui y étaient enseignées, n'étaient point locales. Les réalités scolaires loin de répondre aux attentes de la grande société ou encore ne tenant pas compte de l'environnement socioculturel du milieu, l'école rendit difficile l'intégration sociale des premiers formés. Ainsi, les conduites adoptées par ces bénéficiaires entraînèrent une distanciation énorme des populations de l'école. Nous convenons de dire que l'école dans son avènement n'a pas bénéficié de l'adhésion libre des populations autrement dit la scolarisation n'a point passé par un système de volontariat.

3.2. Ecole malienne sous la première république

Après l'ascension du Mali à la souveraineté nationale en 1960, des crises continuèrent toujours à émailler son système éducatif. Suite à l'évaluation du legs colonial dans le domaine de l'éducation, le bilan s'avérait très critique. A l'indépendance en 1960, 7% de la population malienne étaient passés par l'école française et 93% étaient qualifiés d'analphabètes¹. Pour ce faire, le Mali à l'instar d'autres pays africains après la conférence d'Addis -Abeba sur l'éducation en 1961, entreprit en 1962 une réforme au niveau de son système éducatif en vue de dénouer avec l'héritage colonial. Cette option avait pour but de lier l'école aux réalités socioculturelles du pays. Ce défi lancé avait également pour vocation de pouvoir réunir les différents acteurs de l'école malienne autour d'un objectif commun. Cette réforme tant souhaitée mais malheureusement trop hâtive et ambitieuse ne pût pallier les crises de dysfonctionnement de l'école malienne bien que le taux de scolarisation s'éleva à 24% en 1964, (Bleck, 2011) cité par (Abdourahmane Idrissa et al 2012). Cet échec, nous le situons encore aux poids culturels de l'éducation coloniale car il faut le signaler, les initiateurs de ladite réforme n'étaient autres que les produits de ce système légué. La première république fut une période d'ambitieux projets éducatifs mais bloquée dans son élan par la faible situation économique du pays. Les infrastructures d'accueil en insuffisance numérique, la qualité du service rendu par l'école n'était pas à la hauteur du souhait. Le personnel enseignant qualifié n'étant pas encore en nombre suffisant, le pays a dû avoir recours à des enseignants de tous les profils. Les premiers enseignants du Mali indépendant pouvaient changer la donne et favoriser l'adhésion des populations à l'esprit de l'école si toute fois les résultats parvinrent à être satisfaisants comme le souligne (Delors, J. 1996) :

« Si le premier maître que rencontre un enfant ou un adulte est insuffisamment formé et peu motivé, ce sont les fondations mêmes sur lesquelles se construisent leurs apprentissages à venir qui manqueront de solidité ».

Nous voudrions par ce passage montrer que l'école malienne s'appuyait déjà à sa naissance sur un pied d'argile. Des enseignants insuffisamment formés s'inspirant, de surcroît du modèle d'enseignant colonial, ne purent répondre aux attentes sociales si l'on s'en tient aux articles 4 et 5 du Décret N° 167-PG-RM du 31 août 1963. L'article 4 dudit Décret stipule :

« L'admission a lieu sur titre pour les titulaires du Diplôme d'Etudes Fondamentales (DEF) ou sur concours du niveau du DEF. Aucun diplôme n'est exigé pour pouvoir se présenter au concours. Cependant l'âge d'admission aux Centres Pédagogiques Régionaux est fixé à 17 ans au minimum ».

¹ Mali, (janvier 2000), Grandes orientations de la politique éducative, PRODEC, 74 pages

Quant à l'article 5, il précise : « *la durée de la scolarité dans les Centres Pédagogiques Régionaux est fixée à une année consacrée à la formation professionnelle assortie de compléments de culture générale* ». Il est aussi à souligner que précédemment le Mali avait procédé le 06 août 1962 au recrutement d'enseignants venant de différentes corporations. Ces enseignants communément appelés « les six aoûtards » moins qualifiés ne pouvaient concilier l'école à la population. Les méfaits de cette pratique se font soulignés par (Traoré, S. 2000) comme suit :

« Le système de recrutement des élèves-maîtres et des maîtres (les six aoûtards) ainsi que la durée de la formation dans les CPR nous montrent que l'accent était plutôt mis sur la quantité des maîtres à former pour élever le taux de scolarisation que sur la qualité de leur formation. On assistait ainsi, à cause des maîtres peu motivés à enseigner (on se dirigeait vers l'enseignement faute de mieux), à une baisse lente, mais progressive de la qualité de l'enseignement ».

Alors la dichotomie entre acteurs continua. Les populations toujours méfiantes de la culture scolaire, optèrent moins pour confier l'éducation de leurs enfants à l'école. L'école malienne resta toujours moins attrayante car elle ne répondait toujours pas aux attentes sociales.

Par ailleurs, il convient de signaler les retombées des valeurs arabo-musulmanes sur l'épanouissement de l'école « française » au Mali. L'islamisation « précoce » du pays a fortement impacté sur l'attitude des populations à l'égard de l'école. Une nouvelle tournure fut donnée à l'expansion des valeurs arabo-musulmanes avec l'ouverture des premières médersas. En 1963, l'arrêté (n° 442 MEN du 20 mai 1963) du Ministère de l'Education Nationale décide de la création des médersas non confessionnelles. Cela conduisit à la création des médersas privées à Ségou et à Kayes inspirées de la médersa de Tombouctou ouverte par le colonisateur en 1910 et de celle de Djenné en 1913. (Abdourahmane Idrissa et al 2012) avancent que l'école « classique » était vue aux yeux de la majorité comme lieu de formation des « cafres » (personne ne bénéficiant pas du salut divin). Cette étiquette était collée à l'homme blanc suite à toutes les endurances que les populations avaient connues pendant les siècles de l'occupation occidentale. Les médersas de plus en plus désireuses diminuèrent la demande sociale en matière de l'éducation scolaire. Cette situation se fit plus sentir surtout dans la partie nord du pays notamment dans les localités de Tombouctou et de Mopti.

Au-delà des quelques handicaps causés par des structures favorables à la promotion des valeurs arabo-musulmanes dans le champ de l'éducation scolaire au Mali, force est de constater le poids du français (langue étrangère) comme médium d'enseignement. Malgré la manifeste volonté des autorités de la première république pour le redressement de l'école malienne, la langue du colonisateur toujours en usage semait une distanciation des populations de l'école. La langue reste toujours identitaire à un peuple et porteuse de sa culture. Ainsi, l'un des objectifs de la réforme de 1962 à savoir « décoloniser les esprits » resta difficile à atteindre sinon figé. L'école malienne encore « fille esclave » de celle coloniale par la langue d'enseignement ne parvint toujours pas à conquérir l'esprit du Malien après presque une décennie d'existence.

3.3. Ecole malienne sous la deuxième république

Cette période qui s'étend de 1968 à 1991, marque la page sombre de l'histoire de l'école malienne. Le climat scolaire fut le plus pollué ; des agitations sur les questions scolaires devinrent multiples. Bref, des tensions montèrent entre les acteurs. Des situations conflictuelles devinrent de plus en plus fréquentes entre les différents partenaires de l'école qu'ils soient techniques, financiers ou sociaux à savoir la Banque Mondiale, le Fond Monétaire International (FMI), l'Union Nationale

des Elèves et Etudiants du Mali (UNEEM), les syndicats d'enseignants et les autorités politiques nationales.

Les crises connues par l'école se répercutèrent plus avant tout sur son taux de scolarisation suite aux restrictions budgétaires. Cela se corrobore par les travaux de recherche de (Abdourahmane Idrissa et al 2012) :

« Les taux de recrutement annuel restèrent stables au lieu de progresser, tandis que la part du budget de l'Etat consacrée à l'éducation stagna ou décrut. En 1990, le taux de scolarisation était de 26%, à peu près le chiffre qu'il avait atteint sous le gouvernement Keïta ».

Ces auteurs continuent tout en signalant le dysfonctionnement sans précédent dans le système managérial de l'école malienne. Ils soulignent :

« Durant cette période, la situation de l'éducation se détériora au Mali, marquée par l'obsolescence des programmes, de sévères restrictions budgétaires et une absence complète de politique éducative, toutes choses se traduisant par le déclin des taux de scolarisation ».

Il n'est de nul doute que la réussite de tout système éducatif est liée à la clarté dans l'ordre de la définition de sa politique éducative. L'école malienne sous l'ère de la seconde république connut une violence sans précédent avec des mouvements étudiantins réprimés et finissant parfois dans un bain de sang. Des tensions entre les autorités de l'Etat et les étudiants conduisirent des fois à la fermeture des écoles ou encore à des pertes en vie humaine comme « l'assassinat » le 17 mars 1980 du secrétaire général de l'UNEEM. A propos Diallo Labass L. (2010) rapporte :

« Les premières contestations scolaires et étudiantines menées sous la bannière de l'UNEEM (union nationale des élèves et étudiants du Mali) ont, au début des années 80, à la fois dénoncé les conditions matérielles de fonctionnement de l'institution mais aussi les atteintes à la liberté et aux droits fondamentaux des élèves et étudiants et des citoyens maliens en général. Ce mouvement des élèves et étudiants, dans son désaveu de la gouvernance scolaire et politique, a été étouffé violemment et son leader emblématique assassiné ».

Nous observons là une violation ou restriction de la liberté de certains acteurs de l'école malienne. Un tel phénomène se montra très dégradateur du climat scolaire d'autant plus que les parents d'élèves ont fini par s'y mêler auprès de leurs fils.

La mauvaise posture économique du pays impacta négativement sur ses secteurs sociaux singulièrement l'éducation. Le Mali dût avoir recours à des partenaires comme la Banque Mondiale et le Fond Monétaire International. L'octroi des crédits pour sortir de l'impasse économique se conditionna dans le secteur de l'éducation à la mise en place de mesures nationales de restructuration et d'ajustement. Ainsi, le Programme d'Ajustement Structurel s'implanta et consista entre autres dans ce secteur à :

- ✓ une réduction drastique des investissements publics en éducation ;
- ✓ des départs à la retraite anticipée du personnel expérimenté;
- ✓ des compressions de personnel ;
- ✓ un gel du recrutement d'enseignants dans la fonction publique;
- ✓ la fermeture des écoles de formation de maîtres.

De telles mesures ne peuvent rester sans conséquences négatives. Incapable de répondre à la demande sociale, l'école au Mali s'éclipsa de plus. Les effets nocifs du PAS sur l'éducation scolaire sont repris par Diallo Labass L. (2010) dans sa thèse :

« Les conséquences sociales ont été douloureuses pour l'école et ses acteurs. Le FMI lui-même a reconnu quelques erreurs dans sa politique et entamé des réformes. Pour revenir sur les mesures du PAS en éducation, notons que la contractualisation de la fonction enseignante avec son

implication salariale et le niveau de formation ont fortement joué sur le fonctionnement des écoles et la qualité des enseignements».

Les structures de formation des maîtres diminuèrent en nombre pendant que la demande sociale de l'éducation s'augmenta. Ainsi, (Samake, B., juin 2008) dans son analyse lie la pénurie d'enseignants au Mali aux effets pervers du PAS : *« cette situation était née de l'application du programme d'ajustement structurel dans les années 80 qui a conduit entre 1985 et 1997, au départ à la retraite anticipée de 831 maîtres du second cycle et 276 maîtres du premier cycle et à la réduction du nombre d'établissements de formation initiale à seulement trois en 1989 ».*

Dans le souci de faire de l'école l'outil de promotion sociale, les autorités sous la deuxième république entreprirent des concertations, des innovations, des séminaires qui sont entre autres :

- ✓ les Centre à Orientation Pratique (COP) en 1970 ;
- ✓ la ruralisation en 1976 ;
- ✓ L'introduction des langues nationales en 1979 ;
- ✓ les états généraux de l'éducation en 1989.

Toutes ces tentatives ne purent pas nouer l'école à son environnement d'accueil. Un cumul d'échec s'enregistra. Ces ambitieux projets, parfois élaborés de façon hâtive, ignoraient le contexte socioculturel de la société malienne. Les acteurs de l'école avaient tous du mal à se faire entendre sur de mêmes conclusions dans leur opérationnalisation. Lesquelles conclusions toujours présentées comme assorties d'une concertation populaire se faisaient soit appliquées contrairement à son esprit de conception soit vues comme étant imposées par une des catégories d'acteurs.

Comme nous apprend la linguistique, l'enfant est plus actif dans sa langue maternelle que dans une langue étrangère. L'introduction des langues nationales comme souhaitée ne put favoriser une intégration entre l'école et son milieu. Elle connût une réticence non seulement du côté du personnel d'établissement mais aussi du côté des parents d'élèves. Un conflit de valeurs ou de compétences s'imposa. Face à l'échec criard de l'école en terme de garantie sociale pour ses produits, les populations n'approuvèrent pas dans leur majorité l'enseignement dans les langues nationales à leurs progénitures. Une autre réalité ayant été source de tensions entre les acteurs de l'école malienne via l'introduction des langues nationales est le caractère pluri-linguiste de la société malienne. Des localités polyglottes comme la région de Mopti en est un exemple. Chaque parent, dans un souci de conservation des valeurs de son ethnie, voit d'un mauvais œil son enfant apprendre dans une autre langue locale différente de celle maternelle.

Une des crises qui influa plus sur l'école malienne est la dégradation de la condition enseignante sous la deuxième république. Les attitudes de « dénigrement » des autorités vis-à-vis du personnel enseignant entraînèrent une perte de considération sociale à l'endroit de cette corporation de la part de bon nombre de couches socioprofessionnelles. Une des catégories phares d'acteurs scolaires (les enseignants) perdit l'estime de soi et celle sociale.

A partir des années 1990, les crises de l'école malienne atteignirent leur paroxysme. Toutes les catégories d'acteurs se mobilisèrent. Les revendications estudiantines deviennent plus radicales ; à cela s'ajoute l'approfondissement de la crise économique qui affectait le pays dans son fonctionnement. Les associations militantes et les syndicats d'enseignants s'activèrent davantage dans leurs revendications. A propos (Diallo labass L. 2010) atteste : *« En mars 1991, l'affrontement entre les scolaires, les syndicats, les associations et le régime militaire atteint son paroxysme. On dénombre plus de 200 victimes dans le camp des militants. La crise de l'école convoque une insurrection populaire ».* Ces mouvements appuyés par l'armée conduisirent à la fin de la

deuxième république au Mali. Donc, loin de connaître ses jours de gloire sous la deuxième république qui dura 23 ans l'école malienne écrivit les réelles pages sombres de son histoire de vie.

3.4. Ecole malienne sous la troisième république

Cette période marque l'avènement de la démocratie au Mali. Une nouvelle ère sonna avec un nouveau système de gouvernance. Les nouvelles autorités du pays pensèrent à la construction d'une nouvelle société malienne par une école citoyenne répondant aux attentes surtout sociales. Des perspectives se dégagèrent sollicitant l'implication de tous les acteurs de l'école malienne sans exception aucune. Mais faut-il encore dire que cette ouverture donnée ne permit pas une satisfaction de tous. Les uns et les autres se montrèrent très exigeants dans leurs requêtes. Il est à signaler que des tentatives de solutions eurent été observées par le gouvernement de transition qui convoqua, du 16 au 21 septembre 1991 au centre culturel islamique d'Hamdallaye, un grand forum dénommé « Débat national sur l'éducation ». Mais précédemment, le même gouvernement de transition conclut un accord avec le concours du Syndicat National de l'Éducation et de la Culture (SNEC), des Associations de Parents d'Elèves (APE) et l'AEEM qui renaissait de ses cendres, à travers le mémorandum du 11 avril 1991 qui s'articulait entre autres sur les points suivants :

- l'augmentation des bourses (de l'ordre de 75 %) ;
- la réintégration des bourses dans les établissements d'enseignement secondaire général, technique et professionnel dès octobre 1991 ;
- la suppression du système de la double vacation et de la double division dans l'enseignement ;
- la reprise des étudiants renvoyés pour insuffisance de travail.

Nous voyons là que satisfaire ces points cités ci-dessus dans leur totalité n'était pas non seulement chose facile mais également contribuerait à la dégradation du climat scolaire (voir le dernier point). Les restrictions budgétaires héritées de l'ancienne république ajoutées à l'insuffisance numérique de structures de formation de maîtres, la reprise des étudiants renvoyés ne pût laisser les enseignants indifférents. Ils le vécurent comme un manque de considération au regard de leurs mauvaises conditions de vie et de travail ou encore comme une atteinte à leur autorité. Alors resurgirent de nouvelles tensions. Des confrontations entre acteurs vinrent teinter négativement le climat scolaire de nouveau. Cette situation impacta sur le déroulement normal des cours. Nous assistions à des programmes annuels inachevés voire même des reports d'année. Cela se corrobore par les recherches de (Diakité, D., 2000) :

« Le Mali n'est évidemment pas en reste, lui qui, depuis 1990, n'a quasiment pas connu une année scolaire normale, c'est-à-dire calme, studieuse, académiquement validée sans qu'il y ait besoin d'un quelconque réaménagement de programmes en cours d'année. Ce fut le plus souvent des années tronquées, laborieusement validées, et même des années facultatives (1993) ou blanches (1994) ».

Toutefois cette situation mit en péril la qualité de la formation et entraîna une distanciation des bailleurs de fond en termes d'investissement et d'appui technique.

D'autres tentatives de solutions furent optées en vue d'endiguer les crises de l'école malienne ; une école qui devrait non seulement contribuer à la construction citoyenne, à faire face à la demande sociale croissante mais aussi au déséquilibre lié à des disparités d'ordre sexiste et régional. Nous en citons parmi ces tentatives de solutions :

- la Nouvelle Ecole Fondamentale (Loi 94-010 du 24 mars 1994) ;

- le séminaire national sur la scolarisation des filles (1994) ;
- le décret n° 94-448/PRM portant réglementation des écoles communautaires au Mali.

Ces options ou encore ces assises ne permirent d'effets satisfaisants bien que des améliorations furent senties. Les mobilisations des enseignants et de l'AEEM continuèrent. Les grèves perdurent de plus en plus. L'école manqua toujours à trouver un terrain d'entente entre ses différents acteurs.

Dans le souci d'impliquer les communautés dans la gestion scolaire, d'éviter une centralisation des décisions liées à la vie de l'école ; le Mali opta pour une décentralisation du secteur de l'éducation suite à celle territoriale adoptée lors de la conférence nationale de 1992. Elle avait la vocation de rapprocher l'école à sa communauté tout en les conciliant. Livrant une large liberté d'expression aux acteurs, la décentralisation de l'éducation s'implanta avec son nid de problèmes. (Traore Idrissa S. 2012-2013) rapporte :

« dans cette gestion collective, des conflits naissent entre acteurs dans le contrôle du champ scolaire. Ce qui montre que les écoles sont devenues des enjeux de pouvoir, des arènes soumises à de nombreux conflits (pouvoir, légitimité, valeurs, compétences, économiques) ».

Les écoles se transformèrent en espaces de confrontations dans leur système de management. Le climat se dégrade entre les acteurs. Certains jouent pour leur forte implication dans la vie scolaire, d'autres se voient empiétés dans l'exercice de leur fonction. Des enseignants qui trouvent des partenaires sociaux comme les Comités de Gestion Scolaire (CGS) et les Associations de Parents d'Elèves (APE) prédateurs et moins prêts pour une quelconque responsabilisation dans la gestion des affaires scolaires. Au même moment, ces derniers les voient comme des intrus, des insoucieux à qui il ne faut pas seuls laisser l'avenir de leur progéniture. L'auteur Traoré Idrissa S. continue loin pour montrer combien ce nouveau système de pilotage s'implante avec son corollaire de crises. Il avance : *« Le pilotage local a entraîné une nouvelle donne dans le contrôle du champ scolaire : l'exacerbation des conflits entre certains acteurs de l'école, la naissance de constants rixes, des soupçons d'hostilité. Chaque école est devenue une arène où se joue et s'éclate des conflits ».*

D'autres types de crises connues par l'école malienne sont également à évoquer. Celles-ci, bien qu'existantes depuis les premières heures de l'école malienne, s'implantent de plus en plus avec force. Une AEEM de plus en plus ouverte au champ politique se taille une place « d'intouchable ». Elle devient un véritable ressort de promotion académique (facilité d'admission lors des évaluations scolaires et universitaires) mais également professionnelle (une fonction offerte à des leaders au terme de leur cursus). Cette pratique détourne non seulement cette institution de sa raison d'être (défense du droit des scolaires et universitaires) mais sème également la terreur sur l'espace scolaire surtout pendant les élections des différents bureaux. Les évaluations perdent au jour le jour leur crédibilité du fait de leurs conditions d'attribution. Les moyens anormaux sont nombreux à être utilisés de nos jours pour avoir une meilleure note. Ceux-ci vont de l'usage de l'argent à l'offre du sexe. (Traoré Idrissa S. 2014) dans un article scientifique apparu dans la RUCAO après avoir étayé ces pratiques comme caractéristiques des crises scolaires au Mali, parle également d'une autre forme de corruption scolaire consistant à créer des situations de parenté ou à faire recours à un collègue de l'évaluateur. Il le dit en ces termes : *« Si dans le temps les enseignants ont été beaucoup critiqués pour avoir donné des MST, on peut les féliciter aujourd'hui malencontreusement d'avoir continué cette œuvre en donnant des MST ».* Il entend dire par MST (Moyennes Sexuellement Transmissibles et Moyennes Socialement Tordues).

4. Résultats

4.1. Crises scolaires au Mali, quelle gestion ?

Au compte de cette rubrique, nous récapitulons les crises scolaires de l'avis des acteurs et évaluons leur niveau d'adhésion aux mécanismes de gestion desdites crises. A ceux-ci s'ajoutent une analyse critique des modes de gestion actuels des crises et des propositions d'acteurs pour leur gestion efficace.

4.1.1. Crises vécues sur l'espace scolaire malien

Nous faisons là mention des crises auxquelles l'école malienne est confrontée dans son fonctionnement et organisation. Elles englobent des aspects pédagogiques et législatifs.

Tableau n°1 : récapitulatif des crises vécues, de l'avis des acteurs scolaires

Réponses Sexe	Instabilité des Innovations	Précarité des conditions de vie et de travail	Taux d'exclusion et de redoublement	Violation des libertés individuelles
Effectif	180	412	360	288
Fréquence	43	98	85	68

Source : enquête de terrain, mai 2020

Au regard de ce tableau récapitulatif des situations de crises scolaires, l'instabilité des innovations et la précarité des conditions de vie et de travail sont respectivement évoquées par 43 % et 98 % des acteurs scolaires. Aussi, 85 % des acteurs citent le taux élevé d'exclusion et de redoublement comme une des crises vécues dans les écoles maliennes ; 68 % d'entre eux évoquent la violation des libertés individuelles. Il s'avère que les changements brusques d'une innovation pédagogique à une autre fragilisent les acteurs pour une possible adaptation, tout comme les difficiles conditions entravent la réussite des pratiques d'enseignement et d'apprentissage et influent sur la motivation des acteurs. L'école serait encore très sélective contraignant des renvois ou des reprises de cours. Ces dernières situations créent non seulement un allongement de scolarité mais deviennent aussi porteuses de charges financières supplémentaires. Il apparaît aussi que des dysfonctionnements touchent au bien-être individuel. Cela se manifeste par : des sanctions disproportionnées, des mutations arbitraires, de révocation d'ordre professionnel.

4.1.2. Mesures de satisfaction des acteurs face aux modes de gestion des crises scolaires

La rubrique aborde l'avis des acteurs scolaires sur leur niveau de satisfaction face à la gestion des crises scolaires.

Tableau n°2 : relatif au degré de satisfaction des acteurs sur la qualité de gestion des crises scolaires

Réponses Sexe	Très satisfait	Satisfait	Non satisfait	Pas du tout satisfait	Total
Effectif	34	75	181	130	420
Pourcentage	08	18	43	31	100

Source : enquête de terrain, mai 2020

Au regard de ce tableau, 08% des acteurs scolaires interrogés sont très satisfaits de la gestion des crises scolaires ; 18% d'entre eux disent être satisfaits. Cependant, ils sont 43% et 31% à être

respectivement non satisfaits et pas du tout satisfaits de la gestion de ces crises. Ainsi, il s'avère que les acteurs scolaires sont majoritaires à désapprouver les modes de gestion des conflits scolaires. Les approches développées (généralement par les directeurs ou les enseignants) semblent moins adhérentes aux attentes de nombreux acteurs. Ainsi y a-t-il lieu de dire qu'un conflit mal géré pourrait tourner à de grandes difficultés voire la violence. La diversité des catégories, facteur de richesse de perceptions, semble moins exploitée.

Les constats lors des séances d'observations manifestent un sentiment d'autosuffisance du personnel scolaire notamment les directeurs d'école dans la gestion des crises scolaires. Les élèves et leurs parents sont moins écoutés et sont généralement invités à se soumettre aux décisions prises généralement à leur absence.

4.1.3. Modes de gestion des crises sur l'espace scolaire

Nous présentons là les différents modes de gestion auxquels les acteurs scolaires maliens font recours face aux situations de crises. Certains relèvent du modèle prescrit par la législation scolaire et d'autres de la pure convenance des particuliers.

Tableau n°3 : récapitulatif des modes de gestion des crises scolaires

Réponses Sexe	Conseil de discipline	Intimidation	Réunion interacteurs	Violences physique et verbale
Effectif	38	401	180	280
Fréquence	09	95	19	66

Source : enquête de terrain, mai 2020

A la lecture de ce tableau, la tenue du conseil de discipline et la réunion interacteurs de l'école sont respectivement évoquées par 09 % et 19 % des acteurs interrogés. Ils sont 95 % à affirmer l'intimidation comme mode de gestion des conflits et 66 % à évoquer le recours aux violences physique et verbale. Une analyse de ces pratiques de gestion des crises scolaires entend que les acteurs font moins recours aux principes de la législation scolaire (conseil de discipline) en la matière. Cela compromet l'efficacité des mécanismes de gestion déployés et développe un risque de personnalisation des approches qui peuvent être disproportionnées.

4.1.4. Propositions d'approches de gestion des crises scolaires

Les acteurs enquêtés ont proposé différentes approches pour une gestion efficace des crises scolaires. Puisque les crises sont récurrentes face à une pluralité de catégories d'acteurs, alors faut-il promouvoir des mécanismes de gestion participative dans une dynamique du respect des individualités.

Tableau n°4 : propositions d'acteurs sur les bonnes approches de gestion des crises scolaires

Réponses Sexe	Ecoute active	Dialogue interacteurs	Responsabilisation d'acteurs
Effectif	348	420	340
Fréquence	83	100	81

Source : enquête de terrain, mai 2020

A la lecture de ce tableau, 83% des acteurs scolaires enquêtés prônent l'écoute active des protagonistes pour une gestion efficace des crises scolaires. Ils sont unanimes (100%) à avancer que le dialogue entre les acteurs concernés contribue positivement à gérer lesdites crises ; 81% des acteurs

scolaires soulignent qu'une responsabilisation des acteurs sans exception est efficace pour la bonne gestion des crises scolaires. Ces résultats renseignent que les crises se résolvent bien si toutefois l'occasion est donnée aux acteurs à faire de débats francs et sincères dans la plus grande responsabilité. Chaque catégorie d'acteurs (Administrateur, enseignant, élève ou parent d'élève) doit être impliquée sans négligence aucune. Chacun doit pouvoir émettre ses opinions.

4.1.5. Regards critiques sur les modes de gestion de crises scolaires dans le système scolaire malien

Les crises de l'école malienne ont dans leur quasi-totalité manqué d'une réelle « volonté » de résolution dans leur gestion. D'un côté, il faut noter le caractère barbare ou violent, de l'autre côté un laxisme inédit consistant à faire déplacer la situation-problème. Les autorités ont généralement manqué au rendez-vous quand il s'agit d'adopter une attitude jugulatrice des crises scolaires. Toujours entendons-nous des discours politiques prometteurs mais vides dans leur concrétisation ne dégageant aucune perspective à long terme. La violence s'est peu à peu installée dans le champ scolaire. Elle est devenue l'arme la plus redoutable pour se faire entendre. Les autorités politiques et scolaires dans une démarche d'observation de la loi d'omerta « le silence » responsabilisèrent beaucoup plus l'AEEM. L'impunité gagna le terrain dans la gestion des crises scolaires. Le recours à la violence s'installa peu à peu. Les frustrations des acteurs parfois se traduisent à des scènes barbares conduisant des fois à une atteinte à la liberté des particuliers. Les témoignages d'un directeur d'école corroborent cela :

« Il est de plus en plus difficile de se sentir en sécurité sur l'espace scolaire. Les tables bancs et fenêtres de deux de nos salles de classe ont été saccagés l'an passé suite au passage des élèves grévistes (lycéens). De la même occasion, un enseignant a été lynché et insulté. Nous avons saisi les autorités scolaires et sécuritaires mais il n'a eu aucune sanction ».

Nous voyons là l'indifférence des autorités à vouloir bouter hors de l'école les pratiques vectrices d'une dégradation du climat scolaire. Une telle attitude sans une sanction valable donne du poids aux auteurs de troubles et développe chez les victimes des sentiments de résignation.

Les autorités politiques dans leur élan de gestion des crises scolaires ont parfois utilisé la force sur les autorités scolaires. Les premières traitent des fois les administrateurs scolaires non seulement de complices et mais également de catalyseurs des mouvements des élèves ou étudiants. Les propos du syndicaliste A M soutiennent cela en ces termes :

« Nos chefs d'établissements deviennent parfois des victimes malheureuses des tensions scolaires. Les politiques les en veulent maladroitement parfois et voudraient les soumettre à des mutations arbitraires. Des directeurs d'école sont souvent même relevés ».

Ainsi, au lieu d'être impliqués dans un processus de dialogue les administrateurs scolaires se voient déchus de leur fonction.

Une des mesures de résolution des crises scolaires est l'exclusion du dialogue des acteurs jugés « individus à problèmes ». Une telle pratique viole la liberté syndicale et les libertés individuelles. Nous citons à ce niveau « le silence obligé » des militants de commissions enseignantes. Des syndicalistes ou des enseignants sont dans des cas victimes d'intimidation de la part des autorités politiques et même scolaires.

Loin de s'engager dans une dynamique de résolution des crises via des législations fortes, on ne manque pas d'occasion pour faire recours à des chefs coutumiers, leaders religieux en vue de constituer une équipe de médiation pour faire entendre les uns et les autres. Une telle attitude mal négociée conduisit les autorités locales à la perte de leur autorité. Et des crises ainsi gérées ne sauraient

être enterrées pour longtemps. Elles renaîtraient de ses cendres aussitôt qu'un éventuel dysfonctionnement se présenterait. De telles conduites restent relayées par (Diakité, D., 2000) :

« les autorités se sont appuyées sur les notabilités traditionnelles et religieuses et sur les APE pour endiguer des situations de contestation. Composés en général de personnes âgées jouissant d'une certaine considération dans leurs localités, ces groupes sont devenus des acteurs incontournables dans la résolution de la crise ».

Partant de là, il n'est de nul doute que l'école dans la gestion de ses crises manque de stratégies adéquates. A propos, I D parent d'élève réagit de la sorte :

« Je suis parent d'élève et aussi membre de comité de gestion scolaire. Il faut admettre que les meilleures stratégies nous souvent pour une gestion durable des crises scolaires. Des parents d'élèves membres de syndicat d'élève sont convoqués chez le chef de quartier pour qu'ils fassent pression sur leurs enfants. Ils sont parfois convoqués à la police. Encore, il nous arrive d'impliquer des imams dans la gestion des crises au lieu d'engager un dialogue franc avec les protagonistes ».

En plus de cette conduite observée pour endiguer les crises qui rongent l'école malienne, (Maiga et al 1999) cités par (Diakité, D., 2000) ajoute :

« au niveau des régions leurs interventions revêtent un caractère quasi individuel. Les parents biologiques des leaders estudiantins sont interpellés sur le comportement perturbateur de leurs progénitures. Cette forme d'individualisation de la question agit sur les comportements des leaders, qui au risque de déshonorer leurs familles mettent un bémol à leur ardeur combative. Au nom de la tradition et des valeurs qui la sous-tendent, les chefs traditionnels arrivent à maintenir le calme dans leurs localités ».

Toutes ces formes de gestion de crises, loin d'être porteuses de sanctions législatives adéquates, restent inefficaces.

Une autre stratégie de gestion de crises adoptée par les autorités politiques et scolaires est l'usage de l'argent dans le financement des assemblées générales, des mouvements syndicaux ou encore auprès de simples particuliers jugés perturbateurs du climat scolaire. Ainsi, l'argent plus que désireux dans une société mal portante économiquement devient l'objet de lutte et facteur de multiplication de batailles à chaque fois que les besoins se feront sentir par des leaders « mercantilistes ». A propos, A C directeur d'école avance :

« Nous gérons les crises souvent selon les besoins de l'acteur protagoniste. La preuve en est que je laisse une somme d'argent à des leaders de syndicat d'élèves pour mettre mon établissement à l'abri de certaines grèves scolaires. Il en est de même entre ce groupe d'élèves et les vendeuses d'aliments aux devantures de l'école ».

Une autre conduite à déplorer dans la résolution des crises scolaires au Mali est la reprise dans le système d'anciens élèves ou étudiants renvoyés pour insuffisance de travail ou indiscipline caractérisée. Une telle pratique ouvre grandement la voie aux jeunes scolaires à l'adoption des conduites non conformes aux normes scolaires. Les leaders se voient presque tout permis et ne s'obligent quasiment aucune concession dans leurs conduites.

Il est également à décrier l'éloignement des leaders estudiantins de l'espace scolaire national par l'octroi des bourses sur l'étranger ou encore une proposition de « quoi à faire » c'est-à-dire du travail. L'Etat, dans une telle démarche, manque de perspicacité pour assainir l'espace scolaire. En effet, s'imposer au-delà des prescriptions législatives devient la voie royale qu'il faut suivre en vue d'une meilleure ascension académique et socioprofessionnelle.

Une nouvelle forme de gestion de crises scolaires s'installe de nos jours dans le champ scolaire au Mali. Elle sévit dans les relations conflictuelles entre les acteurs scolaires (enseignants) et leurs employeurs notamment l'Etat. Cette forme la plus répressive consiste non pas à faire une retenue sur les salaires des enseignants mais à développer un système de blocage net avec la prétention de conduire les employés à une asphyxie financière. Elle nuit davantage à la résolution des crises.

Conclusion

Le système scolaire malien est la victime d'un ensemble de crises. Celles-ci l'ont nettement freiné dans son élan de permettre à tous les enfants d'âge scolarisable de bénéficier d'une éducation scolaire de qualité. Lesdites crises ont évolué différemment d'un régime à un autre sous les trois républiques que le Mali a connues. En premier lieu, les toutes premières crises ont résulté de la recherche d'adaptabilité du système scolaire aux réalités nationales avec une insuffisance numérique en ressources humaines et matérielles. Ensuite suivirent les grognes pour dénoncer les précarités des conditions de vie et de travail des acteurs. L'école malienne paraît très sélective face à une demande sociale de plus en plus forte. Cette pratique contribue davantage à créer des crises. Les libertés individuelles sont aussi menacées du fait des approches de gestion des crises en cours : l'intimidation, révocation. Cependant, les meilleures stratégies ont quasiment manqué pour mieux juguler les crises. Rarement la recherche de solutions durables a primé. Alors faut-il profiter de la pluralité des catégories d'acteurs au bénéfice de la gestion des crises. Les principes de la législation scolaire doivent primer pour gérer les crises internes et celles interacteurs. L'écoute et le dialogue contribuent de façon efficace à juguler les crises. Encore faut-il que les acteurs se fassent confiance pour permettre une responsabilisation des uns et des autres dans la gestion des crises.

Références Bibliographiques

- ABDOURAHMANE Idrissa et al (2012), « Religion, demande sociale, et réformes éducatives au Mali », Research report 7, 56 p.
- BLECK, J. (2011). « Schooling Citizens: Education, Citizenship, and Democracy in Mali ». PhD dissertation, Department of Government, Cornell University.
- CARRA, C. (2006). « Violences à l'école primaire. Les expériences des enseignants et des élèves ». *Questions pénales*, vol. XIV, n°4.
- CASALFIORE, S. (2003). « Les petits conflits quotidiens dans les classes de l'enseignement secondaire : II. Nature des stratégies de résolution ». *Les cahiers de recherche en éducation et formation*, n° 20, p. 1-32.
- DELORS, J. (1996). *L'éducation, Un trésor est caché dedans*. Editions Odile Jacob
- DIAKITE, D. (2000) « La crise scolaire au Mali » *Nordic Journal of African Studies*9(3):p. 6-28
- DIALLO, Labass L. « Une école violente mais pacifiée. Une étude paradoxale du climat et de la victimation scolaire entre la France et le Mali ». Thèse de doctorat en sciences de l'éducation à l'Université Victor Segalen Bordeaux 2, 308 p.
- DIAMBOMBA, M. (1980) .La réforme scolaire au Mali : Essai d'analyse des facteurs qui atténuent ses résultats. Québec, Université Laval/Faculté des Sciences de l'éducation. 86p.
- LOUA S. (2012) « Efficacité interne de l'enseignement supérieur malien ». Thèse de doctorat en sciences de l'éducation à l'Université Lumière Lyon 2, 307 p.
- MAÏGA, A. I. et al. (1999). Expérience malienne en gestion des conflits : le conflit armé du Nord et la crise scolaire. *FGA III*, Bamako.

- Mali, (janvier 2000), Grandes orientations de la politique éducative, PRODEC, 74 p.
- MIGEOT-ALVARADO, J. (2000). *La relation école-familles « peut mieux faire »* Paris : ESF
- République du Mali, Arrêté N° 442 MEN du 20 mai 1963 portant création de médersas non confessionnelles
- République du Mali, Décret n° 167-PG-RM du 31 août 1963 fixant les conditions d'accès aux écoles de formation des maîtres
- SAMAKE, B. (JUIN 2008). «La formation des enseignants contractuels, SARPE ». Communication au séminaire International - CIEP «Professionnaliser les enseignants sans formation initiale : Des repères pour agir »
- SIDIBE, M. (2019). « Conflits entre acteurs de l'école et climat scolaire dans les écoles fondamentales (2^{ème} cycle) de l'Académie d'Enseignement de la Rive Droite du District de Bamako, Mali », thèse de doctorat en Sciences de l'éducation option Psychosociologie de l'éducation, IPU, 327 pages
- TRAORE I. Soïba. (2012-2013) « Pilotage des écoles et dynamiques des conflits entre acteurs à Kati : mécanismes, confrontations et compromis » *Revue RA N°11-12*
- TRAORE I. Soïba. (2014) « La crise scolaire au Mali, fille de la crise des valeurs sociales » *RUCAO*, n° 40
- TRAORÉ, S. (2000). « La formation des maîtres du 1er cycle de l'enseignement fondamental au Mali : Problèmes et perspectives ». *Nordic Journal of African Studies*9(3): 29-48
- Unicef. Les enfants au Mali. La plus grande richesse du Mali est sa jeunesse. www.unicef.org.org consulté le 26 juillet 2020 à

© 2020 SIDIBE, License BINSTITUTE Press. Ceci est un article en accès libre sous la licence the Créative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>)



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

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

Reçu, 20 Août 2020

Accepté, 07 Septembre 2020

Publié, 10 Septembre 2020

<http://revue-rasp.org>

Recherche

Risques sanitaires et nécessité de formation chez les maraîchères de Ferké en Côte d'Ivoire.

SILUE Donakpo^{1*}, SORO Nahoua Adama², KONE Siata¹

¹Sociologie ; Université Peleforo Gon Coulibaly, Korhogo, Côte d'Ivoire

²Sociologie, Centre Ivoirien de Recherches Economiques et Sociales / Université Félix Houphouët-Boigny de Cocody-Abidjan, Côte d'Ivoire

Correspondant : e-mail : sdonakpo@yahoo.fr contact (+225 07314633 / +225 05090392)

RESUME :

L'objectif de cette étude est d'identifier les risques sanitaires et la nécessité de formation pour un changement de comportement des maraichères de Ferké. Elle a eu pour but de collecter et de rendre disponibles des informations devant interpellier les acteurs de ce secteur agricole du pays. Pour atteindre cette fin, l'approche socio-anthropologique qualitative utilisée repose sur des entretiens semi-dirigés, l'observation directe et des focus group. L'étude s'est déroulée du 15 novembre au 29 décembre 2019 à Ferké (ville de la région du Tchologo en Côte d'Ivoire). La technique de choix raisonné a été retenue pour l'échantillonnage qui a mobilisé 94 personnes dont 87 maraichères, 4 agents de la santé et 3 responsables de l'Agence Nationale d'Appui au Développement Rural (ANADER). Les résultats montrent que dans cette localité, la majorité des pratiquantes installées sur les 25 sites visités est analphabète et ces femmes n'ont reçu aucune formation sur les cultures et l'usage des pesticides. Ainsi, dans cette pratique où les mesures sanitaires sont méconnues, ces femmes souffrent régulièrement de douleurs, d'infections parasitaires et respiratoires qu'elles attribuent à la fatigue. Ce qui dénote de leur ignorance et de la nécessité d'une formation agricole adéquate qui, en visant le développement socioéconomique, classe en première ligne la gestion des risques sanitaires liés à cette activité.

Mots clés : risques sanitaires, maraîchères, nécessité de formation

ABSTRACT

The objective of this study is to identify health risks and training needs for a change in the behavior of the Ferké market gardeners. Its purpose was to collect and make available information which should appeal to stakeholders in the country's agricultural sector. To achieve this end, the qualitative

socio-anthropological approach used is based on semi-structured interviews, direct observation and focus groups. The study took place from November 15 to December 29, 2019 in Ferké (city in the Tchologo region of Côte d'Ivoire). The reasoned choice technique was chosen for the sampling which mobilized 94 people including 87 market gardeners, 4 health workers and 3 officials from the National Agency for Support to Rural Development (ANADER). The results show that in this locality, the majority of the practitioners installed in the 25 sites visited are illiterate and these women have not received any training on crops and the use of pesticides. Thus, in this practice where sanitary measures are ignored, these women regularly suffer from pain, parasitic and respiratory infections which they attribute to fatigue. This indicates their ignorance and the need for adequate agricultural training which, by targeting socio-economic development, puts management of the health risks linked to this activity in the front line.

Key words : health risks, vegetable gardens, need for training

INTRODUCTION

Dans le monde, l'agriculture est le secteur qui emploie plus de 40% de la population active. Elle participe au développement socio-économique des populations. En Afrique et en Asie, elle est pratiquée par plus de 52 % de leur population active (MOMAGRI, 2016, P5 ; Yarou B. et al, 2017, P290). Selon le rapport de la FAO/PAM (2019, P29), le maraîchage est l'un des systèmes agricoles les plus productifs d'Afrique et il occupe dans ce secteur une place de choix pour la nutrition des populations. En Afrique de l'Ouest, il apparaît comme l'une des composantes principales de l'agriculture urbaine et périurbaine ayant une importance capitale dans le développement économique des villes (Pascal M. et al, 2019, P22). En Côte d'Ivoire, l'agriculture est le moteur du développement économique et social. Les espèces protéagineuses et les maraîchères sont des cultures de première importance pour l'alimentation de base dans le pays, car elles sont la principale source de vitamines et d'oligoéléments pour les populations urbaines (Kouakou et al, 2019 : 6748). Selon le CNRA (2019, P2), presque tous s'adonnent à la culture maraîchère qui occupe près de 60% de femmes et de jeunes des zones urbaines et périurbaines. A Ferké, comme dans plusieurs villes du Nord de la Côte d'Ivoire, les femmes et leurs enfants occupent les bas-fonds et autres espaces hydrographiques pour exercer cette activité. Ces femmes et enfants passent plusieurs heures à exploiter ces sites généralement approvisionnés en eaux usées issues des activités de production, des cours d'eaux, des rivières et des puits pollués. Pourtant, les eaux usées, les pesticides utilisés, ainsi que l'intensité du travail fourni dans le maraîchage font potentiellement courir des risques sanitaires à ces exploitantes dont l'essentiel des ressources alimentaires et financières provient de cette activité (Silué D. et al, 2019 : P117). En effet, l'un des éléments préoccupants des systèmes de production en maraîchage urbain est l'utilisation des eaux usées et des pesticides. En ce qui concerne les eaux usées, le contact prolongé de ces eaux apporte notamment le choléra, la typhoïde, la polio, l'hépatite A et E (par ingestion d'eau ou d'aliments contaminés), la schistosomiase et la diarrhée (Yoro B. et al, 2016 : P12). Quant aux pesticides, les exploitants du maraîchage utilisent souvent des produits (surtout non recommandés) pour assécher les herbes des superficies à emblaver et lutter contre les

insectes (Abou M. et al. 2018, P26). Dans le court terme, les effets liés à ces pesticides sont relativement des irritations cutanées ou oculaires, des céphalées, des nausées, des vomissements, des étourdissements, de la fatigue et une perte d'appétit. Dans le long terme, il en résulte les maladies et troubles neurologiques, les atteintes liées à la reproduction et au développement ainsi que les cancers (Samuel et al, 2019 : P5-6). Or en théorie, santé et éducation sont intimement liées, la santé peut notablement affecter l'éducation et l'éducation peut fortement affecter la santé (Calas, 2013, P18). Dans la culture de maraîcher, le comportement des femmes interroge sur le respect des mesures sanitaires, surtout quand celles-ci apprennent cette activité auprès des parents, des voisins et des amis. Avec cette « auto-formation » qui n'intègre aucune notion sanitaire, dans la pratique, il suffit pour ces femmes d'être assidues et de bien choisir ses espèces en fonction du marché, des sols et de l'approvisionnement en eau (peu importe la qualité). Ce qui dénote de leur méconnaissance des risques sanitaires liés à cette culture qui semble revendiquer en amont une sensibilisation et un encadrement agricole adéquats. C'est pourquoi, cette étude se donne pour objet d'identifier les risques sanitaires et la nécessité de formation pour un changement de comportement des maraîchères. De façon spécifique, il s'agit d'abord d'identifier le niveau de connaissance des maraîchères au regard des risques sanitaires liés à leurs professions, ensuite d'identifier le degré de formation agricole de ces dernières qui enfin déterminera la sensibilisation et l'encadrement agricole appropriés pour un mieux-être.

I - MATERIELS ET METHODES

I.1- Matériels

L'étude s'est déroulée du 15 Novembre au 29 Décembre 2019, dans la localité de Ferké située dans la région du Tchologo en Côte d'Ivoire. Le choix de cette zone est la conséquence d'une combinaison de plusieurs variables (ou critères). Cette région est marquée par une forte concentration de barrages agro-pastoraux, surtout que le département de Ferké en renferme à lui seule 35% (Koffi, 2007, P60). C'est pourquoi, cette étude sur la culture du maraîcher s'est étendue sur 25 sites d'une superficie de 37 hectares exploités par un effectif de 249 personnes dont 232 maraîchères. Ceci permet de relever, par ailleurs dans cette région, un fort taux de femmes maraîchères qui, par ignorance des risques sanitaires liés à leur activité, souffrent régulièrement de maladies parasitaires et respiratoires. En ce qui concerne la population cible de cette étude, il faut distinguer trois groupes : il s'agit des femmes pratiquant le maraîchage, des agents de santé qui ont reçu des patientes pratiquant le maraîchage et des agents (de l'ANADER) chargés de l'encadrement de ces maraîchères.

I-2 Méthode

Cette étude essentiellement qualitative a mobilisé les trois principales techniques suivantes : les entretiens semi-directifs, les focus group et l'observation directe (non participante). Dans le premier cas, l'outil de collecte utilisé est le guide d'entretien. Ce même outil qui a été utilisé pour animer les focus groups a été renforcé par des questions de relance à partir des réponses reçues. Ceci a permis d'approfondir les échanges et de clarifier certains aspects du sujet. Quant à la dernière technique,

l'outil utilisé pour rendre compte de l'observation directe a été le Smartphone qui a servi d'appareil photo et de caméra. Dans nos investigations, la technique de choix raisonné a été retenue pour l'échantillonnage et l'étude a mobilisé (94) personnes dont (87) maraîchères, 4 agents de la santé, 3 responsables de l'Agence Nationale d'Appui au Développement Rural (ANADER). Au regard de l'importance de la thématique et de l'intérêt accordé aux résultats obtenus, le traitement des données de cette étude a eu recours à la fois à l'analyse thématique puis à l'analyse de contenu.

II- RESULTATS

A l'issue de l'observation directe et des entretiens réalisés auprès des enquêtées, des observations ont été retenues à différents niveaux et concernent : les caractéristiques sociodémographiques des maraîchères, leurs pratiques du maraîchage, les précautions prises relatant leur niveau de conscience sanitaire, les maladies auxquelles elles sont exposées et la nécessité de formation.

II-1 CARACTÉRISTIQUES INDIVIDUELLES

Au niveau des caractéristiques sociodémographiques des enquêtés, il faut retenir que les ethnies dominantes sont le « Nafanra » et le « Gnarafolo » originaires de la localité d'étude. L'observation directe révèle que les femmes constituent la majorité des personnes rencontrées sur les 25 sites visités. Ce qui permet de dire que les femmes en zone urbaine s'intéressent beaucoup plus au maraîchage que les hommes. Dans l'exercice de cette activité, une minorité de jeunes appartenant à la tranche d'âge de 20 à 34 ans rivalise avec une majorité adulte dont l'âge varie entre 35 à 49 ans. Les jeunes maraîchères, avec une expérience de 2 à 5 ans, pratiquent généralement la culture du piment et des aubergines sur des surfaces relativement plus grandes. Quant aux maraîchères adultes qui ont au moins une expérience de 10 ans, elles pratiquent plusieurs cultures sur de petits espaces de moins de 150 m². Ces dernières qui sont la plupart veuves et chefs de ménage prennent en charge en moyenne 6 personnes.

Pour ce qui est de l'acquisition des parcelles qu'elles occupent, plusieurs d'entre elles ont hérité des parcelles de leurs parent(e)s ; cela justifie le fait que certaines maraîchères se retrouvent sur des sites différents. Mais les productrices installées au bord de la retenue d'eau de Kafalovogo 1 et 2 dans le cadre du projet PROPACOM¹, avaient une exploitation de 2,5 ha commune pour la culture de l'oignon. Toutefois le mode d'acquisition des parcelles pour la majorité reste le système des squats sur la base d'une entente avec le propriétaire terrien. Aucune exploitante ne loue sa parcelle comme le témoignent les propos suivants d'une maraîchère : « ...ça dépend si tu vois un basfond ou un coin d'eau où il n'y a pas quelqu'un tu t'installes mais dans le cas où il y a des productrices avant toi alors tu leur demandes de te céder une place dans le cas contraire, tu vois le propriétaire terrien »

¹Le Projet d'appui à la Production Agricole et à la Commercialisation Extension Ouest (PROPACOM-Ouest) est un projet de développement initié par l'Etat de Côte d'Ivoire avec un cofinancement du FIDA. Il est entré en vigueur le 21 novembre 2014 et son achèvement interviendra le 31 décembre 2020

(Focus group des maraîchères en aval du barrage de Kafalovogo 2). Ce système explique en partie la petitesse des surfaces occupées par la majorité des maraîchères et témoigne de la caractéristique d'une exploitation de type individuelle (voir figure1).



Figure 1: Parcelle de laitues d'une maraîchère site de mossibougou (Source : données de terrain Dr Silué le 15/11/19)

II-2 LES PRATIQUES A RISQUES SANITAIRES

Dans la pratique, les maraîchères de Ferké utilisent le labour comme technique culturale. Elles utilisent des instruments aratoires pour le faire juste avant les semis ou les repiquages des plants. Cette pratique conduit à un travail harassant qui amène les exploitantes à travailler plus de 8 heures par jour et pendant au moins six (6) jours par semaine. Telle est la tâche de ces femmes jusqu'à la récolte qui constitue le début d'un autre cycle de culture et c'est ainsi un perpétuel recommencement. Une autre difficulté de cette activité est liée aux règles du marché. Selon les données recueillies, les enquêtées ne se spécialisent pas à cause de l'incertitude de la demande sur le marché. « *On fait plusieurs cultures puisque le marché n'est pas stable et on ne sait pas ce qui va marcher ; il y a aussi le fait que certaines cultures meurent avant la production* » (focus group des femmes adultes du site

près de l'ancienne gare de Ouangolo). Pour ces maraîchères, le motif majeur du choix des cultures reste la demande des acheteurs et les incertitudes de production liées à des facteurs qu'elles ne maîtrisent pas. Ce que soutiennent les agents enquêtés de l'ANADER qui soulignent, d'une part le problème de l'originalité et/ou de la fiabilité des plants utilisés, et d'autre part trouvent qu'elles n'ont pas une connaissance parfaite des techniques culturales malgré leurs années d'expérience. Des maraîchères adultes, interviewées sur différents sites, ont témoigné ne pas maîtriser la culture de certains plants qu'elles souhaitent ou tentent de produire. Selon la première : « *Quand je fais les choux, après le premier traitement, les plants meurent* » (Entretien d'une femme de 52 ans en aval du barrage de Kafalovogo). Selon la seconde : « *Moi j'ai fait la salade plus de trois fois mais je n'arrive pas* » (Entretien d'une femme de 49 ans en bordure de Lôkpoho).

En ce qui concerne l'accompagnement d'un organe étatique ou privé, la majorité des exploitantes est livrée à elle-même. Par contre, celles de Kafalovogo 1 et 2 qui, dans le cadre du projet PROPACOM, étaient encadrées par l'ANADER pour faire uniquement la culture de l'oignon. En dehors de ce projet, elles ne bénéficient des conseils d'aucun organisme de protection. Elles ne disposent d'aucun matériel de stockage et leur production est destinée à la vente au jour le jour pour des revenus appréciés à peine selon les propos suivants : « *c'est un peu...un peu, on arrive à payer l'école des enfants mais comme ça ne vient pas un coup on ne sait pas si c'est beaucoup* » une autre du même site « *ça ne suffit pas c'est faible parce que le marché est froid* » (entretiens de 2 femmes adultes en bordure du Bandama blanc le 16 novembre 2019).

II.3 - COMPORTEMENT DES MARAICHÈRES AU REGARD DES RISQUES SANITAIRES

L'analyse du comportement des maraîchères au regard des risques sanitaires traite des caractéristiques de la culture du maraîcher, de l'usage des pesticides et de la gestion du matériel de production.

II.3.1- Les contraintes de la culture du maraîcher : un facteur de risque sanitaire

L'analyse des données révèle que la majorité des maraîchères retire la totalité de leurs revenus de subsistance du maraîchage. Le maraîchage est la principale activité qui constitue la seule source de revenu de ces femmes. Ainsi, elles consacrent la majeure partie de leur temps à exercer cette activité d'où elles tirent leurs subsistances comme le témoigne les propos suivants de cette femme : « *C'est de ces cultures que nous tirons les produits de la sauce, nous ne vivons que de ça* » (focus group des maraîchères de Kafalovogo 1). Ceci permet de comprendre la situation des maraîchères de Ferké qui, sans aucune aide, n'ont qu'une seule option : travailler durement pour survivre, surtout avec des outils rudimentaires telles que les dabas, les pioches et les machettes. On peut même imaginer la grosse fatigue et les différentes maladies issues de ce travail acharné et sans repos qui connaît des problèmes d'approvisionnement en eau potable.



Figure 2: Point d'eau et champ de diverses cultures d'un site d'exploitation (Source : Données de l'étude, Dr. Silué le 28/12/19)

Il faut savoir que pour exercer leur activité, ces maraîchères utilisent de l'eau usée provenant des puits sauvages, des marigots et des rivières, d'après le témoignage de dame Nakôrôba (53 ans, de Monsibougou) qui affirme : « *Ici nous ne buvons pas l'eau des marigots et des rivières où nous travaillons, mais ces eaux sont indispensables pour nos cultures* ». A travers ces propos, les maraîchères semblent ignorer la contraction des maladies hydriques par simple contact des eaux usées. Selon l'entendement de ces femmes, pour être contaminé, il faut avoir consommé de l'eau de mauvaise qualité. C'est le cas pour Awa (40 ans, de Kafalovogo 1) que nous avons observée et interviewée sur le site du barrage agricole : « *Quand l'eau est sale je ne la consomme pas et je ne la donne pas aussi à mes enfants. Pour cela nous n'avons jamais attrapé ces maladies de l'eau depuis que je travaille dans cette rizière pour nourrir la famille* ». Iguéléldjo son aînée qui produit des laitues et les feuilles vertes pour la sauce, n'est pas non plus consciente des risques de contraction de maladies hydriques : « *Mon fils, rester debout dans l'eau toute la journée ne donne pas maladie si non j'aurais attrapé cette maladie depuis que nous travaillons dans cette rivière. C'est ceux qui la consomment qui tombent malades c'est ce qui est arrivé à mon cousin qui travaille de l'autre côté. Le médecin lui a dit ça quand il était malade* ». En clair, les maraîchères n'arrivent pas à établir le lien de ces pathologies à l'exercice de leur activité. Cependant, à la question de savoir quelles sont les maladies dont vous souffrez souvent, elles citent les courbatures, les maux de pieds, les maux de genoux, la fatigue générale, les douleurs lombaires, le paludisme, la bilharziose et des maux d'yeux. On enregistrait les réponses comme : « *j'ai souvent mal au genoux mais je ne peux pas dire que c'est le site ou le travail puisque j'ai toujours ça malgré les médicaments que je prenais* » ou « *Ce n'est*

pas le champ mais c'est la fatigue qui fait qu'on a mal aux nerfs » ou encore *« il y a les brûlures de la peau et le palu mais je pense que c'est la fatigue et le soleil »* (focus groupe des maraîchères du site de Kafalovogo 2 en date du 16 Décembre 2019). Avec de telles conceptions, on comprend pourquoi les maraîchères font fi de l'usage des mesures préventives telles que le port de gants, de chaussures de travail et de cache nez surtout lors de l'usage des pesticides. Pour certaines maraîchères, le fait de ne pas porter de gants, est dû au problème financier et à leur inadaptation à travailler avec des gants. Quant à d'autres maraîchères comme dame Magnigui : *« le travail des gants est très lent et quand je porte les gants je n'arrive pas à trier les herbes des plants »* (focus groupe des femmes de plus de 50 ans en aval du barrage agricole de Kafalovogo 2). Et concernant le port de chaussures de travail, la majorité des exploitantes ne porte pas de bottes. Celles qui les portent, le font par crainte de morsure de reptiles et des piqûres des souches d'arbustes (piquants).

II.3.2- Utilisation des pesticides : action à risques sanitaires

Dans le traitement des plants, les résultats démontrent que les maraîchères ne tiennent pas compte des mesures sanitaires. Elles prennent des risques à ne pas se protéger lors des mélanges et de l'administration des pesticides. L'observation directe relève des personnes qui préparent et administrent des pesticides sans aucune précaution de prévention.



Figure 3 : Préparation et usage de bouillon de pesticides sans aucun moyen de protection. (Source : données de l'étude Dr. SILUE, 15/11/19)

En général, les productrices utilisent des tenues simples, qui sont des robes courtes ou déchirées soit des robes avec des manches courtes. Elles sont sans voiles ni masques de protection. Quand c'est un homme qui vient les aider, dans la même veine, il porte un vieil habit d'homme (chemise et pantalon usés). Celles qui tentent de se protéger utilisent seulement des foulards comme cache-nez. Avec ces femmes, la tenue de travail est la même aussi bien pour les labours que pour la préparation des bouillons de pesticides et leur administration. Et pour la préparation des produits, les moyens de bord sont utilisés tels que les bidons coupés, des seaux et les bouchons de flacons vides des pesticides (pour servir d'instruments de mesure), (voir figure 3).

Toutefois, pour l'administration des pesticides, nous notons l'absence de tout indice servant de girouette et pourtant les maraîchères prétendent toujours s'orienter dans le sens du vent avant toute action de pulvérisation. En conséquence, au cours du traitement, elles reçoivent souvent les produits en plein visage quand le vent est de sens contraire. En plus, ces activités qui sont censés se dérouler les matins et les soirs, se font à n'importe quel moment de la journée pendant que d'autres prennent leurs repas (déjeuners, collations et goûters). Par ailleurs, nous avons même constaté que certains pesticides tels que Curacron, Cypermethrine, Polytrine, Profenofos et autres, interdits sur les légumes, sont utilisés par certaines maraîchères. Cela constitue un risque sanitaire pour elles et pour les consommateurs (la population).

II.3.3- La gestion du matériel d'entretien un facteur de risques sanitaire

L'analyse des données permet de distinguer différents modes de gestion du matériel d'entretien. Il s'agit notamment de la conservation dans les buissons, dans les cultures et l'enfouissement. Ainsi, à la question comment conservez-vous le matériel d'entretien, des productrices ont indiqué que le matériel d'entretien est conservé sous des bâches ou sachets aux pieds d'un arbre, pour certaines, c'est dans les buissons ou sous le fumier comme l'indiquent les propos suivants : « *Je les garde dans le fumier ou sous la bâche* » (entretien d'une femme de 47 ans site gare de Ouangolo, Figure 4).

En ce qui concerne la gestion des restes de pesticides, un bon nombre de maraîchères prétendent les cacher dans les buissons hors de portée des enfants pendant que d'autres les enfouissent entre les cultures. Une minorité de pratiquantes utilisent totalement la quantité de produit qu'elles achètent. Les productrices maraîchères essaient à leur manière de résoudre le problème des emballages après utilisation de leur contenu. Sur le site de Kafalovogo 2, lors d'un entretien, une jeune dame s'exprimait : « *on ne peut pas garder ces boîtes on les jette en brousse* » ; une autre de plus de 40 ans disait à son tour : « *on les brûle ou on les jette dans l'eau* ». Somme toute, les contenants des produits utilisés qui sont jetés dans la nature ou brûlés, augmentent les risques sanitaires de ces femmes et de toute personne fréquentant ces sites. C'est le cas du barrage hydro-agricole de kafalovogo (Figure 4).



Figure 4: Gestion du matériel d'entretien et reliquats des pesticides (Source : Photo de terrain, Dr. Silué 29 novembre 2019)

II.4 - NÉCESSITÉ DE SENSIBILISATION ET DE FORMATION POUR UN CHANGEMENT DE COMPORTEMENT

L'analyse des données a permis de noter une nécessité de sensibilisation et de formation des maraîchères sur divers aspects du maraîchage. Il s'agit entre autres des risques sanitaires liés aux sites d'exploitation, à l'utilisation des pesticides et sur les techniques culturales.

Les sites de maraîchage présentent des risques dans la mesure où ces espaces sont des déversements d'eaux usées ou de mélange d'un cours d'eau douce et des déchets liquides provenant des ménages et des activités industrielles. Conscients de ces risques sanitaires, les urbanistes les délaissent car la présence prolongée d'hommes en de tels endroits est préjudiciable à la santé. C'est pourquoi, cette étude souligne la nécessité d'une sensibilisation et d'un encadrement agricole pour ces maraîchères qui y passent la majorité de leur temps dans de tels espaces sans adopter des mesures de précaution.

En ce qui concerne l'utilisation des pesticides, les résultats de l'enquête révèlent trois sortes de problème : Il est question des intoxications humaines, de la pollution des sites d'exploitations, et de l'absence d'informations adéquates sur les pesticides obsolètes. Au niveau des intoxications humaines, il est à noter dans la plupart des cas, les maraîchères les minimisent parce qu'elles ignorent les dangers que représentent les pesticides. Ainsi, elles ont tendance à les manipuler sans grande précaution et procèdent souvent même à la réutilisation des contenants.

Du côté des sites d'exploitation, le sol et l'eau constituent les principaux supports d'exploitation. Ils sont par conséquent les principaux vecteurs de collecte des excédents de pesticides. Ainsi, lorsqu'on utilise des pesticides de façon abusive sur les sols et dans les points marécageux ou cours d'eau, cette

pollution a un effet d'entraînement sur l'environnement et la santé humaine. Aussi, l'absence de moyens de stockage ou d'élimination adéquats des pesticides obsolètes peut-il avoir un impact durable sur l'environnement et la santé humaine. Surtout que, certains de ces produits tels que le Gramquat et l'Atrazine, jugés extrêmement toxiques, sont aujourd'hui interdits d'usage dans le pays. Ce qui témoigne encore de la nécessité d'une sensibilisation et d'un encadrement de ces maraîchères. A niveau de la connaissance de techniques culturales, il faut retenir que les productrices de la zone d'étude n'ont reçu aucune formation initiale sur l'activité avant sa pratique. A cet effet, la majorité souhaite avoir une formation sur le maraîcher en général et en particulier sur certaines cultures telles que les laitues, les choux, l'oignon et autres. C'est le cas d'une dame adulte de 45 ans trouvé sur le site proche de l'ancienne gare de Ouangolo qui rapporte : *« s'il y a formation pour la salade (la laitue), l'oignon et les choux, c'est ce que je vais faire parce que ça fait plusieurs fois que je fais mais je ne gagne rien et ça meurt ; j'ai même appelé un vieux pour me montrer comment on fait mais ça n'a pas marché et pourtant, au marché mes clients demandent plus les choux et la salade »*. Certainement cette formation aux techniques culturales sera profitable pour ces maraîchères qui pourraient mieux s'organiser et étendre leur production. (Voir figure 5).



Figure 5: Petite exploitation non clôturée appartenant à 5 maraîchères (Source : photo de terrain, Dr.Silué, le 09 décembre2019)

III- DISCUSSION

Les résultats de cette étude sur les risques sanitaires de la culture du maraîchage à Ferké et la nécessité de formation des maraîchères, s'articulent autour de trois points que sont les pratiques à risque de ces maraîchères, leur niveau de connaissance des mesures sanitaires et la nécessité de leur encadrement pour un changement de comportement.

Concernant les pratiques à risques sanitaires, nous avons constaté que les maraîchères sont livrées à un travail harassant qui occupe pratiquement tout leur temps. Le fait de mener cette activité sur plusieurs années et dans des zones à risques, affecte considérablement leur état de santé. Ce qui peut s'expliquer par l'absence d'une planification dans leurs activités. Surtout que ces pratiquantes du maraîchage n'ont aucune connaissance des cycles de production des cultures au point d'adopter une planification adéquate. Ce qui est préjudiciable aussi bien pour le rendement que pour la santé des maraîchères et conduit à ce que Lorillard M. (2009, P139) dans son étude intitulée « *Expression d'une souffrance sociale en milieu rural sénoufo et ethnoéthique* » a appelé la grande souffrance. Ainsi, ces femmes, ayant consacré leur vie active aux travaux du maraîchage, se retrouvent en difficultés sanitaires croissantes selon le nombre d'années vécues sur les sites d'exploitations.

Par ailleurs, l'utilisation abusive et incontrôlée des pesticides par les maraîchères, témoigne bien de leur méconnaissance des mesures sanitaires. Ce qui est imputable à une insuffisance institutionnelle dans la mesure où ces maraîchères ne bénéficient d'aucun encadrement (et donc livrées à elles-mêmes). Elles ignorent presque tout sur la réglementation et les méthodes alternatives aux pesticides. Pourtant, le code de conduite international sur la gestion des pesticides (Rome 2014) en son article 1.7.3 promeut des pratiques qui réduisent les risques tout au long du cycle de vie des pesticides, empêchant les intoxications accidentelles dues à la manipulation, à l'utilisation ou à l'élimination. En effet, l'usage des pesticides interdits et périmés de fois, se trouve lié à la porosité des frontières nationales comme pouvait le constater la Banque mondiale qui dans une étude faite en 2018, révélait que 90% des pesticides frauduleux entraient en Côte d'Ivoire par la frontière de l'Est (Banque Mondiale, 2018 P3). Cependant, les Comités Départementaux de lutte contre les pesticides Illégaux (CDLPI), qui sont des instruments de lutte mis à la disposition des préfets pour régler ces problèmes liés à la gestion des pesticides dans leurs régions, manquent de logistique notamment les moyens de déplacement pour mener leur mission. Aussi faut-il souligner la non maîtrise des impacts négatifs de ces pesticides par les agents de santé qui peinent à poser de bons diagnostics relatifs à l'impact des pesticides sur les maraîchères.

En réalité, pour que les maraîchères changent de comportement, il leur faut une prise de conscience qui passe nécessairement par une sensibilisation et un encadrement agricole approprié. Les maraîchères de la localité de Ferké ne peuvent être capables de pratiquer le maraîchage en toute sécurité sanitaire que si elles sont bien formées. Ces éléments sont confirmés dans une étude « veille et analyse » qui estime qu'il existe une forte incidence entre le niveau d'éducation et les problèmes de santé, en particulier quand il s'agit d'identifier et d'utiliser les sources d'information concernant la santé publique (Marie G. 2011, P3). L'étude montre l'importance pour les professionnels de la santé de communiquer sur les maladies mais surtout sur la prévention des risques. Ainsi, les maraîchères ne peuvent adopter des comportements de prévention que si elles ont été sensibilisées et

formées sur les dangers des pesticides qu'elles utilisent. Aussi, selon le ministère de l'agriculture et du développement rural ivoirien (2018, P44), les actions d'éduquer et de sensibiliser doivent-elles s'adresser aux utilisateurs des produits chimiques, notamment les bénéficiaires sur les risques d'utilisation de certains produits chimiques dangereux pour la santé. Cette éducation et sensibilisation doivent tendre à chercher et à vulgariser les méthodes modernes de protection et de conservation et même des méthodes traditionnelles².

CONCLUSION

Cette étude socio-anthropologique qualitative s'est déroulée à Ferké, ville située dans la région du Tchologo en Côte d'Ivoire. En cherchant à identifier les risques sanitaires et la nécessité de formation pour un changement de comportement des maraîchères, il a fallu analyser les pratiques à risque de ces maraîchères puis, leur niveau de connaissance des mesures sanitaires qui déterminera enfin la sensibilisation et la formation qui leur seront appropriées. Dans nos investigations, la majorité des maraîchères est analphabète et n'a reçu aucune formation sur la culture du maraîcher. Dans l'exercice de leur activité, elles expriment la méconnaissance totale des risques sanitaires liés à cette tâche. Ainsi, elles souffrent régulièrement de douleurs, d'infections parasitaires et respiratoires qu'elles attribuent à la fatigue. Ceci démontre effectivement leur ignorance et interpelle les autorités sur la nécessité d'une sensibilisation et d'une formation justes et continues, pour ces braves femmes qui participent au développement du pays.

Recommandations :

Les modules de formation et de sensibilisation porteront généralement sur les pratiques du maraîchage et spécifiquement sur :

- la connaissance des risques et dangers des pesticides pour l'homme voire même l'environnement ;
- les comportements adéquats ainsi que les bonnes pratiques environnementales ;
- la gestion des risques (les mesures de protection et de sécurité) ;
- la maintenance des installations et équipements d'exploitation.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Abou, M., Yabi, I., Adéoti, E. O. B., Ogouwalé E., (2018). Perception du risque sanitaire des pesticides par les exploitants agricoles des aménagements hydro-agricoles dans les communes de Dangbo et Adjohoun au Sud-Est du Bénin. Vol.1, P26

Banque Mondiale (2018). 90% des pesticides frauduleux entrent en Côte d'Ivoire par la frontière de l'Est. Economie, P1.

Barbara, M., Francis A. A., Guéladio, C., (2006). Le réseau social des maraîchers à abidjan agit sur la perception des préoccupations et des risques sanitaires liés à l'eau. *Vertigo - la revue électronique en*

² Méthodes de protection et de conservation dite de greniers des produits phytosanitaires.

sciences de l'environnement [En ligne], Hors-série 3, consulté le 09 avril 2019. URL : <http://journals.openedition.org/vertigo/1857>

sanitaires sur les sites de culture à Abidjan (Côte d'Ivoire) Volume 10 numéro 2 | septembre 2010

Yoro, B. M., Ehui, P. J., Silue, D., (2016). Perceptions de la qualité de l'eau et risques de transmission de la schistosomiase chez les populations rurales du Tonkpi (côte d'Ivoire). *RevAfrAnthropol*, Nyansa-Pô, n° 20- 2016 ; P12.

Yarou, B. B., Pierre, S., Françoise, A. K., Armel, M., Taoffic, A., François, V., Frédéric, F., (2017). Plantes pesticides et protection des cultures maraichères en Afrique de l'Ouest. P290, (http://www.momagri.org/FR/chiffres-cles-de-l-agriculture/Avec-pres-de-40%25-de-la-population-active-mondiale-l-agriculture-est-le-premier-pourvoyeur-d-emplois-de-la-planete_1066.html synthèse bibliographique). *Biotechnol. Agron. Soc. Environ.* 2017 21(4), PP288-304

CNRA (2019). Programme Cultures maraichères et protéagineuses. Edition 2019 ; P2.

FAO/PAM, (2019). Mission FAO/PAM d'évaluation des récoltes et de la sécurité alimentaire en république centrafricaine. Rapport spécial. P29

France, A. C., (2013). Education à la santé et complexité : proposition de formation aux stratégies nutritionnelles en milieu scolaire : le cas de la prévention globale de l'obésité dans une étude comparative franco-indienne. *Education*. Université Montpellier II - Sciences et Techniques du Languedoc, 2013. Français. ffNNT : 2013MON20086f

Francis, A. A., Barbara, M., Guéladio, C., Bassirou, B., Marcel, T., Jürg, U., (2010). Relation entre le capital humain des maraîchers urbains et leurs comportements de prévention des risques volume 10, numéro 2.

Good Food et Bruxelles environnement (2018). Formation Maître Maraîchers.

Koffi, Y. B., (2007). Etude du calage, de la validation et des performances des réseaux de neurones formels à partir des données hydro-climatiques du bassin versant du Bandama blanc en Côte d'Ivoire. Abidjan, (Côte d'Ivoire), Mémoire Online. P60

Kouakou, K. J., Yao, K. B., Sika, A. E., Gogbeu, S. J., Koné, L. S. P., Dogbo, D. O., (2019). Caractérisation de l'activité de maraîchage dans la commune de Port-Bouët (Abidjan, Côte d'Ivoire). *Journal of Animal & Plant Sciences (J.Anim.PlantSci. ISSN 2071-7024) ; Vol.41 (1) : 6747-6756*

Lorillard, M., (2009). Expression d'une souffrance sociale en milieu rural sénoufo et ethnoéthique. *Volume 33, numéro 3, 2009 ; PP 139 -157*

Marie Gausse (2011). L'éducation à la santé (Volet 1). Dossier d'actualité veille et analyses • n° 69 • décembre 2011, P3

Ministère de l'Agriculture et du Développement Rural (2018). Programme de transformation de l'agriculture en Afrique de l'Ouest (PTAAO) Plan de Gestion des Pestes (PGP). Rapport final Avril 2018, P44

MOMAGRI (2016). Les agriculteurs au cœur d'une guerre économique ? L'analyse et la stratégie proposées par Momagri pour la PAC Débat SYRPA 14 septembre 2016. P5

Onil S., Louis, St-L., Mathieu, V., Maude, C., Marie-Eve, L., (2019). Les risques sanitaires des

pesticides : des pistes d'action pour en réduire les impacts. Institut National de Santé Publique du Québec (INSPQ). P5-6

Paris Match (2018). Cultures maraîchères : un pesticide définitivement interdit. Paris Match | Publié le 05/11/2018 à 13h17, Rédaction par AFP.

Pascal, M., Étienne, G., (2019). L'agriculture urbaine : un outil déterminant pour des villes durables. Journal officiel de la république française. P 22

Sangare, A., Koffi, E., Akamou, F., Fall, C. A., (2009). État des ressources phytogénétiques pour l'alimentation et l'agriculture : Second rapport national.

Silué Donakpo, Amalaman Djedou Martin, Yoro Blé Marcel (2019). Perceptions des mesures préventives de la bilharziose et comportements à risque des populations rurales du tonkpi (côte d'ivoire). REKOSS, Revue Korhologolaise des Sciences Sociales. Vol. 2 - N°3 Septembre – 2019

Unesco (2017). Les eaux usées une ressource inexploitée. Rapport mondial des Nations Unies sur la mise en valeur des ressources en eau. 7, place de Fontenoy, 75352 Paris 07-SP ; P77

© 2020 SILUE, License BINSTITUTE Press. Ceci est un article en accès libre sous la licence the Créative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>)



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

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

Reçu, 21 Août 2020

Accepté, 12 Octobre 2020

Publié, 12 Octobre 2020

<http://revue-rasp.org>

Recherche

Logiques socio-culturelles et bio-culturelles de la consommation de drogues par injection chez les usager-ère-s de drogues à Abidjan (Côte d'Ivoire).

Ahouansou Stanislas Sonagnon Houndji^(1,2), Konan Bah Modeste Gnamien⁽¹⁾, Jérôme Evanno⁽²⁾, Boris Affognon⁽²⁾, Dié Sandrine Kouadio⁽²⁾

¹Département de Sociologie et d'Anthropologie, Université Jean Lorougnon Guédé-Daloa, Côte d'Ivoire

(Email : houndjis@yahoo.com)

²Association communautaire « Paroles Autour de la Santé » section Côte d'Ivoire

Résumé :

Une étude exploratoire conduite dans des scènes ouvertes de consommation de drogues à Abidjan a montré une tendance de plus en plus courante de la consommation de l'héroïne par injection. Des études antérieures menées en Côte d'Ivoire par Médecins du Monde (2014 et 2017) et PARECO (2018) chez les usagers de drogues indiquaient une consommation de drogues majoritairement par voie inhalée. L'objectif général de cette étude est de comprendre les logiques socio culturelles et bioculturelles qui sous-tendent la consommation de drogues par injection chez les usager-e-s de drogues (UD) ces dernières années à Abidjan. Elle traite également les perceptions que les usager-e-s de drogues par voie inhalée ont des usager-e-s- de drogues injecteurs, vis-versa. Il s'agit d'une étude qualitative qui s'inscrit dans un cadre pluridisciplinaire socio anthropologique et Bio anthropologique. Nous avons opté pour la technique d'échantillonnage « boule de neige » ou par réseaux. Trente trois (33) UD injecteurs âgés de 18 à 50 ans consommant l'héroïne par injection, la cocaïne/crack par voie inhalée et deux (2) responsables de fumoirs ont été interrogés ; trente-cinq (35) personnes au total. Les résultats de l'étude, montrent que l'injection appelée en nouchi « *le tchrôli* », est majoritairement le mode de consommation principal pour l'héroïne et la voie inhalée pour la Cocaïne/Crack. Les raisons de la consommation de drogues par injection évoquées par les UD sont, l'atteinte d'une sensation plus forte, de longue durée et d'une montée rapide. Ce mode de consommation leur permet également de minimiser leurs dépenses car moins couteux et par conséquent de réduire les prises de risques liés aux vols, aux deals, aux arnaques. En outre il permet de réduire les risques de transmission de la Tuberculose car pas d'échange de seringues alors qu'il y avait échange de pipe à crack avant.

Mots clés : Usager-ère-s de drogues Injecteurs ; Santé/recherche communautaire ; Abidjan-Côte d'Ivoire.

ABSTRACT

An exploratory study conducted in open scenes of drug use in Abidjan showed an increasingly common trend in the use of heroin by injection. Previous studies carried out in Côte d'Ivoire by Medecins du Monde (2014 and 2017) and PARECO (2018) among drug users indicated drug consumption mainly by inhalation. The general objective of this study is to understand the socio-cultural and biocultural logics underlying the use of drugs by injection among drug users (DUs) in recent years in Abidjan. It also addresses the perceptions that inhaled drug users have of injecting drug users, and vice versa. This is a qualitative study that is part of a socio-anthropological and bio-anthropological multidisciplinary framework. We opted for the "snowball" or network sampling technique. 33 injecting DUs aged 18 to 50 using heroin by injection, cocaine / crack by inhalation and two (2) persons in charge of smoking rooms were interviewed; 35 people in total. The results of the study show that the injection called in Nouchi "tchrôli" is predominantly the main mode of consumption for heroin and the inhaled route for Cocaine / Crack. Reasons for injecting drug use cited by DUs are, feeling stronger, long lasting and rising rapidly. This mode of consumption also makes it possible to minimize their expenses because it is less expensive and consequently to reduce the risk-taking related to theft, deals, scams. In addition, it reduces the risk of transmission of Tuberculosis.

Keywords: Drug users Injectors; Health / community research; Abidjan, Ivory Coast

1. Introduction

Selon le dernier rapport (2016) de l'ONUDDC (Office des Nations Unies contre les Drogues et le Crime), en 2015, environ un quart de milliard de personnes consommaient des stupéfiants. On estime qu'un adulte sur 20 a consommé au moins une drogue en 2014. Parmi eux, environ 29,5 million de personnes - soit 0,6% de la population adulte mondiale - ont eu des problèmes de consommation et souffraient de troubles liés à la consommation de stupéfiants, y compris de dépendance. En 2014, selon les estimations, 183 million de personnes auraient consommés du cannabis, drogue qui serait donc toujours la plus couramment consommée à l'échelle mondiale, suivie par les amphétamines. Notons également qu'il existe différents profils de consommateurs de drogues en termes de mode d'administration et risques associés. Dans ce sens des études antérieures (quantitatives bio comportementales) ont été réalisées en Afrique plus précisément à Abidjan puis Yamoussoukro, Bouaké, San Pédro-Côte d'Ivoire par l'ONG internationale Médecins du Monde en 2014 et 2017 et PARECO (Programme Régional Réduction des Risques VIH/TB et autres Comorbidités et promotion des droits humains auprès des consommateurs de drogues injectables, 2018).

Ces études ont montré la spécificité du profil des usager-e-s de drogues à Abidjan en Côte d'Ivoire, les risques liés aux pratiques de consommation ainsi que le taux de prévalence des pathologies telles que le VIH, la tuberculose, les hépatites virales au sein de la population usagère de drogues.

L'étude (Y A PAS DRAP, 2014) réalisée par l'ONG Médecins du Monde mission France en Côte d'Ivoire a montré que parmi les usager-e-s de cocaïne, la voie fumée sous forme de crack était également prédominante avec 96,5% des cas, suivie de la voie intranasale, ou snif sous forme de poudre dans 4,6% des cas. La même étude montrait que parmi les participants, 57 (12%) déclaraient avoir déjà consommé des drogues par injection, dont 16 (3,6%) au cours du mois précédent. Ces derniers déclaraient se procurer des seringues et aiguilles auprès de vendeurs de rue à 50%, en pharmacie à 41,7%, et plus rarement auprès d'autres usagers (8,3%). Une réutilisation des seringues était rapportée par 27,3% et une seule personne rapportait avoir partagé une seringue au cours des 30

derniers jours. Il ressort clairement que les UD ont accumulé un certain nombre de pratiques de consommation qui déterminent leur rapport aux différentes drogues consommées. Ces pratiques tendent à se polariser de plus en plus autour de l'usage des injections et méritent d'être documentées surtout que ce mode de consommation pourrait contribuer à la propagation de pathologies telles que le VIH et les hépatites virales. Cette tendance au mode de consommation de l'héroïne par injection a été observée ces dernières années dans des scènes ouvertes de consommation de drogues dits « fumoirs » ou « ghettos » d'Abidjan lors de la pré-enquête et soulève une interrogation majeure: *Quels sont donc les facteurs explicatifs de la consommation de drogues par injection chez les usager-e-s de drogues à Abidjan?* Surtout que le principe d'action de la drogue est maintenu quel que soit le mode d'administration. En effet, les drogues une fois consommées agissent sur les neurotransmetteurs de l'organisme, en perturbant leur fonctionnement à travers trois modes d'action sur les neuromédiateurs. Certaines imitent les neuromédiateurs naturels et donc se substituent à eux dans les récepteurs. D'autres augmentent la sécrétion d'un neuromédiateur naturel et d'autres enfin bloquent les récepteurs de certains neurotransmetteurs. Il apparaît donc important d'initier une étude à visée mixte (Socio-anthropologique et Bio anthropologique) afin de comprendre les logiques qui sous-tendent la consommation de drogues par injection dans les scènes ouvertes de consommation de drogues dits "fumoirs" ou "ghettos" à Abidjan ces dernières années. Cela revient à traiter de l'ensemble des stratégies et actions que cette population met en place selon une culture propre mais aussi selon ses désirs, ses intérêts et les contraintes de la situation où elle se trouve. Cette étude va gravir autour des questions suivantes:

Quelles sont les logiques socio-culturelles et bio-culturelles qui sous-tendent la consommation de drogues par injection chez les usager-e-s de drogues à Abidjan (Côte d'Ivoire)?

Quelles perceptions les usager-e-s de drogues par voie inhalée/fumée ont des usager-e-s- de drogues injecteurs, vice-versa?

L'objectif général de cette étude est de comprendre les logiques (socio-culturelles et bio-culturelles) qui sous-tendent la consommation de drogues par injection chez les usager-e-s de drogues à Abidjan (Côte d'Ivoire).

En outre elle abordera les perceptions que les usager-e-s de drogues par voie inhalée/fumée ont des usager-e-s- de drogues injecteurs, vice-versa. Il s'agira de manière spécifique de saisir les intentions qui sous-tendent la consommation de drogues par injection chez les usager-e-s de drogues à Abidjan (Côte d'Ivoire) et de décrire les perceptions véhiculées tant par les usager-e-s de drogues par voie inhalée/fumée que par les usager-e-s de drogues injecteurs. Ces différentes questions seront traitées à travers le courant diffusionnisme et la théorie de la représentation sociale dans une perspective mixte (socio anthropologique et Bio anthropologique).

Le courant diffusionniste qui selon Franz BOAS (1858-1942) postule que chaque culture possède un nombre de traits particuliers susceptibles de passer à une autre culture. Les traits culturels ne se diffusent pas seuls, isolément mais en traits liés faisant sens: c'est le principe de complexité. Concernant la théorie de la représentation sociale, de nombreux scientifiques, tel que Denis JODELET (1989), s'accordent pour définir la représentation comme « une forme de connaissance, socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social. » Ces deux théories nous permettront d'aborder ici l'identité collective, l'identité d'un groupe d'appartenance, les différentes transmissions de pratiques et choix opérés.

2. Matériaux et Méthodes

Cette étude est de type transversal, descriptif et analytique reposant sur une approche qualitative.

2.1. Couverture géographique et population cible

Les différents sites qui ont été retenus pour la réalisation de cette étude, sont au nombre de quatre (04) et le choix de ces sites s'est fait avec les communautaires de l'association "Paroles Autour de la Santé", selon le critère suivant: des fumoirs dans lesquels on retrouve ces dernières années des UD injecteurs. Les quatre fumoirs retenus se trouvent dans les communes du district d'Abidjan à savoir: Treichville, Adjamé, Marcory et Yopougon.

La cible privilégiée de cette étude est composée :

- Des usager-e-s de drogues consommant la drogue (l'héroïne) par injection âgés de 18 ans à 50 ans.
- Des usager-e-s de drogues consommant la drogue (l'héroïne, cocaïne/crack) par voie inhalée/fumée âgés de 18 ans à 50 ans.
- Les responsables ou "boss" des fumoirs appelés dans leur jargon « babatchès », les dealers et surveillants appelés "vigils" des fumoirs

2.2. Technique d'échantillonnage

Nous avons opté pour la technique d'échantillonnage « boule de neige » ou par « réseaux » et la taille de l'échantillon a été déterminée par l'effet de saturation. Trente-trois (33) UD injecteurs âgés de 18 à 50 ans consommant l'héroïne par injection, la cocaïne/crack par voie inhalée et deux (02) responsables de fumoirs ont été interrogés. Au total trente-cinq (35) personnes ont été interrogées.

2.3. Production des données

2.3.1. Les sources écrites

Les sources écrites nous ont permis de faire l'état des lieux sur la prévalence de la consommation de drogues par voie injectable et celle par voie inhalée à travers des données chiffrées. Plusieurs documents dont des rapports d'étude, les Rapports de l'ONUDD, des Thèses et mémoires (en anthropologie et en santé publique) ont été consultés sur les thèmes liés à la consommation par injection, les risques sanitaires, la prévalence du VIH chez les UD, afin de préparer la phase de l'enquête terrain. Grâce à cette documentation, la question centrale et les questions spécifiques ont pu être dégagées clairement.

2.3.2. les Entretiens

La conduite des entretiens nous a permis de recueillir des données auprès des UD injecteurs. Cette récolte de données a permis de rendre compte des logiques socio culturelles et bio culturelles qui sous-tendent la consommation de drogues par injection. De ce fait, vingt-sept (27) entretiens individuels ont été effectués suivi d'un focus group de huit (8) personnes.

2.3.3. L'observation

L'observation directe nous a permis de voir les UD injecteurs en situation de consommation et de détecter d'éventuels abcès (du pu/rougeur sur le point d'injection) afin de déterminer depuis combien

de temps ils injectent ; de voir leurs différentes habitudes de consommation (s'ils utilisent des produits désinfecteurs, le matériel utilisé pour la consommation), leur vécu dans les fumeurs (comment ils sont perçus par les UD fumeurs et responsables des fumeurs).

3.4. Élaboration des outils de collecte et Traitement des données

Pour la réalisation de l'étude, 02 outils de collectes des données ont été élaborés et soumis à l'appréciation des membres de l'association: le guide d'entretien et la grille d'observation.

La technique d'analyse utilisée est l'analyse de contenu thématique. Nous avons découpé transversalement, les discours se référant à la thématique étudiée. Nous avons ignoré la cohérence singulière de l'entretien et avons cherché une cohérence thématique inter-entretien. Ce qui nous a permis de structurer les résultats en deux parties qui constituent les fondements de cette étude. Nous sommes soucieux du respect des considérations éthiques. Pour ce faire, toutes les dispositions éthiques ont été prises et contrôlées pour assurer que cette enquête se fasse dans la sûreté et la sécurité pour tous les répondants. Le consentement éclairé des répondants a été recueilli avant l'administration du guide d'entretien et les outils de collecte ainsi que les enregistrements ne mentionnant pas les noms des répondants ainsi que les noms des fumeurs ont été conservés de façon à ce que seule, l'équipe d'enquête puisse y avoir accès.

3. Résultats

1- Les logiques socio culturelles et bio culturelles qui sous-tendent la consommation de drogues par injection chez les usager-e-s de drogues à Abidjan (Côte d'Ivoire)

A travers les données du terrain, il est ressorti que, plusieurs raisons expliquent pourquoi les usager-e-s de drogues ces dernières années sont passés en mode injection appelé en nouchi le « *le tchrôli* » ce qui signifie « injection »; « se tchrô » signifie « s'injecter, se piquer ». Ces raisons sont d'ordre biologique, sensationnelle, économique, sanitaire afin de réduire les risques de maladies transmissibles telle que la Tuberculose appelée dans leur jargon « *BK* » et permet de réduire les risques liés aux vols, aux deals, aux arnaques.

Au niveau biologique, les injecteurs constituent une voie parentérale ce qui signifie que le produit (Drogue) injecté directement dans le corps permet une biodisponibilité de 100 % (Eupati, 2015). Il ressort ainsi une efficacité supérieure de la forme injectable sur la forme inhalée et avec une grande rapidité d'action très appréciée lorsque l'état de manque est prononcé.

Au niveau sensationnel, la montée est plus rapide, la sensation est plus forte et dure plus longtemps. L'effet après injection, se fait ressentir sur le champ ; la substance est en contact direct avec le sang. Pas besoin d'attendre des heures avant de la ressentir.

« Parce que quand je m'injecte, la dose dure dans mon corps et puis je sens pas trop le djons (syndrome de manque), parce qu'avant quand je fumais, quand y'a djons comme ça, je baille beaucoup, j'éternue beaucoup, mes larmes coulent. Depuis que j'ai commencé à m'injecter là, je ne sens plus ça. Je sens plus la dose que quand je fumais ». IB (H: 39 ans)

« Je suis dans l'allée. Je dors dans un gbata (Sans emploi et sans domicile fixe) : quand je m'injecte, je sens plus la dose que quand je fume. Je sens plus mon argent. Un pao (désignation de l'héroïne en nouchi) c'est 1000 FCFA ! 1000 FCFA ce n'est pas petit ! Donc quand tu prends ton pao tu mets ça dans ton corps, ça rentre directement, ça ne passe pas par un boca. Tu sens ton argent ! ». LH., (H : 38ans)

Ce sont d'ailleurs là les arguments à connotation biologiques et sensationnels mis en avant dans la promotion de ce mode de consommation. Les inconvénients associés à ce mode de consommation sont ainsi ignorés à savoir, d'abord le risque d'infection ou moins souvent d'hémorragie. Il peut être également source de douleur, d'ecchymose ou d'hématome.

Au niveau des risques sanitaires, la préservation de leur santé, est avant tout, ce qui mobilise les UD à faire le choix de la consommation par injection au détriment de l'inhalation. En effet, vu le nombre grandissant de tuberculeux dans les ghettos dû aux échanges de pipes (le communautarisme au sein des fumoirs : partage, solidarité, fraternité), de la consommation de groupe appelée en nouchi « asso¹ pao »² et d'échanges de matériels ; certains à un moment donné c'est-à-dire ces jeunes nouveaux injecteurs, ont préféré se mettre à l'abri en changeant de mode de consommation à savoir la consommation par injection. Les verbatim suivants illustrent bien ces dires :

« L'injection me plait parce que y'a pas beaucoup de personnes qui utilisent ta seringue. Tu es le seul. Ta dose est pour toi seul et puis tu la sens à l'aise » G., (H: 30 ans)

« J'évite d'abord la toux, la salive, j'évite encore d'autres maladies et puis le BK (tuberculose). C'est ceux qui fument-là qui ont ce genre de maladie là. Ils aiment fumer leur cracha, leur salive entre eux. Moi-même ce qui m'a mis dans ça, tout ça là j'ai regardé et puis j'ai préféré me tchrô (m'injecter). Parce que quand le truc reste petit et que tout le monde a envie, au moins quatre personnes cinq personnes peuvent mettre leur bouche dedans ». CI, (H: 42 ans)

Pour d'autres répondants, la consommation de drogues par voie inhalée même étant seul, est source de complications. Les UD interrogés ont relevé comme complications: des difficultés respiratoires, des problèmes pulmonaires par l'effet de la fumée inhalée.

Comme alternative à ce problème, ceux-ci ont choisi l'injection comme mode de consommation principal.

« Ce qui a fait que je me tchrô (désignation de l'injection en nouchi) c'est que en fumant, ça me donnait les toux, les douleurs dans la poitrine, c'est là j'ai décidé de me tchrô. Ça fait un peu plus class quoi! ». P (H: 39 ans)

« Ça fait maintenant six (06) mois environ. Parce que je fumais tellement beaucoup qu'arriver à un moment, j'avais un problème au niveau de la poitrine. J'avais tellement mal que je suis allé à l'hôpital. Ils m'ont donné des antibiotiques comme floxapen avec un sirop. Bon après ça, mon ami avec qui j'étais on a commencé à s'injecter j'ai vu que mon mal a commencé à diminuer. J'ai vu que ça allait quoi. Donc depuis ce temps, j'ai commencé à m'injecter ». E (H: 40 ans).

¹ Association

² Désignation de L'héroïne en nouchi

Certains UD injecteurs interrogés sont conscients des risques sanitaires liés à la consommation par injection. Ils refusent donc de partager leurs matériels d'injection et plus particulièrement les seringues pour des questions de principes et par mesure de prudence. Ils savent que tout matériel en contact avec la seringue, est un moyen idéal de transmission de maladie. Ainsi, la seringue étant l'un de ces objets transmetteurs de maladie, la partager avec un autre UD, pourrait contribuer à la transmission de pathologies telles que le VIH/Sida, les Hépatites virales, etc. Par contre des UD cherchent à récupérer des seringues usagées pour les réutiliser, ce qui crée par moment des incompréhensions et des montées de tensions en leur sein. *« Non je fais pas ça parce que je n'aime pas ça. Parce que j'ai peur du Sida »* H., (H: 54 ans)

« Jamais » propos d'IB., (H: 39)

Quant à W., (H: 37 ans) *« Non c'est quelque chose on partage pas. Depuis même les sensibilisations du SIDA tout ça, tout le monde a un peu ça dans l'esprit! tout ce qui a trait au sang on ne partage pas! c'est déjà ancré dans les mœurs »*

« Jamais de la vie. Parce que c'est un truc qui est en contact avec le sang. Je peux pas partager avec quelqu'un pour ne pas être contaminé par MST ou SIDA » P., (H: 39 ans).

Rappelons qu'il existe un système de récupération du matériel usagé via des Pairs Educateurs de l'ONG internationale Médecins du Monde. Les UD injecteurs n'ont cependant pas de difficultés à trouver les seringues toujours via Médecins du Monde ou à la pharmacie ou grâce au réseautage de ceux-ci. Le reste du matériel de consommation telle que la cuillère est par contre difficile à trouver.

La majorité des UD évoque des motifs économiques en lien avec leur choix d'adopter ce mode de consommation. A cet effet, ceux-ci ont confirmé qu'ils dépensent moins d'argent dans l'achat de l'héroïne. La fréquence utilisée pour atteindre le degré de satisfaction est généralement inférieure à celle que nécessite la voie inhalée, avec des effets plus durables et quasi-instantanés. Pour eux, avant l'avènement de l'injection comme mode de consommation dans les fumeurs à Abidjan, ils dépensaient beaucoup d'argent dans l'achat de la substance. Certains dépensaient jusqu'à 30.000 F CFA par jour avant d'atteindre le niveau de satisfaction souhaité. Cependant avec l'arrivée de l'injection, un grand soulagement se fait ressentir car les dépenses d'acquisition ont été largement réduites, ce qui ne plairait pas à certains responsables des fumeurs parce que ceux-ci estiment qu'ils gagnent plus d'argent avec les UD fumeurs. D'ailleurs certains responsables de fumeurs refuseraient l'entrée des UD injecteurs dans leurs fumeurs car ceux-ci consommeraient moins.

Les propos d'un chef vigile (le L., H :30 ans) attestent nos dires: *« c'est ça mon vieux père avait expliqué hier. Parce que quand tu te tchrô (injectes) comme ça là, le vendeur ça ne l'arrange pas. Quand tu te tchrô, la dose dure trop dans ton corps et le ghetto ne gagne pas trop jeton dans toi que quand tu fumes. C'est le système qui est là. Oui parce qu'il y a des clients chocs. Ils achètent mais ça ne nous arrange pas. Quand ça dure comme ça là, nous là nos marchandises là, ça ne va pas vite. »*

Notons aussi que ce mode de consommation peut réduire les actes de délinquance chez les UD. La perpétration de gestes de violence est en lien avec le syndrome de manque appelé dans leur jargon « djons » et le besoin d'argent pour se procurer la drogue. Ainsi plus longtemps la dose consommée

par injection, demeure dans l'organisme et moins les attitudes de vols, d'arnaques et d'agressions sont adoptées.

« J'avais un ami qui faisait ça. J'ai payé pour lui. J'ai dit il n'en qu'à m'injecter. Quand il m'a injecté, la dose est restée dans mon corps jusqu'au soir » IB (H: 39 ans)

Par ailleurs, le profil des UD injecteurs interrogés indique qu'il y a beaucoup de sans domicile fixe (SDF), qui dorment dans les fumoirs, sous des hangars. La moitié a été incarcérée et est sans emploi.

Il apparaît clairement que les circonstances du début de la consommation de drogues par injection dans certains cas, sont le fait d'un phénomène de masse stimulé par l'intention de découvrir la sensation forte véhiculée à l'égard de l'injection. Dans d'autres cas, cette consommation débute lors des conflits armés (cas d'un UD ayant combattu au Libéria) pour résister à la peur et avoir le courage de combattre avec des armes lourdes.

IB T. (H :39 ans, Menuisier, a fait l'école coranique) révèle ceci: *« c'est par curiosité. J'ai vu mes frères eux ils piquaient devant moi. C'est à Adjamé que ça commencé. On dit que non en piquer là ça dure plus dans le corps que en fumée. Je disais que non je ne peux pas faire ça. Mais un jour je suis allé acheter et j'ai dit je vais essayer. J'avais un ami qui faisait ça. J'ai payé pour lui. J'ai dit il n'en qu'à m'injecter. Quand il m'a injecté, la dose est restée dans mon corps jusqu'au soir. C'est là j'ai que mais fumer là, je gaspille mon argent! je préfère m'injecter que fumer »*

Les données de notre étude montrent qu'un bon nombre d'usager-e-s de drogues s'intéressant à ce mode de consommation augmente avec le temps. A la question de savoir combien de personnes connaissent-ils dans leur entourage qui s'injectent?

La plupart dans chaque ghetto, répond entre 20 à 30 personnes.

« Nous sommes plus que 20 personnes. Et y'a d'autres là ils sont dans les autres ghettos » propos de H., (H: 54 ans)

A IB (H: 39 ans) de dire ceci: *« Ça peut faire une trentaine hein »*

« On va dans la centaine » propos de M. (H: 47 ans)

2- Perception que les usager-e-s de drogues par voie inhalée/fumée ont des usager-e-s de drogues injecteurs

De façon générale, les UD sont rejetés par la population générale, leur famille. Cependant, notons qu'au sein même de la communauté UD, la stigmatisation et la discrimination se font également ressentir.

Les UD qui s'injectent confirment qu'ils sont stigmatisés, discriminés par les UD qui fument. Pour eux, les UD Injecteurs ont adopté un mode de consommation que les UD fumeurs jugent meurtrière. Le fait, de consommer l'héroïne par la seringue, est perçu comme s'ils tendaient la main à la mort. Certains UD fumeurs sont effrayés par l'usage d'injection et ne supportent pas la vue d'une aiguille, du sang encore moins son intrusion dans leur organisme. Et de manière générale, ils éprouvent une véritable frayeur face à tout objet pointu. Cette peur est souvent associée à la phobie du sang.

L'utilisation des seringues est cataloguée en acte médical et fait qualifier les utilisateurs de médecin, de docteur.

« *toi tu t'injectes maintenant donc tu es devenu Docteur!* » Propos de L., (H: 38 ans)

Une autre raison avancée pour justifier la stigmatisation selon les UD Injecteurs, c'est que les UD fumeurs ne peuvent plus profiter de leur dose (car plus de partage, plus d'association en mode injection) puisqu'ils n'ont plus les mêmes modes de consommation.

Les verbatim suivants permettent d'illustrer cela: cet UD injecteur, (54 ans, niveau CM2, chauffeur de taxi) explique ceci « *eux ils nous détestent. Parce que ça ne les plaît pas. Parce que quand ils nous voient faire ça, eux ils disent qu'on a envie de se tuer. Oui ils nous accueillent bien. Chacun est assis dans son coin. Eux ils sont assis à part, nous on est assis à part. On ne se gêne pas* »

A un autre d'affirmer « *Quand eux ils me voient, ils me sabotent. Ils disent donc toi tu as commencé à t'injecter maintenant. Fumer là, ça te suffit plus. Je dis non c'est mon corps* ». IB (H: 39 ans)

« *Faut dire qu'on est vraiment vraiment stigmatisé. Je peux dire qu'on nous voit comme le diable. Ils disent, bien-sûr les autres qui fument, qui ne s'injectent pas, ils disent que nous on est passé à la vitesse supérieure. Parce qu'on met directement le produit dans le sang. Pour eux donc, on est plus accro, on est plus djonki qu'eux. Je trouve que c'est l'ignorance qui leur fait dire ça.* » propos de M: (H, 45 ans)

Cet UD Injecteur: CI, (H: 42 ans) précise ceci: « *on est mal vu. Ils nous voient aux gars bizarres parce que y'a du sang dedans. Y'a d'autres qui ne supportent pas le sang. Ils disent qu'un jour notre sang va finir. Ils ne nous insultent pas. C'est un ghetto chacun vient pour consommer sa dose. En tout cas nous les tchrôsseurs (injecteurs) on est ensemble et les autres sont ailleurs. Parce que eux ils n'aiment pas voir le sang. Y'a d'autres qui ne veulent pas se tchrô. Y'a d'autres qui voient ça en mal quoi. Façon nous aussi on voit leur mouvement en mal, ils se contaminent avec la tuberculose, c'est comme ça eux aussi ils voient nos seringues là en mal. Ça roule* »

L'une des raisons qui justifie cette stigmatisation et discrimination de la part des UD fumeurs, c'est que ceux-ci se voient trahis par leurs amis devenus aujourd'hui Injecteurs. C'est ce que nous fait savoir cet UD injecteur en ces termes: « *à l'heure-là eux ils me voient en leur Judas (traite). Eux me disent lâche là. Parce que je ne suis plus dans leur camp* » G., (H: 30 ans):

Pour d'autres injecteurs, c'est toute une humiliation qu'ils doivent affronter à longueur de journée quand ils se rendent dans les ghettos pour leur consommation. Car les UD fumeurs vont du simple propos amical aux injures.

M., (H: 37 ans, UD Injecteur) victime de ce traitement, nous confie ceci: « *ils ne nous voient pas comme eux. Ils me parlent mal. Ils disent comme tu prends seringue pour mettre dans ton corps, c'est pourquoi tu me parles parole comme ça. Ils m'insultent tchrôssère (injecteur). Genre tu es un tchrôssère "injecteur". Tchrôssère! tu t'injectes, c'est tout. Ils ne savent pas parler aux gens. Je sens que vraiment ils mettent la différence entre nous. Ils mettent vraiment la différence entre nous.* »

Toutefois, même si la majorité des UD Injecteurs pense être stigmatisée, discriminée par les UD fumeurs, quelques UD injecteurs mettent cela sur le compte de la sympathie. Pour eux, ils sont acceptés des autres et ne voient pas l'acte des UD fumeurs comme un acte de discrimination. En

d'autres termes, ces actes sont des signes de rigolade et non de discrimination. C'est ce que nous pouvons voir à travers ces verbatims:

« *Même chose tranquille. Ils m'attachent "taquiner" un peu souvent pour dire pour nous c'est boca³ toi c'est l'eau (que tu mets dans ton corps). Pour rigoler quoi, voilà c'est tout. Y'a pas de rejet. Tu peux te tchrô au milieu de tes amis qui se tchrô sans problème* » propos de W: (H: 37 ans):

« *Au début les autres usagers de drogues disaient qu'on était trop accro à la drogue c'est pourquoi on se tchrô. Mais au fur et à mesure ils ont vu que ce n'est pas ça. Ils nous appellent tchrôsseur. Eux-mêmes ils m'appellent docteur. Je ne sens pas la discrimination. On est toujours ensemble* ». P (H: 39 ans)

« *Avant eux ils voyaient ça très mal. Que ce n'est pas bon parce qu'on utilise le sang. Mais au fur et à mesure un peu un peu, ils se sont habitués à nous. Donc on est ensemble. Chacun a sa manière de prendre sa dose. Parce que c'est un truc c'est pas trop en Afrique ici. Ça les étonne quoi. Actuellement là on est ensemble. On est même famille* » M (H: 47 ans).

Même si certains UD fumeurs font l'effort d'accepter les UD Injecteurs, fort est de constater que la majorité est rejetée, discriminée par les UD fumeurs selon des raisons à la fois collectives et individuelles.

4. Discussion

Cette recherche est l'une des rares études relative aux logiques socio culturelles et bio culturelles qui orientent le choix de la consommation de drogues via des injecteurs à Abidjan ayant été réalisée en Côte d'Ivoire. Ce qui explique la faiblesse de la documentation existante à ce sujet, à notre connaissance. Mais notons que plusieurs études ont démontré la pertinence de travailler sur cette catégorie de la population qui présente une prévalence élevée au niveau de plusieurs affections y compris le VIH/Sida. Nous pouvons citer l'étude (Y A PAS DRAP, 2014) de l'ONG internationale Médecins du Monde réalisée à Abidjan, qui avait justement révélé une prévalence élevée du VIH (9,8%), d'hépatites virales B et C (10,9% et 2,4%), de la tuberculose (2,9%) et de la syphilis (2,4%) au sein de la population usagère de drogues. En outre, une deuxième étude de cette ONG Internationale, sur la tuberculose en 2017 a révélé une prévalence de 9,8% dont 17,3% avaient une TB-RR et 15,4% étaient co-infecté-e-s par le VIH et une prévalence de 5,6% pour le VIH.

C'est à partir de cette première étude de 2014 que cette ONG a mis en place un projet intitulé: « *Projet de Réduction des Risques (RdR) auprès des usager-e-s de drogues à Abidjan (Côte d'Ivoire)* »; la Réduction des Risques étant une approche de santé publique qui vise à prévenir et réduire les risques liés à l'usage de substances psychoactives chez les usagers de drogues qui ne peuvent pas ou ne veulent pas arrêter leur consommation.

En 2017, elle a également mené une étude sur la tuberculose révélant une prévalence de 9,8% dont 17,3% avaient une TB-RR et 15,4% étaient co-infecté-e-s par le VIH et une prévalence de 5,6% pour le VIH.

En 2018, une étude réalisée par PARECO dans cinq (5) pays de l'Afrique de l'ouest en collaboration avec le Programme National de Lutte contre le Tabagisme et autres Addictions (PNLTA) en Côte d'Ivoire, précisément dans des grandes villes du pays telles que Yamoussoukro, Bouaké et San Pédro,

³ Désignation de la drogue : le cannabis/chanvre indien

a fait référence au profil des consommateurs de drogues et des pratiques d'injection à risque. Ces différents résultats légitiment notre choix de travailler sur les UD. Concernant l'usage des seringues notre étude montre que le mode de consommation par voie injectable, n'est pas sans risques, et cela est confirmé par Dzodzo et *al.* (2018), dans une étude qui explique que les consommateurs de drogues injecteurs au Togo sont exposés à d'énormes risques. Les résultats de leur étude indiquaient que dans 30% des cas, les UD Injecteurs partagent leur matériel d'injection entre les pairs et 53,66% réutilisent ce matériel pour de nouvelles injections. La prévalence aux Infections Sexuellement Transmissibles (IST) est estimée à 29,26% et seulement 26,83% ont fait le test de dépistage du VIH et connaissent leur statut sérologique. Toujours dans ce sens Roy et al (2003), à travers une étude affirme qu'au moment de la première injection, les jeunes sont peu préoccupés par les risques d'infection et s'inquiètent davantage du risque de développer une dépendance. Cependant, ceux qui persistent sont conscients des risques associés au « partage » de seringues et considèrent qu'il s'agit d'une pratique à éviter dans une ville où les programmes de prévention fournissent l'accès gratuit aux seringues. Ce n'est toutefois pas le cas pour les autres matériels d'injection.

5. Conclusion

A travers les résultats obtenus, nous pouvons dire sans ambiguïté aucune, que les UD ont fait le choix de l'injection comme voie de consommation principale pour plusieurs raisons. Ceux-ci sont passés au mode de l'injection ces dernières années à Abidjan, afin de réduire les risques des maladies transmissibles telles que la tuberculose et les problèmes pulmonaires/respiratoires et obtenir une sensation plus forte avec une durée plus longue. En outre, le mode de consommation par injection, leur permet de minimiser leurs dépenses car occasionnant moins de dépenses avec une quantité requise réduite (Situation n'arrangerait pas les responsables des fumoirs puisque ceux-ci consomment peu). Ils sont dès lors stigmatisés et discriminés, mal perçus par les UD fumeurs et responsables des fumoirs.

Remerciements

Merci infiniment à toutes les personnes rencontrées tout au long de l'enquête. Merci pour leur accueil et leur disponibilité. Merci à l'ensemble de l'équipe de l'Association « Paroles Autour de la Santé » section Côte d'Ivoire (Affognon Boris, à la Vice Présidente Kouadio Dié Sandrine, Evanno Jérôme (Consultant en réduction des risques chez les usager-e-s de drogues), Dr Stanislas Houndji (chargé de Suivi évaluation, chargé de projets/d'études et Coordonnateur de recherche, le comptable Konaté Kassim, Koffi Konan Modeste (doctorant en anthropologie à l'Université de Daloa) et le reste de l'équipe qui ont su se rendre disponible et faciliter le déroulement de cette enquête et dont le professionnalisme a été sans failles. Grand merci à OSIWA (Pamela et Haingo) pour leur confiance sans faille ainsi qu'au Docteur N'Zi Lucien, Coordonnateur Réduction des Risques auprès des usager-e-s de drogues à Abidjan à l'ONG Médecins du Monde.

Conflit of Intérêts

Aucun

Références Bibliographiques

AIDQ « association des intervenants en dépendance du Québec » (2020). Pour un usage de substances à moindre dans le cadre de la pandémie de covid-19.

BOUSCAILLOU J., EVANNO J., PROUTE M., SEKOU F., LUHMANN N., BLANCHETIERE P., & DURAND E. (2014). *Santé des personnes usagères de drogues à Abidjan en Côte-d'Ivoire: Prévalence et pratiques à risque d'infection par le VIH, les hépatites virales et autres infections*. Paris, Médecins du Monde.

COLIN G., DOUMENC-AIDARA C., LUHMANN N., POURTEAU ADJAH 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: médecins du Monde.

DIOUF O., SARR M. (2019). Programme Régional de Réduction des Risques VIH/TB et autres comorbidités auprès des consommateurs de drogues injectables. Estimation de la Taille et résultats de l'Enquête Bio-comportementale chez les Consommateurs de Drogue Injectables (*Côte d'Ivoire*). PARECO et PNLTA.

DIOUF O., SARR M., OUMAR C. (2018). Programme Régional de Réduction des Risques VIH/TB et autres comorbidités auprès des consommateurs de drogues injectables (Pareco, Estimation de la Taille et résultats de l'Enquête Bio comportementale chez les Consommateurs de Drogues Injectables (*Côte d'Ivoire*))

DZODZO E. E. K., MASSON J., SCHAUDER S., KOSSIGNAN K., BERNOUSSI A. (2018). L'estimation des risques chez les usager-ère-s de drogues injectables au Togo. Dans *Psychotropes*. Eupati (2015). Biodisponibilité et bioéquivalence.

JODELET, D. (1989). *Les représentations sociales*. Paris: Presses Universitaires de France.

N'DA P. (2000). *Méthodologie de la recherche: de la problématique à la discussion des résultats*, Abidjan: PUCI.

ROY É., NONN É., HALEY N. & MORISSETTE C. (2003). Le « partage » des matériels d'injection chez les jeunes usager-ère-s de drogues injectables de Montréal. *Drogues, santé et société*, 2 (1). <https://doi.org/10.7202/007182ar>.

© 2020 Houndji et al., License BINSTITUTE Press. Ceci est un article en accès libre sous la licence the Créative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>)



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

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

Reçu, 12 Septembre 2020

Accepté, 27 Novembre 2020

Publié, 30 Novembre 2020

<http://revue-rasp.org>

Recherche

Analyse des stratégies de mise en œuvre de la sécurité alimentaire des ménages dans le cercle de Nara au Mali : cas des communes rurales de Gueneibe, Dilly et Guire.

SOMARE Abdramane Sadio¹ BARADJI Anthioumane² TRAORE Youssouf³

¹. Faculté des Sciences Administratives et Politiques de Bamako (FSAP) de l'Université des Sciences Juridiques et Politiques de Bamako (USJPB); ². Directeur de l'ONG, Centre Sahélien De Prestation D'études D'écodéveloppement Et De Démocratie Appliquée (CSPEEDA); ³. Chef de programme de l'ONG, Centre Sahélien De Prestation D'études D'écodéveloppement Et De Démocratie Appliquée (CSPEEDA).

Auteur correspondant: abdramanesoumare@yahoo.fr; soumareabdramanesadio@gmail.com

Résumé :

Au Mali, la malnutrition aigüe globale, le retard de croissance et l'insuffisance pondérale, étaient respectivement de 12,4%, 24,2% et 29,3%. Quant à la sécurité alimentaire, selon l'Enquête Nationale sur la Sécurité Alimentaire et Nutritionnelle (ENSAN) de février 2016, seulement 24% de la population était en sécurité alimentaire ; et plus de la moitié de la population dans une situation de sécurité alimentaire fragile. Le changement climatique constitue une menace sérieuse pour le développement du Mali en général et du Cercle de Nara en particulier. Ce sujet a comme objectif principal d'étudier les types de filets sociaux, les connaissances, les attitudes et pratiques des mères, d'enfants en matière de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant dans les aires de santé des dites communes rurales. Une approche globale, combinant différentes techniques (entretien direct, semi direct) de la méthode qualitative a été adoptée afin de recueillir les données de terrain, de les analyser et de les interpréter. Les résultats auxquels nous sommes parvenus sont : les types de filets sociaux qui ont été exécutés dans les communes rurales concernées par notre étude afin de garantir une sécurité alimentaire, sont perceptibles. Le paquet nutritionnel, les connaissances, les attitudes et pratiques (CAP) des populations de Gueneibe, de Dilly et de Guire par rapport à l'alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant, le calendrier vaccinal des enfants, le suivi des CPN et CPON, sont visibles.

Mots clés : Cercle de Nara, Sécurité alimentaire, mal nutrition, Mesures d'accompagnement (M.A), Transfert Monétaire (T.M) et Le Paquet Nutritionnel.

Abstract::

In 2014, Mali was ranked 179th out of 188 countries with a Human Development Index (HDI) of 0.419. Global acute malnutrition, stunting, and underweight were respectively 12.4%, 24.2% and 29.3%. As for food security, according to the National Survey of Food Security and Nutrition

(ENSAN) in February 2016, only 24% of the population was food secure; 25% of households were food-insecure, 3.1% were severely food insecure, and more than half of the population was in a fragile food security situation.

Climate change poses a serious threat to the development of Mali in general and the Nara Circle in particular. The main objective of this topic is to study the types of social safety nets, the knowledge, the attitudes and the practices of the mothers, of the children with regard to the feeding of the infant and the young child in the health areas of the said rural communes of the Nara health district. A global approach, combining different techniques (direct, semi-direct) of the qualitative method was adopted to collect, analyze and interpret the field data. The results we have achieved are: the types of social safety nets that have been carried out in the said rural communes concerned by our study in order to guarantee food security are perceptible. The nutritional package, the knowledge, the attitudes and the practices (CAP) of the populations of the rural communes of Gueneibe, Dilly and Guire compared to the feeding of the Infant and the Young child, the calendar of the vaccinations of the children, the monitoring of the CPN and CPON, are visible.

Key words: Nara Circle, Food Security, Malnutrition, Accompanying Measures (M.A), Monetary Transfer (T.M.) and Nutritional Package.

Introduction :

Le Mali est un vaste pays de 1.241.000 km² avec une petite population de 17,8 millions (Rapport d'enquête CAP du Programme des Filets Sociaux de l'ONG-CSPEEDA, Septembre 2015) (dont 90% vivent sur environ un tiers de sa superficie dans ses régions du Sud. Sa population est majoritairement rurale et vit de l'agriculture de subsistance et de l'élevage dans les zones arides qui sont fortement tributaires des pluies. Depuis le début des années 1970, la désertification et la sécheresse ont été une des principales raisons des crises alimentaires dévastatrices dans la région du Sahel. Le changement climatique constitue une menace sérieuse pour le développement du Mali en général et du Cercle de Nara en particulier.

En effet, atteindre la sécurité alimentaire demeure un problème pertinent dans les pays de l'Afrique de l'Ouest et du Centre. Selon Shapouri et Rosen (1999) in (KOLEGBE, K,B et Alli 2010), l'Afrique Subsaharienne est la région la plus vulnérable en matière de sécurité alimentaire. Pour Solagral (2000), malgré une amélioration lente mais régulière de la situation alimentaire dans le monde, la situation demeure très préoccupante en Afrique sub-saharienne où 180 millions de personnes étaient sous alimentées entre 1995 et 1997, soit 1/3 de la population. Colomb (1999) pense que le nombre de sous-alimentés en Afrique Sub-saharienne risque d'être multiplié par deux, passant de 175 à 300 millions avec des disparités régionales extrêmement fortes.

Pour Luc Cambrezy et Pierre Janin (2008), in (KOLEGBE, K, B, et all op. Cite.), les disponibilités alimentaires sont quantitativement et qualitativement insuffisantes : moins de 2500 calories par jour et par personne. Selon la FAO (2002), la fréquence des personnes malnutries est passée de 34% à 57% en Afrique Centrale. Tous ces travaux mettent en exergue la pertinence du problème de l'insécurité alimentaire dans les pays de l'Afrique de l'Ouest et du Centre. Mais ces problèmes ne sont pas sans causes. Pour Dembélé (2001), la crise alimentaire en Afrique subsaharienne s'explique par la conjugaison de plusieurs facteurs dont les plus importants sont la stagnation, voire la baisse de la production alimentaire par habitant à cause de la croissance rapide de la population par rapport aux gains de productivité agricole, le manque de devises et la pauvreté des populations.

Pour atteindre un niveau de sécurité alimentaire adéquat, Cleassens et Feijen (2007) in (KOLEGBE,

K, B, et all ibidem), pensent que tout repose sur l'augmentation de la productivité et des investissements en équipements agricoles.

La vulnérabilité aux chocs naturels et économiques est élevée du fait que certains groupes ont un accès limité aux services sociaux de base (eaux potables, hygiène assainissement, centres de santé et écoles. C'est le cas des personnes dans le cercle de Nara qui vivent dans la pauvreté chronique (Rapport Sommaire sur le Coût de la Faim au MALI, 2018-2019¹). Ce faisant la population malienne et celle du Cercle de Nara souffrent énormément encore des effets découlant de la crise politico-sécuritaire de 2012-2013 qui perturbe l'exercice de certains services : les activités génératrices de revenu et les mouvements des troupeaux.

Par conséquent, les réponses pratiques aux chocs soudains et stress chroniques sont limitées les ménages pauvres et vulnérables ont tendance à réduire leur consommation de nourriture. Du coup certains pauvres sont obligés d'emprunter de l'argent auprès des amis et des parents, de retirer leurs enfants de l'école, de vendre l'un après l'autre leurs biens. En 2014, le Mali était classé 179^{ème} sur 188 pays avec un indice de développement humain (IDH) de 0,419 (OMAES, Rapport Provisoire sur l'Etat des Lieux de la Mise en Œuvre des Engagements du Gouvernement en Matière de Droit à l'Alimentation, Septembre 2017). La malnutrition aigüe globale, le retard de croissance, et l'insuffisance pondérale, étaient respectivement de 12,4%, 24,2% et 29,3%. La malnutrition est une cause majeure de mortalité et de morbidité parmi les enfants de moins de 5 ans. (OMAES, Septembre, 2017)

Pour mettre en œuvre la politique nationale sur la sécurité alimentaire, l'ONG nationale, Centre Sahélien De Prestation D'études D'écodéveloppement Et De Démocratie Appliquée (CSPEEDA), a exécuté des actions dans le cadre de l'accompagnement des populations des communes rurales GUENEIBE, DILLY ET GUIRE.

Ces actions portaient sur les mesures d'accompagnements de transfert monétaire et du paquet nutritionnel préventif. Elles constituent des micros projets qui ont aidé les populations des Communes rurales de Gueneibe, Dilly et Guire du cercle de Nara à se protéger des chocs et mitiger leurs impacts sur la pauvreté et les vulnérabilités actuelles. Mais aussi au renforcement du capital humain à travers le développement et la communication pour le développement (C4D).

En effet, les filets sociaux permettent aux populations d'avoir un peu de revenu entre leurs mains, afin d'assurer la satisfaction de certains besoins alimentaires en un premier temps. Et en un second temps, ça leurs permet d'exercer des activités génératrices de revenus.

Le paquet nutritionnel fut aussi un projet qui a été mis en œuvre après une élaboration de la situation de référence mesurée à travers une enquête sur les Connaissances, Attitudes et Pratiques (CAP) des populations des communes rurales concernées par rapport à l'alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant, la déclaration et l'enregistrement des naissances, l'économie familiale, le calendrier vaccinal des enfants, le suivi des consultations prénatales (CPN) et des consultations post natalités (CPON).

Pour y voir plus clair, les questions ci-après requièrent des réponses susceptibles d'éclairer la lanterne sur quelle manière cette dynamique sur la sécurité alimentaire a été effectuée dans les trois communes rurales.

¹ **0-5 ans** L'enfant sous-alimenté court un risque plus élevé d'anémie, de diarrhée et d'infections respiratoires. Ces nouveaux cas de maladie sont coûteux pour les familles ainsi que pour le système de santé. Les enfants sous-nourris court un risque plus élevé de mourir.

-Quels sont les types de filets sociaux qui ont été exécutés dans les communes rurales concernées par notre étude afin de garantir une sécurité alimentaire et nutritionnelle?

-Quels sont le paquet nutritionnel, les connaissances, les attitudes et pratiques (CAP) des populations des Communes rurales de Gueneibe, Dilly et Guire par rapport à l'alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant, le calendrier vaccinal des enfants, le suivi des CPN et CPON?

Autant de questions dont cette étude se fixe comme objectifs et d'en trouver les réponses. Ce sujet a comme objectif principal d'étudier les types de filets sociaux, les connaissances, les attitudes et pratiques des mères, d'enfants en matière de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant dans les aires de santé des dites communes rurales du district sanitaire de Nara. Comme hypothèse principale, nous postulons que les populations des communes concernées bénéficient du transfert monétaire et pratiquent la diversité alimentaire individuelle des ménages, des enfants de 7 à 59 mois, alimentation du nourrisson et du jeune enfant, de la femme avec enfant de moins de 5 ans.

Après une présentation des matériels et méthodes, nous allons mettre l'accent sur les types de filets sociaux mis en œuvre dans ces communes étudiées. Aussi, seront explicités les attitudes et pratiques des mères, d'enfants en matière de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant dans les aires de santé des communes rurales ciblées du district sanitaire de Nara. L'article se termine par une discussion et une conclusion qui portent sur l'analyse et la synthèse des éléments présentés auparavant.

LMATERIELS ET METHODES

Dans un premier temps nous allons présenter les matériels, et en un second temps les méthodes que nous avons choisies pour mener à bien cette étude sur la sécurité alimentaire dans le Cercle de Nara dans la Région de Koulikoro au Mali.

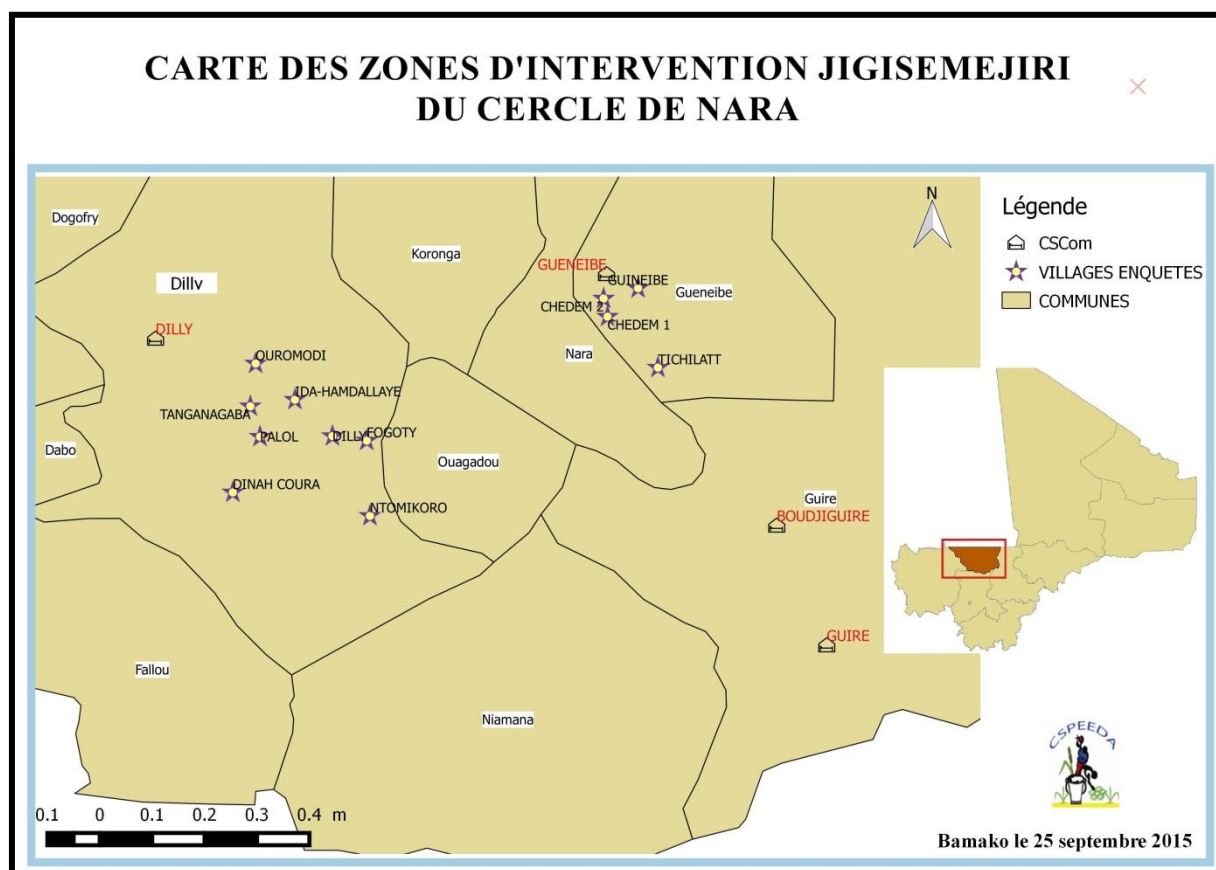
1.1. Matériels

1.1.1. Présentation de la zone d'études

Avec une superficie de 30 000 km² (soit 1/3), (Fabien CASSAN, juin 2013, Cercle de Nara, rapport de diagnostic multisectoriel, juin 2013) de la superficie de la région de Koulikoro, le cercle de Nara est situé à l'extrême Nord de la région de Koulikoro. Le cercle compte onze (11) communes rurales qui sont : Nara, Gueneibé, Koronga, Ouagadou, Dilly, Dogofry, Dabo, Allahina, Guiré, Niamana, Fallou.

Le climat est de type sahélien et est caractérisé par une période prolongée de sécheresse avec des températures très élevées et une très courte saison pluvieuse n'atteignant guère plus de 500 mm.

Les infrastructures socio-économiques de base sont éloignées des autres villages de la commune pour une couverture sanitaire suffisante. Cependant, en ce qui concerne l'accès à l'éducation, de nombreux villages du cercle disposent d'une école de premier cycle. En ce qui concerne l'accès à l'eau, hormis les chefs-lieux de communes, les puits ouverts et quelques forages sont les sources d'eau les plus utilisées par les populations. Enfin, l'absence totale d'énergie électrique constitue un des obstacles limitant le développement économique et le commerce de la zone.



Carte N°01 : Présentation ou localisation de la zone d'étude.

Source : Données de terrain, septembre 2015

Nous avons eu recours aux SIG (Système d'information géographique) pour localiser les villages concernés par l'étude. Les GPS, le logiciel Arc GIS.9, un fonds de carte topographique du cercle de Nara, ont été aussi mis en contribution pour cette étude. Aussi le logiciel Map Source a été utilisé pour le traitement de données de coordonnées géographiques, issues des relevés GPS, en fichiers Excel pour le calage

1.2. Méthodes :

La démarche méthodologique adoptée, a porté sur les points suivants :

1.2.1. La recherche documentaire

La recherche documentaire fut l'un des piliers de notre approche. Elle a été menée à Bamako et à Nara. La recherche bibliographique a essentiellement porté sur les documents ayant trait à la sécurité alimentaire en général et à celle du Cercle de Nara en particulier.

Toutefois, pour mieux construire notre objet d'étude, nous avons axé nos lectures sur les rapports d'études, les articles scientifiques, les mémoires et les thèses traitant la question de la sécurité alimentaire.

1.2.2. L'observation

A GUENEIBE, DILLY, comme à GUIRE, les unités d'observation comprenaient : les populations-elles mêmes, les infrastructures socio de base. Nous avons constaté à ces niveaux un état de dégradation. Au cours de ces séances d'observation nous avons prêté attention aux différentes

activités économiques exercées dans les villages. Dans le domaine de l'agriculture, l'état des champs et des périmètres maraîchers, ont retenu notre attention.

1.2.3. Les enquêtes de terrain

Elles ont été passées par trois étapes fondamentales, à savoir : la définition de l'aire d'étude, le choix des sites d'enquête; la constitution du corpus ou population cible; le choix et l'élaboration des outils d'enquête et la collecte des données.

La définition de l'aire d'étude et le choix des sites d'enquête

Le district sanitaire de Nara, couvre 23 CSCOM plus 1 CSREF. Les programmes des filets sociaux couvrent 3 des 11 communes de Nara à savoir Guiré, Guéneibé et Dilly pour un total de 110 villages. Le nombre de village par aire de santé a été déterminé de façon proportionnelle en fonction de la taille de la population de chaque village. Ainsi nous avons : Dilly, huit (08) Villages avec 190 guides d'entretiens, Guéneibé, quatre (04) avec 50 guides d'entretien, Guiré, quatre (04) villages avec 60 guides d'entretiens, soit un total de 300 guides. Il est important de retenir que le choix des villages a été fait de façon aléatoire en tenant compte d'une part de la répartition spatiale et de l'accessibilité géographique des villages choisis.

La population cible

Le choix des ménages a été surtout basé sur les mères d'enfants de 6 à 59 mois, les chefs de ménages (femme ou homme) choisis aléatoirement au sein d'un ménage (Voir en annexe liste des membres des familles concernées par l'enquête).

Les outils de collecte et la collecte des données

Les objectifs poursuivis par notre recherche sont forcément descriptifs. C'est pourquoi nous avons choisi le guide d'entretien qui nous a paru, l'outil le plus adéquat de collecte de données pour cette étude. L'élaboration de ces guides, a été faite sous forme de thèmes (des thèmes relatifs aux questions de recherche ou aux hypothèses de recherche.) à explorer,

Les thèmes abordés sont :

- ***Les types de filets sociaux qui ont été exécutés dans les communes rurales concernées par notre étude pour la garantie d'une sécurité alimentaire soutenable***
- ***Le paquet nutritionnel, les connaissances, les attitudes et pratiques (CAP) des populations des Communes rurales de Gueneibe, Dilly et Guire par rapport à l'alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant, le calendrier vaccinal des enfants, le suivi des CPN et CPON.***

La collecte des données :

La méthode de collecte des données a concerné les mères d'enfants de 0 à 59 mois. La méthode d'échantillonnage aléatoire a été adoptée pour le choix des 03 communes d'intervention du projet. La taille de l'échantillon 300 ménages, a été calculée. La répartition des grappes par commune a été opérée sur le total des ménages du cercle ou population totale, ce qui nous a donné : Dilly : $64\% \times 300 = 192$ ménages (190 ménages) ; Guiré : $21\% \times 300 = 63$ ménages (60 ménages) ; Guéneibé : $15\% \times 300 = 45$ ménages (50 ménages).

1.2.4. Traitements et analyses des données :

La méthodologie d'analyse des données a été fondée sur deux méthodes principales :

La première méthode a été directement faite sur le terrain avec l'ensemble de l'équipe (les enquêteurs) sur l'identification et l'analyse des barrières à travers les fiches de collecte et de façon participative.

Quant à *la seconde méthode*, l'interprétation et l'analyse après la saisie des données a été faite à partir d'Excel. Les indicateurs clés d'analyse ont été définis à travers un plan d'analyse testé et validé par l'équipe.

1.2.5. Les atouts et les limites de l'étude :

Les atouts, c'est que le cercle de Nara est une zone d'intervention privilégiée de l'ONG (CSPEEDA). En effet, elle y est présente depuis plus de 15 ans pour y avoir mis en œuvre de nombreux programmes de développement communautaire à la base. Les limites de la méthodologie ont surtout été d'une part ; le non-respect du pas de sondage ménage (10 entre les ménages) pour des raisons d'étranglement et de l'insécurité dans certaines localités telles que Dilly et Guéneibé,. D'autre part il y'avait des difficultés de communication directe entre enquêteurs et enquêtés pour des raisons de dialecte (Maure, soninké, Peulh et Grika). Ce faisant pour aplanir à ces difficultés, des traducteurs, ont été recrutés.

II. RESULTATS

Ils sont expliqués et commentés en lien avec les thématiques abordées.

2.1. Les types de filets sociaux qui ont été exécutés dans les communes rurales concernées par notre étude pour la garantie d'une sécurité alimentaire soutenable.

2.1.1. Le programme "Jigisèmèjiri" ou l'arbre de l'espoir

Il a été conçu pour les ménages pauvres et vulnérables. Il vise à mettre en place des transferts monétaires (TM), ciblés aux ménages pauvres souffrant d'insécurité alimentaire et d'établir les piliers d'un système national de filets sociaux au Mali. Son objectif immédiat est d'acheminer des transferts monétaires ciblés aux populations chroniquement pauvres et vulnérables. A moyen et long termes, il s'agit d'améliorer les résultats en matière de capital humain (en santé, nutrition, hygiène et économie familiale) des enfants afin de réduire la transmission intergénérationnelle de la pauvreté.

Parmi les ménages enquêtés 52, 75% sont bénéficiaires des TM (transfert monétaire) contre 21% de bénéficiaires des MA (mesure d'accompagnement). Il s'agit du Programme de Filets Sociaux du Mali de « JIGISEMEJIRI » financé par la Banque Mondiale. Il consiste à donner de l'argent aux ménages très pauvres Ces ménages pauvres, sont les plus pauvres parmi les pauvres, qui sont dans l'extrême pauvreté sur le plan alimentaire et dans l'incapacité de production. Le choix de ces pauvres est fait avec les communautés à la base.

Selon nos enquêtes, qui étaient axées sur des mères d'enfant de 0 à 59 mois et qui sont supposées encore allaiter leurs enfants et prenant en compte plusieurs autres aspects comme le droit des enfants, les activités génératrices de revenus (AGR), le suivi des Contrôles pré natalité (CPN) et contrôle post natalité (CPON). Les ménages soumis à l'enquête sont de plusieurs ethnies et des deux sexes.

Le tableau N°1 qui suit, met en exergue les ethnies qui ont bénéficié des filets sociaux dans les trois communes rurales de notre zone d'étude.

Tableau N°1 : les ethnies qui ont fait l'objet d'enquêtes et bénéficiaires de filets sociaux

Ethnies	Bambara	Maure	Peuhl	Grega	Soninké	Total
Nombre	62	58	110	24	46	300
Proportion	21%	19%	37%	8%	15%	100%

Source :

données de terrain, août, septembre 2015.

Ce tableau montre que ce sont les ethnies peulh et bambara qui ont bénéficié plus de filets sociaux. Du coup, cela prouve que leurs enfants sont plus soumis à l'insécurité alimentaire.

Les enquêtes ont aussi montré aussi que ce sont les sexes masculins qui sont les chefs de ménage avec 90% et les sexes féminins avec 10%. La figure N°01 qui suit, montre la répartition des ménages enquêtés des différentes ethnies par aires de santé ci-dessous :

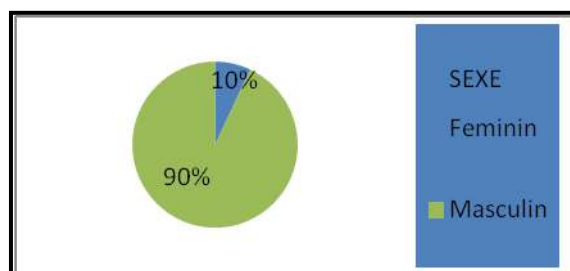


Figure N°01 : Chefs de ménages masculins ou féminins enquêtés dans cette étude.

Source : données de terrain, août, septembre 2015.

Ces ménages sont issus de plusieurs ethnies dont les maures, les peuhls, les soninkés, les grikas et les bambaras. Le montant du transfert est fixé à 10 000 F CFA par ménage et par mois. Les paiements sont effectués par trimestre durant 3 ans, soit 30 000 F CFA par trimestre par ménage bénéficiaire.

2.1.2. Les ménages enquêtés ont connaissance du capital des enfants :

Pour le moyen terme, nos enquêtes ont permis de savoir que la mise en œuvre du programme a permis d'accroître le capital humain des enfants en créant des incitations pour les ménages pauvres et vulnérables à investir dans la santé et l'éducation de leurs enfants. A ce sujet, nos enquêtes, ont permis aussi de savoir que les ménages ont connaissance de certains droits des enfants. Le tableau N°02 suivant met en relief le respect et le non respect de certains droits reconnus universellement aux enfants.

Tableau N°02 : certains droits des enfants reconnus dans nos Communes d'enquête

Oui/Non	droit à l'identité (enregistrement)	droit à l'éducation	droit à la santé	droit à la nutrition et à l'alimentation	droit à la vie	droit à l'intégrité physique
Oui	58%	44%	29%	17%	55,4%	80%
Non	42%	56%	71%	83%	45,6	20%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Source : Données de terrain août, septembre 2015.

L'application et la connaissance de certains droits par les parents de nos sites d'enquête, prouve que les ménages de toutes les ethnies des trois communes, sont très éveillés et accordent beaucoup d'intérêts au capital humain de leurs enfants.

2.1.3. L'amélioration de la résilience des ménages pauvres et vulnérables

L'amélioration de la résilience des ménages pauvres et vulnérables, fut constatée et cela avec le financement du développement des deux nouvelles composantes/activités les activités génératrices de revenus (AGR) et les travaux de haute intensité de main d'œuvre (HIMO). Dans cette posture, nos enquêtes ont révélé que les ménages pratiquent plusieurs activités afin de faire face à l'insécurité alimentaire. Le second graphique explicite les principales activités des ménages enquêtés.

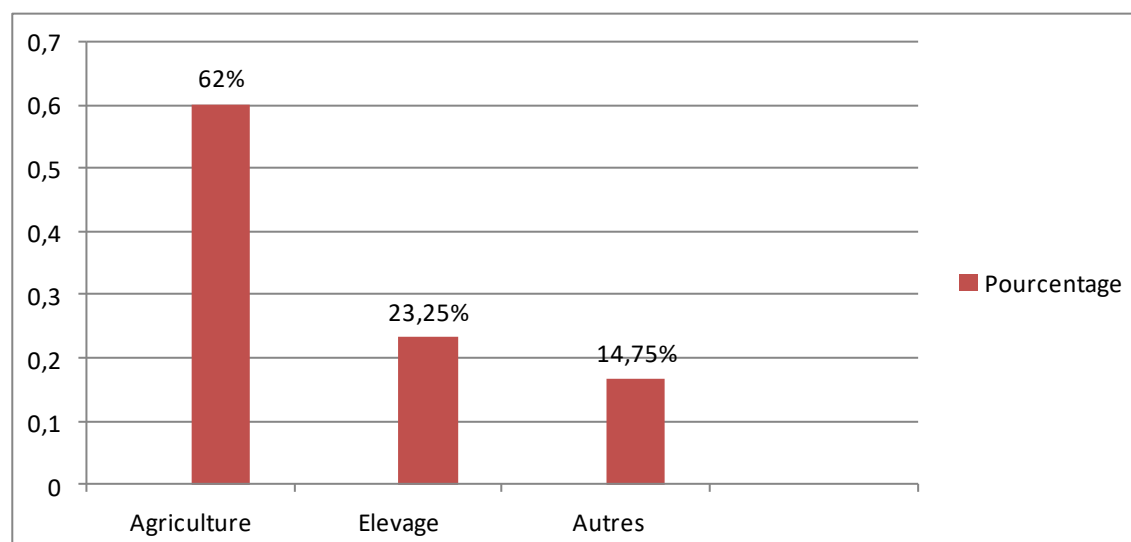


Figure N°02 : les principales activités des ménages enquêtés

Source : données de terrain, août septembre, 2015.

La figure montre que l'agriculture demeure l'activité la plus pratiquée dans les ménages enquêtés, malheureusement elle est sujette aux aléas et changements climatiques.

Dans un autre registre, cette diversité des activités selon nos enquêtes ont permis de mettre à jour que la réduction de la pauvreté et de la vulnérabilité dans les zones sélectionnées furent aussi observées timidement. Cela se fait voir grâce à la stabilisation et l'augmentation de la consommation alimentaire (quantité et qualité des repas), des ménages à travers des transferts monétaires (TM) ciblés et réguliers. Le tableau N°3 ressort les stratégies utilisées par les ménages pour la consommation des nourritures. Les revenus utilisés dans cette stratégie de consommation des ménages sont tirés des activités pratiquées : agriculture, élevage et autres.

Tableau N°03 : Stratégie d'adaptation des ménages à la consommation de la nourriture

Méthodes	Consommer des aliments moins coûteux ou moins préférés	Emprunter des aliments ou emprunter de l'argent	Acheter de la nourriture à crédit	Compter sur l'aide d'amis ou de proches	Réduire la quantité d'aliments consommés par repas	Réduire certaines dépenses de base (éducation, santé)	Réduire la consommation des autres au profit des enfants	Réduire le nombre de repas journaliers	Passer des journées sans manger	Autres (à préciser)
0	43%	57%	63%	65%	55%	73%	65%	74%	90%	99%
1	15%	17%	13%	18%	5%	4%	6%	5%	3%	0%
2	18%	10%	9%	8%	11%	8%	8%	6%	2%	0%
3	10%	6%	5%	4%	3%	3%	6%	4%	2%	1%
4	6%	4%	3%	0%	5%	2%	3%	1%	0%	0%
5	1%	1%	3%	1%	3%	2%	1%	0%	1%	0%
6	2%	2%	1%	1%	0%	2%	1%	2%	0%	0%
7	5%	3%	3%	3%	18%	6%	10%	8%	2%	0%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Source : données de terrain, août-septembre 2015.

Ce tableau montre que, généralement les méthodes d'adaptation les plus utilisées sont : la consommation des aliments moins coûteux ou moins préférés, l'emprunt d'aliments ou d'argent, la réduction de la quantité d'aliment par repas.

La contingence, réponse d'urgence qui est un autre type de filets sociaux qui a pour objet, de renforcer les atouts communautaires pour une meilleure résistance aux chocs, aux catastrophes et aux risques liés au changement climatique. Dans ce dessein, nos enquêtes ont révélé que les populations cibles des trois communes rurales de Dilly, Généibé, Guiré, ont bénéficié des aides dans ce sens là, afin de faire face aux éventuelles sécheresses, inondation, insectes et oiseaux, choléra, invasions des sauterelles (qui mangent le mil en germant), invasion des criquets pèlerins.

2.2.Le paquet nutritionnel, les connaissances, les attitudes et pratiques (CAP) des populations des Communes rurales de Gueneibe, Dilly et Guire par rapport à l'alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant, le calendrier vaccinal des enfants, le suivi des CPN et CPON.

La dimension "Paquet nutritionnel préventif (PNP)" est une intervention complémentaire aux séances de MA, pour prévenir et prendre en charge la malnutrition modérée des enfants et des femmes enceintes et allaitantes. Dans les villages sélectionnés, tous les ménages avec enfants âgés de 6 à 59 mois et/ou femmes enceintes et allaitantes sont sélectionnés et reçoivent un paquet nutritionnel préventif (PNP) pendant leur participation aux séances d'accompagnement.

Les "Mesures d'accompagnement (MA)" comprennent des séances d'animation dispensées aux ménages bénéficiaires ou non de transferts monétaires, des informations essentielles faisant la promotion du capital humain de leurs enfants. Les mesures d'accompagnement abordent les thématiques concernant, entre autres, la santé de la mère et des enfants, la nutrition des enfants, l'éducation des enfants et l'hygiène. Les séances sont organisées tous les trois mois et ce durant 3 ans.

2.2.1. Diversité alimentaire individuelle des ménages

Nous pouvons retenir des données collectées que 53% des femmes dans les ménages enquêtés des trois communes rurales, étaient allaitantes contre 16, 25% enceintes. Cependant il est à noter que 48,33% de ces femmes n'avaient aucun niveau d'instruction. Les habitudes alimentaires de la zone en tenant compte de la préférence du pouvoir d'achat sont respectivement : la bouillie le matin, le « tô » à midi et le couscous, la nuit.

Pour ce faire le tableau N°4 met en évidence le résumé de la diversité alimentaire individuelle des groupes d'aliments.

Tableau N°04 : Le résumé de la diversité alimentaire individuelle des groupes d'aliments des ménages des trois communes rurales.

Groupes d'aliments	Pourcentage
Céréales	100%
Tubercules	10%
Légumes à feuilles vertes	86%
Autres légumes	25%
Les fruits	4,16%
Abats	4%
Viande	25%

Œufs	3%
Poissons	11%
Légumineuses	23%
Lait et produits laitiers	80%
Huile et grasse	85,41%
Sucre et produits sucrés	91,25%
Epices et condiments	100%
Boisson	4,16%

Source : données de terrain, août-septembre 2015

De ce tableau on peut retenir que la céréale reste l'aliment le plus consommé dans la zone d'enquête soit 100% des ménages enquêtés. Le Pourcentage pour les légumes à feuilles vertes soit 86% s'explique du fait de la période de l'enquête (hivernage pendant lequel il y a une abondance des feuilles vertes comestibles par la population locale). Lait et produit laitiers (80%), est un score élevé, car, c'est une zone d'élevage, proche de la Mauritanie. Sucre et produits sucré (91,25%), sont aussi dus à la même situation géographique avec la Mauritanie.

2.2.2. Diversité alimentaire des enfants de 7 à 59 mois

Il ressort clairement de l'analyse de la collecte des données qu'à partir de 6 mois et au-delà, que dans la plus part des ménages soit environs 97%, les enfants ont les mêmes comportements alimentaires que les adultes. A ce titre si les adultes prennent de la bouillie, ils en donnent aux enfants. Cette pratique sociale et alimentaire est presque valable pour tous les autres mets.

2.2.3. Alimentation du nourrisson et du jeune enfant

De cette enquête nous pouvons retenir un certain nombre de choses au regard des données en lien avec les pratiques alimentaires du nourrisson et du jeune enfant (ANJE) dans les communes de Guéneibé, Guiré et Dilly. Dans ce contexte, les figures 3 et 4 nous édifiant d'avantages sur les pratiques de l'allaitement et de la période de sevrage.

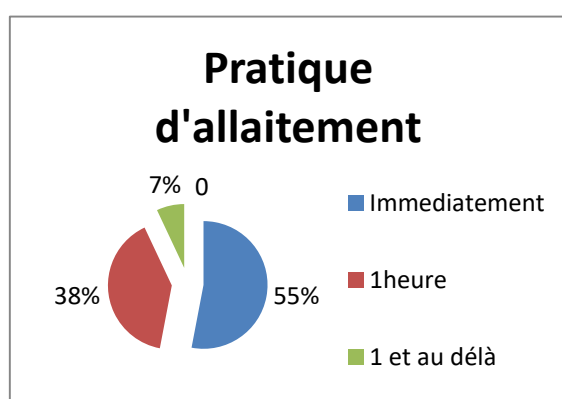


Figure 3 : Pratique de l'allaitement dans les trois communes rurales.

Source : données de terrain août-septembre, 2015

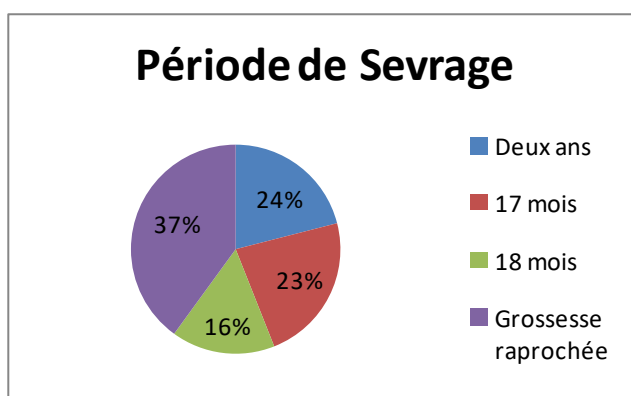


Figure N°4 : les périodes de sevrage dans les trois communes rurales.

Source : données de terrain, août-septembre, 2015.

Au regard de ces résultats et dans la majorité des cas, à cause des us et coutumes surtout dans le milieu peulh, la plupart des femmes de cette ethnie, qui accouchent en dehors des centres de santé communautaires (CSCOM), ne mettent pas immédiatement les nourrissons au sein après l'accouchement soit environ 38%. Dans la zone d'enquête, il ressort qu'allaiter surtout pendant la grossesse n'est pas une bonne chose ni pour la maman, ni pour l'enfant (cosmogonie). C'est ce qui explique le fait que 37% des ménages pensent qu'il faut systématiquement sevrer l'enfant en cas de grossesse rapprochée.

2.2.4. Femme avec enfant de moins de 5 ans, allaitement exclusif du nourrisson (AEN) et hygiène.

Ce tableau N°05 qui suit, retrace l'état de la situation de l'allaitement exclusif du nourrisson et de la pratique de l'hygiène. Ce tableau nous édifie sur des aspects très importants de la complexité de la sécurité alimentaire et de la nutrition.

Tableau N°05 : Situation des femmes avec enfants de moins de 5 ans, allaitement exclusif du nourrisson (AEN) et hygiène.

AEN	Oui	Non
Allaitement dans l'heure après la naissance	83%	17%
Allaitement exclusif	79%	21%
Alimentation de complément à 6 mois	76%	24%
Allaiter jusqu'à 24 mois et au-delà	73%	27%
Augmenter le nombre de repas et la variété des aliments avec l'âge	73%	27%
Augmenter la fréquence d'allaitement lorsque l'enfant est malade	65%	35%
Donner du zinc et de la vitA lorsque l'enfant est malade	56%	44%
Donner assez à boire lorsque l'enfant est malade	70%	30%
Augmenter l'apport alimentaire pendant la grossesse et allaitement	67%	33%
Prévenir et traiter le paludisme pendant la grossesse et l'allaitement	70%	30%
Prendre des suppléments en fer pendant la grossesse et l'allaitement	71%	29%
Consommer les aliments riches en vit A	43%	57%
Consommé le sel iodé	76%	24%

Source : données de terrain, août-septembre, 2015

Selon ce tableau, majoritairement les ménages enquêtés connaissent les AEN, excepté la

consommation des aliments riches en Vit. A ou seulement 43% ont répondu oui.

2.2.5. Age d'introduction d'autres aliments en plus du lait maternel

La figure N°05 qui suit, met en relief cette situation dans les trois communes.

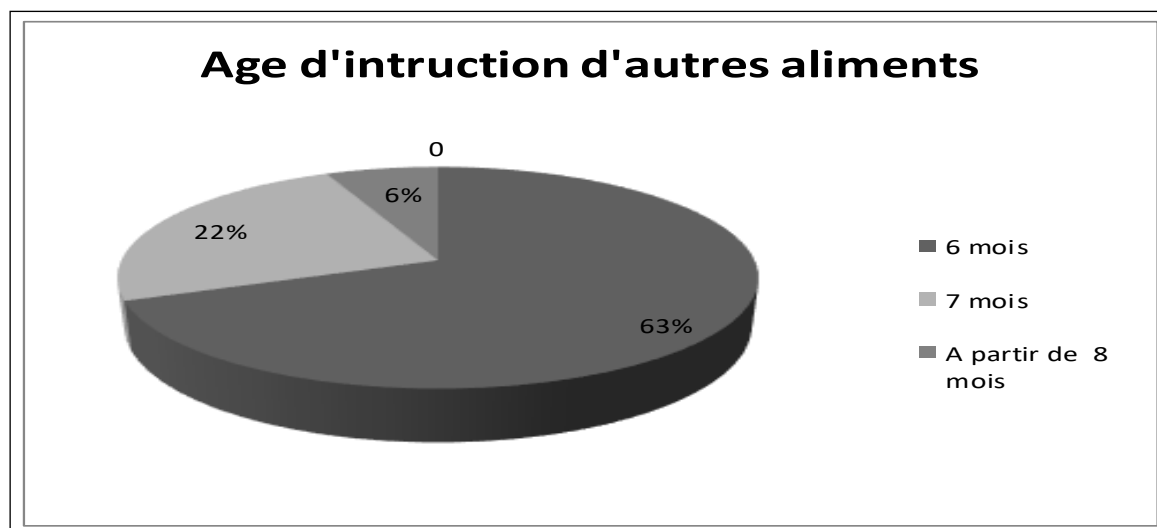


Figure N°05 : l'âge d'introduction d'autres aliments.

Source : données de terrain août-septembre, 2015

Ce graphique montre la situation par rapport à l'introduction d'autres aliments en plus du lait maternel. Pour ce faire la majorité des mères pratiquent l'alimentation de complément à partir de 6 mois avec un Pourcentage de 63%. Une autre proportion soit 22%, a avoué pratiquer l'alimentation de compléments à partir de 7 mois.

2.2.6. La fréquence des repas

Cette autre figure relate la situation relative à la fréquence des repas dans les zones d'étude.

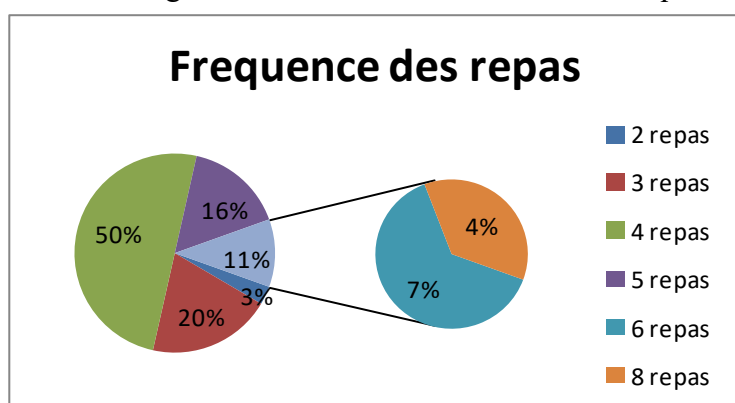


Figure N°06 : la fréquence des repas donnés aux enfants de 0 à 59 mois.

Source : données de terrain, août-septembre, 2015

Le nombre de repas varie entre 2 repas (7%) à 4 repas (50%). Il est important de noter que la diversité ethnique joue sur les habitudes alimentaires. Cette réalité culturelle a un impact réel non seulement sur la fréquence mais aussi sur le type de repas. Ainsi chez les soninkés la fréquence alimentaire va au-delà des 3 repas (matin midi et soir), se situant généralement entre 4 et 6 repas. En effet les enfants ont généralement une fréquence alimentaire supérieure à celle des adultes. Pendant la période de soudure les adultes diminuent leurs fréquences alimentaires au profit des enfants.

2.2.7. Consultation prénatale (CPN)

Le tableau N°06 met en évidence, l'état des réalisations des CPN dans les trois communes.

Tableau N°06 : l'état de la situation des consultations prénatales (CPN) dans les trois communes

Consultations	Oui	Non
CPN1	79%	21%
CPN2	69%	31%
CPN3	63%	37%
PN4	59%	41%

Source : données de terrain, août-septembre, 2015

De cette enquête il ressort que 80% des femmes questionnées ont fait les CPN pendant leur grossesse, dans ce lot 96% dorment sous moustiquaires imprégnées d'insecticides reçues lors des CPN.

2.2.8. Consultation post natale (CPON)

Cette autre activité des femmes est expliquée dans le graphique N°07

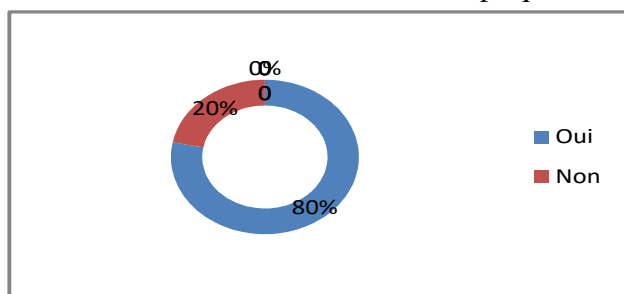


Figure N°07 : la consultation post natale (CPON) dans les trois communes rurales.

Source : données de terrain août-septembre, 2015

Il se dégage de la lecture de ce graphique qu'approximativement la proportion de femme ayant suivi la CPN fréquente les Cscoms pour les CPON soit environ 80%.

2.2.9. Activités de sensibilisation au cours des CPN

Le tableau N°07, nous édifie aussi sur la situation de la mise en œuvre de cette activité.

Tableau N°07 : activités de sensibilisation au cours des CPN

Activités de communication	Oui	Non
Counseling: orienter, aider, informer, soutenir sur la nutrition	76%	24%
Supplémentations en fer	79%	21%
Reçu de la vit A	0%	100%
SP	80%	20%
Ne sait pas	3%	97%

Source : données de terrain, août-septembre, 2015.

Ce tableau, aussi montre que la majorité des femmes ayant fait les CPN, ont reçu des séances de counseling sur la nutrition (76%), du fer pour prévenir les cas d'anémie (79%), de la sulfadoxine, Pyriméthamine dans le cadre de la prévention du paludisme (80%). Il est important de signaler que la capsule de Vit. A est contre indiquée au cours de la grossesse. C'est pourquoi, on la donne aux femmes en post partum immédiat.

2.2.10. Le lavage des mains

Le lavage des mains dans les trois communes rurales comme pratique d'hygiène, est explicité dans le tableau qui suit.

Tableau N°08 : Le lavage des mains

Moments	Oui	Non
Avant de préparer ;	38%	62%
Avant de manger	83%	17%
Avant de donner à manger à l'enfant	35%	65%
Après la sortie des toilettes	100%	0%
Après le nettoyage anal des enfants	100%	0%
Lorsque les mains sont sales	53%	47%
Détergents	Oui	Non
Eau simple	55%	45%
Eau avec savon	61%	39%
Eau avec cendre	7%	93%
Autres à préciser	0%	100%

Source : données de terrain, août-septembre, 2015.

La problématique de l'hygiène/assainissement dans beaucoup de villages enquêtés, reste une préoccupation majeure à cause de l'insuffisance et du manque d'eau en qualité et quantité pour satisfaire les besoins essentiels. Cependant 58% des ménages enquêtés ne se lavent les mains que lorsqu'elles sont sales, une proportion non négligeable soit 55%, n'utilisent que de l'eau simple pour le lavage des mains. Une autre proportion non négligeable de femmes soit respectivement 63% et 65%, ne les lavent pas avant de préparer ou avant de donner à manger à l'enfant.

III. Discussions des résultats

Cette discussion relie nos résultats aux hypothèses annoncées

3.1. Les types de filets sociaux qui ont été exécutés dans les communes rurales concernées par notre étude pour la garantie d'une sécurité alimentaire soutenable.

Nos résultats ont montré que parmi les ménages enquêtés 52, 75%, sont bénéficiaires des TM (Transfert monétaire) contre 21% de bénéficiaires des MA (Mesure d'accompagnement). Par conséquent pour lutter contre la pauvreté dans les ménages, ces types de stratégies de l'action publique doivent être pérennes. Les ménages des trois communes ont besoin de ces appuis au moins pour une longue période de leur existence afin d'éviter à leurs enfants des crises de sécurité alimentaire et de malnutrition. Ce qui est prouvé par Solagral (2000), qui trouve que : « malgré une amélioration lente mais régulière de la situation alimentaire dans le monde, la situation demeure très préoccupante en Afrique sub-saharienne où 180 millions de personnes étaient sous alimentées ». Sous un autre angle pour Luc Cambrezy et Pierre Janin (2008)^{11(*)}, les disponibilités alimentaires sont quantitativement et qualitativement insuffisantes : moins de 2500 calories par jour et par personne. Par conséquent ces transferts monétaires (TM) et mesures d'accompagnements (MA), sont cruciaux pour éviter aux ménages de l'insécurité alimentaire chronique. A ce sujet C'est ce que fait ressortir, le Rapport Sommaire : Le Coût De La Faim au MALI, 2018-2019 du Programme alimentaire mondial (PAM) et NEPAD : « De 0-5 ans, l'enfant sous-alimenté court un risque plus élevé d'anémie, de diarrhée et d'infections respiratoires. Ces nouveaux cas de maladie sont coûteux pour les familles ainsi que pour le système de santé. Les enfants sous-nourris courent un risque plus

élevé de mourir. »

Pour le moyen terme, notre étude a servi de mettre en relief que la mise en œuvre du programme a permis d'accroître la connaissance des ménages sur le capital humain des enfants en créant des incitations pour les ménages pauvres et vulnérables à investir dans la santé et l'éducation de leurs enfants. Sur ce postulat, nos enquêtes, ont permis aussi de savoir que les ménages ont connaissance de certains droits des enfants (droit à l'identité (enregistrement) droit à l'éducation, droit à la santé, droit à la nutrition et à l'alimentation, droit à la vie, droit à l'intégrité physique.)

L'amélioration de la résilience des ménages pauvres et vulnérables, fut constatée et cela avec le financement du développement des deux nouvelles composantes/activités les activités génératrices de revenus (AGR) et les travaux de haute intensité de main d'œuvre (HIMO). Cela est préconisé par la FAO dans la thèse de (R. Diagne, 2013). Elle définit la résilience comme « la capacité à prévenir les catastrophes et les crises ainsi qu'à anticiper, absorber les chocs et adapter ou rétablir la situation d'une manière rapide, efficace et durable. »

L'étude a révélé que la stratégie d'adaptation des ménages à la consommation de la nourriture, est généralement: la consommation des aliments moins coûteux ou moins préférés, l'emprunt d'aliments ou d'argent, la réduction de la quantité d'aliment par repas.

La contingence, réponse d'urgence qui est un autre type de filets sociaux qui a pour objet, de renforcer les atouts communautaires pour une meilleure résistance aux chocs, aux catastrophes et aux risques liés au changement climatique.

3.2. Le paquet nutritionnel, les connaissances, les attitudes et pratiques (CAP) des populations des Communes rurales de Gueneibe, Dilly et Guire par rapport à l'alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant, le calendrier vaccinal des enfants, le suivi des CPN et CPON.

Nos résultats montrent que dans les villages sélectionnés, tous les ménages avec enfants âgés de 6 à 59 mois et/ou femmes enceintes et allaitantes sont sélectionnés et reçoivent un paquet nutritionnel préventif (PNP) pendant leur participation aux séances d'accompagnement.

Les mesures d'accompagnement abordent les thématiques concernant, entre autres, la santé de la mère et des enfants, la nutrition des enfants, l'éducation des enfants et l'hygiène. Les séances sont organisées tous les trois mois et ce durant 3 ans.

Nos résultats ont permis de résumer la diversité alimentaire individuelle des groupes d'aliments des ménages des trois communes rurales: céréales, tubercules, légumes à feuilles vertes autres légumes, les fruits, abats, viande, œufs, poissons, légumineuses, huile et grasse, sucre et produits sucrés, épices et condiments, boissons. Pour ce faire, ils sont différents de ceux de C.T. Koné, 2012) dans sa thèse de doctorat de Médecine intitulée : « la sécurité alimentaire des ménages du Cercle de Nioro du Sahel en 2012 ».selon lesquels, la source des aliments consommés par les ménages dans le cercle de Nioro du sahel en 2012 est: aide alimentaire, collette, cueillette, troc, dons (aliments) familial, achat, propre production. Et leur groupe d'aliments est composé de (Céréales, Légumineuses noix, Lait et produits laitiers, Produits animales, Œufs, Produits riche en vitamine A. Autres fruits).

Selon nos travaux, les habitudes alimentaires de la zone en tenant compte de la préférence du pouvoir d'achat sont respectivement : la bouillie le matin, le « tô » à midi et le couscous, la nuit. Ce qui confirme ceux de (CT. Koné, Ibidem) : les ménages avaient un score de diversité alimentaire faible et moyen dans 14,2% et 25,7% des cas. Ce résultat est inférieur à celui de l'ENIAM (Enquête Nationale sur l'Insécurité Alimentaire et la Malnutrition) au Burkina Faso en 2008 qui trouve un score de diversité faible dans 81,6% des ménages (CT. Koné, Ibidem).

L'analyse de la collecte des données montre qu'à partir de 6 mois et au-delà, que dans la plus part

des ménages soit environ 97%, les enfants ont les mêmes comportements alimentaires que les adultes. Ce résultat confirme celui de (C.T, Koné Op cite) à Nioro : « La majorité soit 84,8% des enfants mangeaient avec les adultes ». Cela se comprend aisément car les deux cercles font frontière et ont en commun les mêmes réalités géographiques, historiques, culturelles et démographiques.

Nos travaux montrent que le nombre de repas par jour varie entre 2 repas (7%) à 4 repas (50 %). (E. ZINZINDOHOUE, 2012), trouve qu'à l'Atakora au Bénin « la fréquence de consommation hebdomadaire des aliments de base (céréales & tubercules) a été de 7 jours pour quasiment tous les ménages (98,2%). Le taux des ménages consommant les arachides/légumineuses pendant 5 jours ou plus par semaine est de 23,5%. Le taux des ménages consommant les légumes pendant 5 jours ou plus par semaine est de 54%. ». Dans les communes rurales concernées, il est important de noter que la diversité ethnique joue sur les habitudes alimentaires. Cette réalité culturelle a un impact réel non seulement sur la fréquence mais aussi sur le type de repas.

Pour ce qui en est des stratégies d'adaptation aux déficits alimentaires, notre étude a montré que, généralement les méthodes les plus utilisées sont : la consommation des aliments moins coûteux ou moins préférés, l'emprunt d'aliments ou d'argent, la réduction de la quantité d'aliments par repas. Au Bénin selon (E. ZINZINDOHOUE, Op Cite), les stratégies des ménages pour s'adapter aux déficits alimentaires sont: « certains le vivent en le cachant, en faisant du feu sans rien avoir à y mettre, tandis que d'autres n'en ont même plus honte. De ces derniers, les autres habitants disent : « ils s'invitent chez vous aux heures des repas », « ils vont de cérémonies en cérémonies ». Il n'est pas rare d'observer que dans les ménages connaissant des soudures aiguës, la consommation tombe à un repas par jour, avec des subterfuges pour camoufler le manque de condiments et de viandes dans la sauce (par plus de moutarde) et même le manque de vivriers de base (on boit la sauce de gombo, on fait de la bouillie). »

La problématique de l'hygiène/assainissement, 58% des ménages enquêtés ne se lavent les mains que lorsqu'elles sont sales, une proportion non négligeable soit 55%, n'utilisent que de l'eau simple pour le lavage des mains. Une autre proportion non négligeable de femmes soit respectivement 63% et 65%, ne les lavent pas avant de préparer ou avant de donner à manger à l'enfant.

CONCLUSION

L'étude nous a permis de savoir que les défis et les enjeux de la Stratégie Nationale de Sécurité Alimentaire dans les communes rurales, de Gueneibe, Dilly et Guire dans le cercle de Nara sont bien mis en œuvre.

Dans un premier temps, les types de filets sociaux qui ont été exécutés dans les communes rurales concernées par notre étude pour la garantie d'une sécurité alimentaire soutenable

Nos résultats sont les suivants : ils sont nombreux et divers. Pour ce faire, c'est le programme "Jigisèmèjiri" ou l'arbre de l'espoir, qui a été conçu pour les ménages pauvres et vulnérables. Il vise à mettre en place des transferts monétaires (TM), ciblés aux ménages pauvres souffrant d'insécurité alimentaire et d'établir les piliers d'un système national de filets sociaux au Mali. Les chefs de ménages masculins ou féminins enquêtés dans cette étude, ont connaissance du capital humain des enfants à travers des investissements dans la santé et l'éducation de leurs enfants. Du coup, cela constitue un espoir réel pour la réduction des risques de vulnérabilités à l'insécurité alimentaire. L'amélioration de la résilience des ménages pauvres et vulnérables, fut constatée et cela avec le financement du développement des deux nouvelles composantes/activités : les activités génératrices de revenus (AGR) et les travaux de haute intensité de main d'œuvre (HIMO). L'agriculture demeure

l'activité la plus pratiquée par les ménages enquêtés mais de type extensif et est sujette aux aléas des changements climatiques. Les méthodes d'adaptation les plus utilisées sont : la consommation des aliments moins coûteux ou moins préférés, l'emprunt d'aliments ou d'argent, la réduction de la quantité d'aliment par repas.

Dans un second temps, le paquet nutritionnel, les connaissances, les attitudes et pratiques (CAP) des populations des Communes rurales de Gueneibe, Dilly et Guire par rapport à l'alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant, le calendrier vaccinal des enfants, le suivi des CPN et CPON

Notre étude a donné les résultats suivants : Pour ce qui est de la diversité alimentaire individuelle des ménages : les habitudes alimentaires de la zone en tenant compte de la préférence du pouvoir d'achat sont respectivement : la bouillie le matin, le « tô » à midi et le couscous, la nuit. La diversité alimentaire des enfants de 7 à 59 mois, il ressort clairement de l'analyse de la collecte des données qu'à partir de 6 mois et au-delà, que dans la plus part des ménages soit environ 97%, les enfants ont les mêmes comportements alimentaires que les adultes. Pour ce qui est de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, au regard de nos résultats dans la majorité des cas du fait des us et coutumes, surtout dans le milieu peulh, la plupart des peulhs nomades, dont les femmes accouchent en dehors des centres de santé communautaires (CSCOM), ne mettent pas immédiatement les nourrissons au sein après l'accouchement soit environ 38%. Les ménages enquêtés connaissent les AEN (Allaitement exclusif du nourrisson), excepté la consommation des aliments riches en Vit. A, où seulement 43% ont répondu oui. Pour ce qui est de la consultation prénatale (CPN), il ressort que 80% des femmes soumises aux entretiens, ont fait les CPN pendant leur grossesse. La consultation post natale (CPON), approximativement la proportion de femme ayant suivi la CPN fréquente des CSCOM pour les CPON soit environ 80% et ont reçu des séances de conseling sur la nutrition (76%), du fer pour prévenir les cas d'anémie (79%), de la sulfadoxine Pyrimethamine dans le cadre de la prévention du paludisme (80%). Le lavage des mains, la problématique de l'hygiène/assainissement dans beaucoup de villages enquêtés, restent une préoccupation majeure à cause de l'insuffisance et du manque d'eau en qualité et en quantité pour satisfaire les besoins essentiels.

Nous préconisons à l'avenir des études suivantes :

Changement climatique et malnutrition dans le Cercle de Nara

D'après notre analyse documentaire, très peu d'études en sciences politiques et sociales analysent en détail les effets et les menaces sur la dénutrition et l'insécurité alimentaire au Mali. D'autre part, les prévisions sur le nombre supplémentaire d'enfants rachitiques ou dénutris (ou autres groupes de population) induit par le changement climatique étaient presque inexistantes dans la littérature malienne.

Changement climatique, agriculture et sécurité alimentaire dans le sahel occidental du Mali (Région de Koulikoro et de Kayes)

Selon les estimations du GIEC, si les tendances actuelles se confirment, 200 à 600 millions de personnes supplémentaires souffriront de la faim d'ici 2080 (Yohe et al, 2007). La faim liée au changement climatique est un problème particulier au Mali en général et dans ces régions en particulier. En fait, les moyens de subsistance d'une proportion importante des populations de ces

régions, dépendent des facteurs climatiques et environnementaux (par exemple, l'agriculture pluviale couvre 96% de l'ensemble des terres cultivées (Politique de Développement Agricole du Mali (PDA, 2013)). Les emplois basés sur les ressources naturelles sont sensibles aux chocs climatiques (par ex., sécheresses et inondations) et aux changements des précipitations, des ressources naturelles ou de la saisonnalité.

Remerciements :

Nous remercions les populations et les maires de Gueneibe, Dilly et Guire, pour les rôles qu'ils ont joués à l'étude sur : Analyse des stratégies de mise en œuvre de la sécurité alimentaire des ménages dans le cercle de Nara au Mali : cas des communes rurales de Gueneibe, Dilly et Guire.

Déclaration de conflit d'intérêts :

Cet article ne comporte aucun conflit d'intérêts

Références bibliographiques

Burkina Fao (2009), Ministère de l'agriculture et de l'hydraulique et des ressources halieutique, Direction générale de la promotion de l'économie rurale. Enquête Nationale sur l'insécurité alimentaire et la malnutrition. Rapport définitif de décembre. Document électronique sur <http://www.insd.bf/fr/IMG/pdf/ENIAM-.pdf>. pp:(75), 193p.

Cleassens et E. Feijen (2007), « Le crédit contre la faim » dans finance et développement, Numéro de mars 2007, PP :35-37.

Dembélé Nando (2001) « Sécurité Alimentaire en Afrique sub-saharienne : Quelle stratégie de réalisation ? » PASIDMA ? document de travail n°1

Edmond ZINZINDOHOUE, Juin 2012, Etat des lieux de la sécurité alimentaire dans le département de l'Atacora (au Nord Ouest du Bénin) et analyse des politiques publiques. Mémoire Master of Advanced Studies en Action Humanitaire.

FAO (1996). Dix neuvième conférences régionales de la FAO pour l'Afrique, Ouagadougou (Burkina Faso) 13-20 Avril, Sommet mondial de l'alimentation : Bilan et perspectives de la sécurité alimentaire dans la région Afrique.

Fabien CASSAN, juin 2013, Cercle de Nara, rapport de diagnostic multisectoriel.

KOLEGBE K. B., Michel A., HOUESSO E., 2010, Analyse De La Sécurité Alimentaire En Afrique De L'ouest Et Du Centre.

Luc Cambrezy et Pierre Janin(2003) « Le risque alimentaire en Afrique ». Paru, pp 88-103 in : Veunet y.(ed),203.-Les risques, paris, col.Dossiers des images économiques du monde(DIEM), SEDES,255p., nombre 2008

Œuvre Malienne d'Aide à l'Enfance du Sahel (O.M.A.E.S), (11 Septembre 2017), Etude Documentaire sur l'Etat des Lieux de la Mise en Œuvre des Engagements du Gouvernement en Matière de Droit à l'Alimentation, Bamako.

Politique Nationale de Sécurité Alimentaire et Nutritionnelle (PoNSAN), (Janvier 2017) Tome 2, Rapport Sommaire : Le Coût De La Faim en Afrique, l'incidence sociale et économique de la malnutrition chez l'enfant au MALI, 2018-2019

Rokhaya Diagne, (22 Novembre 2013), Sécurité alimentaire et libéralisation agricole, Thèse en vue de l'obtention du Doctorat ès Sciences Économiques.

CSPEEDA, (Septembre 2015), Rapport d'enquête CAP sur les mesures d'accompagnement, le transfert monétaire et le paquet nutritionnel préventif dans les communes de Guéneïbé, Dilly et

Guiré,

Savadogo K. (2009) « La politique agricole de l'UEMOA : Etat de mise en oeuvre et défis » Université de Ouagadougou.

Shapouri, Rosen S. (1999) « Food security assesment : why countries are at risk, market and trade economic division, us. Departement of Agriculture, Agriculture information bulletin n° 754, Washington.

Solagral (Avril 2000). L'évolution de la situation alimentaire mondiale en 1998/1999 Paris.

Annexes

Annexe 01 : Taille de l'échantillon et liste des membres de la famille

La taille de l'échantillon 300 ménages a été calculée et la répartition des grappes par commune est à partir de la population par commune/population totale, ce qui nous a donné :

Dilly : $64\% \times 300 = 192$ ménages (190 ménages)

Guiré : $21\% \times 300 = 63$ ménages (60 ménages)

Guéneibé : $15\% \times 300 = 45$ ménages (50 ménages)

Tableau N°9 : les ménages soumis à l'enquête

Cercle	Commune	Nombre de Villages	Nombre de Ménages ²	Population générale estimée	Grappes	Pas de sondage Nombre ménage/Nombre de grappe
Nara	Dilly	67	7 012	37 165	192 ménages soit (64%)	10 avec 2 ménages de réservés
	Guiré	25	2 341	12 406	63 ménages soit (21%)	
	Guéneibé	18	1 590	8 108	45 ménages soit (15%)	
Total	03	110	10.943	57.678	300 ménages (30grappes)	

Source ; données de terrain, septembre 2015

© 2020 SOUMARE, License BINSTITUTE Press. Ceci est un article en accès libre sous la licence the Créative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>)



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

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

Reçu, 25 Octobre 2020

Accepté, 17 Novembre 2020

Publié, 27 Novembre 2020

<http://revue-rasp.org>

Recherche

Perceptions des troubles mentaux par les tradipraticiens de santé dans le district de Bamako, Mali.

Perceptions of mental disorders by traditional health practitioners in the Bamako district, Mali

Pakuy Pierre Mounkoro^{1*}, Souleymane Coulibaly², Zoua Kamaté³

1* : Psychiatre, Maître-assistant (FMOS/USTTB), Praticien hospitalier au CHU Point G, Chef du service de psychiatrie du CHU Point G, Tél : (223) 20 22 50 02/ Fax : (223) 20 22 97 90

2 : Psychologue clinicien, Maître de Conférences (FMOS/USTTB), Praticien hospitalier au CHU Point G

3 : Médecin psychiatre, Praticien hospitalier au CHU Point G.

***Auteur correspondant : Pakuy Pierre MOUNKORO**, Tél (00223) 66 54 17 72/70 26 73 01, E-mail : pmounkoro@yahoo.fr

Résumé

Les représentations des troubles mentaux par les tradipraticiens de santé dans le District de Bamako, ont permis de nommer les troubles mais aussi d'énumérer leurs référents étiologiques. L'objectif de cette étude était d'analyser ces représentations traditionnelles et leurs référents étiologiques dans le District de Bamako. L'enquête a été réalisée entre le 1^{er} et le 30 Septembre 2017 auprès de 15 tradipraticiens de santé dans le district de Bamako. Des interviews utilisant un questionnaire et la prise de notes ont permis de collecter les données. L'agression par les esprits, la toxicomanie, le mauvais sort, les maladies surnaturelles et les différentes formes de folie, ont été les dénominations des troubles mentaux. Les référents étiologiques ont été répertoriés, grâce aux procédés comme la divination, l'interrogatoire, l'inspection et le comportement du malade. En plus des causes d'origine magico-religieuse, les complications des affections organiques, l'abus de substances psychoactives (alcool, drogue), la maltraitance infantile et les facteurs héréditaires ont été également rapportés. Une étude approfondie des procédés diagnostiques permettrait de mieux cerner l'approche psychopathologique traditionnelle des troubles mentaux dans le District de Bamako.

Mots-clés : Perceptions - troubles mentaux - Tradipraticiens de santé - District de Bamako - Mali.

Abstract

The interpretative models of mental disorders by traditional health practitioners in the District of Bamako have not only made it possible to name the disorders and to enumerate their etiological referents. The objective of this study was to analyze traditional interpretations of mental disorders and their etiological referents by traditional health practitioners in the District of Bamako.

The survey was carried out between September 1st and 30, 2017 among 15 traditional health practitioners in the District of Bamako. Interviews using a questionnaire and note-taking allowed data to be collected. Aggression by spirits, drug addiction, bad luck, supernatural illnesses, different forms of madness were the names of mental disorders. The aetiological referents were identified,

favor to procedures such as divination, questioning, inspection and the behavior of the patient. In addition to the causes of magico-religious origin, complications of organic conditions, child abuse and hereditary factors have also been reported. An in-depth study of diagnostic procedures would allow a better understanding of the traditional psychopathological approach to mental disorders in the district of Bamako.

Key-words: Perceptions - Mental disorders- Traditional health practitioners - District of Bamako - Mali

1 - Introduction

Au Mali, les Tradipraticiens de santé (TPS), assurent la quasi-totalité de la prise en charge des personnes souffrant de troubles mentaux aussi bien en milieu rural que dans le District de Bamako, la capitale malienne qui abrite l'unique service de psychiatrie du pays (Mounkoro et al, 2020). Ainsi ils, constituent le plus souvent le premier recours thérapeutique pour les patients et leurs familles qui partagent en général avec eux les mêmes objets culturels (Mounkoro et Coulibaly, 2019). La reconnaissance légale de l'exercice de la médecine traditionnelle au Mali en 1994, a permis à de nombreux TPS de quitter leur terroir pour s'établir à Bamako, en vue de tirer un meilleur profit d'avoir de l'exercice de la Médecine traditionnelle. Beaucoup d'entre eux, se sont regroupés depuis en associations qui se sont fédérées pour donner naissance à la Fédération Malienne des Thérapeutes Traditionnels et Herboristes (FEMATH) en 2002. Après avoir rempli les formalités administratives en vigueur, ces TPS ont ouvert des cabinets médicaux, des herboristeries et des structures traditionnelles de prise en charge des malades mentaux, qui sont actuellement au nombre de quatre. Chacune de ces structures, aurait une capacité d'accueil avoisinant celle du service de psychiatrie et qui est actuellement de 100 lits environ. Les malades y sont internés ou suivis en ambulatoire le plus souvent et toutes les pathologies semblent être concernées (Diarra, 2018). Mais, une approche psychopathologique culturelle de ces troubles, n'a pas encore fait l'objet d'investigation en milieu urbain, ce qui a motivé la présente étude auprès des TPS répertoriés par les associations membres de la FEMATH, avec comme but d'étudier les interprétations traditionnelles des troubles mentaux ; de décrire les facteurs de causalité servant à étayer les diagnostics traditionnels. Les objectifs spécifiques étaient :

- répertorier les différentes entités traditionnelles des troubles mentaux et leurs causes auprès des TPS enquêtés dans le District de Bamako.
- Etudier la fréquence du recours aux différentes entités auprès des TPS enquêtés.
- analyser les interprétations traditionnelles des troubles mentaux et leurs causes en fonction des entités nommées.

2- Matériels et méthodes

2.1- L'aire de l'étude : le District de Bamako

Les origines de Bamako remontent à 1640. La ville doit son nom à Bamba Sanogo un chasseur qui occupait le site en y implantant son campement de chasse. Capitale du Soudan français depuis 1920 puis de la République du Mali à l'indépendance, elle couvre une superficie de 2.992 km² pour une population estimée à 2.446.700 habitants en 2018 (Wikipedia,2019). Le district de Bamako compte aujourd'hui 66 quartiers et six communes dont chacune est dirigée par un Maire et le district par un maire central. Bamako, abrite 4 hôpitaux nationaux de 3^{ème} référence et aussi beaucoup de structures tenues par les TPS.

2.2 - Cadre de l'étude : Le Département de Médecine Traditionnelle (DMT)

Le DMT est la structure technique de l'Institut National de Santé Publique (INSP), qui gère la politique malienne de valorisation des ressources de la médecine traditionnelle. En plus de la recherche scientifique pour la production de Médicaments Traditionnels Améliorés (MTA) à partir des recettes traditionnelles, il s'occupe aussi de l'organisation des TPS et est un centre collaborateur de l'OMS. Il a pour missions, le choix des plantes à étudier dont plus de 250 dont plus de 50 à ce jour (Diarra et al, 2016) et plus de 20 nouvelles molécules isolées (Diallo, 2010) ; les études toxicologiques, phytochimiques et pharmacologiques des espèces retenues, la formulation des MTA et la culture des plantes entrant dans la composition des 7 MTA mis sur le marché. Le DMT compte 3 services :

- le Service des matières premières et d'ethnobotanique chargé de la collaboration avec les TPS et la production de MTA.
- le Service des sciences pharmaceutiques diligente la constitution des dossiers techniques des nouveaux MTA.
- le Service des sciences médicales assure les tests cliniques pour les nouveaux MTA.

2.3 - La méthodologie de l'enquête

2.3.1- le type de l'étude

Cette étude transversale, était basée sur les méthodes de recherche qualitative notamment les interviews (face à face) utilisant un questionnaire et les prises de notes.

2.3.2- La période et le lieu de l'enquête

L'enquête a été réalisée dans le district de Bamako entre le 1^{er} et le 30 Septembre 2017 auprès de TPS prenant en charge les troubles mentaux dans le district de Bamako.

2.3.3 - L'échantillon

L'échantillon était constitué de 15 TPS désignés par leurs associations membres de la FEMATH et ayant accepté de participer à l'étude après un consentement éclairé.

2.3.4 - L'équipe de l'enquête et le déroulement de l'enquête

L'équipe était composée d'un psychiatre et du Président de la FEMATH, comme facilitateur. L'interview individuelle s'est déroulée au siège de la FEMATH et en langue *bamanankan* parlée par tous les TPS enquêtés.

2.3.5 - Les informations collectées

Elles portaient principalement sur les dénominations des maladies mentales et leurs causes.

2.3.7 - Le traitement et l'analyse des données

Les données ont été saisies sur Word 2010 et traitées manuellement.

2.3.8 - Considérations éthiques

Le Président de la FEMATH, après un consentement éclairé, a demandé aux différentes associations de TPS du district, d'identifier et informer leurs membres prenant en charge les troubles mentaux. Ensuite, en compagnie du président et en présence du président de chacune des associations, nous avons rencontré les TPS enquêtés pour avoir leur adhésion effective après un consentement éclairé. Un rendez-vous, a été donné à l'avance à chaque TPS. A la fin de chaque interview, dans le souci de respecter la tradition, l'équipe a observé les codes de bonne conduite en offrant des noix de cola, en guise de motivation symbolique et en remboursant les frais de transport de chaque TPS de son lieu de résidence au siège de la FEMATH. L'anonymat et la confidentialité ont prévalu pendant toutes les étapes de l'étude.

3- Résultats

3.1 - Variables sociodémographiques

3.1.1- Spécialité des TPS



Graphique N°1 : Répartition des TPS selon leur compétence

54% des TPS étaient des spécialistes et 33% avaient une compétence en psychiatrie.

3.1.2 - Age, sexe, ethnie et religion

Tous étaient de sexe masculin, musulmans et d'âge compris entre 31 et 66 ans. 8 étaient de l'ethnie Bambara.

3.1.3- Origine du savoir et source de revenus

13 avaient comme source d'apprentissage la tradition familiale et principale source de revenus l'exercice de la médecine traditionnelle.

3.2- les moyens diagnostiques

Tableau N°1: les moyens diagnostiques utilisés par les TPS

Moyen diagnostique	Nombre de TPS ayant eu recours
Divination	15 (100%)
Interrogatoire	15 (100%)
Inspection	12 (80%)
Observation du comportement	6 (40%)

Tous les TPS, procédaient à la divination, l'interrogatoire, l'inspection et l'observation du comportement du patient.

3.3 - les dénominations des troubles mentaux

Tableau N°2 : dénominations des troubles mentaux

Dénomination en Bambara	Dénomination en français	Nombre de TPS ayant recours	Fréquence %
<i>Jinebana</i>	Maladie de djinns	10	66,66

<i>Dorogu</i>	Toxicomanie	8	53,33
<i>Alabana</i>	Maladie de Dieu	6	40,00
<i>Dabali</i>	Mauvais sort	5	33,33
<i>Kungolodimigelen</i>	Céphalées migraineuses	5	33,33
<i>Fa</i>	Folie	3	20
<i>Kungoloyelema</i>	Tête changée	2	13,33
<i>Sitanibana</i>	Maladie du satan	2	13,33
<i>Kungobana</i>	Maladie de la brousse	2	13,33

Les principales dénominations des troubles mentaux étaient respectivement la maladie des djinns, la toxicomanie, la maladie de Dieu, le mauvais sort et les céphalées migraineuses. Seuls 3 TPS avaient eu recours au terme de folie.

3.4 – Les causes des troubles mentaux

Tableau N° 3 : Les causes des troubles mentaux

Causes (en <i>Bamanan</i>)	Causes (en Français)	Nombre de TPS ayant eu recours	Fréquence %
<i>Fijen</i>	Vent (agression par les esprits)	15	100,00
<i>Farikolobanajuguman</i>	Complications des affections organiques	12	80,00
<i>Dorogu</i>	Toxicomanie	8	53,33
<i>Dabali</i>	Le mauvais sort	7	46,66
<i>Ala</i>	Dieu	7	46,66
<i>Jigitige</i>	Désespoir	4	26,66
<i>Siran</i>	Peur	1	06,66
<i>Laadacijen</i>	Non observance des rites et rituels	1	06,66
<i>Jolilabana</i>	Maladie du sang (Hérédité)	1	06,66
<i>Denjaninkojugu</i>	La maltraitance infantile	1	06,66

L'agression par les esprits, le mauvais sort, les causes surnaturelles, les complications des affections organiques et la toxicomanie, ont été les principales causes. Les facteurs héréditaires et la maltraitance infantile ont été aussi évoqués.

4- Discussion

4.1- Données sociodémographiques:

4.1.1- Age, sexe, ethnie et origine du savoir

Les 15 TPS étaient de sexe masculin, probablement par le fait que les difficultés liées à la prise en charge des troubles mentaux prédisposent plus les hommes que les femmes. Ils appartenaient à six groupes ethniques dominés par les Bambaras avec 8 TPS (54%), les 5 autres ethnies étaient : Maure et Dafing avec chacune 2 TPS ; Dogon, Peulh et Soninké avec chacune 1 TPS. Leur âge était compris entre 33 et 66 ans avec un âge moyen de 45 ans environ. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que l'apprentissage de l'exercice de la médecine traditionnelle commence très tôt (entre 5 et 10 ans) et dure jusqu'au-delà de 30 ans, un âge de maturité auquel, l'apprenant est autorisé par le maître à soigner. 13 TPS avaient hérité d'une tradition familiale. Ces résultats concordent avec ceux des travaux de Mounkoro et al (Mounkoro et al, 2018) au Plateau Dogon de Bandiagara. Deux avaient appris auprès d'un maître coranique. Tous étaient musulmans. Nos résultats contrastent avec ceux des travaux de Mounkoro et al, qui avaient relevé chez les TPS Dogon un syncrétisme religieux dynamique, mélangeant la religion traditionnelle et l'islam. Ainsi dans un même village, mosquée, église, autel des ancêtres et maison des femmes réglées ou *yapunogine*¹ se côtoyaient.

4.1.2 - Source de revenus.

13 TPS avaient comme principale activité professionnelle et source de revenus l'exercice de la médecine traditionnelle. Ce qui dénote d'une certaine professionnalisation acquise en ville, rompant ainsi avec le statut de volontariat qui prévalait au niveau de leurs villages d'origine. Par contre, deux des maîtres coraniques pratiquaient secondairement cette médecine.

4.1.3 - Spécialités des TPS

Huit étaient spécialisés, cinq avaient une compétence en santé mentale et deux généralistes pouvaient prendre en charge des pathologies à forte connotation psychique (Mugisho Nfi Koya, 2016). La plupart suivaient les patients en ambulatoire. Cela s'explique par le manque de structure appropriée difficile à acquérir dans le district de Bamako. Il faut noter que tous les TPS enquêtés prenaient en charge en plus des troubles mentaux au moins deux pathologies organiques notamment la stérilité, l'impuissance sexuelle, l'adénome de la prostate, le paludisme grave, le diabète (en précisant même le type)², l'HTA, les céphalées migraineuses, les anciennes plaies, les troubles gastriques, la crise hémorroïdaire, les maladies ictériques, les problèmes traumatiques, les infections urinaires, la dystocie, les dysménorrhées, les maux de dents et les douleurs ostéoarticulaires.

¹ Ya (femme), puno (règles), guine (maison). La maison des femmes, située le plus souvent à la place publique village, sert d'habitat pour les femmes en période de menstruation. En effet, la femme réglée est considérée comme « impure » pendant cette période et ne doit pas ainsi avoir des contacts étroits avec les autres villageois. Cette tradition dogon, tend à disparaître de nos jours, du fait de l'influence acculturatrice occasionnée par les nouvelles religions (l'islam et le christianisme) et l'émigration.

² Les TPS ont déclaré envoyer les patients dans les structures sanitaires modernes avec lesquelles ils collaborent pour poser le diagnostic biologique et/ou clinique. Il faut rappeler que le Centre de santé de Référence de la commune II du District de Bamako, a une longue expérience de collaboration avec l'association des TPS de ladite commune par les échanges d'informations à propos de la maladie et la référence des malades dans les deux sens.

4.2- Moyens et procédés diagnostiques utilisés par les TPS.

Les différents moyens et procédés diagnostiques pour nommer les troubles, les référents étiologiques et effectuer les démarches thérapeutiques se font généralement par le truchement magico-religieux (Mugisho Nfi Koya, 2016). Les TPS disposent de plusieurs moyens, contrairement aux idées préconçues, faisant croire qu'ils ne procèdent pas à l'examen de leurs patients [Mounkoro et Coulibaly, 2019).

4.2.1- Démarche diagnostique

Tous les TPS enquêtés procédaient par :

- **l'observation du comportement du patient** en prenant en compte les gestes et mouvements des patients ;
- **l'inspection avant toute intervention**, en touchant à certaines parties du corps notamment au poignet, à la paume des mains ou au front, les conjonctives. etc... Ce contact étroit du TPS avec le patient pourrait s'expliquer par le fait que le TPS se préoccupe avant tout de créer **une relation de confiance** avec son malade, préalable à toute réussite thérapeutique. Les résultats de notre étude concordent avec ceux de l'étude de Collin en 2018. Le TPS touche à différentes parties du corps, notamment la tête qu'il tient entre les mains en récitant des paroles incantatoires surtout si ce dernier est agité.
- **l'interrogatoire** qui portait sur les plaintes recueillies auprès du malade et/ou de la famille, notamment le début des troubles, les antécédents personnels et familiaux et les itinéraires thérapeutiques.
- **le recours à la médecine moderne pour des explorations (biologiques, cliniques et d'imagerie médicale)** en vue de confirmer le diagnostic des affections organiques comme le paludisme, l'HTA, le diabète, l'adénome de la prostate. etc... Contrairement aux TPS des zones rurales qui ignorent les affections organiques accompagnant les troubles mentaux, ceux du district de Bamako à force de collaborer avec les agents de la Médecine moderne, ont intégré l'impact de ces affections sur la santé mentale.

4.2.2- Les Techniques divinatoires utilisées par les TPS

Elles étaient principalement :

- **la géomancie** qui fait référence aux signes graphiques marqués par le devin sur le sable à l'aide du doigt (*cijenda*, étaler la vérité en *bamanankan*) ou sur le papier à l'aide de bic (*turabu*). Elle est surtout inspirée de la religion musulmane selon la thèse de Cissé en 2020.
- **l'oniromancie ou divination par les rêves** : le TPS se sert soit de ses propres rêves, soit des rêves du malade pour connaître l'origine et la nature des troubles ainsi que leurs causes et surtout les moyens thérapeutiques nécessaires. Il faut évoquer ici le cas particulier de *isikara* (serait une technique de voyance préférée du prophète Mahomet), qui consisterait à lire des versets particuliers du coran tout en évoquant le problème à résoudre avant de dormir. Ainsi, lors du sommeil profond, les solutions au problème posé se dévoile sous forme de rêve ou de sensations diverses.
- **la divination à l'aide du chapelet** est surtout utilisée par les TPS d'obédience musulmane. Le procédé consiste à égrener le chapelet en récitant des versets coraniques (*wurudi*, un emprunt arabe) à jeun et à l'abri de tout contact humain (la retraite mystique ou *kaliwa*, un emprunt arabe également). Durant cette retraite, le TPS s'affronterait aux esprits ayant provoqué les troubles et cette confrontation pourrait provoquer des troubles mentaux aigus rencontrés chez les jeunes marabouts, n'ayant pas encore une grande expérience de cette pratique.

4.3 - Interprétations et causes des troubles mentaux

Les troubles et leurs causes ont été le plus souvent désignés par les mêmes termes.

4.3.1- Les interprétations des troubles mentaux

Elles s'articulaient autour de :

Les interprétations d'origine magico-religieuse

Jinebana ou la maladie des djinns, a été évoquée par 12 TPS. Elle est une entité assez fréquente comme modèle interprétatif des maladies au Mali.

Sitanebana ou la maladie du satan, satan symbolisé par le mal, entité citée par 8 TPS.

Alabana ou la maladie de Dieu par 7 TPS, ce sont généralement les troubles pour lesquels aucune des interprétations possibles ne serait évoquée, ils sont d'origine surnaturelle.

Dabali ou mauvais sort, par 5 TPS, est le fait d'empêcher une personne à accomplir normalement sa « destinée » par le truchement d'une personne compétente (un marabout ou un féticheur). Le résultat peut être un malheur quelconque y compris le trouble mental.

Kungoloyelema ou tête changé et *kungolobana* ou maladie de la tête, sont des euphémismes pour désigner les troubles mentaux, évitant ainsi d'employer le terme de folie.

La référence au terme de folie

La symptomatologie présentée par le malade a surtout permis d'y faire référence. Ainsi l'agitation, la logorrhée et l'agressivité ont renvoyé à *fabilen* ou « folie rouge », le mutisme à *fasumalen* ou « folie froide », la grande variété des symptômes notamment de désorganisation à « *falakika* ou « vraie folie ». La référence à la folie « *fa* » témoigne non seulement de la gravité de la symptomatologie et de la difficulté de la prise en charge par le TPS de l'agitation, l'agressivité et l'instabilité psychomotrice. Aussi la stigmatisation du malade combinée à l'évolution probable vers la chronicisation compromettraient ainsi de facto la réinsertion familiale et socioprofessionnelle (Coulidiaty et al, 2019). Seuls 3TPS, avaient y eu recours, témoignant ainsi de la dynamique des modèles interprétatifs traditionnels des troubles mentaux même en milieu urbain.

- Les affections organiques

Kungolodimigelen par 5 TPS : ce sont des céphalées migraineuses ou *kumabin* fréquentes surtout chez la femme, pouvant occasionner une insomnie, une perte d'intérêt, une tristesse, une anorexie et des nausées et/ou vomissements, le tout évoluant par périodicité.

- **La toxicomanie**, citée par 8 TPS constitue de nos jours une interprétation fréquente des troubles mentaux surtout chez les adolescents. Ce recours rend difficile la prise en charge par le fait qu'il disqualifie le TPS et culpabilise le patient. En effet, les troubles liés à la toxicomanie, ne seraient pas dans le champ de compétence des TPS, même si quelques-uns de nos enquêtés auraient déclaré les prendre en charge. Aussi, pour les familles et la communauté, le patient est le seul responsable de sa maladie, ce qui peut constituer un facteur important de stigmatisation voire de désinsertion familiale et socioéconomique.

4.3.2 - Les causes des troubles mentaux

Neuf référents étiologiques ont été énumérées notamment :

L'agression par les esprits a été évoquée par l'ensemble des TPS. Les esprits incriminés étaient les djinns, satan, les esprits telluriques et les esprits possédant une personne. Ici, l'interprétation et le diagnostic procèdent d'abord par l'identification des esprits en cause et ensuite les moyens thérapeutiques vont consister le plus souvent soit « à chasser les esprits » par l'utilisation de plantes et de versets coraniques, soit à sceller un pacte entre le patient et cet esprit par l'exécution des rites et rituels périodiques. Quant à **l'abus de toxique** (drogue et alcool), il témoigne de l'influence acculturatrice occasionnée par la psychopathologie de l'émigration. **Les complications des**

affections organiques (le paludisme grave, AVC dû à l'HTA et les traumatismes crâniens) par 12 TPS ; **le mauvais sort** et **Dieu** chacun par 7 TPS. **Les esprits telluriques et les esprits possédant une personne**, par 3 TPS. Le **désespoir**, par 4 TPS et **la non observance des rites** par un TPS ont été également cités. La référence aux **situations anxiogènes**, à la **maltraitance infantile et aux facteurs génétiques** par un TPS chacun, dénote de l'influence de la collaboration avec les agents de la médecine moderne et de la dynamique des TPS à construire constamment de nouveaux modèles interprétatifs et étiologiques (Delouvé, 2016).

5 - Conclusion

Les suppositions selon lesquelles les TPS font presque exclusivement recours aux procédés magico-religieux pour asseoir les diagnostics des maladies, ne semblent pas être vérifiées dans notre étude. En effet, en plus de ce recours, des procédés diagnostiques presque identiques à ceux de la médecine moderne, ont été utilisés notamment, l'inspection de tout le corps, le toucher de certaines parties du corps des patients, l'interrogatoire minutieux du malade et/ou de la famille et le comportement (présentation, tenue corporelle et vestimentaire, mimique, gestuelle...etc.). Cette approche psychopathologique des troubles mentaux a mis en relief non seulement les grands axes habituels de modèles représentatifs des troubles mentaux en Afrique et leurs référents étiologiques et aussi des particularités liées à la professionnalisation des TPS notamment les complications des affections organiques, les facteurs héréditaires, la maltraitance infantile et les traumatismes crâniens. Le recours au terme de folie dénote particulièrement de la gravité et la singularité des symptômes. Une étude approfondie des procédés diagnostiques pourrait permettre de mieux cerner l'approche psychopathologique traditionnelle des troubles mentaux dans le district de Bamako.

Remerciements

Les auteurs remercient Professeur Berit Smestad PAULSEN, pour avoir mobilisé les ressources financières ayant permis de mener cette étude auprès de School of Pharmacy de l'Université d'Oslo (Norvège). Ils remercient également les TPS et leurs associations de même que la FEMATH et son Président pour avoir accepté de participer pleinement à cette étude

Conflits d'intérêt : les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts.

Références bibliographiques

- Cissé, M. (2020) . Analyse des rôles psychothérapeutiques de la géomancie dans la zone de Djitoumou, Arrondissement de Ouélessébougou. Thèse de Doctorat, Sciences Humaines (spécialité Sciences de l'éducation), Institut Pédagogique Universitaire (IPU), Bamako, 190 pages.
- Collin, M. (2018). Aspects culturels et communautaires des médecines traditionnelles consulté en Afrique et en Asie de Sud-Est. Université Toulouse III PAUL SABATIER, Faculté des Sciences Pharmaceutiques, THESES 2018 TOU3 2081, 197 pages
- Couliadiaty,G., Savadogo, L.G.B., Busia, K. Siranyan, S. (2019). Prise en Charge Traditionnelle des Maladies Mentales à Diapaga, Burkina Faso, *African Health*

Sciences 20(1) :95-101 · January

- [– Delouvé, S. (2016). La théorie des représentations sociales : quelques repères socio-historiques, p : 39-50 ; In LO MONACO G, DELO UVEÉ S, RATEAU P (dir.). Les représentations sociales -théories, méthodes, applications, DEBOECK supérieur
- Diallo, D. (2010). Etat de la recherche en médecine traditionnelle au Mali de 1960 à nos jours. , Archives du Département de Médecine Traditionnelle (INRSP/DMT Bamako), 32pages
- Diarra, D. (2018). Prise en charge traditionnelle des troubles mentaux: Cas du Centre d'exorcisme prophétique (CEP) de Sikasso. INFSS, Mémoire du Master en Sciences de la santé (option santé mentale, Bamako, 51 pages
- Diarra, M.L., Mariko, M., Mbaye, M.S., Noba, K. (2016). Plantes médicinales utilisées dans le traitement traditionnel du paludisme à Bamako. *Int. J. Bio. Chem.* 10 (4): 1534-1541 Internet: <https://fr.wikipedia.org/wiki/Bamako>, Consulté le 10/05/2019
- Moukoro, P.P., Coulibaly, S. (2019). Approche psychopathologique des troubles mentaux au Plateau Dogon de Bandiagara. *RASP, Vol.18(1)*, Janvier-juin, pp : 12-24
- Moukoro, P. P., Kodio, O., Coulibaly, S.P., Traoré, J. , Koné, M., Traoré, K..... Koumaré, B. (2018). Etude ethnobotanique des plantes utilisées pour le traitement des troubles mentaux au Plateau Dogon de Bandiagara. *Revue Psy Cause N°77, 3^{ème} quadrimestre*, pp : 7-14
- Moukoro, P.P ; Coulibaly, S., Dembélé, S. M., Ballo, F.N., Sanogo, R., Diallo, D., Paulsen, B. S.(2020) Étude Ethnobotanique des Plantes Utilisées par les Tradipraticiens de Santé pour le Traitement des troubles mentaux dans le District de Bamako, Mali. *Health Sci. Dis: Vol 21 (1) January*
- Mugisho, N. K. . P. (2016). Les aspects socioculturels des troubles mentaux chez le peuple Shi d'hier et d'aujourd'hui : quelle prise en charge efficace ? *L'Autre /1 (Volume 17)*, pages 110 à 118 Mis en ligne sur Cairn.info le 28/06/2016, consulté le 18/8/2020.

Annexe

Liste des Tradipraticiens de santé enquêtés

Nom	Prénom	Commune
Spécialité		

TRAORE Spécialiste	Mahamadou	I
TRAORE Généraliste	Alou	II
TRAORE Spécialiste	Youssouf	III
DIEPKILE Généraliste avec compétence	Abdoulaye	VI
SYLLA Généraliste avec compétence	Nouhoum	II
COULIBALY Généraliste avec compétence	Kalifa	IV
NIAMBELE Généraliste avec compétence	Daouda	IV
DJIRE Généraliste	Mohamed	I
BOUARE Spécialiste	Nouhoum	I
SANGARE Spécialiste	Lamine	I
KONATE Spécialiste	Youssouf	VI
DAOU Spécialiste	Bakary	VI
FALL Généraliste avec compétence	Mohamed	I
KONE Spécialiste	Moussa	II
HAIDARA Spécialiste	Nouhoum	II

© 2020 Mounkoro, License BINSTITUTE Press. Ceci est un article en accès libre sous la licence the Créative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>)



Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, Volume 2 N 2:

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

Reçu, 27 Octobre 2020

Accepté, 03 Décembre 2020

Publié, 10 Décembre 2020

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

Recherche

Prélèvement d'organes en question : facteurs explicatifs d'abstention au Burkina Faso

Aicha Nadège OUEDRAOGO^{1,*} et Abdourahmane GARBA MAMOUDOU²

¹ IMAF/EHESS-PSL (Institut des mondes africains/Ecole des hautes études en sciences sociales- Université Paris sciences et lettres) ; Université de Fada N'Gourma Burkina Faso.

² Service protection-médiation-prévention de l'œuvre du secours aux enfants-Paris/ Service expert près de la cour d'appel de Paris.

* Correspondance : aichcel@yahoo.fr ; Tel : +226-73 64 57 28 ;

Résumé : La présente étude rapporte des résultats préliminaires sur la perspective du prélèvement d'organe cadavérique au Burkina-Faso. Il s'agit d'une étude exploratoire qui vise à recueillir des opinions à propos d'une option thérapeutique non encore pratiquée dans le pays et dont les avantages, mais aussi les implications méritent d'être discutés. Les éléments rapportés peuvent se décliner en différentes catégories. L'analyse des 35 premiers entretiens montre que cette option thérapeutique est méconnue et incomprise en raison de son assimilation à des pratiques occultes. Aussi, divers mécanismes de pensée ont été mis en évidence comme des facteurs limitants au processus de prélèvement. Des facteurs explicatifs d'ordre éthique, médical ou socio-culturel entravent en effet l'adhésion au don d'organe cadavérique, rendant la perspective compromise.

Mots clés : Mort, prélèvement d'organe, option thérapeutique, transgression, Burkina Faso

Questioning organ harvesting in Burkina Faso: Explanatory factors of people abstention

Abstract: This study reports preliminary results on the prospect of cadaveric organ harvesting in Burkina Faso. It is an exploratory study that aims to collect opinions about a therapeutic option not yet practiced in the country, and whose benefits, but also implications, are worth discussing. The reported items can be divided into different categories. Analysis of the first 35 interviews shows that this therapeutic option is not known or misunderstood due to its assimilation to occult practices. Also, various thought mechanisms have been highlighted as limiting factors in the sampling process. Explanatory factors of an ethical, medical or socio-cultural nature hinder adherence to cadaveric organ donation, rendering the prospect compromised.

Keywords: Death, organ harvesting, therapeutic option, transgression, Burkina Faso.

Introduction

Si les grandes révolutions de la médecine permettent d'obtenir une meilleure qualité de vie, elles repoussent également les limites de la mort à plusieurs égards, à travers notamment le don d'organes. Cependant, l'intérêt thérapeutique de la pratique peine à se montrer, tant il est escamoté par une pléthore de considérations éthiques et socio-culturelles, même si au niveau juridique, les textes l'autorisent¹. Au Burkina-Faso, le prélèvement d'organes cadavérique butte sur les lourdeurs afférentes au traitement des morts dans les pratiques traditionnelles. Dans les pays où elle est pratiquée, la transplantation est confrontée à un manque sévère de donneurs. Cela est principalement lié au refus des familles de consentir au don (parfois même en cas d'accord du donneur) ainsi qu'à la régression du taux de décès par accident et par les maladies cardio-vasculaires (Ghorbal 2003 ; Morelon, 2003). Dans l'optique de remédier à cette pénurie, le prélèvement d'organe a évolué et se situe à présent à un autre stade. De nombreux pays comme la France, l'Espagne, les Pays-Bas, l'Algérie, la Tunisie, etc. appliquent alors le principe du consentement présumé du donneur (Didier Burg, 2018 ; Cabrol, 2007 ; David Rodríguez-Arias, 2009) lequel donne accès aux équipes techniques de procéder au prélèvement dès qu'un patient remplit les critères d'appartenance à une catégorie apte. Mais là encore les incessants refus des familles constituent un obstacle, réduisant fortement la disponibilité de greffons, malgré l'élargissement des critères d'éligibilité au don.

Au Burkina-Faso, le don d'organe cadavérique est méconnu. Le paradoxe de « l'organe vivant » dans un « corps mort » est perçu comme une utopie ou un stratagème visant à entraîner la mort par anticipation à des fins contraires à l'intérêt du malade (Ouédraogo, 2018). En effet, la question du prélèvement d'organes est multifactorielle. Comment conjuguer l'ambiguïté de la mort biologique et la conception culturelle de la mort dans une visée thérapeutique ? Quelles sont les valeurs qui motivent les prises de position face au prélèvement d'organe cadavérique ? Quels sont les éléments d'entrave à cette thérapie, comment est-elle perçue ? D'autres considérations venant, soit soulever l'ambivalence de la situation, soit buter sur des restrictions culturelles et ou religieuses compliquent davantage la question.

L'objectif de cette étude est, d'une part, d'analyser les représentations du don d'organes au sein de la population burkinabé. D'autre part, il s'agit de déterminer les valeurs qui motivent les prises de position face au sujet, afin de déceler les facteurs d'entrave au don d'organe dans la société burkinabé.

Nous aborderons donc ici essentiellement la question du prélèvement d'organe cadavérique en décrivant les facteurs qui induisent l'abstention au don, après avoir rappelé quelques critères de catégorisation des donneurs.

Matériels et méthodes

Il s'agit d'une recherche prospective basée sur une approche qualitative. Nous avons procédé à une enquête ethnographique consistant en des entretiens semi directifs auprès de 35 participants appartenant à différentes franges de la population, incluant des leaders communautaires (06), des chefs coutumiers (02), des personnes âgées (10), des jeunes adultes hommes (10) et femmes (07). Ensuite

¹ Sur plan juridique, comme dans presque tous les pays, le don d'organe n'est pas interdit même si très peu de textes existent sur la question. Selon un médecin, « Au niveau juridique, le Burkina dispose de quelques textes autorisant la transplantation d'organe. Si quelqu'un dispose de ses moyens et trouve un médecin capable de lui pratiquer la transplantation, il n'y a pas d'entrave ».

une analyse thématique du contenu a été effectuée sur la base des données recueillies.

Des critères de la mort au statut de donneur d'organe

Rappelons que deux types de profils de patients peuvent être des donneurs : les patients en état de mort cérébrale et les patients en état de mort à cœur arrêté. Différents procédés permettent de constater le décès selon qu'il s'agisse de la mort encéphalique ou de la mort cardiaque. Le constat de mort est établi à partir d'une absence totale de conscience et d'activité motrice spontanée, d'une abolition de tous les réflexes du tronc cérébral, et d'une absence totale de ventilation spontanée (Antoine, 2010). En cas d'assistance par ventilation mécanique, le caractère irréversible de la destruction encéphalique doit être confirmé (Benmakhlouf et Weil, 2011). Les donneurs sont généralement des victimes d'accidents, d'anoxies, de suicides, d'hémorragies cérébrales, ou d'arrêt cardiaque irréversible. Le prélèvement s'effectue en référence au cadre définit par la classification dite de Maastricht (Kootstra G, Daemen JH, Oomen AP., 1995) qui établit 4 catégories de donneurs repartis en fonction de la nature du décès.

La catégorie I correspond à l'arrêt cardiaque survenant en dehors de tout contexte de prise en charge médicalisée et pour lequel le prélèvement ne peut être envisagé que si la mise en œuvre de gestes de réanimation de qualité a été réalisée moins de 30 minutes après l'arrêt cardiaque. La catégorie II est celle d'un arrêt cardiaque en présence de secours qualifiés et immédiats, mais sans que les efforts de réanimation aient pu permettre une récupération hémodynamique. Dans ce cas, la mort survient par arrêt des manœuvres de réanimation pendant 5 minutes, puis celles-ci sont reprises, à des fins de conservation des organes, pour un prélèvement éventuel. La catégorie III correspond à l'arrêt cardiaque d'une personne hospitalisée et qui survient suite à une décision de limitation ou d'arrêt des traitements (LAT) en raison d'un pronostic particulièrement défavorable. La catégorie IV est celle d'une personne hospitalisée, en état de mort encéphalique ayant fait un arrêt cardiaque, lors de la mise en œuvre de la ventilation et des perfusions de solutés massifs associées à la prise de médicaments appropriés.

A l'inverse des situations I, II, et IV qui correspondent à des arrêts cardiaques non contrôlés, la catégorie III est celle d'un arrêt contrôlé. Cette catégorie est précisément sujet à controverses en ce qu'elle pose un problème éthique important : les donneurs de ce groupe sont bien vivants à l'instant de la prise de décision de LAT. Aussi, Robin Cremer (2015) rapporte des données d'études montrant que beaucoup de patients survivent à un LAT. Néanmoins, elle représente dans certains pays tels que la Grande-Bretagne, certains États des États-Unis, les Pays-Bas, la Belgique... la source la plus importante et la plus facile à organiser (Cabrol, 2007), tandis qu'il n'est pas encore envisagé dans plusieurs pays occidentaux telle que la France.

Thérapeutique majeure, la transplantation intervient en dernière instance lorsqu'ont échoué toutes les autres options de soins. De manière générale, les greffes concernent aussi bien les organes (foie, cœur, poumons, pancréas, rein et intestins) que les tissus (cornée, peau, os, valves cardiaques, vaisseaux sanguins) et le temps moyen entre le prélèvement et la transplantation est de 3 à 4 heures pour un cœur, 6 à 8 heures pour un poumon, 12 à 18 heures pour un foie, 24 à 36 heures pour un rein. Ces délais dépendent cependant de l'état de l'organe, et un seul donneur peut d'effectuer des greffes chez sept à neuf personnes (si les poumons et le foie sont fragmentés)².

² <https://www.swisstransplant.org/fr/faq/>

Toutefois, le don d'organe, est l'une des prouesses du monde scientifique médical qui reste délicat aussi bien par ses conditions théoriques que celles pratiques. La définition biologique de la mort peut se heurter à celle culturelle ou religieuse voire juridique.

Dans le domaine médical, la mort est définie par la mort du cerveau³. Dans chaque société, la mort a une connotation différente. Si elle est signe de fin pour certains, elle peut aussi être appréhendée comme un chemin ou une destination pour d'autres. Le prélèvement et la transplantation questionnent le rapport des humains au corps et aux croyances. Si le don d'organe est devenu une pratique courante dans les pays développés et les mécanismes associés au refus du prélèvement sont connues et font régulièrement l'objet de réflexion afin d'y palier, au Burkina-Faso, il n'en est rien ; le sujet n'est pas encore à l'ordre du jour. La transplantation d'organe connue est relative au don d'organe à vif, et particulièrement celle du rein, pratiquée généralement dans les pays du Maghreb. Quant au prélèvement d'organe cadavérique, il semble courant depuis toujours et uniquement associé à des pratiques occultes. Les organes concernés par ces pratiques sont bien différents ; il s'agit de la tête, des parties génitales et parfois des membres (Magagni, 2019 ; Esteban, 2014). Investie de ces expériences macabres, la question du prélèvement fait sursauter et est pensée inenvisageable. En dehors des risques d'aplanir le chemin pour les trafiquants d'organes qui dès lors pourraient agir plus librement sous couvert, l'opération est perçue comme une faille qui va fragiliser l'écosystème (médical, culturel, juridique), permettant désormais d'accomplir les entreprises les plus sinistres que l'homme puisse imaginer.

L'abstention au don d'organe

Pour reprendre les mots de Leininger (1985), la personne est indissociable de son bagage culturel et par conséquent, ses expressions et son style de vie reflètent les valeurs, les croyances et les pratiques de sa culture (Lagacé, 2010). Le Burkina-Faso est un pays qui reste profondément ancré dans ses traditions ancestrales. Le peuple burkinabé se présente comme homogène dans ses mœurs et son mode de vie, mais au fond, des règles hétéroclites régissent la vie des groupes communautaires ou des individus (Ouédraogo, 2018). Les coutumes, y sont rattachées à des événements historiques ou à des croyances qui, elles-mêmes, dépendent aussi de chaque religion (Sylviane Janin, 2016⁴). Adeptes de religions monothéistes, la croyance en la réincarnation est toute aussi prégnante dans la vie des burkinabé et se manifeste, par exemple, lors des décès par une grande dévotion aux coutumes et rituels funèbres. Le corps du mort reste sacré dans toutes les cultures et le traitement est fonction du groupe ethnique d'appartenance, du type de mort, du statut du défunt et de sa religion.

Claire Boileau (2002) a conduit une étude similaire portant sur les facteurs d'opposition et les obstacles liés aux prélèvements d'organes et de tissus sur donneurs potentiels en France. L'auteure s'est intéressée aux familles ayant été confrontées à une demande de prélèvement suite à la mort d'un proche et a recensé plusieurs facteurs explicatifs face au refus. Il ressort de l'étude que la perception de la qualité de l'accueil et de la prise en charge médicale du patient jugée insuffisante, l'acceptation plus ou moins rapide du décès du proche, la cohésion et les relations hiérarchiques au sein de la famille, l'atteinte à l'intégrité du corps et à l'image du défunt, la succession de deuils dans la famille sont les

³ Rapport du conseil d'éthique clinique suisse établi par l'Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM).

⁴ Cité par Ouédraogo, 2018.

principaux obstacles au don d'organe. Pour la présente étude, aucun des participants n'a été confronté à une demande ou une proposition de don d'organe. Les éléments recueillis s'articulent autour de divers axes regroupés en différentes catégories.

Questions d'ordre social

1.1.1. La connaissance de la pratique

La connaissance de la pratique en elle-même comme démarche pertinente et nécessaire représente la première difficulté. Admettre que la mort puisse être une source de vie est le premier paradoxe qui émerge de cette problématique. Sans en arriver à la question d'y adhérer ou pas, le prélèvement d'organe bute sur cette question majeure, celle de la compréhension. Par exemple, comment faire comprendre la mort encéphalique aux profanes ? Comment convaincre qu'un corps est assez vivant pour être « redistribué » mais pas assez pour être sauvé ? Comment expliquer qu'une chose vivante puisse subsister dans quelque chose de mort ? Difficilement perceptible par l'imagination, l'explication paraît receler des arrière-pensées savamment dissimulées sous un prétexte honorable qui est celui de sauver la vie. La problématique du prélèvement suscite alors de la méfiance plus que son bénéfice ne suscite de l'enthousiasme. Convaincre donc du mécanisme de la démarche et de sa nécessité est, sans surprise, la première étape pour accéder au prélèvement d'organe.

1.1.2. L'adhésion à l'inconnu

Même comprise dans son mécanisme et sa nécessité, le prélèvement reste au Burkina-Faso une pratique méconnue dont la seule évocation fait sursauter. L'inquiétude liée à l'adhésion à l'inconnu a été la première entrave mise en avant. Pour les participants, « offrir l'organe d'un proche décédé à un autre individu » n'est pas chose courante ; mais l'idée est encore plus impertinente au regard de l'objectif qui est uniquement de « prolonger » la vie (guérison) ou de « retarder » le décès (traitement palliatif) de l'individu, face aux conséquences estimées pour un tel acte. Si dans l'usage l'intérêt du prélèvement profite seulement au receveur, dans le principe le regard est davantage porté sur le donneur, ce qui tend à nuancer fortement la nécessité de l'acte. L'équilibre est tout de suite fait entre les gains et les coûts pour le donneur, sa famille, la communauté dans laquelle il s'insère, face au receveur seul, en tant qu'individu. Le bénéfice apparent est la vie sauve, probabilité teintée de pessimisme d'autant qu'il n'y a aucune garantie que cette vie sera prolongée. Par conséquent, même guérit, le receveur pourrait ne pas survivre.

La seconde inquiétude porte sur l'éventualité que la pratique offre aux individus mal intentionnés l'occasion de se livrer à des trafics d'organes. Aussi, on craint que la mort du donneur ne soit précipitée dans ce but ou pour d'autres raisons déguisées. Et pour la communauté, comment ne pas craindre des représailles divines alors que l'opération est perçue soit comme une mise à mort collective, soit comme une profanation ?

1.1.3. De la question du consentement

La question du consentement est un point névralgique du don. A quel moment doit-on l'obtenir dans le parcours de soin ? A qui doit-on l'adresser ? Le consentement libre du donneur est le seul accord

pouvant être considéré comme pertinent, cela pour éviter les amalgames et les dérives (accord ayant d'autres motivations, conflits familiaux suite au don, etc.). Pour les participants, trouver le bon moment est le plus délicat car cela « *relèverait de la sorcellerie que d'aborder avec une personne bien portante l'idée de lui prélever des organes s'il venait à trépasser* ». Et ce serait encore plus « *indécent de le proposer à quelqu'un qui lutte contre la maladie* » [Extrait enquête de terrain]. Le seul moment où ce serait convenable est le seul où le donneur ne peut pas répondre ; ce qui, pour les participants, signifie que l'idée est aberrante et l'opération impossible et inadaptée à la société burkinabé. Pour certains « *seuls les blancs peuvent faire ça sans que ce ne soit pas vu comme de la sorcellerie* » [Extrait enquête de terrain]. Il est pourtant vrai que dans toutes les sociétés la question du consentement pose problème malgré qu'elle tende à évoluer, passant dans plusieurs pays tels que l'Espagne, la France⁵, etc., du consentement explicite au consentement présumé, transformant tous ceux qui sont éligibles en candidats au prélèvement.

Questions d'ordre socio-culturel

1.1.4. Risques de transgression

Le risque de transgression est au cœur de la « manipulation » du corps. En admettant que l'individu est passé de vie à trépas, même ayant des organes encore vivants, il s'agit d'un cadavre. Alors toute manipulation non rituelle revient à triturer un cadavre et non un individu vivant. Le constat de l'état de mort qui autorise le prélèvement sans que cela ne soit une mise à mort est le point liminaire à partir duquel tout acte concernant le défunt doit être posé dans le cadre d'un rituel funéraire. Les rituels ont leurs logiques et leurs fondements et supposent une séquence de gestes et de comportements. La gestuelle, les actions, et parfois les personnes qui ont accès au corps doivent correspondre à des critères quelques fois précis, en fonction du statut du défunt. De là émerge les risques de transgression sinon de profanation, car l'ouverture du corps et l'ablation d'organes ne sont pas des actes habituels d'un rituel funèbre. Comment donc intégrer la phase de prélèvement sans que cela ne s'apparente à une profanation ou que cela ne perturbe le rituel, lorsqu'on sait que toute modification de coutume est mal consentie en raison des conséquences supposées. Si dans certaines cultures les rituels incluent la résection d'organes comme c'était le cas lors de la momification des corps dans l'Égypte antique, reste que cette opération à un but autre que la transplantation des organes reséqués (Lichtenberg, 2006).

En outre, le prélèvement chez certaines personnes reste inenvisageable. Par exemple un roi ne peut être un donneur. Pour certains interlocuteurs, « *il y a des morts dont on ne peut toucher les vêtements, comment accéder à leurs organes ?* » [Extrait enquête de terrain].

La question de la nécessité du don ressurgit également face au risque de transgression ; or, les transgressions menacent le groupe dans son ensemble, rappelle Rivière (2008). Le malade, le receveur est par définition celui qui bénéficie seul du don ; il est ainsi perçu comme l'individu à qui profite les concessions et les risques que prennent tout un ensemble de personnes. De ce fait, le prélèvement paraît un acte inouï, n'ayant pour but que de « tenter » de maintenir en vie un individu déjà malade et dont on ne peut garantir la survie. L'acte est perçu pesant de sens et de signification avec un objectif

⁵ Agence Biomédecine de France : <https://www.dondorganes.fr/questions/127/quest-ce-que-le-consentement-pr%C3%A9sum%C3%A9>

dérisoire ; et la vie d'un seul individu ne peut justifier un acte potentiellement dangereux pour l'ensemble. Aussi sommaire soit-elle, cette estimation semble à elle seule clore le débat sur la question.

1.1.5. La nature du décès – Les interdits ethniques

Pour les participants, plusieurs types de trépas sont d'office à exclure des dons envisageables, même si cela venait à être admis. Les donneurs sont dans la majorité des personnes décédées à l'hôpital (ou ailleurs) d'une mort encéphalique ou d'un arrêt cardiaque, mais les causes sont bien entendu multiples.

Les décès violents tels que ceux survenant immédiatement à la suite d'un accident sont qualifiés de *mort rouge* dans nombre de groupes ethniques au Burkina-Faso. La vie y est arrachée, et ce genre de décès est, pour les familles, considéré comme une malédiction dont le sort doit être conjuré, sous peine que tous les autres membres ne décèdent de manière similaire. La mort rouge vaut pour les décès par suicide, par noyade, par la foudre ou par arme à feu (tout ce qui entraîne la mort brutale violente et/ou par écoulement de sang). Pour ce type de décès, le corps est inhumé le plus rapidement et à proximité du lieu du décès (sauf s'il s'agit d'une agglomération), sans toilette mortuaire ni rituel funéraire, à l'exclusion des personnes qui ne sont pas décédées sur place. Les familles qui s'offrent des dérogations face à ce genre de tragédie sont accusées d'imprudence avec le risque de s'attirer des malheurs. Il n'est donc pas admis qu'un prélèvement soit effectué sur ce type de cadavre. Aussi, le receveur ne voudrait pas d'un organe issu d'un cadavre rouge, pense-t-on, par crainte de terminer sa vie de manière similaire.

Il en est de même lorsqu'une femme enceinte décède, il s'agit d'un événement malheureux vécu comme une malédiction pour certaines familles. Dans nombres de cultures au Burkina-Faso, il s'agit d'un événement qui jette l'opprobre sur la famille, selon nos enquêtés. En cela, il peut en entraîner d'autres par le fait que sa conjuration engendre parfois d'autres violences. Chez certains groupes mossé, cette tragédie, au cœur de laquelle se retrouve finalement le mari, s'accompagne d'un enchaînement de drames, condition indispensable pour lever le sort. Les coutumes veulent que le mari s'immerge dans une sorte de purification, à travers l'humiliation et la déshumanisation. Celui-ci doit donc se recouvrir le corps de cendres, se munir d'un baluchon de provision et disparaître dans la forêt. Il est alors appelé « *moutoumourga* » et n'en est délivré que s'il parvenait à transférer sa malédiction sur une autre victime, une femme qu'il doit violer dans la brousse, jamais en ville. La dite victime meurt, dit-on, d'une lente maladie qui lui rendrait la peau blanche (ou gris-clair comme la cendre), le ventre bedonnant, et possiblement des symptômes psychiatriques. Dès lors qu'il est connu qu'un *moutoumourga* erre dans la forêt, les femmes s'y aventurent peu ou en groupe, ou alors accompagnées d'un homme, jusqu'à ce que celui-ci guérisse ou meurt. Dans l'incapacité de transférer, le *moutoumourga* peut survivre un long moment, puis finir par succomber à l'absence de commodité (nourriture, soins, exposition aux animaux dangereux et aux intempéries, etc.), il est alors inhumé dans la brousse. Des rituels expiatoires accompagnent la fin du *moutoumourga* afin de purifier la communauté et laisser reposer l'âme de la défunte (le fœtus n'est pas considéré). Ce contexte est inopportun à une résection d'organe, fût-elle à des fins de transplantation, car la situation en elle-même est suffisamment perturbatrice. On ne peut donc pas y voir un quelconque avantage.

A ces interdits s'ajoutent ceux liés aux unions. De nombreuses sociétés connaissent des interdits matrimoniaux proscrivant l'union entre des groupes d'individus. Le Burkina-Faso ne fait pas

exception. Ainsi, on rencontre bien souvent des situations où le couple est confronté au refus des parents de s'unir. Par exemple, il ressort que certaines familles mossé et les forgerons ont des interdits matrimoniaux avec les peul. Il en est de même entre quelques familles mossé et les poodsé, les griots et les peul, etc. Pour les adeptes de ces coutumes, il est important d'en tenir compte dans la transplantation. « *Comment unir dans la mort ce que la vie n'a pas uni ?* », s'inquiètent certains participants pour qui les interdits ont leurs raisons, et puisqu'on en ignore les origines, il vaut mieux ne pas les enfreindre.

1.1.6. De la question du receveur. Reconnaissance – redevabilité

Dans l'hypothèse où le prélèvement est admissible, la vie du receveur en vaut-elle la peine ? S'enquière certains participants, estimant qu'il s'agira d'« *une vie qu'on ne possède pas* », en raison du sentiment de redevabilité. La perspective que sa survie soit inextricablement dépendante de la mort d'un autre, est également source de redevabilité ; ce qui, pense-t-on, pourrait constituer également une source de chantage ou de raillerie pour le receveur. La chaîne de l'anonymat dans la transplantation garantit normalement que ce risque soit écarté, cependant il reste présent, même au sein de la famille du receveur. Par exemple, une anecdote⁶ au Burkina-Faso fait cas d'un divorce lors duquel l'épouse qui avait fait don d'un rein au mari réclamait son « don » au compte du partage des biens du couple.

Le don d'organe ne peut être monétarisé, c'est l'un des principes fondamentaux de la pratique même si cette éventualité fait l'objet de réflexion face à la pénurie (SwissTransplant, 2010). Face à un geste si important, comment se montrer reconnaissant sans pouvoir remercier le donneur (à travers sa famille). Habituellement, en Afrique, lorsqu'on bénéficie d'un geste noble, on doit le manifester. Au Burkina Faso, il est d'usage d'aller vers celui qui fait preuve de grand cœur pour le remercier après les faits et montrer qu'on se souvient de son bienfait. Demander à ses proches de manifester leur reconnaissance amplifie la valeur du don et témoigne au donneur la satisfaction face à son geste. Comment donc recevoir ce geste de solidarité ultime sans en rendre la contrepartie ?

Face à l'incapacité du contre-don, une immense reconnaissance atténue le poids du sentiment de redevabilité. Les textes sur les dons d'organes règlent en partie cette question. De fait, le don suppose la gratuité sans contrepartie même s'il est admis qu'une forme de restitution, souvent supérieure au don en question, peut s'opérer entre le donneur et le receveur (Duquet et al., 2004). Néanmoins, l'impossibilité de restitution de la contrepartie du don rend le receveur permanemment redevable ; c'est la dette tyrannique dont parle Fox et Swazey (1974)⁷, et cela, aussi bien pour les dons d'organe à vif que pour les prélèvements cadavériques. Cette dette est d'autant plus perpétuelle que la famille du donneur n'en profite pas. Fantauzzi (2012) va dans le même sens en relatant une série d'exemples qui montre les mécanismes mobilisés par le receveur pour éloigner, non seulement, le spectre de la dette négative, mais aussi pour incorporer le nouvel organe qui n'est plus un greffon mais son organe. Si certains dans ce mécanisme parviennent à réifier l'organe reçu, d'autres ressentent la vie, la personnalité supposée, les goûts... du donneur. Certains receveurs manifestent la crainte d'être contaminés ou souillés, ou à l'inverse, la joie d'avoir fusionné. Recevoir un organe implique nécessairement un sentiment de gratitude car la contrepartie d'un tel geste ne peut être qu'un don

⁶ Extrait entretien avec un participant qui est juriste.

⁷ Cités par Fantauzzi, 2012.

d'organe que le receveur ne peut honorer.

Questions d'éthique : la précipitation à la mort

Le prélèvement d'organe est subsumé sous deux angles : il s'agit soit d'une mise à mort, soit d'une profanation ; dans les deux cas, rien n'est assez suffisant pour justifier un passage à l'acte collectif, selon les participants.

En effet, dans les pays où sont pratiqués les prélèvements d'organes, les risques de dérives ne sont pas écartés. Certains pays sont connus pour les prélèvements et transplantations illégaux. C'est notamment le cas de la Chine ou de l'Iran soupçonnés de pratiquer des prélèvements forcés effectués sur des prisonniers et des personnes incarcérées (Delozier, 2016 ; Favereau, 2019). En 2012, l'Etat de Taiwan a édicté une résolution contre ce qui est qualifié de tourisme de transplantation, afin de dissuader ses ressortissants de se rendre en Chine pour des fins de transplantation⁸.

Aussi, de manière générale et sur le plan légal, les dérives peuvent subsister et concernent particulièrement les donneurs de la catégorie III de Maastricht. Si cette catégorie fait polémique jusqu'à nos jours, on le sait, c'est parce qu'elle se rapporte à une situation contrôlée, en cela que le patient est soumis à une décision de limitation ou d'arrêt de traitement (LAT). Le risque se situe donc là. Même si la loi Leonetti⁹ en France par exemple, en assure les contours en régulant l'acharnement thérapeutique, il n'en reste pas moins que cette catégorie pose un problème d'éthique patent. Il n'est pas exclu que la LAT qui s'en suit soit motivée par le prélèvement ; ne risquerait-on pas de précipiter des décès en vue de prélever les organes ? Pourrait-on garantir que cette option thérapeutique n'entraînera pas ses corollaires de déviance tels que les trafics d'organes humains déjà connu dans le pays et ses environs¹⁰ ?

Facteurs d'ordre symbolique

Au-delà de son aspect médical, la pratique mobilise massivement des représentations de l'ordre du symbolique.

Traditionnellement, on s'accorde que lorsqu'un malade est dans un état grave avec un pronostic fatal, deux types d'évènements peuvent se produire : soit le malade trépassé suite à une défaillance cardiorespiratoire ou neurologique, soit, on « l'aide » à partir. Ce deuxième aspect convoque plutôt des croyances mystico-religieuses et survient quand les proches estiment que le malade « veut partir » mais qu'il est empêché par des forces occultes (causes à rechercher). Cette « euthanasie » traditionnelle n'implique pas le corps médical ; il s'agit de mécanismes endogènes indicibles propres à chaque famille et qui n'émergent qu'en cas de perturbation (spectre de mort en présence, état comateux

⁸<https://missionsetrangeres.com/eglises-asie/2012-12-14-condamnant-le-ab-prelevement-d2019organes-a-vif-bb-sur-des-prisonniers-en-chine-taiwan-legifere-sur-le-ab-tourisme-de-transplantation-bb/>

⁹ Loi Leonetti, deuxième alinéa de l'article L. 1110-5 du code de la santé publique, les actes de soins « ne doivent pas être poursuivis par une obstination déraisonnable. Lorsqu'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie, ils peuvent être suspendus ou ne pas être entrepris ».

¹⁰ Voir par ex. Le démantèlement d'un réseau international de trafic d'organes en Egypte: <https://www.jeuneafrique.com/381277/societe/egypte-demantelement-dun-reseau-international-de-traffic-dorganes/>

Voir également : Le Gabon : Crimes rituels, le prix du sang.

<https://www.jeuneafrique.com/137350/societe/gabon-crimes-rituels-le-prix-du-sang/>

persistant, aspect général fortement dégradé, etc.). Ainsi, pour le sens commun, la défaillance encéphalique qui veut que le reste des organes soit, pour un moment, toujours vivant, n'est pas reconnu ni même compris. De ce fait, soit l'individu est décédé, ainsi que ses organes – étant donné que c'est justement leur fonctionnement qui le maintient en vie – soit il faut le « faire partir » parce qu'on estime qu'aucun organe n'est vivant, l'individu est maintenu en vie par des « *forces qui dépassent* ». Dans le premier cas donc, la nécessité du prélèvement n'est pas perçue, puisqu'on estime les organes hors d'état de fonctionner. Dans le deuxième cas, c'est l'opportunité du prélèvement qui est mis en cause, car cela peut rapidement se confondre à une mise à mort par intérêt et non un « déblocage » ou une libération comme l'envisage la démarche. Par ailleurs la mort étant considérée comme le délestage du corps (ensemble d'organes) du souffle de vie, toute intervention qui s'insère dans le processus est perçu comme une mise à mort, sauf si, bien entendu, c'est à visée de déblocage, en vue « d'ouvrir la voie » et faciliter le départ du malade pour l'autre côté.

Cette ambivalence va au-delà du donneur et concerne le receveur ; « *qui voudrait se faire implanter l'organe d'un mort ?* ». Cette interrogation s'accompagne d'un dégoût qui démontre la réticence face à ce qui est considéré comme putride. Accepter un organe d'un corps mort, c'est cohabiter avec l'esprit du mort dans son corps, s'infecter de quelque chose qui transcende sans la perspective de pouvoir s'en débarrasser. Cette angoisse s'accompagne d'un sentiment de persécution du type culpabilité du survivant (on est en vie parce que l'autre est mort), ou celui que l'entourage pourrait instiller par sarcasme ou pour entretenir le sentiment de redevabilité évoqué précédemment.

Au-delà de cet aspect symbolique, la question de l'intégrité du donneur reste émergente et ce, même, dans les sociétés qui pratiquent le prélèvement d'organe. Dans quel état le corps sera remis aux proches ? Si le donneur n'est pas issu d'une famille aisée, son corps ne risque-t-il pas d'être traité avec négligence comme il arrive de le voir à la morgue ? Autant d'interrogations qui suscitent de la méfiance face à la pratique.

1.1.7. De la réincarnation, croyance à la vie après la mort

Godelier (2014) l'a montré, la mort n'est nulle part conçue comme la fin de l'existence, elle est l'inverse de la naissance, un temps de passage, une période de transmutation (...). Alors ne vaut-il pas mieux y aller en étant en possession de tous ses organes ? au Burkina-Faso et ailleurs, fréquemment des patients préfèrent se laisser mourir plutôt que d'accepter le traitement par amputation. Si ce comportement peut révéler différentes considérations, reste que pour la plupart, les malades estiment que la mort étant inéluctable, « *autant y aller maintenant avec la garantie d'arriver en entier* ». Cette attitude pourrait trouver ses prémices dans les croyances relatives à la réincarnation des morts ainsi qu'à l'ancestralité.

L'ancêtre, pour les africains est l'intermédiaire entre Dieu et les hommes (Pacéré, 1994). Il s'agit au Burkina-Faso, d'un individu décédé d'une « bonne mort », et n'ayant commis aucune transgression culturelle pouvant altérer sa vie après la mort. Il est en quelque sorte un être parfait, un individu canonisé à l'image des Saints de l'église catholique, auxquels les autres adressent leurs prières d'intercession auprès de Dieu (Pacéré, Ibid.). Lorsque l'individu réussit cet exploit de la bonne mort sans tâche, l'amputation des organes ne risque-t-elle pas d'en faire un ancêtre incomplet ? S'interrogent les participants. Comment s'adresser à une entité qu'on sait désormais complètement

mort (par le fait qu'il soit délesté de son foie ou de son cœur ou d'autres organes vitaux) ?

Conclusion

Si le don d'organe peut être salvateur, la principale question qui paraît évidente se rapporte à la nécessité du don à travers le prélèvement ; « en quoi est-ce nécessaire et pertinent » ? La personne africaine est plus préoccupée par la crainte de perturber la mort que par la volonté de gagner la vie. La transplantation à partir d'organes cadavériques apparaît comme une pratique audacieuse en ce qu'elle flirte avec la mort, et « inutilement » dangereuse pour l'ensemble des personnes impliquées en ce qu'elle n'offre aucune garantie de survie. L'abord du sujet ne peut éluder les conséquences perçues au niveau individuel, les risques de dérives et de transgressions, les risques de fracture de l'écosystème traditionnel, etc., lesquels escamotent les bénéfices de la pratique qui semble alors dérisoires. Pour beaucoup, il s'agit d'une perversion importée qui ne fonctionne que chez les blancs et dont les noirs ont aucun intérêt à essayer. En dehors des considérations éthiques et médicales, cette acculturation apparaît également comme une porte d'entrée à de nouvelles expériences incontrôlables, tel un néocolonialisme.

Si le sujet est fébrile, les chefs coutumiers et religieux restent les principaux partenaires de communication pouvant instiller un angle de vue différent, et susciter un débat constructif autour de la question.

Remerciements

Les auteurs remercient les participants pour leur contribution à la présente recherche et les nombreuses heures consacrées à ce travail.

Conflit of Intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

Références bibliographiques

- Antoine, C. et Tenailon, A. 2010. Éthique et prélèvements d'organes sur donneurs décédés après arrêt cardiaque. *Médecine/sciences*, 26, n°3 :328-330.
- Benmakhlouf A. et Weil B. 2011. Rapport au nom du groupe de travail sur les transplantations d'organes. Questions d'éthique relatives au prélèvement et au don d'organes à des fins de transplantation. Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé. Paris, 115 : 1-18.
- Boileau, C. 2002. Dans le dédale du don d'organes : Le cheminement de l'ethnologue. Paris : Editions des archives contemporaines – EAC
- Cabrol, C. 2007. Rapport au nom du groupe de travail sur les transplantations d'organes. Prélèvements d'organes sur donneur à cœur arrêté, *Académie nationale de médecine*, 191, 3 : 633-638.
- Cremer, R. 2015. La classification de Maastricht des donneurs d'organes change-t-elle la définition de

la mort ? Revue générale de droit médical, n°55 : 45-57.

Duquet D. (Dir), 2004. Le don et la transplantation d'organe : dilemmes éthiques en contexte de pénurie. Résumé et recommandations. Commission de l'éthique de la science et de la technologie. Québec, pp 1-32.

Fantauzzi, A. 2012. « Greffes et don d'organes : un corps abîmé ou donné ? » In *Corps abîmé, le corps en abîme*. University of Strasbourg, 28 : 86-96.

Fox, R. C. et Swazey, J. 1974. *The courage to fail : a social view of organ transplants and dialysis*. Chicago : University of Chicago Press.

Godelier, M. dir. 2014. *La mort et ses au-delà*. Paris : CNRS Éditions.

Janin S. 2016. *Burkina Faso : Pays des hommes intègres*. Genève, Suisse : Ed. Olizane.

Kootstra, G. Daemen J H, Oomen A P. 1995. Categories of non-heart-beating donors. *Transplant Proc.* ; 27, 5: 2893-4.

Lagacé, A-M. 2010. Don d'organes et groupes ethniques à Montréal : Le rôle des infirmières dans un contexte de décès neurologique. Université de Montréal – Faculté des sciences infirmières, Montréal, 74 p.

Leininger, M. 1985. *Qualitative Research Methods in Nursing*. Orlando, FLoride : ed : Greyden Pr.

Lichtenberg, R.. 2006. Les momies d'Égypte. *Etudes sur la mort*. 1, 129 : 23-31

Morelon E., 2003. Pourquoi développer la pratique du « donneur vivant » ? *Laennec* 51, 2: 10-20.

Ouédraogo A. N. 2018. *Fistule obstétricale au Burkina. Mécanismes socioculturels, gestion de la maladie et exclusion sociale*. Thèse de doctorat en Anthropologie sociale et ethnologie, Institut des Mondes Africains/Université Paris Sciences et Lettres, EHESS.

Pacéré, F. T. [1979, 1980], 1994. *Ainsi on a assassiné tous les Mossé*. Québec, Canada : Ed. Naaman, Ouagadougou, Burkina-Faso : éd. Fondation Pacéré, 180p.

Pradelles De Latour, C-H. 1996. Les morts et leurs rites en Afrique. *L'Homme*, 36, 138 : 137-142.

Rivière, C. [1997] 2008. *Socio-anthropologie des religions*. Paris : Armand Colin.

Rodríguez-Arias, D., 2009. Discussion sur le consentement présumé ou explicite pour le don d'organes. Universidad de Salamanca, 16p.

SwissTransplant. 2010. Don d'organes et transplantation. N°09, 16p.

<https://www.swisstransplant.org/fr/faq/>. Consulté le 03 Février 2020.

Liens internet

<https://www.historymuseum.ca/cmce/exhibitions/civil/egypt/egcr06f.html>. Consulté le 03 Février 2020.

Agence Biomédecine de France : <https://www.dondorganes.fr/questions/127/quest-ce-que-le-consentement-pr%C3%A9sum%C3%A9>. Consulté le 12 Juin 2019.

-
- Delozier T., 2016. En Chine, 90 000 greffes clandestines font tourner des hôpitaux entiers. <https://sante.lefigaro.fr/actualite/2016/07/25/25236-chine-90-000-greffes-clandestines-font-tourner-hopitaux-entiers>. Consulté le 16 Novembre 2019.
- Favereau E., 2019. Organes : de la Chine à l’Iran, des prélèvements soupçonnés de manque d’honneur. https://www.liberation.fr/planete/2019/08/01/organes-de-la-chine-a-l-iran-des-prelevements-soupconnes-de-manque-d-honneur_1743261. Consulté le 16 Novembre 2019.
- Ghorbal S., 2003. Comment promouvoir le don d’organes ? <https://www.jeuneafrique.com/129759/archives-thematique/comment-promouvoir-le-don-d-organes/>. Consulté le 16 Novembre 2019.
- Le démantèlement d’un réseau international de trafic d’organes en Egypte: <https://www.jeuneafrique.com/381277/societe/egypte-demantelement-dun-reseau-international-de-traffic-dorganes/> Consulté le 16 Novembre 2019.
- Le Gabon : Crimes rituels, le prix du sang. <https://www.jeuneafrique.com/137350/societe/gabon-crimes-rituels-le-prix-du-sang/> Consulté le 16 Novembre 2019.
- Magagni T. M. M., 2019. **Crimes rituels : anamnèse d’une criminalité fétichiste liée au pouvoir politique au Gabon.** http://info241.com/crimes-rituels-anamnese-d-une-criminalite-fetichiste-liee-au_4223. Consulté le 16 Novembre 2019.
- Esteban E., 2014. Gabon – Cameroun : à quand une chasse aux véritables sorciers ? <https://www.jeuneafrique.com/52735/politique/gabon-cameroun-quand-une-chasse-aux-veritables-sorciers/>. Consulté le 16 Novembre 2019.

© 2020 OUEDRAGO, License BINSTITUTE Press. Ceci est un article en accès libre sous la licence the Créative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>)



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

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

Reçu, 04 Novembre 2020

Accepté, 16 Décembre 2020

Publié, 19 Décembre 2020

<http://revue-rasp.org>

Recherche

Approche du recensement des tradipraticiens en santé mentale au Plateau Dogon de Bandiagara, Mali

Approach of the census of traditional healers in mental health in the Dogon plateau of Bandiagara, Mali

Pakuy Pierre Mounkoro^{1*}, Souleymane Coulibaly², Zoua Kamaté³

1* : Psychiatre, Maître-assistant (FMOS/USTTB), Praticien hospitalier au CHU Point G, Chef du service de psychiatrie du CHU Point G, Tél : (223) 20 22 50 02/ Fax : (223) 20 22 97 90

2 : Psychologue clinicien, Maître de Conférences (FMOS/USTTB), Praticien hospitalier au CHU Point G

3 : Médecin psychiatre, Praticien hospitalier au CHU Point G.

***Auteur correspondant : Pakuy Pierre MOUNKORO**, Tél (00223) 66 54 17 72/70 26 73 01, E-mail : pmounkoro@yahoo.fr

Résumé

La collaboration avec les Tradipraticiens de santé (TPS), passe nécessairement par leur recensement, qui nécessite la mise en place de stratégies d'approche socioculturelle du TPS. L'objectif était de décrire les différentes approches ayant permis de recenser les TPS au Plateau Dogon de Bandiagara. Il s'agissait d'une étude longitudinale qui s'est déroulée au Plateau Dogon de 1986 à 2016 en utilisant différentes approches de recensement des Tradipraticiens de santé: le recensement à partir de la liste administrative de personnalités influentes, le recensement à partir des activités de consultations de 1990 à 2002 et le recensement d'autres TPS par les associations existantes de Tradipraticiens de santé de 2002 à 2016. Ces différentes approches ont permis de recenser de 1986 à 1990 312 TPS dont 27 en santé mentale recensés dans la région, 87 dont 9 en santé mentale recensés au Plateau Dogon et 8 associations de TPS formés autour des TPS en santé mentale de 1990 à 2000, les TPS des 8 associations existantes ont recensé d'autres TPS et le nombre d'associations est passé à 12 en 2000 puis à 20 en 2002 avec respectivement 67, 95 et 156 adhérents dont 15 TPS en santé mentale et de 2002 à 2016, 31 associations fédérées avec plus de 700 adhérents dont 20 en santé mentale. Les difficultés liées au recensement notamment les risques de complexes et les solutions pour les minimiser, ont été également repertoriées. Le recensement du TPS, est une période essentielle permettant d'asseoir un climat de confiance indispensable pour une future meilleure collaboration. Le premier contact doit requérir respect mutuel, convivialité et humilité.

Cette expérience, pourrait être répliquée dans d'autres parties de la région voire du Mali en tenant compte des spécificités locales.

Mots- clé: Recensement des Tradipraticiens en santé mentale - Approche - Plateau Dogon Bandiagara- CRMT Bandiagara - Mali

Abstract Collaboration with traditional health practitioners (THP) necessarily involves their inventory, which requires the implementation of sociocultural approach strategies of the THP. The objective was to describe the different approaches that made it possible to identify THP in the Dogon Plateau of Bandiagara. These different approaches have been the census from the administrative list of influential people, the census based on consultations activities from 1990 to 2002 and the census of by the associations of Traditional Health Practitioners from 2002 to 2016

These different approaches have made it possible to identify 312 THP including 27 in mental health identified in the region. Among these THP, 87 including 9 in mental health identified in the Dogon Plateau and 8 THP associations formed by THP in mental health, from 1990 to 2000 : the THP of 8 existing associations identified over THP, and the number of associations increased to 12 in 2000 then to 20 in 2002 with respectively 67, 95 and 156 members including 15 THP in mental health and from 2002 to 2016 : 31 federated associations with more than 700 members including 20 in mental health. The difficulties linked to the census of THP, in particular mistrust, fear and the risks of complexes and solutions to minimize them, were also listed. The census of THP, is an essential period allowing to establish a climate of confidence, essential for a future better collaboration. The first contact must require mutual respect, friendliness, and humility. This experience could be replicated in other parts of the region or even in Mali, considering local specifics.

Keywords: Census of Traditional mental health Practitioners- Approach - Dogon Plateau of Bandiagara- Regional Center of Traditional Medicine of Bandiagara - Mali.

1 - Introduction

La collaboration avec les TPS, passe nécessairement par le recensement de ces derniers. Les TPS en santé mentale, ont été les premiers recensés par le Centre Régional de Recherche en Médecine (CRMT) de Bandiagara, du fait de sa spécificité à s'investir à priori dans le domaine de la santé mentale (Coppo et al, 1988). Mais le recensement de façon générale et particulièrement celui des TPS en santé au Mali, nécessite plusieurs approches à mettre en place, du fait de la méfiance des populations quant à son acceptation. Cette méfiance tire ses sources des conséquences néfastes survenues après le recensement qui a permis d'identifier les personnes imposables et celles aptes pour l'enrôlement dans l'armée ou pour les travaux forcés. Ainsi les mesures coercitives liées au paiement de l'impôt per capita, au recrutement pour les travaux forcés et à l'enrôlement obligatoire dans l'armée coloniale, étaient pratiquées par l'administration coloniale française. Ces pratiques contraignantes, humiliantes et déshumanisantes instaurées pendant l'ère coloniale, notamment celles relatives au recouvrement de cet impôt, ont continué même après l'indépendance du Mali par les différents gouvernants de la première et la deuxième Républiques. En plus, l'interdiction de l'exercice de la médecine traditionnelle par les autorités coloniales françaises, n'a fait que renforcer davantage cette méfiance à l'égard de tout ce qui représente le système administratif hérité de la colonisation y compris le système sanitaire (Ilboudo, 2016). Ainsi, il n'est pas rare de constater, que des TPS surtout réputés, rechignent à prendre en charge des malades non référés par une personne qui est leur est familière. Nous avons vécu une telle situation en 1990, quand nous avons entrepris de rendre des visites de courtoisie auprès de TPS en vue de les recenser dans le but de nouer des relations. Leur identité et adresse, ont été relevées auparavant dans les dossiers d'anciens

malades qu'ils ont suivi des traitements auprès des TPS et au centre. Nous livrons ainsi deux expériences d'approche de recensement et de collaboration, vécues auprès de deux d'entre eux. Le premier TPS visité dans un village situé à environ 22 km de Bandiagara, où nous avons été « ballotés » en janvier 1990 entre ce dernier prenant en charge les patients souffrant de troubles mentaux et l'imam du village qui était également un TPS mais qui n'avait aucune compétence en matière de santé mentale. Pour rester auprès du TPS, nous avons usé des tréfonds de l'hospitalité africaine, en lui demandant de bien accepter que nous passions la nuit chez lui, ce qu'il accepta volontiers. C'est ainsi tard dans la nuit aux environs de 3 heures, un malade très agité et agressif verbalement et physiquement a été amené par sa famille chez le TPS. Sa prise en charge a mobilisé les deux fils, le petit fils et deux voisins. Le malade était attaché par les deux pieds et les bras liés par une bande de cotonnade traditionnelle, après avoir récité quelques versets coraniques et administré par fumigation une poudre faite à partir des feuilles et de branchettes d'une plante. Deux heures après, aucune amélioration n'était encore intervenue. Face à cet état d'agitation, nous avons proposé au TPS notre aide d'abord par le toucher afin d'exclure toute situation infectieuse et ensuite par l'administration par voie injectable de la chlorpromazine et du diazépam. Une heure après, l'agitation a cédé et le malade s'est même endormi. Au réveil, il était calme et nous avons répété le même traitement quatre heures après. Le TPS a prescrit à la famille des sacrifices et donné en même temps un remède à base de plante en fumigation et par bain corporel. Depuis, Ce TPS nous a référés régulièrement les cas d'agitation et de comorbidité organique jusqu'à son décès en 2004.

Chez le second TPS, dont le village est situé à environ 55 km de Bandiagara, il n'a même pas accepté de nous recevoir à la première visite en février 1990 et nous avons dormi dans un champ à côté du village¹. A la seconde visite un mois après, il nous a fait accueillir par ses enfants et nous avons dormi à l'école du village, avec la permission du Sous-Préfet et du Directeur de l'école. A la troisième visite, il nous a accueilli, entretenu et accepté que nous passions la nuit chez lui en partageant le dîner et le petit déjeuner. A partir du mois d'août de la même année, un climat de confiance s'est installé et cela nous a permis d'assister à l'administration des soins aux malades, à la préparation des remèdes et même à la récolte des organes de plantes entrant dans la préparation des remèdes. Malgré, toutes les vicissitudes liées au recensement, ce dernier doit se poursuivre de façon continue, car il constitue la base de tout effort de collaboration entre les acteurs des deux systèmes de soins (conventionnel et traditionnel). A la lumière de ces deux expériences quant à l'abord des TPS, en vue de les recenser, il est nécessaire de recourir à toutes les stratégies d'approche prenant en compte toutes les ressources disponibles, y compris administratives, culturelles et associatives. Cette étude se justifie par le fait que les investigations dans ce domaine sont insuffisantes au regard de la place que pourrait jouer les TPS dans une prise en charge holistique des malades en général et des personnes souffrant de troubles mentaux en particulier.

L'objectif était de recenser le maximum de TPS en vue d'asseoir les bases d'une meilleure collaboration entre les acteurs des deux systèmes soins (conventionnel et traditionnel) par le recours aux différentes approches des TPS Plateau Dogon de Bandiagara.

2 - Matériel et méthodes

¹ Quelques mois après, il nous apprenait que son attitude à notre égard, serait dû au fait que quelques années auparavant, une équipe de chercheurs occidentaux accompagnés par des guides touristiques dogon, lui aurait fait des promesses (une somme d'argent non spécifiée et une mobylette) non tenues, suite à une enquête au cours de laquelle il aurait donné toutes les informations sur son exercice de la médecine traditionnelle notamment les plantes.

2.1 – Le lieu de l'étude: le plateau Dogon de Bandiagara

Le choix du Plateau Dogon comme le lieu de l'étude, est motivé par le fait que le Centre Régional de Recherche en Médecine Traditionnelle y est implanté. Toutes, les initiatives sont implémentées d'abord au Plateau et ensuite élargies aux autres entités administratives de la région. Ces entités, sont au nombre de 8 dont 4 se trouvant dans la zone inondée et les 4 autres dans la zone exondée dont Bandiagara. Le Plateau Dogon désigne une zone couvrant les territoires au relief rocheux très accidenté avec des altitudes atteignant souvent 791 m dans sa partie Est, surplombant au Sud-ouest et au Nord-est les immenses plaines du *Gondo* dans le cercle de Douentza et du *Senno* dans le cercle de Bankass. Le cercle de Bandiagara couvre la presque totalité du Plateau Dogon. D'une superficie de 10.520 km², la population est estimée à environ 418.873 habitants en majorité des Dogon (DNP/RGPH 2009)² en majorité des Dogons (Cercle de Bandiagara, 1995). La flore et la faune, jadis riches et variées en espèces, sont aujourd'hui presque détruites. Cette destruction de l'écosystème essentiellement due à l'érosion hydrique et éolienne, a été accentuée par les effets conjugués de l'homme à travers, l'élevage et l'exploitation forestière abusive etc. La couverture végétale est arbustive ou arborée à densité variable avec des forêts galeries et des arbres et arbustes clairsemés tant au niveau des sols arables que dans les fissures des roches. L'environnement naturel connaît de plus en plus des dégradations, laissant la place aux terres couvertes de graminées occupant 55% du Plateau. La végétation, clairsemée est constituée surtout d'arbres et de buisson. Les arbres répertoriés sont entre autres les acacias dont *Acacia albida* et *Acacia nilotica*, et d'autres essences comme *Daniella oliveri*, *Vitellaria paradoxa*, *Khaya senegalensis*, *Parkia biglobosa*, *Prosopis africana*, *Lannea microcarpa*, *Combretum glutinosum*. Les buissons sont constitués essentiellement par le *Combretum micranthum* et le *Guiera senegalensis*. Ces différentes espèces sont utilisées dans la pharmacopée traditionnelle (Diarra et al, 2016, Mounkoro et al, 2018, 2020)). Les pathologies les plus fréquentes dans le cercle sont: le paludisme, les infections respiratoires aiguës, les diarrhées, la tuberculose, le VIH/SIDA et la malnutrition.

2.2 - Cadre de l'étude: Le Centre Régional de Recherche en Médecine Traditionnelle

Le CRMT de Bandiagara, est un centre périphérique de recherche qui a été créé par le Département de Médecine Traditionnelle (DMT) de l'Institut National de Santé Publique (INSP)³ du ministère de la santé. A l'instar des autres centres régionaux, le CRMT de Bandiagara est spécifiquement spécialisé dans le traitement et le suivi des malades mentaux et des épileptiques. Il a pour mission le recensement et l'organisation des ressources de la médecine traditionnelle en vue de leur articulation avec celles du système de soins conventionnel en matière de santé mentale dans la région de Mopti (Coppo et al, 1988, Mounkoro, 2007, 2010). Sa mise en œuvre en 1986, a fait l'objet d'un accord de coopération entre le Mali et l'Italie.

2.3 - Le type et la période de l'étude

Il s'agissait une étude longitudinale qui s'est déroulée de 1986 à 2016

2.4 - la population de l'étude

Tous les TPS résidant au Plateau dogon au moment de l'enquête

2.5 - L'échantillonnage

2.5.1 - Les critères d'inclusion

² Direction Nationale de la Population (DNP) sur la base du Recensement Général de la Population et de l'Habitat en 2009 (RGPH 2009).

³ Jusqu'en 2018 avant la réforme administrative, était l'Institut National de Recherche en Santé Publique

Tout TPS résidant depuis au moins 6 mois au Plateau Dogon et ayant accepté de se faire recenser en vue de collaborer avec les acteurs de la médecine conventionnelle.

2.5.1- Critères de non inclusion

- Tout TPS résidant au Plateau Dogon moins de 6 mois
- Tout TPS ayant refusé de se faire recenser.

2.5.2 - L'échantillon

Les TPS recensés e 2016 sont au nombre de 700 sans qu'il ne soit possible de connaître le nombre de TPS non recensés.

2.6 - La composition de l'équipe de recensement

Elle comprenait un médecin, un psychologue, deux interprètes et un chauffeur

2.7 - Les outils de collecte des données

Ils ont consisté aux différentes stratégies d'approche de recensement.

2.7.1- Le recensement à partir des listes administratives de personnalités influentes.

L'une des premières activités du centre, a été le recensement des acteurs de la médecine traditionnelle, les Tradipraticiens de santé entre 1986 et 1989 dans les huit cercles que compte la région de Mopti: Bandiagara, Bankass, Koro, Douentza, Djénné, Mopti, Ténenkou et Youwarou (Maïga, Diaouré et Kéïta,1989). Ce recensement s'est déroulé en deux phases.

La première a consisté à dresser la liste des TPS auprès des informateurs clés. Cette liste comportait des informations sur l'identité du TPS: nom et prénom, village de résidence, les pathologies prises en charge et cela par circonscription administrative ou par village. Ces informations ont été recueillies surtout auprès des administrateurs⁴, des enseignants, des marabouts et des chefs de villages. La liste des TPS a été dressée par circonscription administrative et/ ou par aire linguistique et géographique et par village.

La seconde phase ou phase de recensement proprement dit, a permis à l'équipe du centre de recenser les TPS en se rendant dans leurs lieux de résidence. Le TPS a d'abord reçu les objectifs du centre et ensuite été invité après consentement éclairé, à se faire recenser sur une fiche individuelle conçue pour la circonstance. Cette fiche, comportait l'identité du TPS (nom, prénom, âge, sexe, ethnie, statut matrimonial, village de résidence, village d'origine, langue parlée, nombre d'enfants, nombre de garçons, âge du premier garçon), l'origine de son savoir, les maladies traitées, le nombre de malades qu'il recevait par jour et par mois, le mode de suivi les malades (internement ou en ambulatoire) , les moyens thérapeutiques, la nature de la rémunération (en espèces ou en nature), la collaboration avec les agents de la médecine conventionnelle, les difficultés rencontrées, la transmission du savoir à une autre personne, le nom de l'enquêteur et la date du recensement [Fioré, Timbiné, Kassambara,1990). Des interprètes du centre et ceux recrutés localement ont facilité l'administration du questionnaire en langue locale, en utilisant les interviews (face à face).

2.7.2 - Le recensement à partir des activités de consultations de 1990 à 2002

Les dossiers des malades comportant une rubrique dédiée aux itinéraires thérapeutiques, nous ont permis de relever les noms et les adresses des TPS que les malades ont consulté avant de venir au centre. Ainsi, au bout d'un certain temps selon le nombre de TPS répertoriés, nous avons organisé des visites de courtoisie auprès de ces derniers, en vue de procéder à leur recensement exactement

⁴ Au Mali, dans chaque circonscription administrative notamment la sous-préfecture, est dressée une liste de personnalités influentes au rang desquelles les tradipraticiens de santé, les marabouts, les chasseurs. etc...

comme ci-haut.

2.7.3 - le recensement par les associations de TPS de 2002 à 2016

Le centre, a demandé aux premiers TPS recensés de se regrouper associations. Ces associations, à leur tour ont organisé des visites de courtoisie auprès d'autres TPS en vue de les recenser et de les sensibiliser à intégrer les associations existantes. Cette équipe de recensement était composée d'un TPS et d'un agent du centre parlant la presque totalité des dialectes dogon parlés sur le Plateau. Cette mission a été rendue possible par l'appui matériel et financier du centre notamment une mobylette pour le déplacement, les frais de carburant, d'entretien de la moto et de la prise en charge pécuniaire des membres de l'équipe. Le recensement s'est fait de village en village. Cette opération, a été facilitée par le fait que la majorité de ces TPS, collaboraient avec une équipe du centre dans le cadre de l'étude sur la prise en charge du paludisme par les TPS dans les aires de santé de Kendié (Cercle de Bandiagara) et de Finkolo (cercle de Sikasso) en 2002 (Diallo et al, 2006).

2.8 - Le traitement et l'analyse des données

Les données ont été saisies sur Word 2010 et traitées manuellement

2.9 - Les problèmes éthiques et de déontologie

Par respect de la tradition, un rendez-vous, a été pris à l'avance, des noix de cola et du thé et du sucre ont été remis à chaque tradipraticien enquêté. L'adhésion libre au processus de recensement, a été obtenue après un consentement éclairé. Le fait de ne pas adhérer, n'a pas exposé le TPS ni sa famille ou sa communauté à des représailles. Une photo de chaque TPS recensé a été affichée en haut de la fiche de recensement. Toutes les fiches de recensement sont déposées dans les archives du centre.

Entre également en ligne de compte la gestion du temps, qui peut constituer aussi un goulot d'étranglement quant au déroulement des activités de collaboration entre l'intellectuel et le non alphabétisé en général et entre le TPS et l'agent de la médecine moderne en particulier. En effet, le temps est géré par l'horloge pour l'un et par la position du soleil pour l'autre, ou encore le premier court après le temps et le second se donne le temps. Ce qui fait qu'il conviendrait d'être souple dans ses programmations en prenant en compte cette différence de notion du temps. En guise d'illustration, une visite d'une heure programmée chez le TPS, peut aller au-delà de deux voire plus. Quand, vous arrivez chez le villageois en général et chez le TPS en particulier, il y a tout un cérémonial « diplomatique » qui doit se dérouler et qui devrait être respecté selon la tradition. Tout d'abord, il faut trouver un endroit approprié pour installer les hôtes et cet endroit doit être rendu propre souvent en votre présence. Ensuite, vous êtes servi à boire. Pendant, que vous voulez livrer au TPS les raisons de votre visite, ce dernier est absent car s'affaire à prendre les mesures pour vous préparer un repas qui est le plus souvent fait de riz arrosé avec de la viande de volaille (le poulet le plus souvent) que les badauds doivent pourchasser. Tout cela peut prendre allègrement une ou deux bonnes heures, avant de commencer à véritablement s'entretenir avec le TPS et cette patience de votre part compte beaucoup pour lui afin de nouer de futures solides relations de collaboration. Il serait ainsi judicieux, de prendre le temps qu'il faut pour déguster le repas « spécial » fait en votre honneur. Enfin, pour retourner, on ne se lève jamais comme cela pour le faire, quand bien même vous avez accompli votre mission. Il faut toujours « demander la route » et attendre que le TPS vous la donne.

3- Résultats

3.1- Le recensement à partir des listes administratives de personnalités influentes.

Cette approche a permis de recenser 312 Tradipraticiens de santé dont 27 prenant en charge les problèmes de santé mentale, ont dans la région de Mopti. Parmi ces TPS, 87 dont 9 en santé mentale l'ont été au Plateau Dogon de Bandiagara (Diakité et al, 2016). C'est autour de ces

Tradipraticiens en santé mentale que les premières associations ont été créées en 1991 (Mounkoro,1993).

3.2- Le recensement à partir des activités de consultations de 1990 à 2002

Par cette stratégie, le centre a recensé 10 nouveaux TPS tous spécialistes en santé mentale et résidant au Plateau Dogon.

3.3- Le recensement par les associations de TPS de 2002 à 2016

Les 8 associations existantes ont recensé des TPS, ramenant ainsi le nombre d'associations à 12 en 2000 puis à 20 en 2002 avec respectivement 67, 95 et 156 adhérents dont 15 TPS en santé mentale. Ainsi de 2002 à 2016, le nombre d'associations est passé à 31 avec plus de 700 adhérents dont 20 en santé mentale soit 2,85%, ou un TPS en santé mentale pour 20 944 habitants

3.4 - Caractéristiques sociodémographiques des TPS recensés

3.4.1- Spécialité des TPS en santé mentale

Tableau n°1: spécialité des TPS

Spécialité	Nombre de TPS	Proportion
Spécialiste	9	45%
Généraliste avec compétence	8	40%
Généralistes	3	15%
Total	20	100%

55% des TPS étaient des généralistes contre 45% de spécialistes

3.4.2 - Ethnie, âge, origine du savoir et source de revenus

Parmi les TPS en santé mentale recensés, 19 étaient de l'ethnie Dogon. Tous étaient des hommes. Leur âge, était compris entre 46 et 80 ans. 18 TPS, ont acquis leur savoir par tradition familiale. Seuls 5 TPS, avaient comme principale source de revenus l'exercice de la médecine traditionnelle.

3.5 – Les difficultés rencontrées lors du recensement notamment les risques de complexes, nés du système colonial et entretenus par les différents systèmes administratifs après l'indépendance du Mali.

4- Discussion/ Commentaires

4.1- Caractéristiques sociodémographiques des TPS

4.1.1 - Age, sexe, ethnie, religion et origine du savoir

Il y avait un TPS en santé mentale pour 20 944 habitants, contre un psychiatre pour 418 873 au Plateau Dogon en 2016. Ce qui explique qu'ils soient le premier recours pour les populations avec lesquels ils partagent les mêmes valeurs socioculturelles.

L'âge des TPS variait entre 46 et 80 ans, ce qui dénote de la maturité à soigner. Tous étaient des hommes, certainement par le fait que le plus souvent le savoir est transmis au garçon plutôt qu'à la fille. En plus, la prise en charge des troubles mentaux, demande plus d'engagement physique. Nos

résultats sont conformes à ceux de Mounkoro et al (Mounkoro et al,2020) et Mounkoro, Coulibaly et Kamaté (Mounkoro, Coulibaly et Kamaté, 2020). 19 TPS étaient des Dogons. Officiellement, 11 embrassaient la religion traditionnelle et 9 la religion musulmane. Mais en pratique, nous retrouvons un syncrétisme vivant, témoignant la proximité des autels des fétiches, de la mosquée et des maisons des femmes réglées ou *yapunogine*⁵ dans les villages. 18, avaient comme origine du savoir la tradition familiale et 2 ont appris auprès d'un maître coranique.

4.1.2 - Source de revenus

Seulement, 5 TPS tiraient les principaux revenus de l'exercice de la Médecine Traditionnelle, en rompant ainsi avec le volontariat qui a longtemps prévalu. Ceci, a été rendu possible par la politique de vulgarisation des pratiques de ces TPS à la faveur de leur participation aux foires expositions des remèdes traditionnels à Bamako et par la référence des patients venus des grandes villes du Mali ou d'autres pays africains et même de l'Europe. De ces différentes activités, ces TPS ont commencé à gagner assez d'argent au point de se payer des motocyclettes et même construire des maisons. Ce qui a permis à leurs enfants de s'intéresser à cette médecine, assurant ainsi la relève. Nos résultats sont en contradiction avec ceux des travaux Mounkoro et al chez les TPS du district de Bamako, qui se sont tous professionnalisés (Mounkoro, Coulibaly, Kamaté, 2020).

4.1.3 – Spécialité des TPS

Neuf étaient spécialisés, 8 avaient une compétence en santé mentale et trois généralistes avaient la capacité de prendre en charge des pathologies à forte connotation psychique. Nos résultats sont en accord avec de Mounkoro et al dans leur étude sur les plantes utilisées par les TPS dans le District de Bamako (Mounkoro et al, 2020). La plupart des spécialistes internaient les patients. Quant aux autres, ils les suivaient surtout en ambulatoire. Les TPS non spécialistes en plus des troubles mentaux ont déclaré soigner des affections organiques, qui étaient les fièvres, la stérilité, l'impuissance sexuelle, les problèmes urinaires, les douleurs ostéoarticulaires, la dystocie, les problèmes traumatiques, les céphalées migraineuses, les troubles mentaux, les anciennes plaies, les troubles gastriques, la crise hémorroïdaire, les maladies ictériques, les infections les dysménorrhées, les maux de dent et les douleurs ostéoarticulaires. Tous les TPS étaient membres d'une association et collaboraient avec le centre par des échanges d'informations et de malades. Nos résultats concordent avec ceux de Mounkoro et Coulibaly (Mounkoro et Coulibaly, 2013).

4.2 - Moyens diagnostiques et thérapeutiques

Les TPS s'appuient sur une démarche diagnostique et des moyens diagnostiques de nature généralement magico-religieuse

4.2.1 – Moyens et démarche diagnostiques

Contrairement aux appréhensions que beaucoup d'acteurs de la médecine conventionnelle ont quant à la démarche diagnostique purement magicoreligieuse, le TPS a une certaine démarche consistant à l'observation des gestes et faits du patient, à l'inspection de certaines parties du corps du patient et à l'interrogatoire du patient du patient et/ou de sa famille. Quant au processus magicoreligieux, il consiste à faire recours à la divination en utilisant plusieurs techniques comme les cauris, la

⁵ Ya (femme), puno (règles), guine (maison). La maison des femmes, située le plus souvent à la place publique village, sert d'habitat pour les femmes en période de menstruation. En effet, la femme réglée est considérée comme « impure » pendant cette période et ne doit pas ainsi avoir des contacts étroits avec les autres villageois. Cette tradition dogon, tend à disparaître de nos jours, du fait de l'influence acculturatrice occasionnée par les nouvelles religions (l'islam et le christianisme) et l'émigration.

géomancie en utilisant soit le sable ou le papier pour tracer des figures, l'oniromancie en utilisant les rêves du TPS et /ou ceux des patients. Nos résultats concordent avec ceux de Mounkoro et Coulibaly (Mounkoro et Coulibaly, 2019).

4.2.2 - Moyens thérapeutiques

A partir de la démarche et des moyens diagnostiques, que les troubles sont identifiés ainsi que leurs causes et partant les ressources thérapeutiques pour les prendre en charge. Les moyens énumérés, ont été les sacrifices, les incantations et les plantes par l'ensemble des TPS. Les plantes étaient utilisées le plus souvent en association et notre étude n'a pas prévu d'investiguer sur leurs dénominations. 13 TPS, avaient recours à la contention physique et à la restriction hydrique et /ou alimentaire pour la gestion des patients agités, instables et/ou agressifs physiquement. Par contre 6 TPS réfèrent cette catégorie de patients à la structure sanitaire conventionnelle la plus proche.

4.2.3 - Les difficultés rencontrées

Le recensement des TPS, est une étape primordiale dans le processus d'amorce de la collaboration entre les acteurs des deux médecines dans le domaine de la santé en général et de la santé mentale en particulier au Plateau Dogon de Bandiagara. Le premier contact reste à cet égard crucial et décisif. Il s'agit de donner une bonne impression par une attitude de courtoisie, de respect et surtout d'humilité afin de minimiser les risques de complexes de part et d'autre. Il est également essentiel d'expliquer clairement au TPS les objectifs du recensement pour lui permettre d'adhérer ou non en toute indépendance sans représailles ni pour lui, ni pour sa famille ou sa communauté villageoise. Car le TPS convaincu de la nécessité d'être recensé, va sensibiliser d'autres TPS à se faire recenser également et surtout adhérer à une association existante ou former une nouvelle association de TPS. Rappelons, qu'il est plus judicieux d'échanger avec les TPS regroupés en association qu'avec qu'un seul. Aussi, les relations entre TPS et acteurs de la médecine conventionnelle sont jalonnées de risques de complexes de part et d'autre: risques de complexes d'infériorité des TPS et de complexes de supériorité des acteurs de la médecine conventionnelle. En effet, pour le TPS non alphabétisé et au savoir acquis par tradition familiale ou par apprentissage auprès d'un maître TPS ou par révélation⁶, paysan « pauvre », reconnu uniquement par la communauté dans laquelle il vit, nourrit en général le risque de complexe d'être « inférieur ou subordonné » à tout agent de la médecine conventionnelle de l'aide-soignant au médecin, qui est diplômé, fonctionnaire et représentant de l'Etat et qui se croit ainsi également « supérieur » au paysan en général et au TPS en particulier. Ces différents risques de complexes se manifestant généralement par les attitudes et comportements suivants :

- Le TPS en particulier et le paysan en général, ont des comportements d'infériorité vis-à-vis de tout représentant de l'état qu'il soit administrateur, magistrat, médecin, forestier, agronome, infirmier. etc..., comme par exemple, ôter le chapeau pour saluer, enlever les chaussures en entrant dans le bureau, nous sommes des aveugles et vous êtes nos guides comme les TPS aiment à le dire fréquemment lors des rencontres, désignant ainsi les intellectuels en général et les représentants de l'Etat en particulier de « *kubanga* » ou tête, propriétaire » ou celui qui est à la tête ou simplement chef en Dogon.

⁶ Un mode de transmission du savoir de soigner s'acquiert le plus souvent par les TPS prenant en charge les troubles mentaux au décours d'une maladie mentale dite « initiatique ».

- Quant à « l'intellectuel » en général ou au représentant de l'Etat en particulier, ils nourrissent des complexes de supériorité vis-à-vis de toute personne non alphabétisée. Ainsi, pour le médecin, les connaissances du TPS, n'auraient aucun fondement scientifique et en plus la pratique de ce dernier ne respecterait aucune mesure d'hygiène. Il l'assimilerait ainsi de facto au charlatan. En visite chez le TPS, il manifeste ses complexes de supériorité par des comportements le plus souvent discourtois comme le refus de boire et/ou de manger, allant même jusqu'à poser des gestes d'inconfort tels que se boucher le nez pour dénoncer l'environnant insalubre et nauséabond, demander de balayer d'abord avant de s'asseoir ou s'asseoir à l'endroit non indiqué par le TPS. etc...

Ces risques de complexes, trouveraient leurs origines dans les systèmes coloniaux notamment français, qui considéraient les colonisés comme des indigènes « barbares, arriérés et vivant dans l'ignorance et la barbarie » et auxquels il fallait « apporter la liberté et la civilisation » françaises. Ainsi, les administrateurs coloniaux ou « Blancs-blancs » étaient au sommet de la hiérarchie, venaient ensuite les agents noirs de l'administration comme les gardes, les interprètes et les commis ou « Blancs-noirs » (FANON, 1952, BA, 1992, 2006). Ce qui fait que même après les indépendances, les administrateurs s'étaient toujours comporter comme des « blancs- noirs », avec des pratiques plus inhumaines et plus humiliantes que pendant l'ère coloniale. Ainsi, tout était mis en œuvre pour recouvrer l'impôt per capita, à tel point que cet impôt a été dénommé *ninsongon*, *nin*, la vie et *songon*, le prix ou le « prix de la vie ». Ceci signifie, que tout imposable qui prendrait le risque d'être non solvable, pourrait être exposé à toutes les situations de maltraitance notamment les sévices corporels qui auraient même parfois coûté la vie aux contrevenants. De telles pratiques ont perduré après l'indépendance notamment pendant le régime militaire⁷ (Novembre 1968 à Mars 1991).

Un phénomène aussi important au Plateau Dogon, est le tourisme florissant depuis qu'il a été classé patrimoine mondial de l'UNESCO en 1986, drainant ainsi les touristes de plusieurs ordres y compris les chercheurs en sciences sociales (Cercle de Bandiagara, 1995). Des chercheurs occidentaux et maliens y ont mené plusieurs études anthropologiques, ethnographiques (Mounkoro et Coulibaly, 2012, Griaule, 1966, Coppo et al, 1993) et dans le domaine de la pharmacopée traditionnelle (Mounkoro et al, 2018, 2020). En général pour « arracher » le consentement des TPS, des promesses le plus souvent non tenues ont été mises en avant. Ces promesses consistaient à faire voyager le TPS en Europe, donner des cadeaux en espèces ou en nature (engin roulant, habits, vivres, etc...), faire le feed-back, par exemple. etc... Ainsi, beaucoup de TPS, ont été victimes de ces promesses non tenues,

⁷ Durant ce régime, le recouvrement de l'impôt per capita comportait des abus de tous ordres. Des chefs de famille âgés de plus de 60 ans étaient amenés à plus de 30 kilomètres de leurs villages sous un soleil de plomb et étaient sommés de marcher pour rejoindre leurs villages, sous l'œil vigilant d'un garde à moto. Il arrivait également que le Sous-préfet accompagné d'un garde, d'un secrétaire et d'un responsables politique local (un représentant de l'Union Démocratique du Peuple Malien, le parti unique), décide sillonner les villages en vue de recouvrer cet impôt. D'abord, tous les villages étaient obligés de réserver un « accueil chaleureux » en offrant de bonnes conditions de logement, donnant quotidiennement à chaque membre de la délégation la nourriture de son choix, amenant souvent à faire un mets pour chaque membre. Pour ce faire, chaque village était amené à faire cotiser ses habitants et s'acquitter en même temps du paiement des impôts.

après avoir donné leurs savoirs de façon incrédule, sans en tirer aucun bénéfice en retour. Ce qui fait que, notre opération de recensement des TPS, s'est tenue dans une atmosphère de méfiance (à l'égard de ces chercheurs) et de peur à l'égard de l'administrateur (ou tout agent de l'Etat) prêt à recouvrer l'impôt per capita par tous les moyens y compris coercitifs, dégradants et humiliants. Néanmoins, nous avons pu surmonter ces difficultés, en mettant en avant la collaboration à travers les malades qui nous ont servi de « courroie de transmission ». En plus, les échanges d'informations concernant les maladies, nous ont permis de considérer les TPS comme des confrères avec lesquels « nous devons traiter d'égal à égal », en vue de minimiser les risques de complexes suscités. Ce qui nous a permis non seulement de recenser les TPS, qui à leur tour, ont recensé d'autres TPS qui se sont regroupés également en associations. Ces associations, sont passées de 8 en 2000 à 12 en 2002. Elles se sont ensuite regroupées en fédération qui comptait en 2017, 31 associations de 700 membres dont 20 TPS prenant en charge les patients souffrant de troubles mentaux au Plateau Dogon de Bandiagara (Moukoro et al, 2020). La Fédération des Associations des Thérapeutes Traditionnels du cercle de Bandiagara (FATTB) dont le siège est à Bandiagara, a été réalisé avec l'appui technique du centre (en facilitant toutes les démarches administratives), matériel de la préfecture (en cédant la parcelle à un coût très réduit) et financier de l'ONG italienne, TERRA NUOVA. Chaque association membre, dispose également d'un siège local. La fédération depuis sa création était fonctionnelle. Toutes les associations cotisent régulièrement, la FATTB, tient une assemblée générale annuellement et elle collabore activement avec les structures sanitaires pour la prise en charge des problèmes de santé notamment les troubles mentaux, l'épilepsie, le paludisme, le VIH/SIDA, la tuberculose, les problèmes traumatologiques, la malnutrition et la mise en place d'un système formel de référence des patients dans les deux sens. Cette collaboration, a également concerné la protection des plantes médicinales ayant disparu ou en voie de l'être par la réalisation de jardins de plantes médicinales. Les rencontres régulières entre les acteurs des deux médecines, ont permis de dissiper progressivement ces risques de complexes et surtout de créer un climat de confiance et de respect réciproques. Elles, ont également conduit à la mise en place des associations de TPS autour des Tradipraticiens en santé mentale et t aussi d'influencer positivement la nature des relations entre les acteurs des deux médecines, relations qui n'étaient plus personnalisées mais formalisées. En effet avant la mise en place des associations, les Tradipraticiens sollicitaient le centre le plus souvent pour leurs problèmes existentiels (le manque de nourriture, les difficultés à se faire payer par les patients). Les difficultés liées à l'exercice de la profession, étaient reléguées au second plan, voire même occultées. Les associations ont aussi permis aux Tradipraticiens de se connaître, de collaborer par les échanges d'informations, de malades et même souvent de remèdes. Elles ont également donné la possibilité aux acteurs de la médecine traditionnelle de défendre leurs intérêts et surtout d'envisager la promotion de ce système de soins par l'amélioration de leurs pratiques notamment sur le plan de l'hygiène durant les différentes étapes des soins, allant de la récolte des organes de plantes en passant par la préparation à l'administration des remèdes traditionnels.

V - Conclusion

Le recensement du TPS en général et surtout de celui en santé mentale, est une période essentielle permettant d'asseoir un climat de confiance indispensable pour une bonne collaboration future entre les acteurs des deux médecines. Trois stratégies d'approches notamment le recensement à partir des listes administratives de personnalités influentes, des dossiers cliniques des patients et le recensement par les TPS, ont permis de recenser un nombre important de TPS et de les regrouper en

associations et les associations en fédération au Plateau Dogon de Bandiagara. Le premier contact doit requérir patience, respect mutuel, convivialité, humilité et persévérance de la part des acteurs de la médecine conventionnelle. Le recensement continu, permettrait de dessiner une cartographie des TPS par spécialité du cercle de Bandiagara et des autres cercles de la région de Mopti. Une telle expérience pourrait être répliquée dans d'autres cercles de la région voire d'autres localités du Mali en tenant compte de leurs réalités socioculturelles et permettrait d'élaborer un répertoire national des TPS dont la mise à jour permanente devra être assurée.

Conflit d'intérêt: Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts.

Remerciements

Les auteurs remercient la coopération sanitaire italienne pour l'appui matériel, financier et technique, les tradipraticiens ayant accepté d'être recensés, les associations de TPS ayant accepté de recenser d'autres TPS, le CRMT et son personnel pour l'appui matériel, technique et financier et la FATTB pour son engagement sans failles à travers son Président, qui a personnellement pris part aux activités de recensement

Contribution des auteurs

Pakuy Pierre MOUNKORO, a participé à la conception et la réalisation de l'étude et à la rédaction de l'article. Quant à Souleymane Coulibaly et Zoua, ils ont contribué à la relecture.

Références bibliographiques

- Coppo, P., Giannattasio, F. et Misiti, R. (1988). Médecine traditionnelle et psychiatrie en Afrique. In Médecine Traditionnelle, Psychiatrie et Psychologie en Afrique (sous la direction de COPPO.P) *Il Pensiero Scientifico Editore*, : 5-80.
- Ilboudo, S.D.O. (2016). Facteurs influençant le refus de consulter au centre de santé de la région rurale Ouest du Burkina Faso. *Santé Publique*, 28 : 391-397
- Cercle de Bandiagara (1995) - *Rapports d'activités. Service des archives, Bandiagara*, 37 pages
- Diarra, M.L., Mariko, M., Mbaye, M.S., Noba, K. (2016). Plantes médicinales utilisées dans le traitement traditionnel du paludisme à Bamako. *Int. J. Bio. Chem.* 10 (4): 1534-1541, 2016
- Mounkoro, P. P., Kodio., Coulibaly. S. P., Traoré. J., Koné. M., Traoré. K., Koumaré. B. (2018). Étude ethnobotanique des plantes utilisées par les tradipraticiens de santé pour le traitement des troubles mentaux au Plateau Dogon de Bandiagara. *Psy Cause*, 77, pp : 7 - 14
- Mounkoro, P.P., Togola, A., De Jong, J., Diallo, D., Paulsen, B.S., Van 't Klooster, C. (2020). Ethnobotanical survey of plants used by traditional health practitioners for treatment of schizophrenia Spectrum disorders in Bandiagara, mali, West Africa. *Journal of Herbal Medicine, HERMED_100402*.
- Mounkoro, P.P. (2007). Approche du désordre mental au Plateau Dogon de Bandiagara au Mali. *Mémoire de passage en 3^e année de DES, N° 294, FMPO, Dakar*
- Mounkoro, P.P. (2010). Pour une meilleure articulation entre Médecine Traditionnelle et Médecine Conventionnelle dans le domaine de la santé mentale au Plateau Dogon de Bandiagara au Mali. *Mémoire de fin de CES/DES, n°299, FMOS, Dakar, Sénégal*, 83 pages.

- Maïga, A.Y., Diaouré, R. et Keita, A. (1989). Le recensement des thérapeutes traditionnels de la cinquième région. *In Médecine Traditionnelle, acteurs et itinéraires thérapeutiques (sous la direction de Coppo. P et Kéita. A) Ed Trieste, pp : 53 – 78*
- Fioré. B, Timbiné, S., Kassambara, I. (1990). Le savoir du thérapeute In *Médecine traditionnelle : acteurs et itinéraires thérapeutiques (sous la direction de Piero COPPO et Arouna KEITA), Edizioni, pp : 79 -106*
- Diallo, D. Graz, B., Falquet, J., Traoré, A. K., Giani, S., Mounkoro, P.P., Berthé, A., Sacko, M., and Diakité, C. (2006). Malaria treatment in remote areas of Mali use of modern and traditional medicine, patient outcome. *Tropical medicine and Hygiene, 100, pp: 515-520*
- Diakité, C., Mounkoro, P.P., Diallo, D. (2016). Etude de la couverture sanitaire assurée par les Tradipraticiens de santé dans le cercle de Bandiagara. Travail non encore publié.
- Mounkoro, P.P. (1993). Association des Thérapeutes traditionnels dans le cercle de Bandiagara. *Santé pour tous, Bull. Méd. Trad., Vol 1, n°1.*
- Mounkoro, P.P., Coulibaly, S., Kamaté, Z. (2020). Perceptions des troubles mentaux par les tradipraticiens de santé au Mali : cas du district de Bamako. *Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique (RASP) Volume2, Numéro 2 (Volume 2, Issue 2) Juillet- Décembre 2020, pp :103-11*
- Mounkoro, P.P., Coulibaly, S., Dembélé S. M., Ballo, F.N., Sanogo, R., Diallo, D., Paulsen, B. S. (2020). Étude Ethnobotanique des Plantes Utilisées par les Tradipraticiens de Santé pour le Traitement des Troubles Mentaux dans le District de Bamako, Mali. *Health Sci. Dis: Vol 21 (1) January 2020 Available free at www.hsd-fmsb.org, pp: 85-91*
- Mounkoro, P.P., Coulibaly. (2013). Du recensement du tradipraticien de santé à la collaboration entre les acteurs des deux médecines dans la prise en charge des problèmes de santé mentale au Plateau Dogon de Bandiagara, Mali. *RASP n°7, juillet-Décembre 2013, pp :3-10.*
- Mounkoro, P.P., Coulibaly, S. (2019). Approche psychopathologique des troubles mentaux au Plateau Dogon de Bandiagara, Mali. *Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique (RASP), Volume 18, Janvier-Décembre 2019, pp :12-24.*
- Fanon, F. (1952). *Peau noire, masques blancs. Editions Seuil, France, Internet : fr.m. Wikipédia> wiki>Peau_n... Consulté le 3 Novembre 2020*
- Bâ, A.H. (2006). *Oui Mon Commandant ! Actes Sud, ISBN 2-290 31585-0 Catégorie L ; Editions j'ai lu*
- Bâ, H. (1992). L'étrange destin de Wangrin ou les roueries d'un interprète africain. *Union Générale d'Editions 1973 et 1992. ISBN 2- 264-01758-9*
- Mounkoro, P.P., Coulibaly, S. (2012). Approches culturelles des maladies mentales au plateau dogon de Bandiagara, Mali. *Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique (RASP), N°5, Janvier-Décembre 2012, pp :37-52*
- Griaule, M. (1966). *Dieu d'Eau (entretiens avec Ogotemmêli). Paris : Fayard.*

- Coppo, P., Mounkoro, P.P., Diaouré, R., Kassambara, I. (1993). Éléments de psychologie et de psychopathologie Dogon In Essai de psychopathologie Dogon (sous la direction de P. Coppo). *Édition PSMTM, CRMT Bandiagara*, pp : 13- 99.

© 2020 MOUNKORO, License BINSTITUTE Press. Ceci est un article en accès libre sous la licence the Créative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>)



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

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

Reçu, 16 Décembre 2020

Accepté, 30 Décembre 2020

Publié, 31 Décembre 2020

<http://revue-rasp.org>

Recherche

Age, qualité de vie perçue et stratégies d'adaptation des employés de l'entreprise hôtelière GAH à Abidjan

Koffi Nestor BONY^{1,*} et Hassan Guy Roger TIEFFI²

^{1,2} Centre Ivoirien d'Etude et de Recherche en Psychologie Appliquée (CIERPA), Université Félix Houphouët Boigny d'Abidjan, Côte d'Ivoire

* **Correspondance:** boninestor6@gmail.com; Tel: +225-48 14 82 44;

Résumé:

Les employés de l'entreprise hôtelière GAH d'Abidjan utilisent la stratégie d'évitement à travers l'absentéisme et les arrêts de travail pour faire face aux problèmes au travail. Cette stratégie a des conséquences négatives pour cette organisation et pour ses employés. L'objectif de la présente étude est d'identifier les facteurs influençant l'utilisation des stratégies de coping par les employés. 136 employés permanents issus des 13 directions et services de l'entreprise hôtelière ont répondu à un questionnaire. Les résultats montrent que les employés utilisent prioritairement le coping centré sur l'émotion puis le coping centré sur la recherche de soutien social et le coping centré sur le problème. Ces stratégies de coping sont sous l'influence de la perception de la qualité de vie au travail. Ainsi, l'étude fournit aux managers des outils pour orienter les interventions de prévention des absences au travail.

Mots clés : Age, qualité de vie, travail, coping

Abstract:

The employees of the hotel company GAH in Abidjan use the strategy of avoidance through absenteeism and work stoppages to deal with problems at work. This strategy has negative consequences for this organization and for his employees. The objective of this study is to identify factors influencing the use of coping strategies by employees. 136 permanent employees from 13 management and departments of the hotel company responded to a questionnaire. The results show that employees primarily use emotion-focused, followed by seeking social support and problem-focused coping. These coping strategies are influenced by the perception of professional quality of life. Thus, this study provides managers with tools to guide interventions to prevent work absences.

Key-words: age, quality of life, work, coping

1. Introduction

L'absentéisme au travail est une préoccupation majeure dans les entreprises et les organisations en raison des coûts et des dysfonctionnements que cela fait subir à celle-ci. Pour Bouville (2011), il prend en compte les absences pour maladie, professionnelle ou non, celles dues aux accidents du travail, aux grèves, à la maternité ; celles relatives à des absences injustifiées et aux mises à pied disciplinaires. En Afrique, Pognon (2009) indique que l'absentéisme au travail est une des préoccupations actuelles majeures de nombreux chefs d'entreprise. Ainsi, par exemple, au Sénégal, Bah, Chaudat et Tine (2013), étudiant les conditions de travail dans les centres d'appels délocalisés et leurs répercussions sur la Gestion des Ressources Humaines (GRH), attestent que les managers de ces centres notent un taux d'absentéisme des téléopérateurs parfois élevé et un manque de productivité lié aux nombreuses pannes. Pour Hachelafi et Kandouci (2016), l'absentéisme et les arrêts de travail, en tant que stratégie de coping centré sur la tâche, permettent d'éviter momentanément d'être la cible des agresseurs au travail. Autrement dit, l'absentéisme serait une stratégie d'adaptation pour faire face à la souffrance vécue sur le lieu de travail.

Les stratégies de coping désignent l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux destinés à maîtriser, réduire ou tolérer l'impact de l'événement qui provoque des perturbations émotionnelles susceptibles de mettre en danger son bien-être physique et psychologique (Erlich, 2004, cité par Masson & Ratenet, 2020). A l'origine, Lazarus et Folkman distinguent deux catégories principales de stratégies d'ajustement qui sont le coping centré sur le problème et le coping émotionnel. Une troisième stratégie intervenant dans les deux autres a ensuite été identifiée. Il s'agit de la recherche de soutien social. Le coping centré sur le problème est utilisé lorsque l'individu perçoit qu'il peut contrôler, dans une certaine mesure, la situation stressante et agir pour améliorer les choses. Lorsque l'individu se sent impuissant, il utilise le coping émotionnel. Quant au coping recherche de soutien social, il vise à obtenir une aide ou des encouragements apportés par autrui (Delelis et al. 2011 cité dans Grange, 2019). Ainsi, l'adéquation du coping aux contraintes de la situation détermine la qualité de l'adaptation face au stress (Traber, 2019).

Relativement à cela, Masson et Ratenet (2020) soulignent que la stratégie d'évitement et le processus de coping centré sur l'émotion apparaissent problématiques si l'on les compare à une centration sur la résolution de problème. De même, Seligman (2011) indique que les stratégies d'évitement sont toujours néfastes, particulièrement si les stressseurs se manifestent avec une certaine chronicité (Bruchon-Schweitzer, 2002). En raison des conséquences négatives subies par les organisations qui font face aux absences des employés, il convient d'identifier les facteurs déterminant l'utilisation des stratégies d'adaptation des employés pour faire face aux problèmes de leur environnement de travail. Selon le modèle transactionnel de Lazarus et Folkman (1984), les stratégies d'adaptation résultent de l'évaluation de l'événement basée sur les caractéristiques environnementales perçues comme menaçantes par un individu et sur ses ressources personnelles. Par conséquent, les facteurs qui influencent les stratégies d'adaptation sont des caractéristiques personnelles et environnementales. De même, Grange (2019) atteste que des facteurs personnels et environnementaux influencent l'évaluation primaire (analyse de la situation stressante jugée positivement ou négativement) et secondaire (exploration de ses propres ressources pour faire face à la situation). Le choix de la stratégie de coping dépendra des évaluations primaires et secondaires (Bruchon-Schweitzer, 2001).

Dans la même ligne de pensées, Laugaa et Bruchon-Schweitzer (2005) estiment que l'élaboration d'une stratégie de coping par un individu serait déterminée par des caractéristiques personnelles, mais aussi par les caractéristiques spécifiques de la situation stressante. Ainsi, de nombreuses recherches ont mis en exergue ces caractéristiques dans le domaine du travail.

En ce qui concerne les caractéristiques personnelles, l'étude de Laranjeira (2011) révèle que le choix des stratégies est propre à chaque individu. A ce sujet, Gangloff, Mayoral, Rezrazi, et Malleh (2017) montrent que les individus réagissent différemment les uns des autres quand ils sont confrontés à des difficultés ou à des obstacles. Ces différences portent, entre autres, sur les stratégies adoptées nommées stratégies de « coping ». Selon Benmoyal-Bouzaglo et Guiot (2013), trois variables individuelles affectent particulièrement le déploiement des stratégies de coping: le genre, la contrôlabilité perçue de la situation et la sensibilité aux marques. D'autres études identifient l'âge comme une variable influençant les stratégies de coping. En effet, Chen, Peng, Xu et O'Brien (2017) établissent que les adultes plus âgés sont moins susceptibles que les jeunes adultes de recourir à des stratégies d'adaptation axées sur les problèmes et signalent des niveaux plus faibles d'affects positifs. Dans le même ordre d'idées, Nieto et al. (2019) confirment qu'il y a une prévalence de stratégies d'adaptation d'évitement chez les jeunes adultes que chez les adultes. Par contre, Boykin, Allison et Rice (2020) révèlent que l'âge n'influence pas l'utilisation des stratégies de coping.

Relativement aux caractéristiques environnementales, Pronost et al (2008) découvrent que les individus ayant une bonne Qualité de Vie au Travail (QVT) développent plus fréquemment des stratégies de coping centrées sur le problème et sur la recherche de soutien social, et moins fréquemment des stratégies de coping centrées sur l'émotion. La Qualité de Vie au Travail (QVT) est définie comme un « *sentiment de bien-être au travail perçu collectivement et individuellement, qui englobe: l'ambiance, la culture de l'entreprise, l'intérêt du travail, le sentiment d'implication, le degré d'autonomie et de responsabilisation, l'égalité, un droit à l'erreur accordé à chacun, une reconnaissance et une valorisation du travail effectué* » (Accord national interprofessionnel de juin 2013, cité par Fuchs, Jeoffrion, Barré & Savary, 2018, p2). Ainsi, Appel-Meulenbroek, Steps, Wenmaekers et Arentze (2020), dans leur étude sur les effets des différentes sources de bruit dans les bureaux sur la productivité perçue, comment les différents types d'employés font face aux différentes sources de bruit et l'effet perçu des différentes stratégies de coping sur la productivité individuelle, montrent qu'il existe des préférences claires pour des stratégies d'adaptation spécifiques lorsqu'on est exposé à des sources de bruit spécifiques. En outre, testant l'impact d'un leadership toxique sur l'état psychologique de 570 employés travaillant dans le public et dans deux organisations privées en Inde, Bhandarker et Rai (2018) révèlent que les subordonnés ont fait état d'une utilisation plus importante de coping d'adaptation, plutôt que de coping d'affirmation et d'évitement pour faire face à des chefs toxiques.

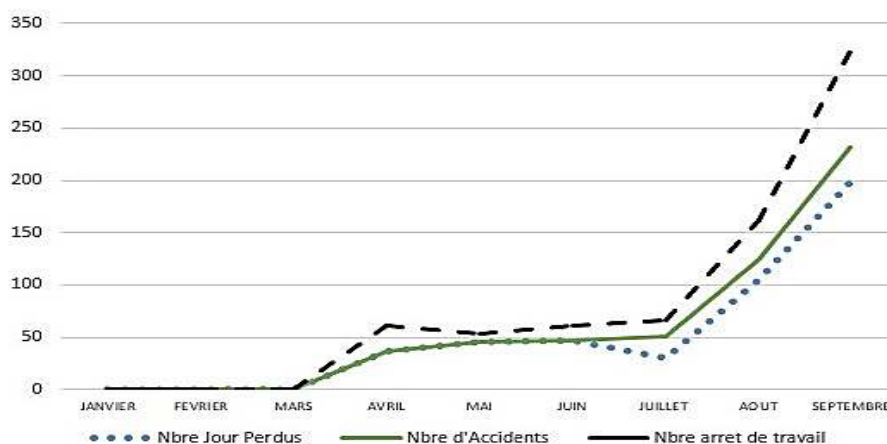
Par contre, d'autres études expliquent la qualité de vie par les stratégies de coping. Ainsi, examinant les mécanismes d'adaptation et les facettes de la qualité de vie professionnelle des personnes chargées de l'application des politiques et des lois, Sarcia (2020) met en évidence de multiples relations statistiquement significatives à $p < 0,05$ entre les mécanismes d'adaptations et les facettes de la qualité de vie.

En outre, Hamdi (2017) montre qu'il existe une corrélation positive ($r = 0.258$) et significative ($p = 0.02$) entre les stratégies de coping centrées sur le problème et la perception de la qualité de vie. De même, Choi et Yuh (2020) révèlent que le style d'adaptation axé sur les problèmes et le soutien

familial améliorent la qualité de vie des enseignants en garderie.

Ceci nous amène à nous tourner vers des contextes de travail particuliers, notamment celui de l'hôtellerie en Côte d'Ivoire. En effet, des observations faites auprès de l'entreprise hôtelière GAH d'Abidjan indiquent que l'absentéisme utilisé fréquemment par les employés comme la stratégie d'ajustement de prédilection, constitue une préoccupation pour ses managers. La figure ci-dessous présente l'ampleur de cette situation.

Figure 1: Évolution du nombre des arrêts-accident de travail, journées perdues par mois



Source: Données de l'entreprise hôtelière GAH d'Abidjan- 2019

Sur la période allant d'avril à septembre 2019, on observe une croissance du nombre des arrêts-accidents et journée de travail perdue de l'ordre de 279 % pour les arrêts de travail et de 435% pour les journées perdues de travail. Une telle situation a un impact sur l'organisation en termes de coûts et de dysfonctionnement dans l'organisation du travail. En effet, l'absentéisme a des coûts directs (congrés de maladie, heures supplémentaires, travailleurs remplaçants) et des coûts indirects (frustration/perturbation des équipes de travail, retard dans les échéances, augmentation du stress en milieu de travail, diminution de la productivité, etc.) (Safy-Godineau, Fall, Carassus, 2019). Cela justifie le fait que « les DRH et les spécialistes recherchent par-delà les apparences, les causes profondes (sociétales, organisationnelles, individuelles) de ce phénomène » (Dumas, 2005).

Dans le cas particulier de cette entreprise, tout semble indiquer également, au regard des observations déjà faites, que la qualité de vie au travail et l'âge auraient une influence dans l'utilisation des stratégies de coping des employés. Cependant, ce lien n'a pas encore été établi dans une enquête de terrain proprement dite. Une telle étude pourrait déboucher sur des pistes d'intervention psychologique auprès des employés pour juguler les effets pervers engendrés par ce type d'ajustement dans l'entreprise. C'est tout l'enjeu de la présente étude. Elle pose la question centrale suivante: la qualité de vie perçue par les employés d'âges différents de l'entreprise hôtelière GAH d'Abidjan n'influence-t-elle pas leurs stratégies de coping?

L'étude a donc pour objectif d'identifier les facteurs influençant l'utilisation des stratégies de coping par les employés de l'entreprise hôtelière GAH d'Abidjan.

Précisément, il s'agit de :

- identifier les stratégies de coping utilisées par les employés pour faire face aux problèmes au travail ;
- montrer que les stratégies de coping sont sous l'influence de la perception de la qualité de vie au travail;
- attester que l'âge influe sur les stratégies de coping.

2. Matériaux et Méthodes

2.1. Matériel

Le matériel utilisé dans cette étude est le questionnaire, car il est conçu pour être administré à un grand nombre de sujets puis traité statistiquement. En outre, son choix se justifie par le fait que l'étude a un objectif explicatif, c'est-à-dire comprendre comment sont liées telles ou telles variables (Schweye, 2000). Ainsi, le questionnaire de cette étude est composé de trois axes:

- Axe 1 : recensement des données individuelles (sexe, âge, situation matrimoniale, direction, fonction, contrat d'embauche, ancienneté et catégorie socioprofessionnelle);
- Axe 2: Ways of Coping Checklist (WCC-R) adaptée en français par Cousson, Bruchon-Schweitzer, Quintard, Nuissier et Rasclé (1996). Elle permet de mesurer les stratégies d'adaptation utilisées pour faire face à un événement ou une situation stressante (e). (Exemple d'item: J'ai parlé à quelqu'un de ce que je ressentais). C'est une échelle d'intervalle de type Likert comportant quatre modalités de réponses («Non», «plutôt non», «plutôt oui» et «oui») cotées de 1 à 4.
- Axe 3: questionnaire d'évaluation de la perception de la QVT (Locufier, 2015). Inspiré du modèle de QVT de Dupuis et al. (2009), cet outil de mesure permet d'évaluer la perception par les salariés de leur QVT. Le questionnaire est composé de 24 items portant sur la perception du climat avec les supérieurs, la perception du climat avec les collègues, les caractéristiques du travail, le cheminement professionnel, l'équilibre vie de travail / vie hors travail, la sécurité de l'emploi et les supports offerts aux employés. (Exemple d'item: L'autonomie que vous avez dans votre poste). C'est une échelle d'intervalle de type Likert comportant cinq modalités de réponses («Inférieur à vos attentes», «plutôt Inférieur à vos attentes», «adapté à vos attentes», «Plutôt supérieur à vos attentes» et «supérieur à vos attentes» cotées de 1 à 5.

Dans le souci de tester le questionnaire, c'est-à-dire d'évaluer la clarté et la précision des termes utilisés et des questions posées, il a été soumis individuellement à 15 employés dudit hôtel. Suite à l'entretien réalisé pour recueillir leur avis et suggestions pour l'amélioration du questionnaire, aucun item n'a été modifié ni ajouté.

2.2. Echantillonnage

L'enquête s'est déroulée au sein de l'entreprise hôtelière GAH à Abidjan, en janvier et février 2020, auprès d'un échantillon de 136 employés permanents. Ils représentent le total des différents quotas établis sur la base des effectifs des employés permanents des 13 directions et services.

La répartition des employés dans les directions et services est présentée dans le tableau suivant:

Tableau 1. Répartition par quota des employés par Direction/service selon le genre et le contrat de travail

DIRECTIONS/ SERVICES	GENRE		CONTRAT DE TRAVAIL		TOTAL	TOTAL	%
	H	F	CDD	CDI			
Direction générale	1	1	0	2	2		1,47%
Direction Technique	16	3	12	7	19		13,97%
Service Talent et culture	1	1	1	1	2		1,47%
Service Communication	0	1	0	1	1		0,74%
Service Commercial	0	2	1	1	2		1,47%
Service Restauration	19	12	25	6	31		23%
Service Cuisine	20	4	16	8	24		18%
Service Etages	15	7	14	8	22		16%
Service Contrôle	2	0	1	1	2		1%
Service Réception	12	12	14	10	24		18%
Service Informatique	2	1	2	1	3		2%
Service Spa et fitness	1	3	3	1	4		3%
TOTAL	89	47	89	47	136		100%
TOTAL %	65%	35%	65%	35%			

Dans cette entreprise, les hommes représentent 61,42% des employés et les femmes 38,58%. Concernant les contrats, 65% des employés sont en CDD contre 35% en CDI. Les employés de cette organisation sont relativement jeunes. Le groupe d'âge le plus fortement représenté est celui compris entre 30-39 ans, soit un taux de représentativité de 45,2% suivi de près par celui des 20-29 ans qui représente 31,1% des salariés. La moyenne de l'ancienneté au travail des employés est de 6,97 ans ($\sigma=7,00$).

2.3. Traitement des données

Les données sont traitées à l'aide du logiciel de traitements statistiques SPSS 21.0. La validation des échelles utilisées dans cette étude se fera par le biais des tests d'homogénéité que sont l'analyse

factorielle et le test alpha de Cronbach. L'ACP est appliqué au questionnaire d'évaluation de la QVT perçue et le test alpha de Cronbach est appliqué au Ways of Coping Checklist (WCC-R) et au questionnaire d'évaluation de la QVT perçue. Pour atteindre les objectifs, les tests de la régression simple et de l'ANOVA sont utilisés. Ceux-ci se justifient, entre autres, par le fait que les données ont un caractère quantitatif et il s'agit de la recherche de l'influence des variables indépendantes sur la variable dépendante.

3. Résultats

Les résultats portent sur les indicateurs de fiabilité, les analyses descriptives et les corrélations entre les variables étudiées.

3.1. ACP et test de fiabilité des échelles

Sur les 24 items du questionnaire d'évaluation de la QVT perçue, l'application des critères de normalité a permis de retenir 21 items. Les résultats de l'analyse en composante principale après rotation (rotation varimax) sont présentés dans le tableau 2 suivant:

Tableau 2. Résultat de l'analyse en composante principale de la QVT perçue

Variance expliquée %	31,54	8,97	7,37	6,78	5,49
Variance cumulée %	31,54	40,51	47,89	54,67	60,17
Valeurs propres	6,62	1,88	1,54	1,42	1,15
Perception de la QVT	Facteur	Facteur	Facteur	Facteur	Facteur
	1	2	3	4	5
Caractéristiques du travail et de l'emploi 22	.762				
Caractéristiques du travail et de l'emploi 21	.748				
Caractéristiques du travail et de l'emploi 24	.662				
Caractéristiques du travail et de l'emploi 9	-.585				
Caractéristiques du travail et de l'emploi 17	.538				
Caractéristiques du travail et de l'emploi 23	.500				
Qualité des relations et organisation du travail 14		.798			
Qualité des relations et organisation du travail 6		.751			
Qualité des relations et organisation du travail 5		.609			
Qualité des relations et organisation du travail 18		.533			
Aspect social et cheminement professionnel 12			.782		
Aspect social et cheminement professionnel 3			.710		
Aspect social et cheminement professionnel 11			.607		
Aspect social et cheminement professionnel 8			.591		
Climat de travail et support offert 19				.859	
Climat de travail et support offert 7				.787	
Facteurs influençant l'appréciation de la tâche 10					.697
Facteurs influençant l'appréciation de la tâche 15					.614

Les cinq facteurs retenus expliquent 60,17% de la variance totale. Le 1^{er} axe factoriel (31,54% de la variance expliquée) renvoie aux caractéristiques du travail et de l'emploi et le second (8,97 %)

renvoie à la qualité des relations et l'organisation du travail. Le troisième axe (7,37%) fait référence à l'aspect social et au cheminement professionnel et le quatrième (6,78%) est relatif au climat de travail et au support offert. Quant au cinquième axe (5,49%), il renvoie aux facteurs influençant l'appréciation de la tâche.

Pour la vérification de la cohérence interne des échelles, l'Alpha de Cronbach est calculé pour les dimensions de chaque échelle. Les résultats sont présentés dans le tableau suivant.

Tableau 3. Récapitulatif des Indicateurs de fiabilité des deux échelles relatives aux stratégies de coping et à la QVT perçue.

Intitulé des échelles	Intitulé des axes factoriels	Coefficient alpha de Cronbach	Total alpha de Cronbach
Stratégies de coping	Coping problème	0,548	0,817
	Coping émotion	0,693	
	Coping soutien	0,670	
QVT perçue	1. Caractéristiques du travail et de l'emploi	0,775	0,830
	2. Qualité des relations et organisation du travail	0,762	
	3. Aspect social et cheminement professionnel	0,732	
	4. Climat de travail et support offert	0,677	
	5. Facteurs influençant l'appréciation de la tâche	0,688	

La vérification de la cohérence interne des instruments utilisés dans cette étude exploratoire met en exergue des alphas de Cronbach satisfaisants dans l'ensemble.

3.2. Les principales stratégies de coping des employés

Les principales stratégies de coping utilisées par les employés de l'entreprise hôtelière sont présentées dans tableau suivant.

Tableau 4. Moyennes et écart type des stratégies de coping

	Moy	Ecart type
Coping problème (SCP)	16,53	2,67
Coping Émotion (SCE)	27,46	4,86
Coping Soutien (SCS)	18,69	4,02

Les résultats du tableau 4 indiquent que le coping centré sur l'émotion est plus utilisé ($\bar{x}=27,46$, $\sigma=2,27$), suivi du coping centré sur la recherche de soutien ($\bar{x}=18,69$, $\sigma=4,02$) et le coping centré sur le problème ($\bar{x}=16,53$, $\sigma=2,67$). Ces résultats mettent en évidence le fait que les employés de

l'entreprise hôtelière utilisent préférentiellement le coping centré sur l'émotion. A ce propos, Monier (2014) soutient que les professionnels utilisent individuellement des stratégies de retrait, d'évitement, de distanciation pour se protéger d'émotion trop forte ou de travail émotionnel trop important. On comprend alors que l'absentéisme et les arrêts de travail soient pour ces employés une voie de recours pour éviter momentanément d'être la cible des agresseurs au travail (Hachelafi&Kandouci,2016).

3.3. Stratégies de coping selon la QVT perçue

Tableau 5. Régression linéaire simple des stratégies de coping par rapport à la QVT perçue

Variables	Coping problème (SCP)			Coping Émotion (SCE)			Coping Soutien (SCS)		
	<i>r</i>	<i>F</i>	<i>Sig.</i>	<i>r</i>	<i>F</i>	<i>Sig.</i>	<i>r</i>	<i>F</i>	<i>Sig.</i>
QVT perçue	0,17	4,24	,041	0,29	12,25	,001 ^b	0,23	7,33	,008
R² ajusté		,031			,086			,053	

p < 0.05 et p < 0.01 ; ddl 1 et 131

L'examen du test de régression simple entre la perception de la qualité de vie au travail et les stratégies de coping présenté dans le tableau 5, indique qu'il fournit un résultat significatif. En effet, La valeur de F des différentes stratégies de coping est significative (F(1,131) SCP= 4,24, p < .05 ; F(1,131) SCE= 12,25, p < 0.001 ; F(1,131) SCS= 7,33, p < 0.01). Il y a donc une relation statistiquement significative entre la variable dépendante et la variable indépendante. Les coefficients de corrélation entre la perception de la qualité de vie au travail et les stratégies de coping sont acceptables (R_{SCP}=17% ; R_{SCE}=29% ; R_{SCS}=23%). Les proportions de variance des stratégies coping expliquée par la QVT perçue sont respectivement égales à 31% pour le coping centré sur le problème, 86 % pour le coping centré sur l'émotion et 53% pour le coping recherche du soutien social. Ces résultats confirment que les stratégies de coping sont sous l'influence de la perception de la qualité de vie au travail.

3.4. Stratégies de coping selon l'âge

Tableau 6. ANOVA à un facteur de l'âge des employés sur les stratégies de coping.

Modalités	Coping problème (SCP)			Coping Émotion (SCE)			Coping Soutien (SCS)		
	<i>Moy</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>Moy</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>Moy</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
20 à 29 ans	16,36	0,28	,840	26,24	1,33	,266	18,38	1,24	,298
30 à 39 ans	16,61	-	-	28,05	-	-	18,49	-	-
40 à 49 ans	16,52	-	-	28,09	-	-	18,85	-	-
50 ans et plus	17,20	-	-	28,00	-	-	21,00	-	-

p < 0.05 ; ddl 3 et 128

L'examen de l'ANOVA à un facteur présenté dans le tableau 6, indique que la différence entre les quatre groupes d'âge a un effet non significatif sur les stratégies de coping. En effet, $F_{SCP}(3, 128) = 0,28$; $p = .0, 840$; $F_{SCE}(3, 128) = 1,33$; $p = .0, 840$; $F_{SCS}(3, 128) = 1,24$; $p = .0, 298$; p étant $> .05$, on accepte H_0 et on rejette H_1 . L'âge a un effet non significatif sur les stratégies de coping. Par conséquent, l'âge n'influence pas l'utilisation des stratégies de coping.

4. Discussion

L'objectif de la présente étude est d'identifier les facteurs influençant l'utilisation des stratégies de coping par les employés de l'entreprise hôtelière GAH, en examinant la relation susceptible d'exister entre l'âge, la QVT perçue et les stratégies de coping. Les résultats révèlent que les stratégies coping utilisées sont prioritairement le coping centré sur l'émotion puis le coping centré sur la recherche de soutien social et le coping centré sur le problème. L'utilisation de ces stratégies est influencée par la perception que les salariés ont de leur qualité de vie au travail mais pas par leur âge. Selon le modèle de Folkman et Lazarus (1984), les employés de cette entreprise hôtelière utilisent des stratégies d'adaptation suite à l'évaluation qu'ils font de leur qualité de vie au travail et de leurs ressources personnelles.

Les résultats de l'étude sont confirmés par d'autres travaux scientifiques. En ce qui concerne les stratégies de coping utilisées par les employés de l'entreprise hôtelière GAH, Dorard et al. (2013) indiquent que les stratégies de coping centrées sur l'émotion sont utilisées pour contrôler, diminuer ou modifier la tension émotionnelle induite par l'exposition à l'événement sans agir sur ce dernier. Monier (2014) soutient que les professionnels utilisent individuellement des stratégies de retrait, d'évitement, de distanciation pour se protéger d'émotion trop forte ou de travail émotionnel trop important. Ces stratégies sont pour Lazarus et Folkman (1984), des catégories du coping centré sur l'émotion. Cela confirme les propos de Hachelafi et Kandouci (2016) qui attestent que l'absentéisme et les arrêts de travail sont pour les employés une voie de recours pour éviter momentanément d'être la cible des agresseurs au travail.

Pour ce qui est des résultats relatifs à l'influence QVT perçue sur l'utilisation des stratégies de coping, ils corroborent ceux de Pronost et al (2008) montrant que la perception de qualité de vie au travail (QVT) agit sur le choix des stratégies de coping. En outre, ils confirment les résultats d'Appel-Meulenbroek, Steps, Wenmaekers et Arentze (2020) et de Bhandarker et Rai (2018) qui attestent que l'environnement de travail perçu influe sur le choix des stratégies d'adaptation. Par contre, elles infirment les résultats de Sarcia (2020), de Hamdi (2017) et de Choi et Yuh (2020) qui montrent plutôt l'influence des stratégies de coping sur la qualité de vie. Il se peut donc que la QVT perçue et les stratégies de coping s'influencent mutuellement.

Contrairement aux résultats des travaux de Chen, Peng, Xu et O'Brien (2017) établissant une différence entre les adultes plus âgés et les jeunes adultes dans le recours aux stratégies d'adaptation axées sur les problèmes et ceux de Nieto et al. (2019) montrant la prévalence de stratégies d'adaptation d'évitement chez les jeunes adultes que chez les adultes, cette étude infirme l'influence de l'âge sur l'utilisation des stratégies de coping. Elle confirme donc l'étude de Boykin, Allison et Rice (2020) qui aboutit au même résultat. Ainsi, l'influence de l'âge sur l'utilisation des stratégies de coping reste controversée.

5. Conclusion

L'objectif de cette recherche était d'identifier les facteurs influençant l'utilisation des stratégies de coping par les employés de l'entreprise hôtelière GAH d'Abidjan. L'atteinte de cet objectif passe par l'examen de la relation susceptible d'exister entre l'âge, la QVT perçue et les stratégies de coping. Les résultats révèlent que les stratégies coping utilisées sont prioritairement le coping centré sur l'émotion puis le coping centré sur la recherche de soutien social et le coping centré sur le problème. L'utilisation de ces stratégies est influencée par la perception que les salariés ont de leur qualité de vie au travail mais pas par leur âge.

Les résultats de cette étude permettent aux managers d'axer les interventions de prévention des absences au travail d'une part, sur les mécanismes cognitifs, émotionnels et comportementaux que les employés utilisent pour faire face aux problèmes de leur environnement de travail et d'autre part sur leur perception de la QVT.

Toutefois, l'étude présente quelques limites. Comme le soulignent Mollard et Vecchia (2017), le fait de collecter les données avec un questionnaire peut engendrer une altération des données selon les biais principaux de la désirabilité sociale et de confirmation. Par ailleurs, l'échelle de la perception QVT utilisée présente la faiblesse de ne pas permettre de catégoriser les employés selon leur perception de QVT afin d'identifier les stratégies de coping selon la QVT perçue. Les études ultérieures pourront approfondir cet aspect afin de permettre de formuler des recommandations plus précises aux managers.

Remerciements

Ce travail est le fruit de l'ensemble des contributions techniques et matérielles que nous avons reçus de nos collègues et des étudiants. Nous tenons ici à leur exprimer toute notre reconnaissance et nos remerciements

Conflit d'intérêt

Aucun conflit d'intérêt n'est lié à cet article.

Références Bibliographiques

- Appel-Meulenbroek, H. A. J. A. R., Steps, S. I., Wenmaekers, R. H. C., & Arentze, T. A. (2020). «Coping strategies and perceived productivity in open-plan offices with noise problems ». *Journal of Managerial Psychology*. <https://doi.org/10.1108/JMP-09-2019-0526>
- Bah, T., Chaudat, P. &Tine, B. (2013, novembre). *Les conditions de travail dans les centres d'appels délocalisés au Sénégal et leurs répercussions sur la GRH*. Communication présentée au Congrès de l'AGRH, Paris. Repéré à <https://www.hal.inserm.fr/IFR69/hal-01725841v1>
- Bhandarker, A. & Rai, S. (2019). Toxic leadership: emotional distress and coping strategy. *International Journal of Organization Theory and Behavior* 22(2), 65-78. Repéré à https://www.researchgate.net/publication/330562765_Toxic_leadership_emotional_distress_and_coping_strategy
- Benmoyal-Bouzaglo, S. &Guiot, D. (2013). Les stratégies de coping des adolescents confrontés a la

- critique de leurs pairs sur un choix de marque. *Recherche et Applications en Marketing* 28(2), 46-70. Repéré
à https://www.researchgate.net/publication/275425200_Les_strategies_de_coping_des_adolescents_confrontes_a_la_critique_de_leurs_pairs_sur_un_choix_de_marque
- Bouville, G. (2014). Absentéisme et conditions de travail au féminin: une frontière méconnue au sein des organisations. *RIMHE: Revue Interdisciplinaire Management, Homme(s) & Entreprise*. Repéré à <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01653735>
- Boykin G.L., Allison S.C. & Rice V.J. (2020). Do Perceived Stress and Coping Strategies Differ by Generation in U.S. Military Active Duty and Veterans? Dans Kalra J. et Lightner N. (dir). *Advances in Human Factors and Ergonomics in Healthcare and Medical Devices*. Switzerland : Springer International Publishing. Repéré
à https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-030-50838-8_41
- Bruchon-Schweitzer, M. (2002). *Psychologie de la santé: modèles, concepts et méthodes*. Paris: Dunod
- Chen, Y., Peng, Y., Xu, H & O'Brien, W. H. (2017). Age Differences in Stress and Coping: Problem-Focused Strategies Mediate the Relationship Between Age and Positive Affect. *The International Journal of Aging and Human Development*. Repéré
à <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0091415017720890>
- Choi, S. & Yuh, J. (2020). Les effets du stress au travail, du style d'adaptation et du soutien social sur la qualité de vie des éducatrices en garderie. *Journal of the Korean Society for Childcare Support*, 16 (3), 19–37. <https://doi.org/10.14698/jkce.2020.16.03.019>
- Cousson, F., Bruchon-Schweitzer, M., Quintard, B., Nuissier, J. & Rasclé, N. (1996). Analyse multidimensionnelle d'une échelle de coping: validation française de la W.C.C. (ways of coping checklist). *Psychologie française*. (41)2, 155-164. Repéré
à https://www.researchgate.net/publication/308048505_Analyse_multidimensionnelle_d'une_échelle_de_coping_Validation_francaise_de_la_WCC_Ways_of_coping_checklist
- DARES (2013). Les absences au travail des salariés pour raisons de santé: un rôle important des conditions de travail. *Dares Analyses*, n°009. Repéré
à <https://dares.travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/2013-009.pdf>
- Delelis, G., Christophe, V., Berjot, S. & Desombre, C. (2011). Stratégies de régulation émotionnelle et de coping : Quels liens? *Bulletin de psychologie*, 515(5), 471-479.
- Dorard, G., Bungener, C. & Berthoz, S. (2014). Estime de soi, soutien social perçu, stratégies de coping, et usage de produits psychoactifs à l'adolescence. *L'Encéphale*, 40, 255-262. Repéré
à file:///C:/Users/DELL/Downloads/Dorardetal.2014_encphale.pdf
- Dumas, M. (2005). De la gestion de l'absentéisme à la gestion de la santé dans une entreprise de cosmétiques Repéré à <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00010182/document>
- Dupuis, G., Martel, J-P., Voirol, C., Bibeau, L. & Hebert-Bonneville, N. (2009). *La qualité de vie au travail: bilan de connaissances. L'inventaire systémique de qualité de vie au travail*. Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociales (CLIPP). Repéré
à <file:///C:/Users/DELL/Downloads/Dupuisetal.-2010-Rapportsurlaqualitdevieautravail-BilandesconnaissancesLinventairesystemiquedequalitdevie2.pdf>
- Fuchs, C., Jeoffrion, C., Barré, S. & Florence Savary, F. (2018). « La qualité de vie au travail dans les établissements sanitaires et médico-sociaux: co-construction d'une méthodologie d'enquête pilotée par la MiRH via un processus participatif », *Perspectives interdisciplinaires sur le*

travail et la santé. <https://doi.org/10.4000/pistes.5756>

- Gangloff, B., Mayoral, L., Rezrazi, A. & Malleh, N. (2017). Differentiated valuation of coping strategies: a study of employees of Buenos Aires Province. *Psicologia para América Latina*, 28, 55-87. Repéré à <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psilat/n28/a05n28.pdf>
- Grange, A. (2019). *Stress chez les étudiants en soins infirmiers stratégies de coping en prévention: revue de la littérature*. (Mémoire de Bachelor of Science HES: SO en soins infirmiers, Haute Ecole de Santé Valais). Repéré à https://doc.rero.ch/record/327440/files/TB_2019_Grange.Alix_Bach16.pdf
- Hachelafi, H. & Kandouci, A. (2016). La clinique du travail une méthode d'investigation de la souffrance dans le secteur de la santé. *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*(77)3. Repéré à <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1775878516301886>
- Hamdi, H. (2017). *Les stratégies de coping en contexte de violences conjugales: Étude de leurs effets sur la souffrance psychique et la qualité de vie des femmes victimes de violences conjugales*. (Thèse de Doctorat en Psychologie, Université Paris Nanterre). Repéré à https://bdr.parisnanterre.fr/theses/internet/2017/2017PA100107/2017PA100107_Diff.pdf
- Laranjeira, C. A. (2011). The effects of perceived stress and ways of coping in a sample of Portuguese health workers. *Journal of clinical nursing*, 21(11-12), 1755-1762.
- Laugaa, D. & Bruchon-Schweitzer, M. (2005). « L'ajustement au stress professionnel chez les enseignants français du premier degré », *L'orientation scolaire et professionnelle* (34)4, 499-519. Repéré à <http://journals.openedition.org/osp/428>
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: NY: Springer Publishing Company.
- Locufier, A. (2015). *Rôle des pratiques de recrutement et d'intégration et de la qualité de vie au travail sur la réussite de l'entrée organisationnelle du nouvel embauché: vers un modèle descriptif et explicatif multifactoriel?* (Thèse de Doctorat en Psychologie, Université de Bordeaux). Repéré à <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01124383>
- Masson, J. & Ratenet, L. (2020). Relation entre sentiment d'efficacité personnelle à entrer à l'université chez les étudiants de 1er cycle et stratégies de coping : construction et validation d'une échelle. *Revue Internationale de pédagogie de l'enseignement supérieur* (36) 1. Repéré à <http://journals.openedition.org/ripes/>
- Mollard, F. & Vecchia, M. (2017). *Quelle est la nature des liens entre les stratégies de coping, le sentiment d'auto-efficacité et le degré d'épuisement professionnel chez les enseignants du primaire ?* (Mémoire professionnel Bachelor en enseignement préscolaire et primaire. Haute école pédagogique Vaud). Repéré à file:///C:/Users/DELL/Downloads/md_bp_p28168_p28453_2017.pdf
- Nieto, M., Romero, D., Ros, L., Zabala, C., Martínez, M., Ricarte, J.J., Serrano, J.P. & Latorre, J.M. (2019). Differences in Coping Strategies Between Young and Older Adults: The Role of Executive Functions. *The International Journal of Aging and Human Development* (90) 1, 28-49. Repéré à <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0091415018822040>
- Pognon, L. A. (2008). *Valeurs du travail et absentéisme en Afrique: Revue de la question et perspectives africaines*. Paris: éditions l'Harmattan.
- Pronost, A.M., Le Gouge, A., Le Boul, D., Gardembas-Pain, M., Berthou, C., Giraudeau, B.

- &Colombat, P. (2008). Effet des caractéristiques des services en oncohématologie développant la démarche palliative et des caractéristiques sociodémographiques des soignants sur les indicateurs de santé: soutien social, stress perçu, stratégies de coping, qualité de vie au travail. *Oncologie* (10) 2, 125-134. Repéré à <https://link.springer.com/article/10.1007/s10269-007-0775-1>
- Rousseau, T. (2012). *Absentéisme et conditions de travail, l'énigme de la présence*. Paris: Edition ANACT.
- Sarcia, N. L. (2020). "The Relationship Between Professional Quality Life, Coping Mechanisms, and Mental Fortitude". *Walden Dissertations and Doctoral Studies*. 8579. Repéré à <https://scholarworks.waldenu.edu/dissertations/8579>
- Seligman, M.E.P. (2011). *Flourish: A Visionary New Understanding of Happiness and Well-being*. New York: Free Press
- Safy-Godineau, F., Fall, A. &Carassus, D. (2019). L'influence du soutien organisationnel perçu et de l'implication organisationnelle sur l'absentéisme dans la fonction publique territoriale. *Gestion et management public: la Revue du RECEMAP, AIRMAP*. Repéré à <https://hal-univ-pau.archives-ouvertes.fr/hal-02412995/document>
- Schweye, F.X. (2000). « L'enquête par questionnaire: des contextes d'usage variable », *CURAPP, Les méthodes au concret*. Paris: PUF.
- Traber, D. (2019). *Comment prévenir le trouble de stress post traumatique? Réflexion et application chez les professionnels à risques de la région Auvergne Rhône-Alpes*.(Thèse de Doctorat en Sciences cognitives et sociales et psychologie de la prévention, Université Grenoble Alpes). Repéré à <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-02417860/document>
- Weiss, D. (1979). « L'absentéisme ». *Revue française des Affaires sociales*, 10-12(4), 49-95.

© 2020 BONY, License BINSTITUTE Press. Ceci est un article en accès libre sous la licence the Créative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>)