



Revue Africaine des Sciences  
Sociales et de la Santé Publique,  
Volume (3) N 1  
Janvier – Juin 2021  
ISSN :1987-071X e-ISSN 1987-1023

<http://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](http://www.b-institute.ml)

[www.b-institute.org](http://www.b-institute.org)



Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, Volume (3) N 1

Janvier Juin 2021

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

#### Co-Rédacteur en Chef

Pr. 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 ;

Pr. Nianguiry Kanté, socio-anthropologue, cofondateur et corédacteur en chef de la RASP.

**Managing Editor** Dr Maciré Kanté, University of Johannesburg, South Africa ;

#### Comité de rédaction

Pr. 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 ; Pr *Galy Kadir Abdelkader (HDR) Psychopédagogue Université Abdou Moumouni de Niamey, Niger* ; Pr Soumaila Oulale, Socio-anthropologue, Maître de recherche, vice doyen faculté des sciences sociales, université de Segou, Mali ; Dr. Maciré Kanté, University of Johannesburg, South Africa, Journal manager (gestion de la revue) de la RASP ; Pr. Soumaya Naamane Guessous, sociologue, université, Casablanca ; Dr. Adégné Niangaly, Médecin spécialiste de santé communautaire, Maître de recherche ; M. Silamakan Kanté, doctorant, IPU, Mali

#### Comité de lecture

Pr. 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, Fument, Directrice de publication des cahiers de l'enfance, Université de Paris 13 ; Dr. Kojo Opoku Aidoo, chef de département études Africaines, Université du Ghana, Legon ; Dr. Jaak Le Roy, institut Health et, topo, louvain ; Dr. 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. 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 ; Dr Awomon Forence Awomon, Chargé de Recherche, Institut de Géographie Tropicale, Université Félix Houphouët Boigny, Côte d'Ivoire ; Dr Koffi Nestor BONY Université Félix Houphouët Boigny, Côte d'Ivoire ; Dr Aicha Nadège OUEDRAOGO, IMAF, Burkina Faso ; Dr Adou Serge Judicaël ANOUA, Enseignant-Chercheur, Département d'Anthropologie & Sociologie, Université Alassane Ouattara, Bouaké, Côte d'Ivoire ; Dr Ousmane Touré, Maître de recherche, INRSP, Bamako, Mali ;

#### 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. La RASP a entrepris depuis 2016, un travail d'indexation dans les bases de données scientifiques. C'est ainsi que la candidature de la RASP pour être incluse dans African Journal Online (AJOL) est en phase « review » et d'après l'AJOL, les résultats sont attendus vers mi 2022. Une autre candidature d'inclusion est en cours au niveau de Open Academic Journals Index est aussi en « Review ».

Ceci démontre la volonté de la RASP d'être un outil de qualité pour la diffusion des résultats de recherche des enseignants chercheurs.

La RASP termine ce premier semestre avec une bonne nouvelle. La revue est incluse dans les bases de données bibliographiques : Academic Ressource Index (Researchbib) et Core (core.ac.uk).

Dans ce premier numéro de 2021, la RASP a publié en ligne 12 articles scientifiques venant des auteurs du Mali, de la cote d'ivoire, du Sénégal et du Benin.

La RASP rend hommage à l'éminent Professeur Drissa Diallo décédé le 07 juin 2021 à Abidjan en Côte d'ivoire. Le Professeur Diallo était membre du comité de lecture de la RASP. Que la terre lui soit légère

Nous ne saurions terminer sans remercier nos nombreux rapporteurs, et rédacteurs grâce à qui la revue continue son rayonnement scientifique.

**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

<b>Utilisation du préservatif et vulnérabilité au VIH/sida des homosexuels professionnels du sexe d'Aboisso (côte d'ivoire)</b> Ahou Tanoh .....	1
<b>Migration et dynamique spatiale à Bamako et ses environs : Enjeux et perspectives</b> Adama tiecoura KONÉ, Malick TIMBINE, Ibrahima SAMAKE, Joachim SIDIBÉ .....	17
<b>Influences de la Covid-19 sur les activités socioéconomiques à Bamako</b> Adama Koné, Amadou Traoré, Issa Diallo .....	32
<b>Représentations des troubles du spectre schizophrénique et autres psychoses par les tradipraticiens de santé du Plateau Dogon de Bandiagara, Mali.</b> Pakuy Pierre Mounkoro, Zoua KAMATE, Souleymane COULIBALY .....	43
<b>Cirrhose du foie : aspects épidémiologiques et diagnostiques au centre hospitalier universitaire Yalgado Ouédraogo</b> Eric Nagaonlé Somé, Nanelin Alice Guingané, Telarpoa Isabelle Lompo, Roger Sombié .....	53
<b>Apports des logements sociaux dans la politique de développement socio-économique du Mali</b> Salif Koné, Doudou Ben Béchir Niang .....	65
<b>Prise en charge des troubles mentaux en milieu rural au Mali : quelle articulation entre les deux systèmes de soins (conventionnel et traditionnel) au Centre Régional de Recherche en Médecine Traditionnelle de Bandiagara ?</b> Pakuy Pierre Mounkoro, Souleymane Coulibaly, Zoua Kamate .....	81
<b>Essai d'étude quantitative sur les connaissances et perceptions des régimes alimentaires chez l'accouchée du groupe Akan en milieu rural ivoirien</b> Francis Adiko ADIKO, Léopold Yao YAO, Sei ADOU .....	94
<b>Problématique socioéconomique du vieillissement à Daloa (centre-ouest de la Côte d'Ivoire)</b> Zananhi Florian Joel TCHEHI .....	109
<b>Déterminants de l'utilisation des services de planification familiale en post-partum au Bénin</b> Jacques SAIZONOU, Patrick MAKOUTODE, Virginie MONGBO, Alphonse AFFO, Franck Robert ZANNOU .....	124
<b>Effet des conditions de vie sur le mariage des adolescentes en Afrique de l'Ouest : une méta-analyse des données individuelles des Enquêtes Démographiques et de Santé</b> Pacôme ACOTCHEOU, Jacques SAIZONOU, Alphonse AFFO, Virginie MONGBO, Justin DANSOU .....	137
<b>Reconfiguration Reconfigurations spatiales du tourisme sur la Petite Côte (Sénégal) : vers un ancrage territorial diffuse ?</b> Mamadou Diombera .....	156



Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, Volume (3) N 1

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

Reçu, 08 Novembre 2020

Accepté, 27 Janvier 2021

Publié, 27 Janvier 2021

<http://revue-rasp.org>

---

Recherche

## **Migration et dynamique spatiale à Bamako et ses environs : Enjeux et perspectives**

**Dr. Adama KONE<sup>1,\*</sup>, Malick TIMBINE<sup>2</sup>, Dr. Ibrahima SAMAKE<sup>3</sup>, M. Joachim SIDIBÉ<sup>4</sup>**

<sup>1</sup>Université de gestion et de développement durable de Bamako, <sup>2</sup>Institut supérieur de pédagogie universitaire, <sup>3</sup>l'IPR/IFRA de Katibougou, <sup>4</sup>CMDT

\*Correspondance : [adamakone72@yahoo.com](mailto:adamakone72@yahoo.com)

### **Résumé**

La migration malienne est un fait historique. Elle s'inscrit dans une tradition de mobilité. Le Mali est un pays continental et fortement enclavé. Face à cette contrainte territoriale, les populations ont adopté la migration, la mobilité et la transhumance comme une alternative de survie. Elle fait partie des stratégies de survie des ménages. Elle est devenue une hantise pour les jeunes désespérés qui fuient les zones rurales et viennent à la découverte de la ville. Autrefois, orientés vers les pays voisins proches, de nos jours un nombre important de flux s'oriente vers le district de Bamako qui doit sa dynamique à l'arrivée massive des populations rurales. Cela est lié aux conséquences de la sécheresse et au manque de perspectives. Les migrants développent des modes d'insertion spatiale qui se traduit par la construction et la déconstruction territoriale. Les migrants propriétaires enquêtés ont construit majoritairement dans les zones périurbaines, soit 73,68% des enquêtés et 26,31% ont pu construire dans le district de Bamako. Tous les villages proches ont été phagocytés par l'extension de la ville de Bamako. La plupart de ces zones périphériques sont situées dans la région de Koulikoro qui se trouve engloutie par le district de Bamako. Le cercle de Kati est pris d'assaut par la population urbaine en quête d'espace de vie.

### **Summary**

Malian migration is a historical fact. It is part of a tradition of mobility. Mali is a continental country and strongly landlocked. Faced with this territorial constraint, the populations have adopted migration, mobility and transhumance as a survival alternative. It is part of household survival strategies. It has become an obsession for the desperate young people who flee the rural areas and come to discover the city. Formerly oriented towards nearby neighboring countries, nowadays a significant number of flows are directed towards the district of Bamako which owes its dynamics to the massive arrival of rural populations. This is linked to the consequences of the drought and the lack of prospects. Migrants develop modes of spatial integration which results in territorial construction and deconstruction. The migrant owners surveyed built mostly in peri-urban areas, i.e. 73.68% of respondents and 26.31% were able to build in the district of Bamako. All nearby villages

have been swallowed up by the expansion of the city of Bamako. Most of these peripheral areas are located in the Koulikoro region which is swallowed up by the Bamako district. The Kati circle is stormed by the urban population in search of a living space.

## 1. Introduction

La migration fait partie des modes de vie des populations situées au sud du Sahara. Ce phénomène fait partie des modes de mobilités des populations compte tenu de la précarité et vulnérabilité des conditions de vie tant dans les zones rurales que urbaines. La migration vers le district de Bamako ne date d'hier, depuis l'euphorie des indépendances ou les jeunes venaient massivement à la recherche du mieux-être. Elle s'est accentuée pendant, la grande période des sécheresses que le pays a connu dans les années 1970 et 1980. Pendant cette période de nombreuses familles ont délaissé le village pour s'installer à Bamako. Le district de Bamako est la ville la plus dynamique du pays en termes d'infrastructures socio-économiques. L'attrait du district de Bamako par rapport aux autres régions peut s'expliquer par le fait que cette ville concentre plus de 70% des activités économiques et abrite les sièges sociaux des grandes entreprises du pays et concentre presque l'ensemble des équipements les plus importants du Mali (KEITA, 2012).

Le district de Bamako est le plus grand centre d'accueil des migrants internes soit (70,2%) des déplacés internes (RGPH, 2009). En 2004, environ (33%) de la population de la capitale était composée de migrants (BALLO, 2009). La proportion de la population urbaine devrait grimper à plus de (60%) de la population totale d'ici à horizon 2024 (Banque mondiale 2013). Dans le rapport du projet urbain du Mali 1996, en moyenne 17.000 personnes affluent chaque année vers la capitale, attirées par les possibilités d'emploi du pôle économique que constitue Bamako. La migration interne concerne 2.330.860 individus sur une population totale de 14.528.662 personnes, soit (16,6%), en termes de genre, elle concerne (51,3%) d'hommes et (48,7%), de femmes (RGPH, 2009). La migration interne au cours des cinq dernières années comptait (42,6%), de la population. Elle est surtout orientée vers les villes (36%) que vers la campagne (10,2%). Les principales villes de destination sont Bamako (70,2%), Sikasso (8%) et Kayes (6,28%), (RGPH, 2009).

Aujourd'hui, le rythme annuel moyen de croissance démographique du district de Bamako s'est accéléré depuis les derniers recensements (RGPH, 2009), porté par des soldes migratoires et naturels positifs : (4 %) entre 1987 et 1998, il est évalué à (5,4%) entre 1998 et 2009, dépassant ainsi la moyenne nationale située à (3,6%) elle-même en progression. Selon cette même source, les jeunes de 15-19 ans et 20-24 ans constituent les principales cibles. Les jeunes sont essentiellement célibataires d'hommes (36%) contre (29,2%) de femmes, les mariés sont monogames d'hommes (41%), femmes (40,9%) et très peu instruits. Cet afflux des populations migrantes a eu pour conséquence l'extension anarchique de la capitale malienne. Face à l'absence de politiques d'urbanisation conséquentes et aux difficultés d'accès au crédit logement, les migrants ruraux et les citoyens démunis ont développé leur propre logique d'insertion (COULIBALY, 1999). Les anciens quartiers déjà densifiés, cessent d'accueillir tous les nouveaux migrants. Leur insertion dans le tissu urbain se manifeste par l'apparition des quartiers spontanés. Les populations vont s'accaparer des alentours de la ville (BOYER, 2009), le peuplement urbain ne peut être influencé que par la croissance démographique et l'installation des migrants en ville. Selon les analyses de DIARRA (1999), les années 1970-1973 ont marqué l'afflux massif des migrants à destination de Bamako. Cela a eu comme conséquence directe la création des premiers quartiers spontanés dans la ville de Bamako. DIAGANA (2010), dans le même ordre d'idées affirme que : « Les centres urbains sous l'effet de l'exode rural ont enregistré une croissance exponentielle du nombre de leurs habitants, sans que les capacités d'accueil ne soient

à la hauteur de l'ampleur des flux migratoires, ceci conduit à une prolifération progressive des quartiers sous intégrés, constitués par les zones d'habitats précaires ».

La ville de Bamako n'est pas en reste de ces réalités énumérées. Elle a connu une extension spectaculaire de sa superficie due à l'arrivée massive des populations rurales d'une part et d'autre part une forte croissance démographique interne. La conquête de l'espace de vie est la première préoccupation des populations Bamakoise, qu'elle soit migrante ou citadine. La population cherche un espace vital pour se loger. La recherche d'un cadre de vie est l'élément central dans la reconfiguration spatiale.

La migration massive et la forte croissance démographique à Bamako a eu des conséquences sur l'étalement de la ville sur les zones périurbaines. Dans les espaces périurbains bamakoïses le logement est moins cher et la présence des terres de culture contrairement à la ville centre attirent les migrants. De nos jours, ces terres autrefois réservées à l'agriculture sont devenues des lieux de vie « *urbanisation* ». On constate à Bamako une rapide périurbanisation. Le phénomène est fortement lié à l'extension de l'habitat suite à l'accroissement des besoins en logement pour la nouvelle population. L'appropriation est le mode d'habiter rêvé à Bamako. La dynamique de développement urbain à Bamako a connu une accélération en raison de la sédentarisation massive des populations rurales victimes des conséquences de la succession de période de sécheresse.

La pression migratoire sur la consommation abusive du sol dans le district de Bamako. Partant de ces constats, la question principale de notre recherche est la suivante : Comment les migrants internes parviennent-ils à s'installer dans le district et les zones périurbaines de Bamako malgré les difficultés d'insertion spatiale ? L'objectif consiste à montrer que les migrants internes parviennent à s'installer dans le district de Bamako et ses environs malgré les difficultés d'insertion spatiale.

## **2. Matériaux et méthodes**

### **2.1 Recherche documentaire**

Ce travail de recherche intitulé : « Migration et dynamique spatiale à Bamako et ses environs : Enjeux et perspectives » est un sujet complexe qui fait apparaître d'une part les mouvements migratoires et d'autre part les imbrications spatiales. Elle a nécessité une recherche bibliographique assez poussée des ouvrages relevant de plusieurs disciplines comme l'économie, la géographie, la sociologie, l'anthropologie, la démographie etc. Cette étape consiste à collecter et analyser les informations déjà disponibles sur la question migratoire. Ces données sont collectées dans les journaux, les articles, les rapports, les thèses, les mémoires, les comptes rendus d'ateliers et auprès de toutes les structures impliquées dans la gestion de ce phénomène.

### **2.2 Observations du terrain**

C'est l'une des phases les plus importantes de l'étude. Elle a consisté en un recueil de données par l'intermédiaire de questionnaire mais également, de recueils d'informations qualitatives à travers des observations et des entretiens. Elle est primordiale dans une étude géographique en ce sens qu'elle permet d'appréhender l'espace concerné, l'ensemble des éléments et des informations susceptibles de confirmer ou d'infirmer les hypothèses.

### **2.3. Technique de l'échantillonnage**

Pour aborder ce travail, nous avons opté pour le choix raisonné appelé aussi la méthode empirique. Les raisons qui sous-tendent ce choix sont multiples. Il s'agit là, de l'étendue de l'espace d'étude et du manque de statistiques récentes et fiables sur la population migrante à Bamako et dans son périurbain. Pour le choix des quartiers au sein des communes, nous nous sommes basés sur les poids démographiques. Dans chaque commune du district de Bamako, le quartier le plus

peuplé a été choisi. Ce choix s'explique par le fait que les quartiers densément peuplés sont des zones d'accueil pour les migrants. Il a été joint à ce choix, trois quartiers moins peuplés. Un quartier moins peuplé en rive droite, un autre en rive gauche et le troisième dans le cercle de Kati- dans la région de Koulikoro.

#### 2.4 Tirage des ménages selon le statut migratoire

Dans les concessions, le choix s'est porté sur les ménages abritant des migrants concernés par l'étude. Dans chaque concession, nous nous sommes adressés aux chefs de ménages en premier lieu. Tous les chefs de ménage qui abritent un migrant ou étant un migrant est choisi. Nous avons élaboré deux types de questionnaires. Le questionnaire ménage vise à collecter des données dans les ménages enquêtés. Il est administré aux chefs des ménages. Les questions ont porté sur les caractéristiques sociodémographiques des chefs de ménages, le nombre de ménage par concession, le nombre de personnes par ménage et le nombre de migrants par ménage. Les enquêtes ont été menées auprès de 142 chefs de ménages.

Le questionnaire migrant est administré aux migrants internes concernés par l'étude. Le choix du ménage à enquêter s'est fait en fonction du poids de ménages par quartiers sélectionnés. Ce calcul a été fait à partir de la formule suivante : Nombre de ménage par quartier multiplié par la taille de l'échantillon choisi 142 le tout divisé par le nombre total des ménages par quartier sélectionné. Exemple pour le quartier de Banconi =  $16\ 587 \times 142 / 109834 = 21$  Ménages. Le tableau 1 présente le nombre de migrants par quartiers enquêtés.

**Tableau 1: Nombre de migrants enquêtés par quartiers**

Quartiers	Nombre de ménages par quartier	Nombre de ménages enquêtés avec migrants	Nombre de migrants enquêtés
Banconi	16 587	21	62
M'Gomi	367	1	5
Badalabougou SEMA I	102	1	3
Hyppodrome	6 817	9	20
N'tomikorobougou	2 090	3	7
Lafiabougou	11 746	15	37
Kalabancoura	19 825	26	72
Niamakoro	18 923	24	57
Dialakorodji	7 497	10	29
Kalabancoro	25 665	33	80
N'Golobougou	215	1	4
Total	109834	142	376

**Source : Exploitation des résultats définitifs du RGPH, 2009**

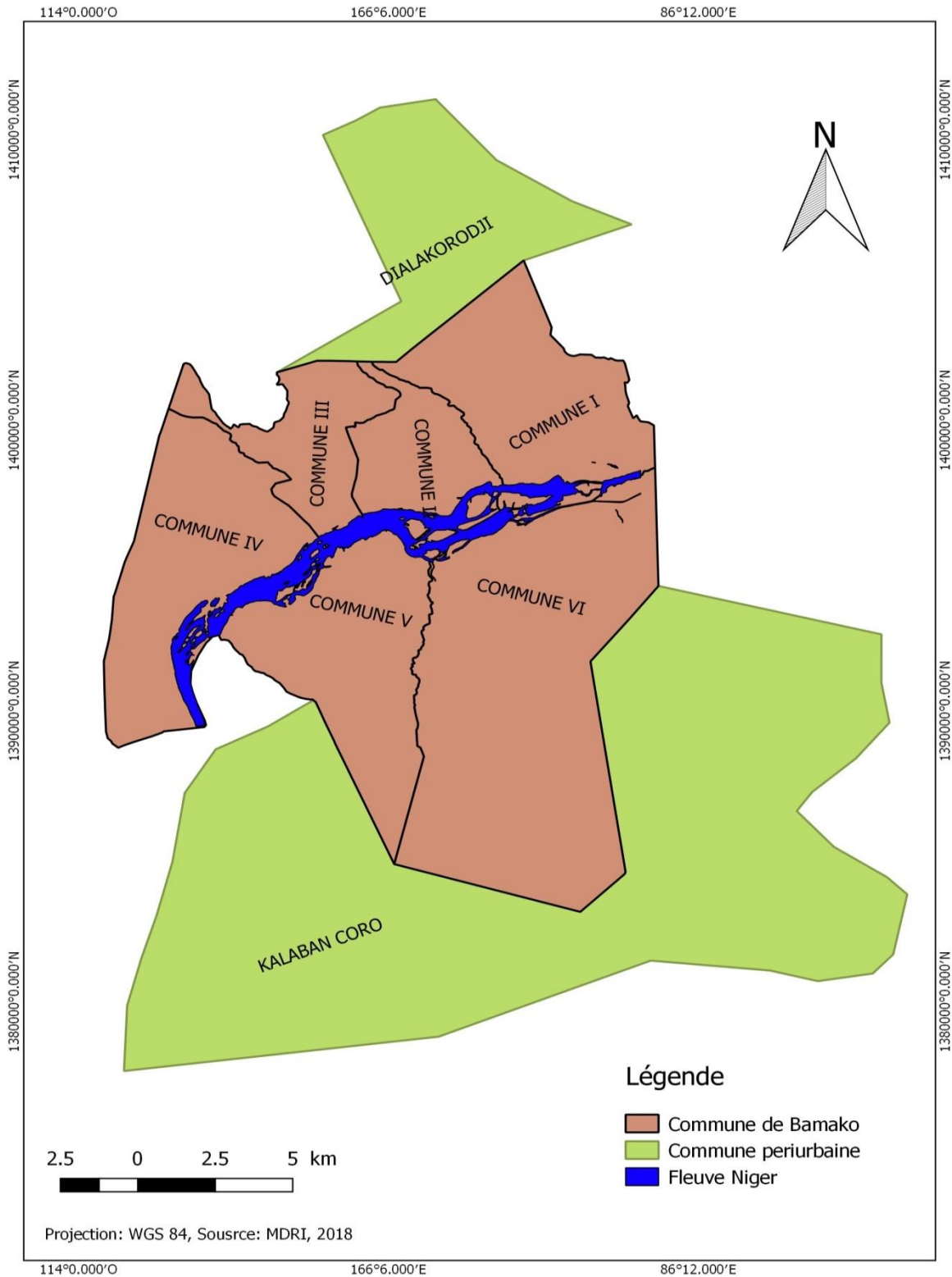
La taille de l'échantillon après l'enquête s'est élevée à 376 migrants internes enquêtés dans 142 ménages.

## 2.5 Traitement des données

L'exploitation des données collectées a été facilitée grâce aux logiciels. Ainsi, les traitements ont permis de concevoir une série de tableaux, de graphiques, et de cartes qui se sont avérés indispensables dans l'interprétation et l'explication des résultats et des analyses réalisées au niveau des différentes échelles spatiales. Les logiciels Sphinx 4.5, Excel, Word ont été utilisés.

## 2.6 Présentation de la zone d'étude

Le district de Bamako est la capitale politique, administrative et économique du Mali. Elle est aussi une zone de transit pour la migration internationale. Bamako est située entre le 7°59' de Longitude Ouest et le 12°40' de Latitude Nord sur les rives du fleuve Niger, appelé Djoliba. La ville de Bamako est construite dans une cuvette entourée de collines. Celle-ci s'étend d'Ouest en Est sur 22 km et du Nord au Sud sur 12 km. Elle couvre une superficie totale de 267 km<sup>2</sup> dont plus 182 km<sup>2</sup> sont habitées actuellement et 85 km<sup>2</sup> sont constitués de vergers, de surfaces en eau, d'îles, de rochers et de quelques réserves de terres. La ville de Bamako s'est d'abord développée sur la rive gauche du fleuve Niger en contrebas du rebord en falaises découpées dans le Plateau Mandingue qui domine la ville sur plus de 100 m. Ce relief a limité l'extension de la ville vers l'Ouest. Il a été joint au district de Bamako, les deux communes les plus peuplées (Dialakorodji et Kalabancoro) du cercle de Kati région de Koulikoro ; l'une située en rive droite du district de Bamako et l'autre en rive gauche. Dialakorodji relève de l'arrondissement de Kalabancoro dans le cercle de Kati. La carte n°1 présente la localisation et présentation de la zone d'étude. La carte n°1 présente la localisation et présentation de la zone d'étude.



Ca

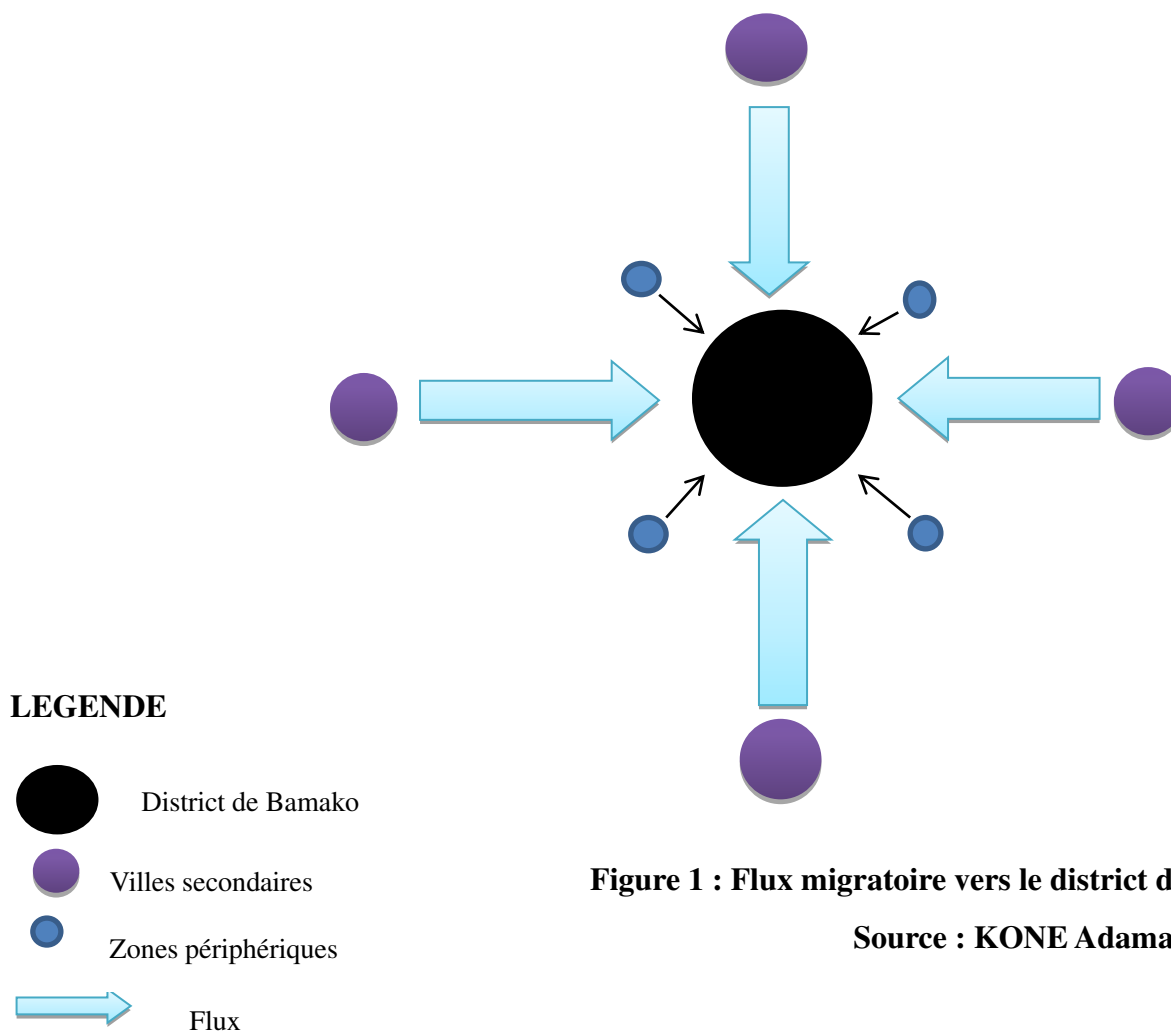
rte 1: Présentation de la zone d'étude

### 3. Résultat et discussions

#### 3.1 Développement spatial de Bamako, une phagocytose pour les zones périurbaines

Le district de Bamako fait face à l'urbanisation galopante. Ce phénomène s'est développé grâce à la combinaison de deux facteurs : l'explosion démographique et l'afflux migratoire massif. Aujourd'hui, la ville s'est étendue hors de ses limites géographiques en phagocytant ses environs. Ces espaces autrefois destinés aux terres de culture à la périphérie urbaine sont devenus des espaces de vie et d'activité pour les citadins. L'espace rural a laissé place à l'espace urbain.

Au Mali, ce phénomène augmente à un rythme inquiétant au fur du temps. La ville s'étale et domine sa périphérie, la population urbaine se déplace de plus en plus vers les zones périurbaines. Ce phénomène est nouveau au Mali, l'afflux massif des migrants et excédants démographiques dans la ville de Bamako a contribué à l'étalement de Bamako sur les zones périurbaines. Les populations migrantes se sont installées au fil du temps dans le district et les zones périurbaines de Bamako, ils ont été rejoints par d'autres ressortissants. L'urbanisation galopante et anarchique tire son essence dans ce phénomène. Les migrants apportent leurs édifices par l'achat et la construction en ville. La migration interne contribue à la diffusion spatiale. La centralité des flux migratoires a contribué à la diffusion spatiale dans le district de Bamako vers son périurbain. La Figure 1 schématise porte les flux migratoires des régions vers le district et les zones périurbaines de Bamako.



**Figure 1 : Flux migratoire vers le district de Bamako**

Source : KONE Adama, 2020

Les flux sont dirigés vers le grand pôle qui a un effet d'attractivité sur les pôles secondaires. Il entretient également les rapports d'interdépendances avec son hinterland. Les différents flux sont dus à la centralité des activités économiques dans le district de Bamako. Cette centralité a créé la diffusion spatiale dans le district et les zones périurbaines de Bamako.

### 3.2 Dynamique d'occupation du terrain dans les zones périurbaines

#### 3.2.1 Mode d'accès

Les migrants qui ont un capital financier conséquent investissent dans l'immobilier à Bamako. Ils achètent un terrain et construisent. L'accès se fait particulièrement par l'achat soit dans le district ou à la périphérie. Les migrants qui héritent d'un terrain sont moins importants au sein de l'échantillon enquêté. L'enquête sur le terrain a démontré que l'accès aux terrains à Bamako et environs se fait majoritairement par l'achat (tableau 2).

**Tableau 2: Mode d'accès aux terrains**

<b>Communes</b>	<b>Achat par autorité traditionnelle</b>	<b>%</b>	<b>Héritage</b>	<b>%</b>	<b>Achat par autorité communales</b>	<b>%</b>	<b>Total</b>
<b>Commune I</b>	8	50	3	18,75	5	31,25	<b>16</b>
<b>Commune II</b>	0	0	0	0	3	100	<b>3</b>
<b>Commune III</b>	2	66,66	0	0	1	33,33	<b>3</b>
<b>Commune IV</b>	10	83,33	0	0	2	16,66	<b>12</b>
<b>Commune V</b>	6	50	0	0	6	50	<b>12</b>
<b>Commune VI</b>	4	57,14	0	0	3	42,85	<b>7</b>
<b>Périurbaines</b>	30	78,94	4	10,52	4	10,52	<b>38</b>
<b>TOTAL</b>	<b>60</b>	<b>100</b>	<b>7</b>	<b>100</b>	<b>24</b>	<b>100</b>	<b>91</b>

**Source : Adama KONE, 2020**

Pour accéder à la terre, les migrants ont recours à divers circuits : Autorités traditionnelles, autorités communales et héritages. Dans les communes périurbaines, plus de la moitié des migrants (78,94%) ont recours aux autorités coutumières. Elles sont suivies de la commune III, VI, et I avec respectivement (66,66%, 57,14% et 50%). En commune IV, plus de 80% des migrants (83,33%) ont recours aux autorités traditionnelles. Pour ce qui concerne l'héritage, deux communes ont été citées principalement : la commune I (18,75%) et les communes périurbaines (10,52%). En commune II, 100% des migrants ont recours aux autorités communales et 50% en commune V. En commune VI, III, et I moins de 50% ont recours aux autorités communales (42,85%, 33,33% et 31,25%). Moins de 20% des répondants ont recours aux autorités communales en commune IV et dans les zones périurbaines (16,66% et 10,52%).

#### **Encadré 1 : Récit de K Y**

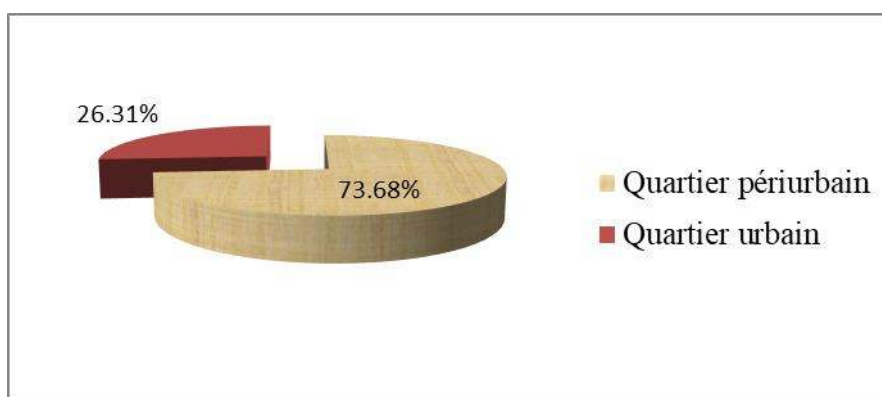
Je m'appelle K Y, originaire de Bougouni région de Sikasso. Je suis venu à Bamako en 1998 après le BAC pour les études supérieures à la faculté de médecine. Je logeais chez un parent en ville mais compte tenu de la distance je suis resté à l'internat pendant plus de 5 ans. Je venais en famille les

week-ends. Après les études, je travaillais dans les cliniques et cabinet privées à Bamako. J'ai été admis à la fonction publique. Je travaille aujourd'hui dans un hôpital public et j'enseigne aussi dans les écoles de santé. Je gagne ma vie. J'ai payé un terrain que j'ai construit à Banankoroni. Je n'ai pas déménagé d'abord à cause de la distance de mon lieu de travail.

**Entretien, Juin, 2019**

### 3.2.2 Zone de résidence des migrants

Avec le coût du loyer, les populations citadines ainsi que migrantes vont à la conquête des zones périurbaines. La population urbaine exerce une forte pression sur le foncier périurbain. La forte croissance urbaine dans les zones périphériques du district de Bamako est l'œuvre de la population urbaine d'une part et d'autre part la forte croissance démographique dans ces zones. Les habitants qui ont du mal à trouver un logement décent en ville vont se ruer vers les zones périurbaines où le terrain et le logement coutent relativement moins chers que la ville de Bamako.



**Figure 3: Quartiers de résidence des migrants**

Source : Adama KONE, 2020

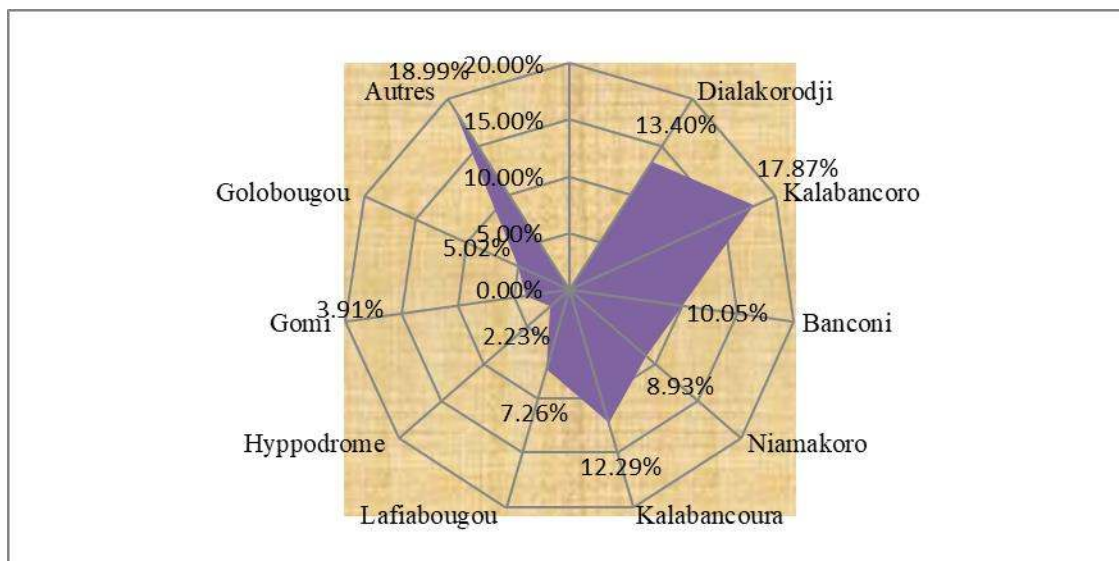
Les migrants enquêtés (24,20%) sont des propriétaires. Ils ont construit majoritairement dans les zones périurbaines (73,68%) des enquêtés et (26,31%) ont construit dans le district de Bamako. TALL M, (2009) a observé le même phénomène à Dakar. Il explique une appropriation généralisée des parcelles en périphérie dakaroise par les migrants. L'installation définitive de ces migrants ruraux s'effectue suite à un achat de terrain en ville. La sédentarisation des migrants en villes a contribué au croit démographique dans la zone périurbaine. Les espaces périphériques connaissent une forte croissance urbaine ces dernières années.

### 3.2.3 Localisation du terrain des migrants propriétaires

A la question à savoir « Avez-vous un terrain à Bamako » ? Et si oui dans quel quartier? ».

Face à cette question, 179 migrants ont répondu par l'affirmative, soit (47,60%) des enquêtés. Parmi les migrants ayant répondu favorablement (24,20%) étaient des propriétaires. Certains migrants étaient en location au cours de notre passage mais estiment avoir des terrains en cours de construction soit (23,36%) des enquêtés.

Les réponses obtenues ont permis de représenter la figure suivante. Elle donne des indications sur la localisation du terrain par les migrants propriétaires enquêtés.



**Figure 2: Localisation du terrain des migrants propriétaires**

Source : Adama KONE, 2020

Les quartiers cités par les migrants sont : Dialakorodji avec (13,40%), Kalabancoro (17,87%), Banconi (10,05%), Niamakoro (8,93%), Kalabancoura (12,29%), Lafiabougou (7,26%), Hyppodrome (2,23%), Gomi (3,91%), Golobougou (5,02%). Beaucoup d'autres quartiers ont été cités soit (18,99%) des répondants.

L'extension de la ville se fait donc vers les zones périphériques proches de la capitale comme Dialakorodji, Gouana, Kalabancoro, Kanadjiguila etc. Ces zones qui étaient en quelques années des villages proches sont devenues aujourd'hui des espaces urbains. La photo 1 nous montre la construction d'une maison sur une colline.



**Photo 1: Construction sur la colline**

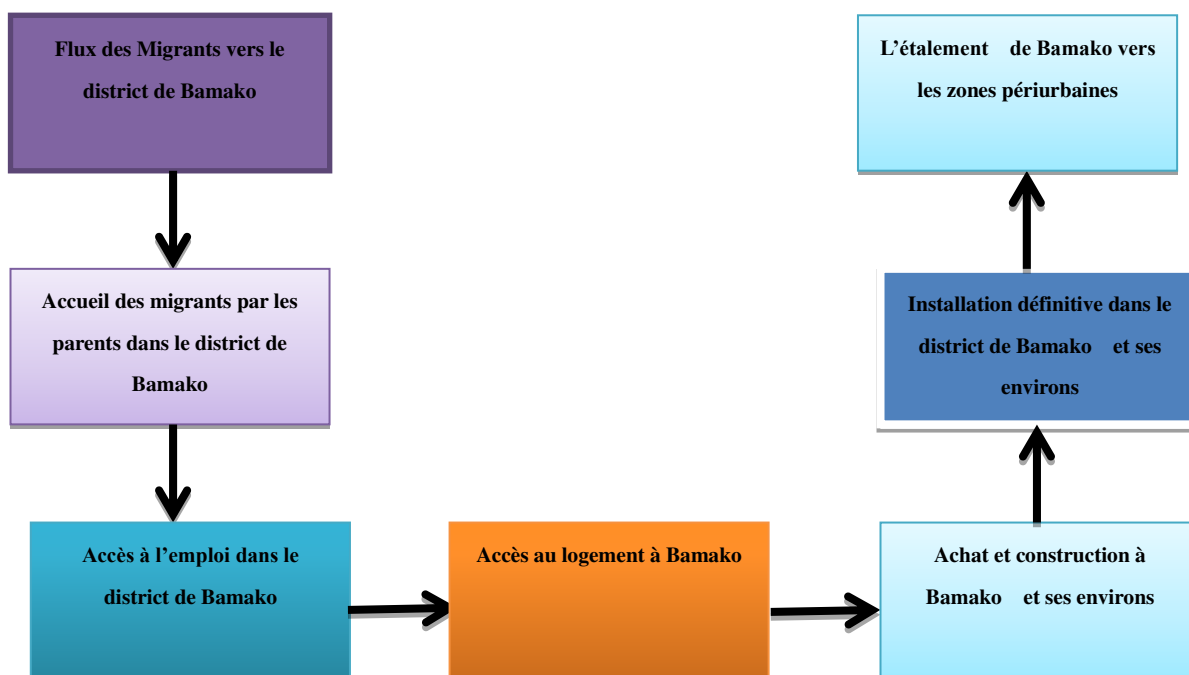
Source : Adama KONE, 2020

Cette maison appartient à un migrant enquêté Sarakolé ressortissant de la région de Kayes et installé à Kalabancoro.



**Photo2: Construction d'un migrant à Kalabancoro**  
**Source : Adama KONE, 2020**

Le district de Bamako à l'image des autres villes africaines continue à s'étaler inexorablement. Mais face à la difficulté d'insertion spatiale dans les quartiers centraux compte tenu de la densification et le cout élevé des logements, certains migrants vers les zones périurbaines. Les habitants qui ont du mal à trouver un logement décent en ville font la ruée vers les zones périurbaines où le terrain et le logement coutent relativement moins cher que la ville de Bamako. Certains migrants après avoir constitués un capital financier construisent dans les zones périurbaines. Bon nombre de migrants internes enquêtés sont s'installés dans les zones périurbaines proches de la capitale. La figure 4 permet de schématiser le mode d'insertion spatiale des migrants dans le district et les zones périurbaines de Bamako.



**Figure 4 : Trajectoire d'insertion spatiale des migrants**  
**Source : KONE Adama, 2020**

Ce schéma traduit le mode d'accès à l'emploi urbain et l'installation du migrant à Bamako. D'abord hébergé par un parent en ville pour la première fois. Après avoir eu un travail, le migrant cherche un

logement locatif. Ensuite, il s'installe définitivement par l'achat et la construction dans le district et les zones périurbaines de Bamako.

Au regard de toutes les observations sur le développement urbain en Afrique et dans le district de Bamako, on dénote que la croissance urbaine du district est liée d'une part à l'afflux massif et d'autre part à l'installation des migrants internes à Bamako et ses environs.

### 3.2.4 Questions foncières dans le district de Bamako

Le district de Bamako se caractérise par une forte croissance démographique. Cette forte croissance démographique combinée à un exode massif eu pour conséquence directe la pression énorme sur le foncier. La population urbaine se déplace de plus en plus vers les zones périurbaines pour se loger. L'accès aux parcelles aménagées par la population pauvre pose un problème car le coût des terrains lotis sont exorbitants. Le nombre de parcelles subventionnées créées par l'État reste limité et les critères d'attribution ne sont pas transparents (KEITA B, 2012).

La compétition foncière se pose avec acuité dans le district de Bamako. Les populations citadines n'échappent pas aux risques fonciers d'usage en milieu urbain. Certains migrants enquêtés ont été victime du risque foncier.

**Tableau 3 : Risques fonciers**

Risques	Effectif	%
Oui	13	14,28
Non	78	85,71
Total	91	100

**Source : Adama KONE, 2020**

Dans l'ensemble, plus des trois quart (85,71%) n'ont pas rencontré des risques fonciers, seulement (14,28%) des répondants.

Ces conflits sont généralement de plusieurs natures (KEITA, 2012). Le conflit est souvent provoqué entre les populations, suite à l'attribution de la même parcelle à plusieurs personnes. Les populations s'affrontent fréquemment sur le terrain. Plusieurs personnes peuvent se trouver banalement avec la même lettre d'attribution. Les conflits fonciers en milieu urbain opposent également la population à l'administration communale suite à des opérations de viabilisation dans les quartiers spontanés ou périphériques. Ces conflits sont aussi causés par les expropriations illégales, les fausses lettres d'attribution, les batailles juridiques autour des héritages fonciers, la démolition de quartiers spontanés, les dédommagements détournés à d'autres fins, les détournements de terrains.

### 3.3 Migration dans une analyse prospective

La migration interne eue des impacts sur le développement socio-économique et spatial du district de Bamako. Face à l'afflux massif et l'installation des populations rurales dans les villes, les autorités politiques définissent des stratégies pour maintenir les migrants dans les zones d'origines. Le processus de décentralisation s'inscrit dans cette logique. L'objectif premier de la décentralisation est le désenclavement des collectivités territoriales.

Le développement rural et l'ensemble des actions menées par les autorités ou les partenaires permettant d'amorcer le développement dans les zones rurales. Beaucoup d'actions ont été entreprises dans ce cadre pour freiner la migration des jeunes vers les villes. Ces actions sont basées sur la création d'emplois à la fois agricoles et non-agricoles, l'octroi des crédits aux exploitants

agricoles, la formation des jeunes et la construction des infrastructures dans les zones rurales. Le cadre stratégique de lutte contre la pauvreté a également pour objectif entre autres, de construire des routes en vue de créer des emplois temporaires et de désenclaver les zones rurales dans le but notamment de réduire la migration rurale.

En effet, l'amélioration des conditions de vie et la diversification des opportunités économiques dans les zones rurales sont souvent considérées par les décideurs comme des moyens d'enrayer la migration vers les grandes villes. Le développement des zones rurales permettra de réduire et non stopper la migration vers les villes. Quel que soit le niveau de développement des zones rurales, elles seront toujours liées à la ville mère. Les rapports d'interdépendance existeront toujours entre les pôles. Les motifs principaux sont économiques et éducatifs. Si les collectivités locales sont dotées de vrais pouvoirs économiques et d'infrastructures de base, les flux baisseront vers les régions polarisées.

La migration est un phénomène que l'on ne peut pas stopper mais réduire. L'Etat à travers la politique de la décentralisation doit doter les collectivités décentralisées des vrais pouvoirs de gestion locale. La déconcentration véritable du pouvoir central permet d'amorcer le développement. La politique de développement rural doit être une réalité. Le développement doit commencer par le bas et non du sommet vers le bas. Les populations connaissent au mieux leurs besoins en termes de développement.

L'Etat central doit envisager la politique de la dispersion urbaine. Cette politique est basée sur le développement des villes secondaires. Son adoption au Mali permettra de décongestionner la ville de Bamako. Il faut créer les nouvelles écoles, les universités et hôpitaux etc. dans d'autres villes. L'Etat et ses partenaires doivent encourager dans les localités les petites et moyennes entreprises réduire l'exode des jeunes vers les villes en développant les stratégies d'intégration sociale et promouvoir le développement agricole dans les zones rurales. Bien vrai que ces politiques sont en cours mais, il faut une application stricte et rapide. Il faut également former les jeunes ruraux et leur encourager à rester et investir dans leurs localités. Pour retenir les jeunes dans les campagnes, l'Etat doit créer des centres de formations et de loisir pour la jeunesse rurale. Les beaux lieux en ville ont un effet d'attraction sur les populations rurales. La migration interne et internationale peut être un levier de développement national. La migration contribue à l'innovation dans un milieu car le migrant apporte son savoir-faire. Les migrants contribuent au développement de leurs localités d'accueil et de départ pour cette raison, l'Etat doit y faire face pour encadrer le flux et former ceux qui viennent. L'Etat doit créer des structures d'accueil et d'accompagnement pour aider les nouveaux arrivants en vue de leur intégration parfaite dans le tissu socio-économique.

Le Mali a mis en œuvre la politique de décentralisation pour déconcentrer les grandes villes. Mais cette politique prend du temps pour réaliser les résultats escomptés.

#### **4. Discussion**

Le développement spatial du district de Bamako est remarquable. Les espaces autrement non occupés hors de la ville sont devenus des lieux habités par une population de plus en plus nombreuse dans le contexte malien en quête de l'espace de vie. Bamako fait partie des villes africaines à forte croissance démographique et spatiale. Il s'est débordé vers son périurbain, les limites se confondent. La superficie du district de Bamako s'étalée vers les communes périurbaines. La population urbaine s'est inscrite dans une conquête perpétuelle de l'espace de vie en zone périurbaine. En effet, l'extension de la ville de Bamako vers sa périphérie a entraîné des déplacements intenses des populations. Ce processus s'est accéléré avec l'augmentation des prix des terrains en ville et

contraignant la population à s'éloigner du centre-ville. Elle est due à la forte pression spéculative sur les domaines foncier et locatif dans Bamako qui a engendré une forte augmentation des prix de la parcelle d'habitation et des logements. Les populations urbaines, aux revenus majoritairement faibles, se ruèrent vers ces localités périurbaines dont les prix des parcelles d'habitation prendront rapidement une envolée spectaculaire (DIARRA, 2015). L'urbanisation accélérée de la capitale a déclenché des vagues de migrants qui s'entassent dans les zones périphériques. Selon CAMARA, (2017), le développement urbain de Bamako s'est traduit par la colonisation des espaces agricoles. Il convient de noter l'apparition en milieu urbain d'une classe moyenne constituée de fonctionnaires et de commerçants qui va également se lancer dans les acquisitions foncières en zone périurbaine (DJIRE, 2001). La migration résidentielle au profit des espaces périphériques s'explique la cherté du logement, l'entassement, la promiscuité (BARATTUCCI, 2004).

Les modes d'accès à la terre deviennent de plus en plus difficiles. Les populations ont développé leur stratégie d'accès à la terre. Selon CAMARA, (2017), une stratégie investie par des acteurs (citadins) consiste à passer par des personnes influentes du village, généralement des néo-alphabètes, pour accéder à la terre. Ces derniers sont connus et souvent familiers des communautés rurales comme urbaines, de l'administration comme des autres acteurs socio-économiques (ONG, partenaires...) intervenant dans le village. Ils bénéficient d'une grande audience au niveau du village parce qu'ils sont allés à l'école ou en raison de leur expérience migratoire. Selon KEITA, (op.cit.), les relations sociales, le revenu, la représentation au sein de l'appareil étatique ou communal et la fonction sont des atouts pour un individu ou un groupe pour dominer le marché foncier en grande partie informel. Ces intermédiaires sont des spéculateurs qui proposent leurs services aux chefs de terres en trouvant des acquéreurs et pour ces derniers, ils se font passer pour des personnes incontournables dans le circuit (KEITA, 2012). Ils arrivent ainsi à tirer profit des deux parties; certains acquéreurs, ayant très tôt obtenu plusieurs parcelles, se mirent à vendre quelques-unes à des prix plus élevés que ceux auxquels les chefs de terres leur ont cédé les mêmes parcelles (KEITA Op.cit.). Pour accéder à une parcelle à usage d'habitation, il faut adresser une demande aux autorités compétentes. Cette procédure est souvent détournée par les populations citadines car trop protocolaire et longue (BERIDOGO, 2000). Elles font recours aux autorités traditionnelles pour accéder plus facilement au foncier rural. Les zones périphériques constituent les lieux de prédilection pour les migrants internes.

L'état doit définir des stratégies pour dynamiser d'autres régions économiques. La création d'emploi dans les zones rurales peut limiter les déplacements vers les villes. Au regard des observations, nous nous inscrivons dans la logique de TODARO (1997) et LIPTON (1988) qui affirment que les programmes de développement rural sont une solution à la migration rurale-urbaine excessive.

## **Conclusion**

La paupérisation grandissante en milieu rural a conduit les migrants à s'installer à Bamako. Ce phénomène a évolué au fil des années. Des générations de parents se sont succédées et ont constituées de relais pour les plus jeunes en quête d'une vie meilleure.

Malgré les difficultés urbaines, les migrants cherchent à insérer sur le plan spatial. Les migrants adoptent plusieurs stratégies pour insérer dans le tissu urbain. Ils sont généralement hébergés ensuite vient la phase de location puis après la construction. L'insertion réussie se traduit par la construction et l'installation définitive dans le district de Bamako. L'accès à l'espace de vie se fait généralement de façon traditionnelle « spontanée ». Les populations font recours aux filières

traditionnelles pour accéder à la terre. L'insertion spatiale se fait généralement dans les zones périurbaines car l'accès à la terre est moins contraignant. Le district a phagocyté ses environs.

La majorité des migrants enquêtés ont recours aux filières traditionnelles pour accéder à la terre. Elle a eu comme conséquence directe l'attribution d'une parcelle à plusieurs personnes, source de conflits récurrents autour du foncier à Bamako et dans ses environs.

### Références bibliographiques

- BALLO M, (2009), Migration au Mali : Profit national pour le développement de politiques stratégique OIT, Bamako, 127p
- BARRATTUCI C., (2004), Urbanisation dispersée, interprétations/actions France et Italie 1950-2000, presses universitaires de rennes, 316p
- BERIDOGO B, (2000) : Les interactions rurales et urbaines dans le site périurbain de Moribabougou (Mali), 13p
- BOYER F, (2010), « Croissance urbaine, statut migratoire et choix résidentiels des Ouagalais, vers une insertion urbaine s'égréégée ? », in *Revue Tiers Monde*, pp.47-64
- CAMARA F, (2017), Les titres fonciers autour de Bamako : Volonté d'investissement rural ou spéculation foncière, Thèse de doctorat, ISFRA Bamako, 425p
- COULIBALY Y, (1999), La gestion de l'environnement urbain à Bamako, Thèse de doctorat Université du MALI- ISFRA, 329 pages
- DIAGANA Y, (2010) : Mobilité quotidienne et intégration urbaine à Nouakchott : Les difficultés d'accès aux transports urbains à l'expérimentation des stratégies d'adaptation, thèse de doctorat, l'université de rennes 2, 486 pages
- DIARRA B, (2015), Croissance démographique et modes d'insertion des populations dans le tissu urbain de Bamako, Geotrope, 13 pages
- DIARRA B, (1999), Dynamique spatiale et politique urbaine à Bamako, le rôle des images satellite-spot dans la gestion des villes, thèse de doctorat de l'Université Aix-Marseille, 285p
- DJIRE M, (2001), Les systèmes fonciers ruraux dans le contexte de décentralisation au Mali : essai d'étude anthropologique et socio-juridique sur le pluralisme juridique, le foncier-décentralisation et les dynamiques locales dans trois villages de la commune de Sanankoroba. Compte-rendu et rapport de recherche. Projet de coopération juridique Mali - Pays-Bas, 135 p
- KEITA B, (2012), Le marché foncier de Bamako et l'économie informelle, université de Bamako, 13p
- LIPTON M., (1988) "Rural development and the retention of the rural population in the countryside of developing countries", in: *Staying on: retention and migration in peasant societies*, dir. par J. Havet, Ottawa, University of Ottawa Press, p. 24-50.
- RGPH, (2009), Recensement général de la population et de l'habitat du Mali, 57p.
- TALL S.M., (2009), Investir dans la ville africaine, les émigrés et l'Habitat à Dakar, Paris Kathala, 286p.

© 2021 Koné, 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 (3) N 1

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

Reçu, 10 Novembre 2020

Accepté, 7 Janvier 2021

Publié, 20 Janvier 2021

<http://revue-rasp.org>

---

Recherche

### **Utilisation du préservatif et vulnérabilité au VIH/sida des homosexuels professionnels du sexe d'Aboisso (côte d'ivoire)**

#### **Condom use and vulnerability to HIV / aids of homosexual sex workers in Aboisso (Côte d'Ivoire)**

**\*TANOAH SAY Ahou Clémentine, Département de Sociologie, Université Félix Houphouët-Boigny ((UFHB), Abidjan, Côte d'Ivoire.**

23 B.P. 126 Abidjan 23, blasomy2007@yahoo.fr / clementelois.2015@gmail.com, +225 57198088

#### **RESUME**

Le travail du sexe exercé par les homosexuels est un phénomène qui prend de plus en plus de l'ampleur en Côte d'Ivoire. Ce phénomène en effet gagne du terrain dans toutes les régions de la Côte d'Ivoire, et touche majoritairement la jeunesse. Les pratiques sexuelles et actes associés à une telle activité exposent fort justement le groupe cible à l'infection aux IST et VIH/sida, induisant ainsi sa vulnérabilité. C'est pour analyser cette situation de vulnérabilité des homosexuels professionnels du sexe à travers leur utilisation du préservatif que la présente étude a été menée à Aboisso. Se basant d'abord sur la technique de réseau ou de boule de neige, l'étude a été réalisée avec un échantillon de vingt-trois (23) répondants dont l'âge varie entre 19 et 32 ans. Suivant une approche qualitative, des entretiens semi-structurés ont été réalisés avec eux. Par la suite, avec six (06) représentants des populations experte et témoin, des entretiens de groupe ont été menées. Au regard de ce qui précède, il en ressort clairement que la méconnaissance des IST et du VIH/sida, des modes de transmission et des méthodes de prévention couplée aux pratiques sexuelles à risque constituent les facteurs essentiels de vulnérabilité. Aussi, les enquêtés ont-ils une perception et une attitude positives vis-à-vis du préservatif. Toutefois, dans la pratique, ils ne l'utilisent pas systématiquement pendant les rapports sexuels et actes intimes. C'est à juste titre dans un tel contexte et dans un souci de préserver leur anonymat que plusieurs d'entre eux refusent de fréquenter les structures de santé pour un suivi médical. Leur inclusion à cet effet dans les politiques nationales s'impose en vue d'un accompagnement efficient dans la pratique de leur profession.

**Mots clés :** préservatif, vulnérabilité, homosexualité, professionnel du sexe, Côte d'Ivoire.

## SUMMARY

Sex work by homosexuals is a growing phenomenon in Ivory Coast. This phenomenon is gaining ground in all regions of Ivory Coast, and mostly affects young people. Sexual practices and acts associated with such activity expose the target group to infection with STIs and HIV / AIDS, thus making them vulnerable. This is to analyze the situation of vulnerability in relation to condom use that this study was carried out in Aboisso. Based primarily on the network and snowball technique, the study was conducted with a sample of twenty-three (23) respondents whose age varies between 19 and 32 years old. Following a qualitative approach, semi-structured interviews were carried out with them. With six (06) representatives of expert and witness populations, group discussions were carried out. It is clear that the lack of knowledge of STIs and HIV / AIDS, modes of transmission and methods of prevention coupled with unsafe sex are the key factors of vulnerability. Also, the respondents have a positive perception and attitude towards condoms. However, in practice they do not use it systematically during sex and intimate acts. And, for the sake of preserving their anonymity, many of them refuse to go to health facilities for medical follow-up. Their inclusion for this purpose in national policies is essential for efficient support in the practice of their work.

**Keywords:** condom, vulnerability, homosexuality, sex worker, Ivory Coast.

## 1. INTRODUCTION

Généralement considérée comme un fait culturel importé des pays développés et l'un des produits négatifs de l'occidentalisation des sociétés africaines, l'homosexualité a longtemps été ignorée et réfutée en Côte d'Ivoire comme dans différents autres pays africains. Cependant, les écrits historiques retracés par Gueboguo (2006) illustrent qu'elle n'est pas une réalité nouvelle, mais qu'elle a toujours existé dans toutes ses formes en Afrique avant l'avènement des missions civilisatrices. En effet, selon cet auteur, des études très anciennes font références à l'homosexualité dans plusieurs sociétés africaines telles que chez les Mossis du Burkina Fasso (Tauxier, 1912), les Wolofs du Sénégal (Crowder, 1956), les Azandés du Soudan (*Evans-Pritchard*, 1971), les Ashantis du Ghana et les Akans de Côte-d'Ivoire (Gueboguo, 2006). L'homosexualité existait donc comme une institution culturelle et sociale pour pallier certains manques. Toutefois, de nos jours l'homosexualité est considérée comme une psychopathologie individuelle, une déviance sexuelle et sociale (Hooker 2011). Cette perception négative à juste titre induit le plus souvent la marginalisation et/ou la stigmatisation des personnes qui ont une orientation sexuelle tournée vers une personne de même sexe (Vézina, 2009). La Côte d'Ivoire n'est pas en marge de cette réalité dans le sens où dans les sociétés ivoiriennes comme dans plusieurs autres sociétés africaines, l'homosexualité et la prostitution masculine sont perçues négativement et réprimées sévèrement. Cette perception a amené Timberlake (2006) à évoquer un déni de l'existence des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes [HSH]. Dès lors, dans un tel contexte d'hostilité à l'égard de l'homosexualité, les homosexuels professionnels du sexe ou HPS sont souvent occultés de l'élaboration et de l'exécution des programmes de lutte contre le VIH<sup>1</sup>/sida<sup>2</sup>. Or, selon

---

<sup>1</sup> VIH : Virus d'Immunodéficience Acquise

<sup>2</sup>SIDA : Syndrome d'Immunodéficience Acquise

plusieurs études effectuées, ces derniers constituent une population vulnérable au VIH du fait de leurs pratiques sexuelles à haut risque. Aussi, la prévalence du VIH chez eux est-elle, généralement, plus élevée que dans la population en général (UNAIDS, World Health Organization, 2009; ONUSIDA et PNUD, 2009). En effet, du fait de la clandestinité dans laquelle ces homosexuels exercent leurs activités, leur accès est très limité quant au dépistage du VIH, à l'information, aux moyens de prévention, aux soins, aux traitements et aux structures d'accompagnement des personnes vivants avec le VIH (UNAIDS, World Health Organization, 2009; ONUSIDA et PNUD, 2009). Une telle situation peut contribuer à accroître leur vulnérabilité. De fait, la notion de vulnérabilité est de manière générale liée à celle d'insécurité, de danger réel ou potentiel dont il faudrait pouvoir se préserver (Alwang et al., 2001). Elle renvoie à la finitude et à la fragilité de l'existence humaine. La vulnérabilité peut résulter de l'âge, la maladie, une infirmité, une déficience physique ou psychique ou un état de grossesse. Or, selon les constats empiriques, les HPS d'Aboisso vivent dans une situation permanente d'insécurité. En effet, ceux-ci, dans leur volonté de préserver la discrétion et l'anonymat, s'excluent volontairement des différentes actions menées à leur endroit par certaines ONG<sup>3</sup> et structures sanitaires de lutte contre les IST<sup>4</sup> et le VIH/sida. Ces actions incluent généralement, parmi tant d'autres, la sensibilisation sur l'utilisation du préservatif comme étant l'un des moyens d'autoprotection et de protection des partenaires sexuels contre le VIH/sida. Sous ce rapport, les données relatives aux homosexuels professionnels du sexe sont quasi inexistantes en Côte d'Ivoire. La présente étude trouve donc son importance et sa justification dans sa contribution à documenter sur ce sujet, à éveiller la conscience des politiques sur la nécessité non seulement d'inciter la recherche sur ce phénomène social qui prend de l'ampleur, mais aussi d'inclure cette population cible dans les politiques nationales en vue d'un accompagnement efficient. La présente étude prend alors son ancrage théorique dans la théorie de l'étiquetage social de Lacaze (2008). Selon cet auteur, l'étiquetage social est vu comme un marqueur social qui tend à ranger celui qui le porte en tant que déviant, car il transgresserait (effectivement ou non) une ou des normes sociales. C'est une forme de sanction sociale visant à réguler les comportements déviants. Il pose sur l'individu ou le groupe social un stigmate social, qui tend à être intériorisé... Ceci étant, documenter ce phénomène social revient à mener des réflexions croisées en prenant en compte les dimensions juridique, sanitaire, historique, économique et sociale de l'homosexualité. Mais avant, comment se présente la situation de vulnérabilité des homosexuels professionnels du sexe d'Aboisso ? L'objectif général de cette étude est d'analyser la situation de vulnérabilité des HPS d'Aboisso en mettant en lumière l'utilisation du préservatif pendant l'exercice de leurs activités. De façon spécifique, il s'agit

- d'identifier les facteurs de vulnérabilité aux IST et au VIH/sida chez les HPS ;
- d'examiner la perception du préservatif masculin et son utilisation par les HPS ;
- d'évaluer la fréquentation des structures de santé par les HPS.

## 2. Matériel et Méthodes

### 2.1. Matériel

---

<sup>3</sup> ONG : Organisation Non Gouvernementale.

<sup>4</sup> IST : Infections Sexuellement Transmissibles

L'étude s'est déroulée à Aboisso, une ville située dans le sud-est de la Côte d'Ivoire, à 116 km à l'est d'Abidjan (INS, 2014). Aboisso est la capitale de la région du Sud-Comoé et est l'une des localités proches de la frontière du Ghana. Le département d'Aboisso a une population estimée à plus de 307 852 habitants (idem, 2014). En termes d'infrastructures, Aboisso possède plus de dix complexes hôteliers qui possèdent en leur sein des bars et boîtes de nuit où l'on rencontre les professionnels de sexe toutes tendances confondues (lesbiennes, gays, prostitués, ...). En plus de ces complexes hôteliers, existent d'autres sites de prostitution dans cette commune. Pour les besoins de la présente étude, seuls les homosexuels "gays" professionnels du sexe ont été retenus.

## 2.2 Méthodes

Cette étude repose sur une approche qualitative centrée sur des techniques d'entretien individuel et de groupe. L'échantillonnage par réseaux ou en boule de neige a été utilisé. Il est fréquemment utilisé dans des études nécessitant des entrevues approfondies. Cet échantillonnage désigné également sous le nom d'échantillonnage superposé, consiste à identifier quelques personnes correspondant aux critères retenus pour l'étude et à leur demander de proposer le nom d'autres personnes correspondant à ces mêmes critères. Les personnes ainsi proposées sont ensuite interviewées et il leur est demandé de proposer d'autres personnes encore. Le processus est répété jusqu'à satiété, c'est-à-dire jusqu'à ce qu'aucun nouveau nom ne soit donné. En effet, les homosexuels "gays" professionnels du sexe constituent une population « difficile à joindre. Ce sont des personnes appartenant à la population d'intérêt difficiles à identifier. Leur situation commune n'est pas aisément décelable et ne fait que rarement l'objet d'un enregistrement (Marpsat et Razafindratsima, 2010). Ainsi et de façon concrète, la technique de boule de neige a consisté à construire l'échantillon de l'étude à partir d'un premier répondant qui a été contacté grâce au réseau constitué de deux responsables de structure de santé, de deux gestionnaires de programme de lutte contre le VIH/sida d'ONG et de deux paires éducateurs. Ces personnes ressources au nombre de six (06) constituent les populations experte et témoin de l'étude. Ce premier répondant a indiqué le contact d'un deuxième, ce dernier à son tour a indiqué le contact d'un troisième et ainsi de suite jusqu'à ce que la saturation soit atteinte. Ainsi, par la technique de boule de neige, la population cible retenue pour l'étude est constituée de vingt-trois (23) homosexuels professionnels du sexe dont l'âge varie entre 19 et 32 ans. Ces derniers ont avoué entretenir des rapports sexuels avec d'autres hommes, soit par la voie anale, soit par la voie buccale ou par toute autre voie, ce qui leur permet d'exercer la profession du sexe. L'échantillon de 23 enquêtés étant constitué, l'étape suivante fut la collecte des données qui s'est effectuée du 17 novembre 2019 au 20 janvier 2020 inclus, soit sur une période discontinue de 33 jours. Des entretiens individuels semi-directifs ont été menés avec les 23 acteurs clés. Les 23 entretiens individuels ont duré 30 à 45 minutes, chacune. Avec les populations experte et témoin, deux entretiens de groupe (un groupe informel composé de six personnes) ont été réalisés. Ces entretiens de groupe d'une durée moyenne de 30 minutes ont concouru à la triangulation des données recueillies auprès de la population cible, relatives à sa fréquentation des structures de santé. Ces différents types d'entretien ont été enregistrés à l'aide

d'un dictaphone numérique (IC recorder Sony ICD-P520). Les entretiens enregistrés ont fait l'objet de transcription et vingt-trois (23) fiches ont été constituées. Ces fiches élaborées ont fait l'objet d'une analyse transversale et les données ont été regroupées par thématique. Une fois le dépouillement achevé l'analyse de contenu thématique a été retenue comme technique. Les catégories analytiques ont été construites et des unités significatives suivantes ont été dégagées. : les facteurs de vulnérabilité aux IST et au VIH/sida ; la perception des homosexuels du préservatif masculin et son utilisation ; la fréquentation des structures de santé par les homosexuels professionnels du sexe.

### **2.3. Difficultés et solution**

Les homosexuels professionnels de sexe constituent une population difficile d'accès. La collecte des données ne s'est pas faite sans difficultés eu égard à la grande mobilité et à la grande discrétion qui caractérisent le groupe cible. En effet, les rencontres organisées pour l'entretien devaient tenir compte de la disponibilité des enquêtés et aussi de la clandestinité dans laquelle ils pratiquent leur profession. A cela se sont ajoutés les rendez-vous non honorés et continuellement renégociés qui ont justifié le prolongement de l'enquête sur une période discontinue de 33 jours. Et pourtant, pour prévenir de telles difficultés, les rendez-vous avaient d'abord été négociés à l'avance et l'accord avait été préalablement obtenu. Après leur avoir ensuite soigneusement expliqué les objectifs de l'étude, ils ont adhéré au projet et leur consentement verbal pour l'entretien et l'enregistrement a été obtenu. Comme solutions adoptées pour résoudre ces difficultés, les enquêtés avaient été rassurés des mesures de confidentialité prises avec les membres de leurs réseaux pour le respect de l'anonymat. Aussi, à la demande du groupe cible, ces entretiens se sont-ils déroulés dans des endroits très discrets, loin des regards des autres acteurs sociaux. A cet effet, les jours non ouvrés (les dimanches et les jours fériés) ont été privilégiés par les enquêtés pour les différentes interactions. Et, progressivement, les entretiens se sont déroulés avec les vingt-trois (23) homosexuels professionnels du sexe.

## **3. Resultats**

Les principaux résultats de cette étude gravitent autour de trois points majeurs :

- les facteurs de vulnérabilité aux IST et au VIH/sida;
- la perception des homosexuels du préservatif masculin et son utilisation ;
- la fréquentation des structures de santé par les homosexuels.

### **3.1 Les facteurs de vulnérabilité aux IST et au VIH/sida**

Les personnes vulnérables sont celles qui sont menacées dans leur autonomie, leur dignité ou leur intégrité, physique ou psychique. Ainsi, les HPS le sont de par leurs pratiques à haut risque qui les exposent aux IST et VIH/ sida. Cette vulnérabilité s'affiche par leur méconnaissance des IST et VIH/ sida.

### 3.1.1 La méconnaissance des IST chez les homosexuels

A l'analyse des propos des enquêtés résidant dans la commune d'Aboisso, l'on constate qu'ils ont une connaissance très vague des IST. Soit ils en ont entendu parler, soit ils les ont déjà contractés. Mais, au lieu de se faire suivre par les structures sanitaires chargées de la prévention des IST et du VIH/sida, ces derniers ont plutôt opté pour l'automédication. Ces récits l'illustrent bien :

*« Moi, j'ai déjà eu ça. Y'a mon bas ventre qui m'a fait très mal avec mon kiki, surtout quand je veux pisser. Les boutons et du pus aussi m'ont beaucoup fatigué quand j'ai eu "gono". C'est médicament chinois-là qui m'a sauvé. » (A.Y. 28 ans).*

Un autre renchérit par ces propos :

*« C'est un de mes amis qui a déjà eu "gono" qui pissait du sang. Quand il va pisser, il se met à pleurer comme un enfant à cause de son bas ventre et son kiki qui lui font très mal. Il a parlé aussi de boutons bizarres sur son "kiki" qui était gonflé et que du pus même est sorti de là-bas. » (D.O., 23 ans)*

A l'analyse de leurs discours, la connaissance que ces HPS ont des IST se limite à la gonococcie. A travers leurs différentes réponses, ils n'ont fait mention que des symptômes les plus courants de cette IST qu'ils connaissent le mieux, à savoir, les boutons sur le sexe, le pus ou les écoulements, l'enflure du pénis, la douleur au bas ventre et au pénis au moment d'uriner. Ils n'ont pas fait mention des autres IST. Par ailleurs, l'automédication et la non-fréquentation des structures d'accompagnement, surtout lorsqu'ils contractent les IST, exposent ces derniers à des risques d'infection et de réinfection à répétition. Une telle situation peut induire leur vulnérabilité aux IST.

### 3.1.2. La méconnaissance du VIH/sida, des modes de transmission et des méthodes de prévention

A l'instar des IST, les HPS d'Aboisso ont une connaissance très vague du VIH/sida. De leurs propos, de façon générale, ils savent l'existence du VIH/sida par les média (radio, télévision), par leur entourage et par certaines structures sanitaires spécialisées dans la prise en charge des professionnels du sexe. A travers les campagnes de sensibilisation dont ils ont bénéficié, ils ont appris que le VIH se transmet par les rapports sexuels. Et pour l'éviter, ils doivent porter des préservatifs pendant les rapports sexuels. Toutefois, leur connaissance du VIH/sida reste assez vague, surtout en ce qui concerne les moyens de transmission et des méthodes de prévention. C'est ce qui transparaît alors dans les entretiens suivants :

*« Le sida se transmet par la salive, les couteaux, les lames, les aiguilles, les douches et WC et les rapports sexuels non protégés. Le zona aussi donne le sida. » (K.J., 27 ans)*

Ou encore :

« *Tous les regards sont sur nous, alors que sida-là même, on peut l'attraper aussi par les objets souillés, la sueur, les larmes, la salive, le sang, tout ce qui est liquide qui sort de l'homme. Le sida se transmet aussi par les douches et WC et par les rapports sexuels non protégés.* » (Y. D., 26 ans)

A l'analyse de leurs propos, les répondants ont une connaissance quasi inexacte du VIH. A cet effet, au nombre des modes de transmission cités, les rapports sexuels non protégés et les objets souillés sont correctement évoqués par les répondants. Toutefois, leur méconnaissance transparait quant aux autres modes de transmission évoqués, tels que la salive, la sueur, les larmes, les douches et WC et les maladies opportunistes comme le Zona. Cette connaissance quasi erronée des moyens de transmission peut constituer un facteur de vulnérabilité des enquêtés au VIH. En ce qui concerne les méthodes de prévention, les enquêtés sont unanimes sur le fait qu'ils doivent utiliser des préservatifs lors des rapports sexuels. Pour eux, le préservatif demeure l'unique moyen de protection contre ce virus qui les menace chaque jour dans l'exercice du métier qu'ils ont choisi. Certains recommandent même l'extrême prudence quant à l'utilisation des préservatifs et des objets tranchants. Ils expriment leurs opinions en ces termes :

« *Chacun doit se protéger, mais il faut être très prudent, car le préservatif peut se casser facilement. Ça m'est déjà arrivé et j'ai eu très peur. Chacun doit avoir aussi ses propres objets : lame, rasoir, ...* » (E.A., 30 ans)

« *Affaire de sida-là, c'est la chance. Mais aussi, il faut porter le préservatif pour se protéger, si le client accepte.* » (M.D., 32 ans)

Comme on le constate dans leurs propos, les enquêtés sont unanimes sur l'utilité du préservatif masculin dans la prévention du VIH.

### **3.1.3 Les pratiques sexuelles à haut risque, facteurs de vulnérabilité**

Les rapports sexuels non protégés, la fréquence élevée des rapports sexuels, la multiplicité et la diversité des partenaires, l'ignorance du statut sérologique des partenaires avant les rapports sexuels constituent autant de pratiques sexuelles à haut risque pour les HPS. Aussi, plusieurs d'entre eux méconnaissent-ils leur propre statut sérologique. Ils s'expriment en ces termes :

« *Si demain, on me dit que j'ai le sida, je ne serai pas surpris parce que j'ai beaucoup de partenaires et très souvent, on fait l'amour en groupe, sans protection. Mais, je ne souhaite pas du tout avoir ça !* » (S.E., 24 ans)

Vivre dans l'ignorance de son statut sérologique dans un contexte de multiplicité de partenaires sexuels ne peut que contribuer à la propagation des IST et du VIH/ sida dans le milieu des "gays" professionnels du sexe. En outre, la peur d'être stigmatisé conduit souvent ces derniers

à vivre cachés, loin des regards malveillants du personnel de santé. En outre, pour pratiquer les relations sexuelles, ces derniers font usage de stimulants psychoactifs non injectés tels les amphétamines et de drogues injectables à l'effet d'avoir davantage de relations avec beaucoup plus de partenaires. Certains l'ont avoué en ces termes :

*« Moi, j'en prends très souvent pour pouvoir tenir le coup. Sinon, travail là, c'est pas du tout facile. Si tu prends pas, tu peux pas. Et puis, ça dépend aussi des objectifs de chacun. Si tu veux gagner beaucoup d'argent, tu es obligé d'avoir beaucoup de partenaires et sans ces produits, tu peux pas. » (A.B., 26 ans)*

A ces pratiques sexuelles à haut risque, les homosexuels interrogés associent les différentes drogues en vue d'accroître leurs gains à travers des rapports souvent non protégés avec un grand nombre de partenaires sexuels. Aussi, l'utilisation de la même seringue pour l'injection de la drogue par plusieurs homosexuels aux partenaires multiples les expose davantage à l'infection aux IST et VIH/sida. Tout ceci contribue inéluctablement aussi à accroître leur vulnérabilité.

### **3.2 La perception du préservatif masculin et son utilisation par les homosexuels professionnels du sexe**

#### **3.2.1 La perception du préservatif masculin par les homosexuels professionnels du sexe**

Par le truchement des séances de sensibilisation sur les IST et le VIH/sida, tous les homosexuels interviewés affirment connaître le préservatif masculin et son utilité. Ils le perçoivent comme le seul moyen pour eux d'éviter les IST et le VIH/sida. Leurs récits nous éclairent sur leur perception :

*« Le préservatif est très bon, il permet d'éviter les maladies et d'être en sécurité. Il y a des ONG qui nous distribuent ça souvent ou même, on peut en acheter sur le lieu de travail. Mais le problème, c'est que souvent le préservatif n'est pas résistant, il se casse pendant les rapports et nous expose aux maladies. » (A.T., 24 ans)*

*« Le préservatif est utile et indispensable pour nous protéger contre le sida et la "gono". En tout cas, c'est très bon, ça nous protège beaucoup contre toutes ces sales maladies qui nous guettent. Il nous rassure et nous sert bien quand ils sont résistants. Sinon, il y a de la mauvaise qualité de préservatif aussi. Il y en a qui se casse à tout moment pendant les rapports sexuels. » (D.W., 28 ans)*

Fort de tous ces récits, les enquêtés ont une attitude positive vis-à-vis des préservatifs. Ils les perçoivent même comme très utiles et indispensables pour assurer leur sécurité sanitaire. Ils les trouvent disponibles partout, même sur leurs sites de travail où ils peuvent s'en procurer sans difficulté. Toutefois, la qualité des préservatifs évoquée par plusieurs semble constituer une préoccupation pour eux. En effet, une mauvaise qualité du préservatif peut les exposer à des risques de contamination au VIH/sida et les rendre ainsi vulnérables.

#### **3.2.2 L'utilisation du préservatif masculin par les homosexuels professionnels du sexe**

Si les entretiens ont montré que les HPS interrogés connaissent l'existence du préservatif masculin, force est de constater paradoxalement qu'ils n'en font pas usage de façon systématique. Et pourtant, selon les acteurs des structures de sensibilisation dans leur milieu, l'accent a toujours été mis sur l'utilisation des préservatifs lors des sodomies et autres pratiques sexuelles. Lors de l'entretien de groupe, les responsables de structures sanitaires spécialisées (SSS), les gestionnaires de programme (GP) de lutte contre le VIH/sida et les paires éducateurs (PE) nous ont confié justement ceci :

*« Nous sommes régulièrement en contact avec eux et nous multiplions les séances de sensibilisation sur le port du préservatif. Il y a certains qui viennent discrètement prendre leurs préservatifs au centre chaque semaine. Mais quand on se sépare qu'ils s'en vont pour leurs activités, nous ne sommes plus là pour voir qui a suivi les conseils et qui ne l'a pas suivi. »* (Entretien de groupe, GP, PE, SSS Aboisso)

Ils renchérissent en ces termes :

*« Ce qui est sûr, nous faisons notre travail. Mais le problème, c'est qu'il y a des têtus parmi eux qui font ce qu'ils veulent. Ceux-là n'utilisent pas systématiquement le préservatif avec tous leurs clients. Ils évoquent la relation de confiance qui existe entre eux et certains de leurs partenaires. »* (Entretien de groupe, GP, PE, SSS Aboisso)

Selon ces personnels, ils déploient tous leurs efforts pour accompagner les HPS dans leurs activités. Toutefois, ce sont ces derniers qui, pour diverses raisons, font usage du préservatif à volonté. Pour certains enquêtés, l'utilisation du préservatif est vitale en ce sens qu'il les protège contre les IST et le VIH/sida.

*« Moi, j'utilise le préservatif ! Et je l'impose à tous mes clients. Celui qui ne veut pas, il s'en va ailleurs. »* (K.D., 28 ans)

Pour d'autres par contre, l'utilisation du préservatif doit être facultative. Les raisons évoquées sur la non-utilisation systématique du préservatif par ces enquêtés sont multiples et se déclinent en ces termes :

*« Lui, c'est mon partenaire fixe, on n'a pas besoin d'utiliser le préservatif avec lui parce qu'il y a longtemps que nous sommes ensemble. Nous nous faisons confiance. »* (S.A., 29 ans)

*« Tout dépend aussi du client qui vient. Moi, j'utilise le préservatif avec le client qui accepte. Le client qui refuse, je laisse tomber car, il y a d'autres clients qui n'aiment pas utiliser le préservatif. Ils disent qu'ils ne ressentent rien quand ils me pénètrent avec le préservatif. »* (A.N., 27 ans)

*« Moi, mes clients qui n'utilisent pas le préservatif me payent plus cher. D'ailleurs, moi-même, je n'aime pas trop les préservatifs. Je veux avoir des sensations quand je fais l'amour. »* (D.K., 30 ans)

A l'analyse de ces verbatim, il se pose un véritable problème quant à l'utilisation du préservatif chez les enquêtés. En effet, il ressort des entretiens réalisés que l'utilisation des préservatifs n'est pas systématique chez les HPS. Alors que certains les trouvent indispensables pour leur propre sécurité sanitaire, d'autres ne les utilisent pas toujours avec leurs partenaires habituels. En somme, la relation

de confiance entre partenaires privilégiés, la recherche de sensations fortes pendant les rapports et le désir d'accroître les gains par des rapports non protégés sont autant de logiques qui déterminent la non-utilisation des préservatifs pendant les rapports sexuels.

### 3.2.3 La fréquentation des structures de santé par les homosexuels.

Certains HPS interrogés disent fréquenter les structures de santé. Toutefois, ce n'est pas le cas pour d'autres qui désertent ces lieux pour multiples raisons.

Leurs déclarations ont été confirmées par les responsables de ces services d'autant que ces récits nous situent justement sur la question :

*« Au niveau du service, nous disposons d'une fiche d'évaluation composée de questionnaire à renseigner lors de leur première visite, suivi d'entretien avec eux. Cette fiche nous permet de voir la fréquence de fréquentation du centre. Ainsi, les plus assidus bénéficient d'un meilleur suivi à l'opposé de ceux qui ne fréquentent pas le centre. » (Entretien de groupe, GP, PE, SSS Aboisso)*

De ce second entretien de groupe, il ressort que certains HPS fréquentent les structures sanitaires pour un suivi médical. Par contre, d'autres ne le font pas. Les entretiens et le counseling, la fiche d'évaluation composée de questionnaires à renseigner, sont autant de techniques et outils utilisés par le personnel sanitaire pour l'accompagnement des HPS dans leurs pratiques professionnelles. L'un des plus assidus à la structure de santé déclare ceci :

*« Moi, je vais souvent à l'hôpital pour faire mon test pour voir si je n'ai pas pris le virus. » (A.B., 27 ans)*

Ce n'est pas le cas de N.H. (29 ans) qui déclare ceci :

*« J'ai peur du sida, c'est pour tout cela que je ne vais pas à l'hôpital. Moi, je ne connais pas mon statut et c'est mieux comme ça ! »*

Cette dernière catégorie de HPS ne fréquente aucune structure d'accompagnement pour son suivi. Elle se contente des visites sporadiques des gestionnaires de programmes et des paires éducateurs chargés de la sensibilisation pour la prévention des IST et VIH/sida. En rapport avec la fréquentation de ces structures sanitaires spécialisées, les enquêtés concernés ont exprimé leur satisfaction quant aux prestations offertes. Ils s'expriment en ces termes :

*« A l'hôpital où je vais, on nous respecte malgré notre profession. C'est pour cela que je préfère aller là-bas. Les gens savent qui nous sommes, mais ils nous reçoivent bien comme les autres patients. » (E.J., 28 ans)*

*« Moi, je fréquente l'ONG MIGRONS, on s'occupe bien de nous là-bas. On nous donne les médicaments gratuitement. » (T.F., 32 ans)*

Comme exprimé dans ces verbatim, ceux qui ont l'habitude de fréquenter les structures sanitaires déclarent être satisfaits de l'accueil qui leur est réservé et des prestations dispensées à leur endroit. A l'opposé, ceux qui ne fréquentent pas ces structures évoquent la peur d'être stigmatisé. C'est ce que traduisent ces propos :

« *Moi, je ne vais pas à l'hôpital parce que je ne veux pas que quelqu'un me regarde mal dans le coin de l'œil avant de me soigner. Au début, ils vont faire semblant de s'occuper de toi. Et puis, après, ils se font des signes ou ils chuchotent entre eux à cause du travail que tu fais. Moi, je ne veux pas que quelqu'un me juge à cause de mon choix.* » (J.P., 28 ans)

Comme on le constate, les avis sur la fréquentation des structures de santé divergent. Pendant que certains le font aisément, d'autres se privent de l'accompagnement et du suivi médical, à l'idée de préserver leur anonymat et d'éviter la stigmatisation. Dans ce contexte, ces derniers s'exposent davantage à la contamination aux IST et VIH/sida. Une telle situation contribue à accroître leur vulnérabilité.

#### 4. Discussion des Résultats

La présente étude expose la situation de vulnérabilité des homosexuels professionnels du sexe. Elle identifie en effet les facteurs de vulnérabilité aux IST et au VIH/sida, examine la perception des HPS du préservatif, son utilisation et évalue la fréquentation des structures de santé par ces derniers. Quelles significations peut-on donner à ces résultats ?

##### 4.1 La vulnérabilité aux IST et au VIH / sida des homosexuels professionnels du sexe

En Côte d'Ivoire, l'existence de très peu de données sur les homosexuels professionnels du sexe peut contribuer à renforcer et à accentuer leur vulnérabilité. De ce fait, la quasi-totalité de ce groupe cible n'est pas prise en compte lors de l'élaboration et l'exécution de nombreux programmes de lutte contre le VIH/sida. Cette situation peut d'ailleurs contribuer à détériorer leur état de santé à travers l'infection aux IST et au VIH/sida. En effet, non seulement la pratique de l'homosexualité est jugée intolérable, mais aussi les homosexuels, surtout professionnels du sexe sont considérés comme des vecteurs de la transmission des IST et du VIH/sida. Selon le discours social, ils sont perçus comme des potentiels dangers de la propagation du VIH. Cette corrélation entre l'homosexualité, la prostitution et les IST/VIH/sida ne peut que contribuer à les rendre davantage vulnérables eu égard à la grande discrétion et à l'anonymat dans lesquels ils sont comme contraints d'évoluer. Cette vulnérabilité est rendue plus visible par leur méconnaissance des IST/VIH/sida. Si la plupart d'entre eux reconnaissent l'existence du sida, les idées erronées en rapport aux modes de transmission et aux méthodes de prévention sont très présentes chez ces derniers. Dans ce contexte, le manque de suivi sanitaire des HPS accentue cette vulnérabilité. Dès lors, face à leurs pratiques sexuelles qui comportent de nombreux risques d'infection aux IST et VIH/sida, ces PS<sup>5</sup> homosexuels affichent indirectement un grand besoin d'accompagnement sanitaire. Moreau et le groupe de réflexion sur les HSH (2011) abondent dans le même sens en mettant en relief les enjeux dans la promotion d'un environnement favorable à la prise en charge des IST/SIDA chez les HSH (hommes qui ont des rapports sexuels avec les hommes) du Sénégal. Les IST et le virus du VIH affectent spécifiquement les HPS d'Aboisso, induisant de la sorte leur vulnérabilité. C'est ce qui transparaît dans leurs discours du genre « *Moi, je fréquente l'ONG MIGRONS, on s'occupe bien de nous là-bas. On nous donne les médicaments*

<sup>5</sup> PS ou Professionnels du Sexe.

*gratuitement* ». La présente étude a mis en exergue cette vulnérabilité aux *IST/VIH/sida* des HPS et leurs besoins en matière de santé. A l'instar des autres citoyens, les homosexuels professionnels du sexe ont aussi droit à la santé. C'est également à ce résultat que l'étude analytique de Vézina (2009) basée sur le droit à la santé des homosexuels a abouti. Et pour que ce droit à la santé leur soit reconnu, il est nécessaire que les HPS d'Aboisso puissent évoluer dans un environnement dépourvu de toute discrimination et stigmatisation. Les résultats de la présente étude rejoignent aussi ceux de Population Council qui veut améliorer l'accès des MSM du Mali à la prévention et au traitement contre les IST et le VIH/sida (UNAIDS, World Health Organization, 2009). Cette même préoccupation est partagée par Koffi et al. (2011) au Togo. Toutes ces études ont le même groupe cible qui est les MSM. Toutefois, la présente étude se démarque des autres par sa particularité à intégrer non seulement les MSM, mais aussi les MSM qui ont opté pour le sexe comme profession.

#### **4.2. La perception et l'utilisation du préservatif par les homosexuels professionnels du sexe**

La connaissance et l'utilité du préservatif ne souffrent d'aucune contestation chez les HPS d'Aboisso. Ils sont unanimes à reconnaître que le préservatif est un moyen de prévention contre les IST/VIH/sida. Le préservatif est, de ce fait, positivement perçue. Mieux, les HPS peuvent s'en procurer aisément sur les sites de prostitution et dans les structures spécialisées adéquates. Cependant, les HPS ont relevé que les préservatifs ne sont pas très résistants et peuvent se rompre facilement pendant les rapports sexuels. Est-ce le motif pour lequel le problème de leur utilisation se pose avec acuité ?

Les avis des HPS sont très controversés. Les relations de confiance entre les HPS et certains de leurs partenaires, le désir de vivre des sensations fortes pendant les rapports et le besoin d'accroître son capital économique sont des facteurs explicatifs de la non utilisation du préservatif chez les HPS d'Aboisso. En effet, en dépit des multiples efforts entrepris par les structures sanitaires, les responsables de programme de lutte contre les IST/VIH/sida et les paires éducateurs de cette localité, force est de constater que le port du préservatif reste optionnel chez certains HPS enquêtés. Et pourtant, ces derniers s'exposent continuellement à l'infection aux IST/VIH/sida par des pratiques sexuelles à haut risque et la multiplicité de leurs partenaires. Comme conséquences, selon le discours voilé des HPS enquêtés, la prévalence des IST et du VIH reste très élevée en leur sein. Une telle situation ne peut que susciter des inquiétudes au niveau général eu égard à l'ampleur que prend le phénomène de l'homosexualité et de la prostitution masculine en Côte d'Ivoire. Pour y faire face, l'implication de la société globale s'impose. D'abord au niveau macro social (gouvernement/ ministères en charge de la santé et de la jeunesse), des politiques globales d'accompagnement et de prise en charge des HPS doivent être élaborées. Ensuite, au niveau méso social (directions centrales, communes...), des programmes de sensibilisation de grande envergure sur les IST et le VIH/sida avec des plans d'action doivent être clairement définies et exécutés. Et enfin au niveau micro social (familles, associations religieuses et de jeunesse, mutuelles de développement, société civile ...), la phase pratique de ces programmes doit être exécutée. En effet, à l'instar de certains pays africains, la Côte d'Ivoire aussi peut inclure les HPS qui constituent des groupes à haut risque, dans ses politiques nationales. L'objectif visé est de les accompagner dans leur évolution, au niveau législatif, sanitaire et social. Mais bien avant, l'identification et le recensement de ces groupes concernés s'impose afin d'avoir des données qualitatives et chiffrées les concernant. L'homosexualité renvoie justement dans l'opinion publique à une mort sociale et quelquefois à une excessive forme d'exclusion sociale. L'inclusion des HPS dans les politiques nationales éviterait qu'ils ne soient, à volonté, exclusivement en contact qu'avec

quelques ONG et structures sanitaires de référence. Mé-Tahi et Anato (2010) abondent dans le même sens quand ils mentionnent la dimension sociale de l'expérience homosexuelle au Togo, à savoir leur inclusion dans les politiques nationales de ce pays.

### **4.3 Les expériences de stigmatisation et de discrimination comme obstacles à la fréquentation des structures de santé**

Les expériences de stigmatisation et de discrimination vécues par les HPS en milieu familial ou dans l'entourage social immédiat ou à quelque niveau que ce soit, constituent de véritables obstacles à la fréquentation des structures sanitaires spécialisées dans la sensibilisation et la prise en charge des IST/VIH/sida. Or, selon les écrits historiques, l'homosexualité était déjà existante comme pratique culturelle dans plusieurs sociétés africaines. Toutefois, l'ignorance de cette réalité historique a conduit 37 pays sur les 53 Etats africains à condamner et à réprimer l'homosexualité selon leurs dispositions juridiques respectives (Ottoisson ; ILGA, 2008). Cette homophobie est aussi une réalité en Côte d'Ivoire où les pratiques homosexuelles couplées à la prostitution masculine ne s'accompagnent pas toujours d'acceptation dans les différents champs où elles s'exercent. Dans ce contexte d'hostilité, les HPS objets de cette étude se sentent obligés d'évoluer dans la plus grande clandestinité et dans l'anonymat. Or, de nos jours, la libéralisation de l'espace audio-visuel avec son corollaire de liberté d'expression sous ses diverses formes rend de plus en plus visible cette orientation sexuelle dans le paysage social. Aussi, en plus de l'homosexualité, les enquêtés exercent-ils la profession du sexe. Autrefois considérée comme le métier des femmes, la prostitution ou le travail du sexe est actuellement pratiqué par les hommes homosexuels de plus en plus. C'est une situation doublement très délicate. En effet, non seulement ils sont victimes de railleries à cause de leur orientation sexuelle tournée vers une personne de même sexe, mais aussi à cause de la pratique de la profession du sexe. En Côte d'Ivoire singulièrement, l'homosexualité associée à la profession du sexe est considérée comme une déviance sexuelle, comportementale et une malédiction pour ceux qui la pratiquent. Une telle perception conduit le plus souvent à la marginalisation et/ou à la stigmatisation, voire à la discrimination des personnes qui la pratiquent. Animés par la peur d'être marginalisés, stigmatisés et discriminés, certains HPS d'Aboisso désertent volontairement les structures de santé spécialisées dans la sensibilisation et la lutte contre les IST et le VIH/sida. Ils s'inscrivent ainsi dans une logique d'auto-stigmatisation et d'auto-discrimination et se rendent vulnérables aux IST et VIH/sida. C'est ce qu'explique la théorie de l'étiquetage social de Lacaze (2008). L'étiquette de déviance collée par la société tend à altérer l'auto-conception des HPS stigmatisés par incorporation de cette identification. Ainsi, les HPS sont devenus ce qu'on a supposé et dit qu'ils étaient c'est-à-dire, des déviants. Ils sont marqués par la stigmatisation d'un opprobre et subissent une réprobation sociale parce qu'ils auraient contrevenu à une loi ou une norme sociale. C'est ce qui transparaît dans leur discours en référence aux agents des structures spécialisées qui les stigmatisent du fait de leur orientation sexuelle et profession exercée. L'implication du gouvernement de la Côte d'Ivoire dans l'accompagnement des HPS pourrait aussi contribuer à lutter contre cette stigmatisation cette discrimination. L'inclusion des HPS pourrait également permettre aux volontaires de bénéficier d'une formation de leur choix, de jouir d'un capital santé susceptible de faciliter leur intégration dans divers secteurs d'activités socio-économiques du pays.

## 5. Conclusion

La présente étude s'est intéressée de près aux homosexuels ou "gays" qui exercent la profession du sexe dans la ville d'Aboisso. Elle a eu pour objectif d'analyser la situation de vulnérabilité de ce groupe cible en rapport à l'utilisation du préservatif dans l'exercice de leurs activités.

Pour atteindre cet objectif, l'approche qualitative a été mobilisée. 23 HPS âgés de 19 à 32 ans ont été identifiés à Aboisso, site géographique de l'étude, grâce à l'échantillonnage par réseaux ou en boule de neige. Avec eux, 23 entretiens semi-directifs individuels ont été menés et deux entretiens de groupe ont été réalisés avec six personnes qui composent les populations experte et témoin. A l'analyse des différents propos, plusieurs facteurs de vulnérabilité ont été identifiés. Il s'agit de la méconnaissance des IST et du VIH/sida, des modes de transmission et des méthodes de prévention et des pratiques sexuelles à risque. Aussi, les enquêtés ont-ils une perception positive du préservatif qu'ils perçoivent comme étant très utile et indispensable pour les protéger contre les IST et le VIH/sida. Toutefois, quand il s'agit de son utilisation les avis sont partagés. Pendant que certains l'utilisent et l'exigent à leurs clients, d'autres par contre l'utilisent optionnellement avec leurs partenaires sexuels ou même ne l'utilisent pas du tout. Les avis sont également divergents pour la fréquentation des structures de santé. Pendant que certains le font aisément pour un meilleur suivi médical, d'autres évitent ces lieux pour préserver leur anonymat et se mettre à l'abri de la discrimination et de la stigmatisation. L'étude aussi a mis en évidence la vulnérabilité des HPS à travers la non utilisation du préservatif pendant les rapports sexuels. Pour minimiser cette vulnérabilité, les HPS pourraient être inclus dans les politiques nationales de la Côte d'Ivoire afin d'un accompagnement efficient dans la pratique de leur profession ; d'où la portée sociale de cette étude. De même, l'étude peut contribuer à documenter la question des HPS, eu égard à la quasi absence de données sur cette réalité sociale qui pourtant prend de l'ampleur en Côte d'Ivoire ; d'où sa portée scientifique. Comme limites, l'étude aurait pu s'étendre aux autres catégories de professionnels du sexe, à savoir les lesbiennes, les hétérosexuels et autres qui sont autant vulnérables que les HPS à cause de leurs pratiques sexuelles à haut risque. Cette extension de l'étude permettrait à de mieux apprécier l'utilisation des préservatifs par ces populations cibles. En perspectives, dans une approche à la fois quantitative et qualitative, l'étude doit être approfondie en prenant en compte toutes ces entités précitées.

**Reconnaissance.** Aux responsables des structures sanitaires et d'ONG d'Aboisso qui nous ont accompagné dans cette étude en nous facilitant l'accès à la population cible et aux données.

Nous remercions également les homosexuels professionnels du sexe qui, méfiants au départ, ont adhéré par la suite à l'étude. En accordant un intérêt particulier à cette étude, ils nourrissent l'espoir d'une amélioration de leurs conditions de travail et de vie.

**Conflits d'intérêt.** En notre qualité d'auteur de cette recherche, nous ne manifestons aucun conflit d'intérêt.

## Références bibliographiques

Alwang, J., Siegel, P. et Jorgensen, S., (2001). Vulnerability: a view from different disciplines. Social Protection Discussion Paper, n° 115, 48 p.

Crowder, M., (1959). *Pagans and Politicians*, London, Hutchinson, 224 p.

Evans-Pritchard, E. E., (1971). *The Azande*, Oxford, Clarendon Press, pp.199-200.

Gueboguo, C., (2006). « L'homosexualité en Afrique : sens et variations d'hier à nos jours », *Sociologos. Revue de l'association française de sociologie*. N°1. <https://doi.org/10.4000/socio-logos.37>

Hooker, E., (2011). « Les homosexuels masculins et leurs « mondes » [1965] ». *Genre, sexualité & société*. [En ligne], hors-série n°1. DOI: <https://doi.org/10.4000/gss.1730>.

Institut National de la Statistique (INS). (2014). *Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH) 2014. Rapport d'exécution et présentation des principaux résultats*, Abidjan. Ministère d'État, Ministère de Plan et du Développement ...  
Récupéré à partir de [Http : //www.ins.ci](http://www.ins.ci).

Koffi, K., Sethson, K. & Kossi, C. D., (2011). Prévention du VIH chez les groupes marginaux : le cas des homosexuels au Togo. *Global Health Promotion* 1 (18), <https://doi.org/10.1177/1757975910393190>

Lacaze L., (2008). « La théorie de l'étiquetage modifiée, ou l'« analyse stigmatique » revisitée », *ères, Nouvelle revue de psychosociologie*, vol. 1 - n° 5 ISSN 1951-9532 | ISBN 2-7492-0918-0 | pages 183 à 199. <https://doi.org/10.3917/nrp.005.0183>.

Marpsat, M., Razafindratsima, N., (2010). « Les méthodes d'enquêtes auprès des populations difficiles à joindre : Introduction au numéro spécial », *in Methodological Innovations Online* n°5 Vol 2, pp. 3-16.

Mé- Tahi, B. H. & Anato, S., (2010). Analyse de la situation sur la problématique des minorités sexuelles et vih/sida dans le contexte du togo, rapport d'analyse. Récupéré à partir de [http // : cnlstogo.org](http://cnlstogo.org) > download > etudes\_et\_enquEtes > ANA...

Moreau A. et le groupe de réflexion sur les HSH (2011) WEPE233 - De l'Action Stratégique Contre la Propagande Homophobe au Sénégal : Enjeux dans la Promotion d'un Environnement Favorable à la Prise en Charge des IST/SIDA chez les HSH 16ème ICASA – VoirCD.[Http://www.icasa2011addis.org/fr/centre-des-medias/presentations/finish/105-dec-07/1006-1545postericasa2011duprocessusdepromotiondelat olranceausngal/0](http://www.icasa2011addis.org/fr/centre-des-medias/presentations/finish/105-dec-07/1006-1545postericasa2011duprocessusdepromotiondelat olranceausngal/0)

ONUSIDA et PNUD, (2009). *Ripostes au sida : hommes ayant des relations sexuelles avec les*

---

hommes. Récupéré à partir de [Https://www.undp.org](https://www.undp.org) › [presscenter](#) › [pressreleases](#) ›.

Ottosson, D., (2008). -International Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Intersex Association, Homophobie - Une enquête mondiale sur les lois criminalisant les actes sexuels entre personnes de même sexe entre adultes consentants. Récupéré à partir de [https://www.ecoi.net/en/file/local/1181405/90\\_1340785326\\_2008-05-ilga-state-sponsored-homophobia-2008.pdf](https://www.ecoi.net/en/file/local/1181405/90_1340785326_2008-05-ilga-state-sponsored-homophobia-2008.pdf).

Tauxier, L., (1912). *Les noirs du Soudan : Pays Mossi et Gourounni*, Paris, Emile La Rose, pp. 569-570.

Timberlake, S., (2006). « Men Having Sex with Men and Human Rights, The UNAIDS Perspective », *ILGA World Conference, Pre-Conference: MSM & Gay Men's Health* Genève, 1 (28 juin 2010), en ligne: [Unaids.org](http://data.unaids.org) <[http://data.unaids.org/pub/Speech/2006/20060508\\_SP\\_Timberlake\\_I](http://data.unaids.org/pub/Speech/2006/20060508_SP_Timberlake_I)

UNAIDS, World Health Organization, (2009). Rapport sur l'épidémie mondiale de sida 2008. Geneva : ONSIDA, 357 pages. Récupéré à partir de [http// : data.unaids.org](http://data.unaids.org) › 2008 › [jc1510\\_2008globalreport\\_fr](#)

Vezina, C., (2009). La vulnérabilité au VIH des homosexuels en Afrique : une analyse basée sur le droit à la santé. (2009-10) 40 *R.D.U.S.* ... (23 juin 2010), en ligne : [Homophobie.org](http://www.homophobie.org). [Http:// www.homophobie.](http://www.homophobie.org) ... NU CCPR/C/50/D/488/1992 (1994).

© 2021 Tanoh, 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 (3) N 1

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

Reçu, 16 Décembre 2020

Accepté, 7 Mars 2021

Publié, 27 Mars 2021

<http://revue-rasp.org>

---

## Recherche

# Cirrhose du foie : aspects épidémiologiques et diagnostiques au centre hospitalier universitaire Yalgado Ouédraogo

Eric Nagaonlé Somé\*<sup>1</sup>, Nanelin Alice Guingané<sup>2</sup>, Isabelle Télarpoa Lompo<sup>2</sup>, Roger Sombié<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Institut de Recherche en Sciences de la Santé (IRSS) Ouagadougou, Burkina Faso

<sup>2</sup> Université Joseph Ki-Zerbo, UFR des Sciences de la Santé, département de gastro-entérologie, Ouagadougou, Burkina Faso

**Correspondance : [eric.some@gmail.com](mailto:eric.some@gmail.com); Tel : +226 70 75 13 33**

## Résumé

La cirrhose domine les pathologies hépatobiliaires avec 27,63% des cas au Burkina. Le but de notre travail était d'étudier les aspects épidémiologiques et diagnostiques de la cirrhose.

Il s'est agi d'une étude transversale descriptive avec collecte rétrospective des données, du 1<sup>er</sup> janvier 2012 au 31 mars 2014. Le diagnostic de cirrhose a été retenu sur la base des i) arguments cliniques (un syndrome œdémato-ascitique, une hépatomégalie hétérogène à bord inférieur tranchant ou un foie atrophique, une hypertension portale) ; ii) biologiques (un syndrome d'insuffisance hépatocellulaire); et iii) d'imagerie évoquant une cirrhose. Les variables qualitatives ont été présentées sous forme de fréquences et de pourcentage tandis que les variables quantitatives ont fait l'objet de calcul de moyennes. L'analyse a concerné 273 patients soit 33,9% des hospitalisations. La pathologie hépatobiliaire a représenté 74,7% des affections rencontrées. La moyenne d'âge était de 46,9, et le sex-ratio, de 2,7. La cirrhose du foie touche encore en majorité la population masculine, jeune et active. Les plaintes à l'entrée étaient dominées par la douleur abdominale (69,2% des cas), l'amaigrissement (42,8%), l'asthénie (32,2%) et l'anorexie (28,2%). L'hépatomégalie (68,03%), les varices œsophagiennes (54,21%), l'ictère conjonctival (54,2%), les œdèmes des membres inférieurs (53,8%), le mauvais état général (32,2%), l'hémorragie digestive (8,4%) l'encéphalopathie hépatique (8%) constituaient les manifestations cliniques à l'entrée. Les taux moyen d'alpha foeto-protéine, de l'ADN-VHB et de l'ARN-VHC étaient de 2843,6 UI/ml, 23295569,7UI/ml et de 2749UI/ml, respectivement, alors que l'antigène HBs et l'anticorps anti-VHC étaient positifs dans 76,5% et de 14,6% des cas, respectivement. Les virus de l'hépatite B et C sont donc les principales étiologies de la cirrhose au Burkina Faso. La prévention par la vaccination (anti-hépatite B) et le dépistage systématique précoce sont des armes très efficaces à notre disposition.

**Mots clés :** Cirrhose ; hépatite virale ; épidémiologie ; diagnostic ; Afrique Sub Saharienne ; Burkina Faso.

**Abstract:**

Cirrhosis dominates hepatobiliary pathologies with 27.63% of cases in Burkina. The aim of our work was to study the epidemiological and diagnostic aspects of cirrhosis.

This was a descriptive cross-sectional study with retrospective data collection, from January 1, 2012 to March 31, 2014. The diagnosis of cirrhosis was made on the basis of i) clinical arguments (edema-ascitic syndrome, hepatomegaly heterogeneous with sharp lower edge or atrophic liver, portal hypertension); ii) biological (hepatocellular insufficiency syndrome); and iii) imaging suggestive of cirrhosis. Qualitative variables were presented as frequencies and percentages while quantitative variables were averaged. The analysis involved 273 patients or 33.9% of hospitalizations. Hepatobiliary pathology represented 74.7% of the conditions encountered. The average age was 46.9, and the sex ratio was 2.7. Cirrhosis of the liver still mostly affects the young and active male population. Complaints at entry were dominated by abdominal pain (69.2% of cases), weight loss (42.8%), asthenia (32.2%) and anorexia (28.2%) . Hepatomegaly (68.03%), oesophageal varices (54.21%), conjunctival jaundice (54.2%), edema of the lower limbs (53.8%), poor general condition (32, 2%), gastrointestinal bleeding (8.4%) hepatic encephalopathy (8%) were the clinical manifestations at entry. The mean alpha-fetal protein, HBV-DNA and HCV-RNA levels were 2843.6 IU / ml, 23295569.7IU / ml and 2749IU / ml, respectively, while the antigen HBs and anti-HCV antibody were positive in 76.5% and 14.6% of cases, respectively. Hepatitis B and C viruses are therefore the main aetiologies of cirrhosis in Burkina Faso. Prevention through vaccination (anti-hepatitis B) and early systematic screening are very efficient weapons at our disposal.

**Keywords:** Cirrhosis; viral hepatitis ; epidemiology ; diagnostic ; Sub-Saharan Africa ; Burkina Faso.

## 1. Introduction

Toutes les maladies chroniques du foie peuvent conduire à la cirrhose (Jang, 2009; Olave et al., 2020; Seki & Brenner, 2015; Sivanathan et al., 2014; Zhou, Zhang, & Qiao, 2014), ensemble lésionnel irréversible associant fibrose, processus de régénération nodulaire et modification profonde de la vascularisation du parenchyme. Il existe plusieurs traitements à visée curative qui permettent une stabilisation des lésions voire une régression de celles-ci. La prise en charge se limite à la prévention de la survenue des complications. Mais le traitement curatif efficace reste la greffe du foie (Francoz, Belghiti, & Durand, 2007; Poordad, 2015; Tsochatzis, Bosch, & Burroughs, 2014).

Parmi les nombreuses causes possibles de cirrhose, les plus importants sont l'alcool qui est la principale cause dans les pays développés (Askgaard G, Gronbaek M, Kjaer MS, Tjonneland A, & JS, 2015; Stokkeland, Hilm, Spak, Franck, & Hulcrantz, 2008). Par contre dans les pays en voie de développement, les hépatites virales chroniques occupent le premier rang (Kuniholm et al., 2008; Mendy ME et al., 2010; Surial B et al., 2020; Vento S, Dzudzor B, Cainelli F, & Tachi K, 2018). En effet, l'Afrique est considérée avec l'Asie du Sud-Est comme une zone de haute endémicité où la prévalence de l'infection chronique au virus de l'hépatite B est d'au moins 8%. Selon l'OMS 350 millions d'individus souffrent d'une hépatopathie chronique dans le monde, et l'Afrique en

compterait 60 millions avec un quart de décès par an (Sombié et al., 2010). Au Burkina Faso, le portage de l'antigène HBs est élevé avec une prévalence de 9,1% (Meda N et al., 2018) et ce, malgré l'existence de vaccins efficaces qui devraient contribuer à réduire l'incidence des hépatopathies chroniques dues au virus de l'hépatite B. En 2002, la cirrhose dominait les pathologies hépatobiliaires avec 27,63% des cas au Burkina Faso. De plus ces affections touchent les sujets jeunes et actifs, ce qui entrave l'émergence des économies déjà fragiles (Flemming et al., 2019).

Le but de notre travail était d'étudier la cirrhose du foie en général et de décrire de façon spécifique les aspects épidémiologiques et diagnostiques de la cirrhose au Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou (CHU-YO).

## 2. Matériaux et Méthodes

L'étude s'est déroulée dans le service d'hépto-gastro-entérologie du CHU-YO de Ouagadougou. Il s'est agi d'une étude transversale descriptive avec collecte rétrospective des données, menée durant la période du 1<sup>er</sup> janvier 2012 au 31 mars 2014. Tous les dossiers des malades chez qui le diagnostic de cirrhose a été posé durant la période de l'étude et répondant aux critères d'inclusion ont été sélectionnés. Etaient inclus les malades hospitalisés chez qui le diagnostic de cirrhose a été retenu sur la base des i) arguments cliniques (un syndrome œdémato-ascitique, une hépatomégalie hétérogène à bord inférieur tranchant ou un foie atrophique, une hypertension portale); ii) biologiques (un syndrome d'insuffisance hépatocellulaire); et iii) d'imagerie évoquant une cirrhose. Les malades dont les dossiers étaient incomplets ou non exploitables ont été exclus.

Une fiche d'enquête a constitué le support de recueil des données. Une analyse descriptive a permis de synthétiser les variables qualitatives sous forme de fréquences et de pourcentage tandis que les variables quantitatives ont fait l'objet de calcul de moyennes et écarts-type, ou de moyennes et étendues (minima et maxima). Les données ont été saisies et analysées à l'aide d'un ordinateur sur le logiciel EPI-INFO version 3.5.3 et du logiciel EXCEL 2010.

## 3. Résultat

### 3.1. Caractéristiques sociodémographiques

Au total, 803 patients ont été hospitalisés dans le service d'hépto-gastro-entérologie au cours de la période de l'étude. La pathologie hépatobiliaire a représenté 74,7% des affections rencontrées. L'analyse a concerné 273 patients soit 33,9% des hospitalisations.

La moyenne d'âge (écart-type) était de 46,9 ( $\pm$  13,8) avec des extrêmes de 16 et 82 ans. La tranche d'âge la plus représentée était celle entre 41 – 60 ans. Il y avait une prédominance masculine avec un sex-ratio de 2,7. Les cultivateurs/ éleveurs et les femmes au foyer représentaient 34,2% (93/272) des patients (tableau I).

**Tableaux I: Caractéristiques socio-démographiques (N=273)**

Variable	Fréquence	Pourcentage (%)
<b>Sexe</b>		
Féminin	73	26,74
<b>Classes d'âge</b>		
0-20	4	1,46
21- 40	101	37,00
41-60	116	42,5
>60	52	19,04
<b>Profession</b>		
Elève/Étudiant	13	4,78
Éleveurs/cultivateur	49	18,01
Fonctionnaire	44	16,18
Ménagère	44	16,18
Retraité	5	1,84
Secteur informel	33	12,13
Non précisée	85	31,25

### 3.2. Caractéristiques cliniques, paracliniques et biologiques

Dans l'histoire des malades, aucun des patients ne fut vacciné contre l'hépatite B. Quatre (1,5%) patients avaient une notion de portage familial, neuf (3,3%) avaient un antécédent d'hépatite virale B, quatre présentaient une co-infection au VIH, 60 (22%) avaient un antécédent d'ictère et 83 (30,4%) consommaient l'alcool.

Les motifs d'hospitalisation les plus fréquents étaient l'augmentation du volume de l'abdomen et les douleurs abdominales diffuses. Un patient pouvait avoir plus d'un motif d'hospitalisation. L'intervalle séparant le début des premiers symptômes de la consultation et de l'hospitalisation, allait d'un jour à trois ans avec un délai moyen de 99 jours.

Les plaintes et symptômes lors de l'admission concernaient en premier lieu la douleur abdominale (69,2% des cas), puis l'amaigrissement (42,8%), l'asthénie (32,2%) et l'anorexie (28,2%). L'état général était mauvais chez 88 (32,2%) patients et 148 (54,2%) patients présentaient un ictère conjonctival. Les œdèmes des membres étaient présents chez 147 (53,8%) patients; 22 (8%) patients avaient une encéphalopathie hépatique dont 10, 07 et 05 étaient respectivement au stade I, II et III ; et 23 (8,4%) présentaient une hémorragie digestive.

Au cours de l'hospitalisation, l'encéphalopathie hépatique a été observée chez 85 (31,1%) patients parmi lesquels 23 étaient au stade I, 32 au stade II, 24 au stade III et 06 au stade IV ; et l'hémorragie digestive est survenue chez 42 (15,3%) patients.

L'examen clinique a aussi permis de mettre en évidence une hépatomégalie chez 166 (68,03%) patients. Cette hépatomégalie concernait plus le lobe droit. L'atrophie hépatique a été retrouvée chez 21 (8,6%) patients. Le foie a conservé son volume chez 57 (23,3%) patients.

Parmi les cas d'hépatomégalie, 165 (99,3%) étaient douloureuses à la palpation, 160 (96,3%) avaient le bord inférieur tranchant et 93 (56,02%) une surface irrégulière. Une splénomégalie était observée chez 56 (20,5%) patients et une ascite chez 222 (81,3%) patients et une circulation veineuse collatérale abdominale chez 84 (30,7%) patients.

Une échographie abdominale a été réalisée chez 258 (94,5%) patients; 43 (16,6%) avaient un foie

normal. Les anomalies hépatiques et extra-hépatiques rencontrées au cours de l'échographie abdominale figurent aux tableaux II.

L'endoscopie digestive haute a été réalisée chez 179 patients. Des varices œsophagiennes ont été observées chez 148 patients parmi lesquels 18,9% étaient de grade I, 33,7% de grade II et 47,6% de grade III. Parmi les patients présentant les varices œsophagiennes, 40,5% avaient des signes rouges et 2,7% présentaient une forme compliquée avec une rupture de varices. Une gastroraphie hypertensive a été observée chez 77 (40,0%) patients. D'autres anomalies ont été retrouvées à l'endoscopie : un ulcère antral et bulbaire chez 38 patients, une mycose œsophagienne chez 18 et une œsophagite peptique chez 09 patients.

La tomodensitométrie a été réalisée chez 43 (15,7%) patients parmi lesquels une conclusion de cirrhose a été évoquée dans 12 cas devant une hépatomégalie micro ou macro nodulaire dysmorphique. Lorsque celle-ci était associée à une ascite, une cirrhose décompensée a été évoquée (23 patients) et une cirrhose dégénérée chez 05 patients (hépatomégalie hétérogène multi nodulaire et dysmorphique dont la cinétique vasculaire milite en faveur d'une dégénérescence associée à une ascite). Le foie était normal chez trois patients.

La ponction biopsie hépatique a été pratiquée chez 13 (4,7%) patients et l'analyse histologique des fragments a permis de confirmer 12 (92,3%) cas de cirrhose et 1 (7,7%) cas de cirrhose dégénérée. Il s'agissait d'une dégénérescence en cancer primitif du foie de type carcinome hépatocellulaire sur foie de cirrhose.

#### **Tableaux II : caractéristiques cliniques, paracliniques et biologiques**

<b>variable</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Motifs d'hospitalisation (N=619)</b>		
Augmentation du volume de l'abdomen	190	41,58
Douleurs abdominales diffuses	109	23,85
Douleur de l'hypochondre droit	52	11,38
Œdèmes des membres inférieurs	36	7,88
Altération de l'état général	31	6,78
Hématémèse	21	4,60
Autres*	18	3,94
<b>Délai de consultation** (N=273)</b>		
< 1 mois	45	16,4
1 – 3 mois	122	44,6
3 - 6 mois	42	15,3
6 - 9 mois	39	14,2
9 - 12 mois	13	4,7
>12 mois	12	4,3
<b>Anomalies échographique du foie (N=627)</b>		
Hépatomégalie	181	70,15
Foie atrophique	34	13,17
Contours irréguliers	142	55,03

Structure hétérogène	157	60,85
Foie nodulaire	113	43,79
<b>Anomalies échographiques extra-hépatiques (N=396)</b>		
Ascite	201	77,90
Splénomégalie	99	38,37
Dilatation de la veine porte (diamètre supérieur à 15mm)	60	23,25
Thrombose portale	36	13,95
<b>Taux de prothrombine (N=232)</b>		
] 0 – 60]	140	60,34
] 60 – 70]	34	14,66
] 70-100]	49	21,12
>100	09	03,88
<b>Taux de l'alpha-foeto-protéine (UI/ml) (N=196)</b>		
<=10	69	35,20
] 10 – 500]	55	28,06
>500	72	36,73
<b>Anomalies hématologiques (N=400)</b>		
Anémie	191	86,81
Leucopénie	23	10,45
Hyperleucocytose	83	37,72
Thrombopénie	87	39,54
Thrombocytose	16	7,27
<b>Infection par le virus de l'hépatite (N=306)</b>		
AgHBs (+)	183	59,8
Ac anti-HBc (+)	123	40,2

\* : trouble de la conscience, ictère.

\*\* Intervalle séparant le début des premiers symptômes de l'hospitalisation

Les examens biologiques non spécifiques fréquemment réalisés au cours de la cirrhose étaient le dosage des transaminases (Alanine amine transférases ou ALAT, les aspartates amine transférases ou ASAT, les gammas glutamine transférase ou gamma GT, les phosphatases alcalines ou PAL, la bilirubine totale et conjuguée, et la numération formule sanguine ou NFS. Les résultats de ces examens figurent aux tableaux II et III. Le rapport des ASAT/ALAT était égal à 2.

**Tableau I. Valeurs des examens biologiques**

Bilan	Moyenne	Valeur minimale	Valeur maximale
ALAT	84,47	3	1720
ASAT	171,02	4	2630
Bilirubine totale	49,63	7,4	236
Bilirubine conjuguée	49,61	5	157
GGT	255,93	13	1446

PAL	241	27	1159
-----	-----	----	------

Le dosage du taux d'alpha foeto-protéine a été effectué chez 196 (71,79%) patients. La moyenne était de  $2843,6 \pm 1465$  UI/ml (tableau II). Sur l'ensemble des patients, 239 (87,5%) ont pu réaliser le dépistage de l'AgHBs et 183 étaient positifs (76,5%). Ceux ayant réalisé le dépistage de l'Ac anti-VHC étaient au nombre de 191(69,9%) et 28 (14,6 %) étaient positifs (tableau II).Le dosage de la charge virale avait été réalisé chez 48 patients (17,5%). L'ADN-VHB moyen s'élevait à 23295569,7UI/ml avec des extrêmes allant de 23 à 110000000UI/ml et était indétectable chez deux patients. L'ARN-C (VHC) a été dosé chez 04 (14,2%) sur les 28 patients dépistés positifs pour l'Ac anti-VHC avec une moyenne de 2749UI/ml.

### 3.3. Evaluation de la gravité de la cirrhose

Les résultats des différents examens biologiques non spécifiques, le dosage du TP, l'albumine sérique (protidogramme) et l'examen clinique antérieurement fait ont permis de faire la classification de 28 patients selon Child Pugh<sup>1</sup>. Quatorze, 11 et trois patients étaient dans les classes C, B et A, respectivement.

## 4. Discussion

### 4.1. Contraintes et limites

Notre étude comporte de façon générale les limites inhérentes à toute étude rétrospective avec son lot de données manquantes. Ainsi le diagnostic de cirrhose a été posé essentiellement sur la base de l'ensemble des critères cliniques, biologiques et échographique, un grand nombre de patients n'ayant pas pu faire le scanner. Le nombre de personnes ayant réalisé l'histologie était encore plus limité. Cependant, la concordance entre les résultats de l'histologie et notre diagnostic basé sur les critères suscités nous rassure que ces limites n'ont pas eu un impact significatif sur la fiabilité et la précision de notre diagnostic.

### 4.2. Les aspects sociodémographiques et épidémiologiques

Dans notre étude, la cirrhose représentait 33,9% des motifs d'hospitalisation dans le service. Nos résultats sont supérieurs à ceux de Sawadogo en 2010 au CHU-YO (Sawadogo, 2011), Tinto en 2001 au CHU-YO (Tinto, 2002) et Ouédraogo en 1997 au CHU-SS de Bobo Dioulasso qui retrouvaient des fréquences hospitalières respectives de 13,23% ; 5,9% et 2,07%.

Cette augmentation constante des proportions depuis 1997 pourrait s'expliquer d'une part par la transition épidémiologique avec l'augmentation des cas de syndromes métaboliques dont l'obésité, l'abus de l'alcool en plus de la question non résolue des hépatites virales et d'autre part par une meilleure prise de conscience des infections virales du foie et une meilleure fréquentation des services de santé dont notamment les services spécialisés avec l'augmentation du nombre des spécialistes (Beste et al., 2015; Li, Zhang, & Zhan, 2018; McPherson & Anstee, 2016; Vento S et al., 2018).

L'âge moyen de nos patients était de  $46,9 \pm 13,8$  ans. Il était similaire à l'âge moyen des patients

<sup>1</sup><https://www.chuv.ch/fr/chirurgie-viscerale/chv-home/professionnels-de-la-sante/score-de-child-pugh-chirurgie-hepatobiliaire>

rapporté par d'autres thèses publiées (Nacoulma, Zongo, Drabo, & Bougouma, 2007) ou non publiées (Sawagodo, 2011; Tinto, 2002) au Burkina Faso. Ces indications chiffrées montrent que nos patients sont plus jeunes en Afrique et particulièrement dans notre pays, par rapport à ceux des pays développés où l'âge moyen varie entre 51 – 58 ans (Beste et al., 2015; Tinto, 2002). La différence des facteurs de risque de la cirrhose en Occident (prédominance du facteur de risque alcool) et survenue plus tardive de la cirrhose et dans les pays à ressources limitées (prédominances des infections hépatiques virales d'acquisition précoce dans les premières années de vie est ici en cause (Askgaard G et al., 2015; Mendy ME et al., 2010; Vento S et al., 2018).

Si nous retenons la variable « genre », il est internationalement établi que les atteintes du foie (infections ou cancers) sont des pathologies à prédominance masculine (Greten, 2019; Guy & Peters, 2013; Sagnelli et al., 2018; Shimizu, Kamochi, Yoshikawa, & Nakayama, 2012). Le sex ratio de 2,7 retrouvé dans notre travail vient corroborer ce constat.

Les résultats de notre étude permettent de définir le malade de cirrhose du foie au CHU-YO comme un homme jeune adulte de moins de 50 ans, qui se présente plus de trois mois après les tout premiers signes avec une augmentation du volume de l'abdomen. L'examen clinique alors révèle la présence d'une ascite (81,3% des cas) et/ou d'une hépatomégalie (62,1%) et/ou d'un ictère (54,2%) ou d'une atrophie hépatique (7,6%). Ce tableau peut d'emblée être compliqué d'hémorragies digestives (8,4% des cas) ou d'encéphalopathie hépatique (8%).

### 4.3. Les antécédents

Aucun de nos patients n'était vacciné contre l'hépatite B. Neuf d'entre eux étaient déjà porteurs connus de l'antigène de surface de l'hépatite B (AgHBs) et quatre avaient un antécédent familial de portage chronique de cet antigène. Sur 273 patients, la prévalence hospitalière de l'AgHBs et l'anti-corps anti HVC était de 76,5% et 14,6%, respectivement comme dans de nombreuses autres études [49 ; 56 ; 64; 67]. Cela permet de supposer que pratiquement tous les patients avaient le facteur de risque lié à l'infection virale et seulement 3,3% connaissaient leur statut au moment de la consultation pour cirrhose. Ce constat pose crucialement la question du dépistage systématique des infections à virus des hépatites B et C, suivi d'une immunisation ou d'un suivi médical. Avec une population estimée à 20 millions en 2018, une prévalence de l'hépatite B à 9,1% et 3,6% pour l'hépatite C (Meda N et al., 2018), le Burkina Faso comptait 1,84 millions de porteurs chroniques du virus de l'hépatite B et 729 000 pour l'hépatite C. Selon les statistiques collectées au niveau des centres de prise en charge de l'hépatite virale, seulement 1,4% des porteurs chroniques de VHB seraient identifiés et beaucoup moins pour ce qui concerne le VHC. Le vaccin contre l'hépatite B a été introduit dans le programme élargi de vaccination en 2006, sans la dose de naissance. Cela signifie qu'une bonne partie des jeunes âgés de 14 ans ou moins est protégée. Le groupe cible reste la population de plus de 14 ans pour laquelle une campagne spécifique de dépistage et de vaccination idéalement gratuite devrait être programmée si le Burkina veut être au rendez-vous de 2030 par rapport aux objectifs d'élimination de l'hépatite B et C (World Health Organization, 2017).

### 4.4. Un délai de consultation trop long

Le délai moyen de consultation à partir des premières manifestations cliniques était de 99 jours. Ce délai trop long pourrait à lui seul expliquer le tableau avancé des signes de la maladie à l'arrivée des patients dont 50% se situaient déjà dans la classe C de Child Pugh alors que l'ADN-VHB moyen

s'élevait à 23295569,7 UI/ml (Fu, Wang, & Shi, 2015; Patel, Yopp, & and Singal, 2015).

#### 4.5. De l'utilité d'une ponction biopsie hépatique

Le diagnostic de cirrhose doit reposer sur un examen histologique. Cet examen en plus d'être invasif, comporte des limites telles que les erreurs d'échantillonnage, les variabilités de l'interprétation des pathologistes, les complications liées au prélèvement, et la réticence des patients à réaliser un tel examen (Jin et al., 2012; Machado, 2011). De facto, la cirrhose s'accompagne d'anomalies caractéristiques pouvant être mises en évidence par l'examen clinique, des analyses biologiques et l'imagerie. Ces moyens permettent souvent d'établir avec une grande certitude le diagnostic de cirrhose sans l'apport de l'histologie et cela à partir de l'association des signes d'hypertension portale et d'insuffisance hépatique.

Seulement 13 (4,7%) ont pu bénéficier d'une ponction biopsie hépatique. Et la cirrhose a été confirmée dans tous les cas donnant une concordance de 100% entre le diagnostic selon nos critères cliniques, biologiques et d'imagerie et le diagnostic par l'histologie. D'autres études confirment cette grande concordance. De plus l'hypothèse diagnostique avant la biopsie serait modifiée seulement dans 8 à 14% des cas environ et la conduite à tenir dans 12% des cas environ (Friedman, 2004; Green & Flamm, 2002; Haute Autorité de Santé, 2006; Reiss & Keeffe, 2005; Spycher, Zimmermann, & and Reichen, 2001). Il se pose alors la question de la pertinence et de l'utilité de l'histologie dans le diagnostic et la prise en charge des cas de cirrhose et cela en comparaison des risques auxquels le patient est exposé du fait de la nature invasive de l'exploration et en particulier lorsqu'il s'agit d'une dégénérescence carcinomateuse sur foie cirrhotique avec risque de dissémination. Le score APRI (aspartate aminotransferase-to-platelet ratio index) a montré une grande valeur dans le diagnostic de la fibrose et cirrhose liées au VHC. Les mêmes résultats n'ont pas été confirmés dans le cas du VHB (Jin et al., 2012). Mais il est important de poursuivre les recherches dans cet objectif et la cible des patients au stade terminale peut être particulièrement intéressante à explorer.

#### 5. Conclusion

Au service de gastro-entérologie du centre hospitalo-universitaire Yalgado Ouédraogo, la cirrhose est un motif de consultation et d'hospitalisation très fréquent. Elle touche encore la population masculine, jeune et active. Les patients présentent un stade très avancé de la maladie. Les virus de l'hépatite B et C en sont les principaux facteurs étiologiques. Dans ce contexte, la prévention par la vaccination (anti-hépatite B), le dépistage systématique précoce avec traitement lorsqu'indiqué sont des armes très efficaces à notre disposition.

#### Conflit d'intérêt :

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

#### Références Bibliographiques

Askgaard G, Gronbaek M, Kjaer MS, Tjonneland A, & JS, T. (2015). Alcohol drinking pattern and risk of alcoholic liver cirrhosis: a prospective cohort study. *J Hepatol*, 62(5), 1061-1067. doi:10.1016/j.jhep.2014.12.005

- Beste, L. A., Leipertz, S. L., Green, P. K., Dominitz, J. A., Ross, D., & Ioannou, G. N. (2015). Trends in Burden of Cirrhosis and Hepatocellular Carcinoma by Underlying Liver Disease in US Veterans, 2001–2013. *Gastroenterology*, *149*(6), 1471-1482.e1475. doi:10.1053/j.gastro.2015.07.056
- Flemming, J. A., Dewit, Y., Mah, J. M., Saperia, J., Groome, P. A., & Booth, C. M. (2019). Incidence of cirrhosis in young birth cohorts in Canada from 1997 to 2016: a retrospective population-based study. *The Lancet Gastroenterology & Hepatology*, *4*(3), 217-226. doi:10.1016/s2468-1253(18)30339-x
- Francoz, C., Belghiti, J., & Durand, F. (2007). Indications of liver transplantation in patients with complications of cirrhosis. *Best Pract Res Clin Gastroenterol*, *21*(1), 175-190. doi:10.1016/j.bpg.2006.07.007
- Friedman, L. (2004). Controversies in Liver Biopsy: Who, Where, When, How, Why? *Curr Gastroenterol Rep*, *6*, 30 - 36.
- Fu, B., Wang, W., & Shi, X. (2015). Impact of delayed diagnosis time in estimating progression rates to hepatitis C virus-related cirrhosis and death. *Stat Methods Med Res*, *24*(6), 693-710. doi:10.1177/0962280211424667
- Green, R. M., & Flamm, S. (2002). AGA technical review on the evaluation of liver chemistry tests. *Gastroenterology*, *123*(4), 1367-1384. doi:10.1053/gast.2002.36061
- Greten, T. F. (2019). Gender disparity in HCC: Is it the fat and not the sex? *J Exp Med*, *216*(5), 1014-1015. doi:10.1084/jem.20190441
- Guy, J., & Peters, M. (2013). Liver Disease in Women: The Influence of Gender on Epidemiology, Natural History, and Patient Outcomes. *Gastroenterology & Hepatology*, *9*(10), 633-6639.
- Haute Autorité de Santé. (2006). Recommandations professionnelles: critères diagnostiques et bilan initial de la cirrhose non compliquée; argumentaire. *Haute Autorité de Santé*, 1-211.
- Jang, J. W. (2009). Current status of liver diseases in Korea: liver cirrhosis. *Korean J Hepatol*, *15 Suppl 6*, S40-49. doi:10.3350/kjhep.2009.15.S6.S40
- Jin, W., Lin, Z., Xin, Y., Jiang, X., Dong, Q., & Xuan, S. (2012). Diagnostic accuracy of the aspartate aminotransferase-to-platelet ratio index for the prediction of hepatitis B-related fibrosis: a leading meta-analysis. *BMC Gastroenterol*, *12*, 14. doi:10.1186/1471-230X-12-14
- Kuniholm, M. H., Lesi, O. A., Mendy, M., Akano, A. O., Sam, O., Hall, A. J., . . . Kirk, G. D. (2008). Aflatoxin exposure and viral hepatitis in the etiology of liver cirrhosis in the Gambia, West Africa. *Environ Health Perspect*, *116*(11), 1553-1557. doi:10.1289/ehp.11661
- Li, B., Zhang, C., & Zhan, Y. T. (2018). Nonalcoholic Fatty Liver Disease Cirrhosis: A Review of Its Epidemiology, Risk Factors, Clinical Presentation, Diagnosis, Management, and Prognosis. *Can J Gastroenterol Hepatol*, *2018*, 2784537. doi:10.1155/2018/2784537
- Machado, N. (2011). Complications of liver biopsy- Risk factors, management and recommendations -. *InTech Published, [Available at: [https://books.google.bf/books?hl=fr&lr=&id=RuSgDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA393&dq=Complications+of+liver+biopsy+Risk+factors,+management+and+recommendations+-&ots=92uEJ4sHMD&sig=nPtfScq5u0y2su7BbqjBX5xIKnk&redir\\_esc=y#v=onepage&q=Complications%20of%20liver%20biopsy-%20Risk%20factors%2C%20management%20and%20recommendations%20-&f=false](https://books.google.bf/books?hl=fr&lr=&id=RuSgDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA393&dq=Complications+of+liver+biopsy+Risk+factors,+management+and+recommendations+-&ots=92uEJ4sHMD&sig=nPtfScq5u0y2su7BbqjBX5xIKnk&redir_esc=y#v=onepage&q=Complications%20of%20liver%20biopsy-%20Risk%20factors%2C%20management%20and%20recommendations%20-&f=false)]*, 1 - 12.
- McPherson, S., & Anstee, Q. M. (2016). Changing epidemiology of chronic liver disease among ethnic groups in the United States. *Hepatology*, *64*(6), 1843-1846. doi:10.1002/hep.28783
- Meda N, Tuillon E, Kania D, Tiendrebeogo A, Pisoni A, Zida S, . . . Dujols P. (2018). Hepatitis B and C virus seroprevalence, Burkina Faso: a cross-sectional study. *Bull World Health Organ*, *96*(11), 750-759. doi:10.2471/BLT.18.208603

- Mendy ME, Welzel T, Lesi OA, Hainaut P, Hall AJ, Kuniholm MH, . . . Kirk GD. (2010). Hepatitis B viral load and risk for liver cirrhosis and hepatocellular carcinoma in The Gambia, West Africa. *J Viral Hepat*, 17(2), 115-122. doi:10.1111/j.1365-2893.2009.01168.x
- Nacoulma, E. W. C., Zongo, S., Drabo, Y. J., & Bougouma, A. (2007). les différents types d'anémies au cours des cirrhoses au centre hospitalier universitaire Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou (Burkina Faso). *Cahiers Santé*, 17(2), 87 - 91.
- Olave, M. C., Gurung, A., Mistry, P. K., Kakar, S., Yeh, M., Xu, M., . . . Jain, D. (2020). Etiology of cirrhosis in the young. *Hum Pathol*, 96, 96-103. doi:10.1016/j.humpath.2019.09.015
- Patel, N., Yopp, A., & Singal, A. (2015). Diagnostic Delays Are Common Among Patients With Hepatocellular Carcinoma. *J Natl Compr Canc Netw*, 2, 13(5), 543-549.
- Poordad, F. F. (2015). Presentation and complications associated with cirrhosis of the liver. *Curr Med Res Opin*, 31(5), 925-937. doi:10.1185/03007995.2015.1021905
- Reiss, G., & Keeffe, E. (2005). Role of Liver Biopsy in the Management of Chronic Liver Disease: Selective Rather Than Routine. *Rev Gastroenterol Disord*, 5(4), 195-205.
- Sagnelli, E., Stroffolini, T., Sagnelli, C., Pirisi, M., Babudieri, S., Colloredo, G., . . . group, E. s. (2018). Gender differences in chronic liver diseases in two cohorts of 2001 and 2014 in Italy. *Infection*, 46(1), 93-101. doi:10.1007/s15010-017-1101-5
- Sawagodo, S. I. A. (2011). Cirrhose décompensée et carcinome hépatocellulaire au centre hospitalier universitaire Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou : aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques. [Thèse de médecine], Université de Ouagadougou, 1 - 120.
- Seki, E., & Brenner, D. A. (2015). Recent advancement of molecular mechanisms of liver fibrosis. *J Hepatobiliary Pancreat Sci*, 22(7), 512-518. doi:10.1002/jhbp.245
- Shimizu, I., Kamochi, M., Yoshikawa, H., & Nakayama, Y. (2012). Gender Difference in Alcoholic Liver Disease, Trends in Alcoholic Liver Disease Research - Clinical and Scientific Aspects,. *IntechOpen*, [ Available from: <https://www.intechopen.com/books/trends-in-alcoholic-liver-disease-research-clinical-and-scientific-aspects/gender-difference-in-alcoholic-liver-disease>]. doi:10.5772/27178
- Sivanathan, V., Kittner, J. M., Sprinzl, M. F., Weinmann, A., Koch, S., Wiltink, J., . . . Schattenberg, J. M. (2014). Etiology and complications of liver cirrhosis: data from a German centre. *Dtsch Med Wochenschr*, 139(36), 1758-1762. doi:10.1055/s-0034-1387240
- Sombié, R., Bougouma, A., Diallo, O., Bonkoungou, G., Cissé, R., Sangare, L., . . . Ilboudo, D. (2010). Hépatite B chronique: aspects épidémiologique, diagnostique, thérapeutique et évolutif au centre hospitalier universitaire Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou. *Journal Africain d'Hépatogastroentérologie*, 4(1), 3-10. doi:10.1007/s12157-009-0137-2
- Spycher, C., Zimmermann, A., & Reichen, J. (2001). The diagnostic value of liver biopsy. *BMC Gastroenterology*, 1(12).
- Stokkeland, K., Hilm, G., Spak, F., Franck, J., & Hultcrantz, R. (2008). Different drinking patterns for women and men with alcohol dependence with and without alcoholic cirrhosis. *Alcohol Alcohol*, 43(1), 39-45. doi:10.1093/alcalc/agm135
- Surial B, Wyser D, Béguelin C, Ramírez-Mena A, Rauch A, & Wandeler G. (2020). Prevalence of cirrhosis in individuals with hepatitis B virus infection in sub-Saharan Africa: Systematic review and meta-analysis. *Liver International*, [Accepted, unedited articles published online and citable], 1 - 8.

- Tinto, S. (2002). Cirrhoses et cancers primitives du foie au centre hospitalier national Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou : aspects épidémiologiques, cliniques et évolutifs. Thèse en médecine, Ouagadougou. [Thèse de médecine], Université de Ouagadougou, 30-45.
- Tsochatzis, E. A., Bosch, J., & Burroughs, A. K. (2014). Liver cirrhosis. *The Lancet*, 383(9930), 1749-1761. doi:10.1016/s0140-6736(14)60121-5
- Vento S, Dzudzor B, Cainelli F, & Tachi K. (2018). Liver cirrhosis in sub-Saharan Africa: neglected, yet important. *The Lancet Global Health*, 6(10), e1060-e1061. doi:10.1016/s2214-109x(18)30344-9
- World Health Organization. (2017). Global hepatitis report. *World Health Organization 2017, Global Hepatitis Programme, Geneva*
- 83.
- Zhou, W. C., Zhang, Q. B., & Qiao, L. (2014). Pathogenesis of liver cirrhosis. *World J Gastroenterol*, 20(23), 7312-7324. doi:10.3748/wjg.v20.i23.7312

© 2021 Somé, 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 (3) N 1

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

Reçu, 23 Décembre 2020

Accepté, 08 Avril 2021

Publié, 14 Avril 2021

<http://revue-rasp.org>

---

## *Recherche*

### **Apport de la politique des logements sociaux à l'amélioration des conditions socio-économiques des maliens.**

### **Contribution of the social housing policy to improving the socio-economic conditions of Malians**

Salif Kone<sup>1</sup>, Doudou Ben Béchir Niang<sup>2</sup>

<sup>1</sup>\* Président de l'Association « Centre de Promotion des Initiatives de Développement »

<sup>2</sup> Maitre-Assistant, Institut National de la Jeunesse et des Sports.

\*Auteur correspondant :E-mail : [salfon1@live.com](mailto:salfon1@live.com), Tel : (+223) 79 31 25 57

## **Résumé**

L'urbanisation a entraîné une crise d'habitation dans les centres urbains. Les spéculations foncières et l'augmentation des loyers qui en découlent, empêchent les personnes à faible revenu d'accéder à la propriété immobilière. Afin de pallier ce problème, l'Etat malien a mis en place une politique facilitant l'accès des moins nantis aux logements. La présente recherche vise à identifier l'apport de cette stratégie dans la politique de développement socio-économique du Mali. Pour mieux cerner notre sujet de recherche, nous avons opté pour une méthodologie purement qualitative à travers l'entretien semi-directif administré à quarante (40) bénéficiaires et huit (8) personnes ressources. Les résultats de l'étude révèlent que l'accès à la propriété immobilière ainsi qu'à l'environnement sain des logements sociaux améliore les conditions de vie sociale et économique de ses bénéficiaires. Les logements sociaux sont équipés des infrastructures électriques, hydrauliques et d'espaces scolaires et de santé. Les travaux et les frais d'installation de ces infrastructures publiques et personnelles sont assurés par l'état. Par contre, les habitants des nouvelles cités font les démarches auprès des services en charge de l'eau, de l'électricité... pour les installations de ces infrastructures à leurs propres frais. Le cadre de vie familial de ces habitations, à la différence des logements

regroupant plusieurs familles de cultures différentes, conserve l'intimité et assure également l'exercice de l'autorité parentale.

**Mots clés : logements, logements sociaux, habitat, Développement, Infrastructures.**

### **Abstract**

Urbanization has created a housing crisis in urban centers. Land speculation and the resulting rent increases prevent low-income people from owning real estate. In order to overcome this problem, the Malian state has put in place a policy facilitating access to housing for the less well-off. The present research aims to identify the contribution of this strategy in the socio-economic development policy of Mali. To better understand our research subject, we opted for a purely qualitative methodology through semi-structured interviews administered to forty (40) beneficiaries and eight (8) resource persons. The results of the study reveal that access to real estate property as well as to the healthy environment of social housing improves the social and economic conditions of its beneficiaries. Social housing is equipped with electrical, hydraulic, school and health facilities. The works and installation costs of these public and personal infrastructures are insured by the state. On the other hand, the inhabitants of the new cities make the formalities with the services in charge of water, electricity... for the installations of these infrastructures at their own expense. The family living environment of these dwellings, unlike the dwellings grouping together several families from different cultures, maintains privacy and also ensures the exercise of parental authority.

**Keywords: housing, social housing, habitat, Development, Infrastructures.**

## 1- Introduction

L'accès à une propriété immobilière demeure un rêve pour la majorité des maliens résidant dans les centres urbains. Autrefois, l'attribution presque gratuite des parcelles par les chefs coutumiers permettait à la plupart des nécessiteux de devenir propriétaires immobiliers. Aujourd'hui les spéculations foncières, le coût exorbitant des parcelles et les conflits fonciers sont des obstacles à la réalisation de logements par les moins nantis.

Afin de réduire ces difficultés et faciliter l'accès à des habitats viabilisés aux couches sociales défavorisées, l'Etat malien depuis son accession à l'indépendance a fait de la politique des logements sociaux, une priorité dans la lutte contre la pauvreté. Cela s'est intensifié avec le programme de construction de 14 000 logements sociaux sous le régime d'Amadou Toumani Touré<sup>1</sup>.

Construits sur toute l'étendue du territoire national, ces logements ont relativement contribué à la diminution des charges des bénéficiaires qui consacraient une part importante de leurs revenus au paiement des loyers. Ils ont en outre permis l'accès à des infrastructures et équipements dans les quartiers nouvellement construits (KONE, 2008).

Par conséquent, les multiples problèmes liés à la cohabitation sont considérablement réduits avec la propriété individuelle qui permet aux chefs de famille d'asseoir leur autorité familiale, de mieux éduquer leurs enfants et contrôler les mouvements tardifs des dépendants. Le cadre de vie sain et viabilisé des habitats participe également au bien être des habitants par la réduction des vecteurs de maladies tels que les moustiques et les mouches (KONE, 2008). Ainsi, quel apport la politique des logements sociaux peut-elle avoir pour l'amélioration des conditions socio-économiques des maliens?

La présente recherche vise à identifier l'apport de la politique des logements sociaux à l'amélioration des conditions socio-économiques des maliens.

## 2- Matériaux et Méthodes

Dans cette étude nous avons procédé à une étude documentaire et à une enquête qualitative.

### 2.1- Recherche documentaire :

---

<sup>1</sup> Amadou T. Touré a réalisé 10 000 logements sociaux de 2004 à 2012, la construction de 4 000 autres étaient en cours quand il quittait le pouvoir en 2012 à la suite d'un renversement de régime.

Dans cette phase, il était question de s'informer au sein des bibliothèques (Centre Djoliba, Centre Culturel Français et la bibliothèque nationale) afin de s'enquérir l'opinion de divers auteurs et l'état de la recherche. Les informations obtenues à partir de cette lecture bibliographique ont été enrichies par celles de l'internet et des personnes ressources.

## **2.2- Enquête qualitative :**

Selon B. Malinowski dans n'importe quelle branche du savoir, les résultats de la recherche scientifique doivent être présentés de façon tout à fait probe et sincère. Nul ne songerait à apporter une contribution scientifique dans le domaine de la physique ou de la chimie, sans fournir un rapport détaillé sur l'ensemble des dispositions prises lors des expériences, un inventaire exact de l'appareillage utilisé, un compte rendu de la manière dont les observations ont été pratiquées, de leur nombre, du laps de temps consacré, du degré d'approximation prévu pour chaque mesure. Chaque savant se doit de faire connaître au lecteur la façon dont les recherches et les expériences ont été menées (MALINOWSKI, 1922).

Les techniques d'enquête visent essentiellement à collecter des données suffisamment pertinentes afin de rendre opérationnelle notre hypothèse de recherche (N'DA, 2006).

Ainsi, nous avons choisi de faire une enquête qualitative pour collecter nos informations. Contrairement à l'enquête quantitative, l'enquête qualitative s'intéresse à un nombre restreint de personnes ressources, choisies pour leur niveau d'implication dans le phénomène à étudier, ou celui de leur information par rapport à une situation. Il convient de noter que la collecte des données s'est déroulée du 19 juin au 20 juillet 2019.

**2.3 Les outils de recherche :** le principal outil de recueil des données utilisé dans cette recherche est l'entretien semi-directif.<sup>2</sup>. En effet pour saisir et comprendre le sens que les acteurs donnent à leur action, il faut nécessairement faire un détour par ce qu'ils ont en tête ; or l'entretien seul permet de le savoir, car le discours produit par l'entretien est plus précis, plus riche et plus dense que celui qui ressort de réponses données à des questions fermées comme c'est le cas d'un questionnaire (BARBUSSE et GLAYMANN, 2008).

Donc l'entretien permet de savoir comment les individus sont parvenus à une situation, ou vivent une situation. Pour ce faire, nous avons conçu deux guides d'entretien : l'un adressé aux bénéficiaires et l'autre à l'administration de l'Office Malien de l'Habitat (OMH) et ses partenaires en l'occurrence la Direction Nationale de l'Urbanisme et de l'Habitat (DNUH) et

---

<sup>2</sup> L'entretien semi-directif, consiste à laisser s'exprimer autant que faire se peut l'enquêté en référence à une série de questions prédéterminées par le sociologue qui lui servent de guide d'entretien. C'est ce type d'entretien qui est le plus utilisé en sociologie.

la Coordination Nationale des Logements Sociaux (CNLS). Les entretiens ont été conduits en français et bambara selon la langue maîtrisée par l'enquêté. Notre préférence à cette stratégie de recueil d'information se justifie par l'établissement d'un cadre d'échange permettant à l'enquêté de s'exprimer librement et au chercheur d'élucider les réponses floues ou ambiguës. Ce qui facilite par conséquent le recueil et l'interprétation d'un discours riche en données assimilées.

#### **2.4 Présentation de la zone d'étude :**

Le quartier de Yirimadio abrite les 320 logements sociaux de Bamako. Il est situé à l'Est de la commune VI. C'est l'un des dix quartiers de cette commune<sup>3</sup>. Sa superficie s'étend sur 350 hectares (ancien tissu). Il est limité au Nord par Missabougou concession rurale ; et à l'Est par Niamana. A l'instar des autres localités du Mali, Yirimadio est caractérisé par deux saisons : la saison pluvieuse (Juin-Octobre) et la saison sèche (Novembre-Mai). Durant la première, la mousson demeure le vent dominant tandis que la seconde est marquée par l'harmattan. Outre, le quartier est traversé par un ravin qui draine les eaux de pluie vers le fleuve Niger. Sa population est estimée à 7009 habitants. Yirimadio est constitué de plusieurs ethnies notamment les Bambara (Diarra, Coulibaly, Traoré) qui détiennent la chefferie. L'agriculture, l'élevage, l'artisanat et le commerce sont les principales activités économiques. Les activités agricoles sont soutenues par la culture maraîchère et la cueillette de divers fruits (mangue, noix de karité etc.). Au niveau du commerce, le secteur informel en occurrence la spéculation foncière demeure une des activités principales pourvoyeuses de revenus.

#### **2.5 L'échantillonnage :**

Notre recherche porte essentiellement sur les logements sociaux de Yirimadio (320 logements). Pour mener à bien cette étude, nous avons procédé à l'échantillonnage aléatoire (stratifié) qui consiste à subdiviser une population hétérogène en sous population homogène sur lesquelles on prélève au hasard un échantillon<sup>4</sup>. Il convient de signaler cependant, que cette technique n'a été appliquée qu'aux bénéficiaires des logements. Pour l'administration, l'entretien s'est passé avec les principaux responsables de l'OMH, de la DNUH et de la CNLS. Au total, nous nous sommes entretenus avec 40 personnes du côté des bénéficiaires dont 19 salariés, 19 non-salariés et 2 maliens de l'extérieur.

---

<sup>3</sup> La commune VI regroupe dix quartiers dont trois à caractère urbain (Faladié, Banan-kabougou, Sogoniko) et sept semi-rural (Dianéguéla, Missabougou, Niamakoro, Soko-rodji, Sénou, Yirimadio et Magnambougou).

<sup>4</sup> Les échantillons sont des « modèles réduits » de la population. La sélection d'un échantillon vise à obtenir la meilleure représentativité possible, compte tenu des contraintes de temps et de financement imposées par l'enquête.

Ces nombres ont été choisis en fonction du prorata de chaque strate dans l'ensemble de la population mère. Quant à l'administration (OMH, DNUH, CNLS), l'entretien s'est déroulé avec huit (8) personnes en charge de la politique des logements sociaux.

### 3- Résultats

#### 3.1- Apport social :

Etant destinée aux personnes à revenus faibles et intermédiaires, la politique de logements sociaux a une visée sociale. Le système d'assurance instauré garantit la propriété aux dépendants même après le décès du bénéficiaire. Nous retrouvons ainsi une sorte de solidarité collective : les frais d'assurance assurent le recouvrement des frais de remboursement des bénéficiaires décédés avant terme. En plus, l'Etat offre ces habitations à prix réduit avec des conditions de remboursement exceptionnelles de vingt-cinq ans.

« Constatant que plus de 50% de la population urbaine du Mali vit en location parfois dans les situations déplorables, le pouvoir public a décidé d'initier une vaste politique de logements sociaux à l'endroit des moins nantis dont les revenus correspondent 3 à 7 fois le SMIG<sup>5</sup> » déclarait ainsi M.S, coordinateur national des logements sociaux. En fait nous retenons de ce discours, une volonté manifeste de l'Etat à atténuer la crise d'habitat et ses conséquences : prolifération de taudis, urbanisation anarchique etc.

Ainsi, l'Etat se veut garant de la promotion sociale des citoyens mal logés constituant une bonne partie de la population malienne. En effet, la réduction des problèmes sociaux causés par le déficit d'habitat demeure sans doute l'enjeu principal de la réalisation des logements sociaux. Il s'agit de mettre le maximum d'infortunés dans un habitat décent conformément aux objectifs du millénaire pour le développement.

Au niveau des bénéficiaires, l'enjeu est socialement énorme. L'accès à ces logements change considérablement leurs conditions de vie. Car, il leur permet d'échapper aux multiples problèmes d'habitations locatives : restrictions autoritaires du propriétaire immobilier, loyer élevé et difficultés de cohabitation.

Ce qui s'illustre dans le discours de F.F, ouvrière à la SONATAM. Celle-ci déclarait en substance :

« *Auparavant, je vivais dans une maison antichambre avec mes enfants.* »

---

<sup>5</sup> Le salaire minimum interprofessionnel garanti

*En ce moment nous étions contraints dès l'aube à faire la queue devant l'unique toilette servant l'ensemble des colocataires. Souvent, pour éviter d'être en retard au travail, j'étais obligée de me laver dans la cuisine suite à l'occupation permanente de la toilette par les autres. Mais actuellement, je remercie Dieu d'avoir cette maison au moment même où mon mari est paralysé par une maladie. Sinon, il n'allait probablement pas survivre jusqu'à présent eu égard aux difficultés rencontrées dans la colocation. En effet, contrairement à l'ancien habitat, ce logement me permet de faire la toilette de mon mari et lui apporter des soins dans l'intimité sans contraintes relatives à l'usage des biens collectifs ».*

On retient de ces propos, l'impact qu'a la propriété immobilière privée sur la vie sociale d'un individu ou d'un foyer. D'une part, elle permet de vivre en intimité ; et d'autre part, elle épargne à la famille les contraintes liées à l'usage des biens communs fréquentes dans les habitations collectives. Ce qui procure une liberté et un soulagement aux bénéficiaires des logements sociaux qui ne sont plus exposés aux regards indiscrets des colocataires et peuvent utiliser désormais les équipements immobiliers à leur guise.

### **3.2- Apport économique :**

L'accès aux logements sociaux contribue à l'amélioration du pouvoir d'achat des bénéficiaires en leur permettant d'investir dans d'autres secteurs socio-économiques l'épargne résultant du faible remboursement mensuel<sup>6</sup>. Bon nombre d'entre eux ne pouvaient pas se procurer une habitation sur le marché libre à cause du loyer élevé les empêchant d'économiser ou du prix exorbitant des matériaux de construction. Mais avec cette location-vente, ils paient moins chers le frais immobilier tout en devenant propriétaires à la fin de vingt-cinq années de remboursement mensuel. Ainsi, selon M.C, enseignant aux 320 :

*« Ces logements sont presque un cadeau, car il n'est pas facile d'acheter un terrain à Bamako à forte raison de le construire. En accédant à ce logement mes dépenses ont été réduites de moitié. Avec mon propre compte, je paie juste ce que ma famille consomme.*

*Or, en colocation il y avait injustice dans le paiement des factures d'électricité. En effet, mes colocataires branchaient leurs réfrigérateurs et allumaient les téléviseurs à longueur de journée. Mais à la fin du mois, nous partageons à part égale les factures malgré l'absence de gros appareils consommateurs d'énergie à mon niveau. Ce n'est qu'en déménageant ici que j'ai pu me procurer un réfrigérateur grâce à la diminution des dépenses ».*

---

<sup>6</sup> Par exemple, en se référant des 320 logements sociaux de Yirimadio, le remboursement mensuel est de 26053 franc pour les maisons de type F2, et 30827 franc pour les types F3. Cette échéance de paiement s'étend sur 25 ans...

Il ressort de ce discours une réduction des charges économiques qu'occasionne l'accès aux logements sociaux. Les équipements immobiliers y sont à titre individuel. Ne partageant plus les frais d'électricité, d'eau et d'entretiens immobiliers avec des colocataires, ils paient à leur juste valeur leurs factures personnelles. Ceci évite une certaine injustice où certains locataires consommant moins, contribuent plus qu'il ne le faut aux paiements des factures communes.

Sur un autre plan, la politique des logements sociaux facilite l'installation d'équipements et d'infrastructures publics. Ce qui représente un gain économique pour les habitants. En effet, la viabilisation des sites épargne à ceux-ci des dépenses financières relatives à l'électrification et à l'installation d'infrastructures hydrauliques. Ces derniers coûtent chers lorsqu'il s'agit de raccordement individuels. Ainsi, selon C.M, agent d'ASECNA :

*« On ne construit pas une école ni installer l'éclairage public pour quelques logements isolés. Mais dans le cadre des logements sociaux, les équipements et les infrastructures sont simultanément réalisés avec les habitations. Cependant, si l'on s'en tenait aux constructions individuelles, l'installation d'ouvrages publics sur les nouveaux sites allait prendre plusieurs années puisque les constructions et les déménagements ne se feront pas ensemble. Or, il est impératif que la zone soit peuplée avant d'espérer toute installation d'infrastructures et d'équipements publics ».*

On retient de ce discours, la viabilisation des sites que bénéficie les communautés résidentes des logements sociaux. En effet, cette dernière dispose d'une alimentation en eau potable, d'électrification avec des branchements individuels, de points d'éclairage public, de caniveaux maçonnés ainsi que des voiries revêtues. De plus, elle bénéficie d'infrastructures publiques comme les écoles, les centres de santé et les postes de police. Toute chose qui épargne à la cité des dépenses d'installation d'équipements et d'infrastructures publics : électricité, robinets, voiries etc.

Enfin, à ces enjeux économiques, il convient d'ajouter la réduction du chômage qui demeure l'un des avantages de la politique d'habitats sociaux. A travers la production de ces habitats, le secteur du bâtiment participe à la lutte contre la pauvreté par la création de milliers d'emplois pour les travaux de construction.

### **3.3- Apport éducatif :**

Les logements sociaux offrent un cadre d'exercice propice à l'éducation. Un plan de la cité est établi avec des espaces aménagés répondant aux normes d'établissements scolaires. Ce qui fait la différence avec la plupart des espaces scolaires réalisés à proximité de lieux pouvant perturber l'apprentissage ou la transmission de connaissance. En ce qui concerne l'éducation

parentale, elle est mieux exercée dans une maison abritant une seule famille qu'en colocation où vivent plusieurs foyers ayant parfois un idéal opposé d'instruction des enfants aux normes et valeurs sociales. Ainsi, les enfants peuvent facilement adopter les modèles éducatifs inculqués par les colocataires à leurs progénitures. En outre, il est difficile aux parents de surveiller et d'encadrer leurs progénitures étant dans une cour commune où les portes sont ouvertes et fermées au gré de chaque locataire. Dans ce contexte, ils peuvent clandestinement sortir pendant la nuit pour s'adonner à des pratiques malsaines.

Mais avec les logements sociaux, la propriété individuelle des locaux permet aux chefs de famille de contrôler les horaires de sortie et d'entrée nocturne de ses dépendants car il dispose d'une liberté sur la fermeture des portes en temps souhaité. De ce fait, les mouvements des enfants sont réduits et contrôlés puisqu'ils ne profitent plus de l'ouverture permanente ou de la fermeture tardive du portail de la cour commune. Toute chose qui favorise l'application des restrictions parentales et l'adoption des normes éducatives.

Ainsi, selon H.M, enseignant : *« L'accès aux logements sociaux m'a permis de canaliser mes enfants, car je peux ouvrir et fermer ma porte quand je le souhaite. Tel était impossible lorsque j'étais en colocation où tout le monde pouvait rentrer et sortir sans contrôle ».*

### **3.4- Apport sanitaire :**

L'aménagement d'espace conçu pour les centres de santé, l'installation des voiries et les contrôles administratifs des normes hygiéniques offrent aux habitants des logements sociaux un cadre de vie sain. Ce qui diminue la présence des vecteurs de maladie épidémique, endémique et réduit conséquemment le taux de morbidité. En effet, les Groupements d'Intérêt Economique ramassent quotidiennement les ordures afin d'éviter l'emménagement des déchets domestiques favorisant la prolifération des mouches et moustiques.

En plus, des sanctions de L'OMH contre les bénéficiaires violant les mesures d'assainissement sont de nature à maintenir les cités propres. Ces sanctions visent notamment les bénéficiaires injectant leurs déchets solides et liquides dans les caniveaux conçus pour l'écoulement d'eaux pluviales.

En principe, chaque bénéficiaire a un puisard et une poubelle dans lesquels il doit respectivement déverser ses déchets liquides et ordures ménagères. Et ceux qui ne se conforment pas à cette règle sont rappelés à l'ordre par les voisins et les comités de gestion. En cas de récidive, ils risquent une expropriation de l'OMH suite à un rapport adressé à cette structure par les comités de gestion. Ce qui pousse les habitants aux respects des normes d'assainissement et à offrir à la cité un environnement sain.

De plus, l'absence de pollutions atmosphériques des centres urbains au niveau des logements sociaux réduit considérablement les maladies cardiaques et pulmonaires dans lesdits logements. A s'en tenir aux propos de B.A, ménagère : « *L'assainissement des lieux offre une santé durable aux familles. Les enfants peuvent faire des mois sans tomber malades du paludisme, de la diarrhée et de la toux. Ce cadre sain est d'autant maintenu car ceux qui ne respectent pas les mesures d'assainissement sont rappelés à l'ordre par les voisins qui ne souhaitent pas être soupçonnés de complice* ».

On constate dans ce discours, la prospérité sanitaire offerte par l'environnement des logements sociaux. En effet, les caniveaux maçonnés facilitent l'écoulement des eaux pluviales et évitent la prolifération des vecteurs de maladies attirés par les eaux stagnantes. De plus, la surveillance accrue des mesures d'hygiène imposées par l'OMH contraint les bénéficiaires à assainir leurs devantures. Et comme conséquence, il en résulte une baisse du taux de morbidité.

### **3.5- Apport sécuritaire :**

Les grandes cités des logements sociaux à l'instar de celles de Yirimadio disposent de postes de police et de sapeurs-pompiers. Ceci diminue le nombre croissant de banditisme (vols, escroquerie, meurtres) et les effets liés à d'éventuels incendies, déluges ou accidents routiers. En effet, les patrouilles policières réduisent les inquiétudes d'une population urbaine subissant les exactions nocturnes des délinquants. Avec la police, les habitants sont la plupart du temps rassurés par les patrouilles nocturnes des forces de l'ordre.

En outre, la présence des sapeurs-pompiers permet d'abaisser l'ampleur des catastrophes naturelles et de la circulation routière. Etant déjà sur place, ceux –ci peuvent intervenir rapidement sur les lieux pour éviter l'extension des dégâts. Ce qui fait dire à D.S, secrétaire de direction que : « *L'installation d'infrastructures sécuritaires est un grand atout pour les habitants des logements sociaux. L'éclairage public diminue les opérations des bandits qui profitent de l'obscurité pour s'infiltrer à l'intérieur des maisons ou tenter des embuscades sur les passants. Par ailleurs aussi, les contrôles des policiers empêchent les délinquants de semer la terreur et procurent à la population un sentiment de sécurité* ».

On observe dans ces propos, une diminution d'activités criminelles dans les logements sociaux équipés d'éclairages publics et de services de sécurité. Tel n'est pas généralement le cas au sein des quartiers périphériques où les activités criminelles s'opèrent couramment. Celles-ci sont favorisées en grande partie par l'inexistence d'éclairages publics et de force de

sécurité. L'un des avantages des logements sociaux demeure donc l'existence de ces infrastructures exemptes ordinairement dans les zones périphériques.

### **3.6- Enjeu stratégique :**

Conscient qu'il ne pourra relever seul le défi de la satisfaction des besoins en logements, le pouvoir public a initié des politiques incitant les agences et sociétés immobilières à la production de logements économiques. Il s'agit d'une exonération d'impôts et de droits douaniers sur les matériaux de construction (fer, ciment etc.) pour toute entreprise s'engageant à construire des logements sociaux. Malgré ces mesures, l'attitude des promoteurs immobiliers demeurait figée. Ils continuèrent sur leur lancée de promotion d'immeubles de standing hors portée de l'immense majorité des maliens.

Prenant acte de l'échec de cette stratégie à l'endroit du secteur privé, le pouvoir public à travers l'OMH va entreprendre lui-même l'initiative de construire en masse des habitations économiques et très économiques afin d'infléchir la tendance des sociétés immobilières. Ainsi, selon F.Y, chef division études et programmes à l'OMH :

*« L'un des enjeux de la production des logements par l'office malien de l'habitat est de montrer l'exemple aux sociétés immobilières qu'elles peuvent construire des logements économiques avec bénéfices. Ceci à travers les avantages fiscaux et les exonérations sur les produits de construction ».*

Il ressort de ce discours, une volonté de persuasion du pouvoir public à l'endroit des sociétés immobilières réfutant l'idée de production d'habitats sociaux. Ainsi, à travers l'OMH, l'Etat espère démontrer aux sociétés immobilières qu'elles peuvent réaliser des habitats sociaux avec profits résultant d'avantages fiscaux : exonération sur les matériaux et parcelles de construction. Ce qui leur garantit en principe les mêmes bénéfices qu'elles réalisent dans la production de duplex, appartement à coût élevé, destinés à une couche minoritaire de la population nantie.

Enfin de compte, cette stratégie de l'Etat semble porter ses fruits. Au départ les sociétés et agences immobilières avaient rejeté la politique de l'Etat incitant à la production de logements sociaux. Mais actuellement délaissées par une population tournée vers ce type d'habitat, elles ont revu leur position en la matière. C'est dans ce cadre qu'un nouveau partenariat dénommée P.P.P (partenariat public privé) a été instauré. Il consiste pour l'Etat à acheter des logements économiques et très économiques aux sociétés immobilières et les revendre aux infortunés selon les mêmes tarifs et modalités de paiement à l'OMH.

#### 4- Discussion :

Depuis l'antiquité, l'homme n'a cessé de lutter contre les calamités naturelles (la pluie, le soleil, le vent, le froid...) et tous les autres aléas climatiques. Ce constat fait par Jean Havel dans son œuvre *habitat et logement* illustre à juste titre l'engagement permanent de l'humanité pour un cadre de vie sain (HAVEL, 1967).

Au début du dix-neuvième siècle, la forte croissance démographique, le chômage et l'inflation ont été à l'origine d'une migration de masse en Europe. Durant cette période, la demande de logement dépassant l'offre, certains bailleurs ont profité de la crise pour mettre en location des habitations précaires où l'entassement et l'insalubrité étaient les principales caractéristiques. Cette situation a abouti à l'instauration d'un climat social dégradé, par suite à une réflexion internationale sur le problème d'habitat. Ainsi, lors d'une exposition universelle sur l'amélioration du logement en 1889, un congrès international des habitations ouvrières annonce pour la première fois l'avènement des " habitations à bon marché".

Jusqu'à la fin du dix-neuvième siècle, les bénéficiaires de ces habitations à bon marché (HBM) construites par les sociétés anonymes étaient principalement des employés logés par les employeurs. La conjoncture économique de 1929 entraîne l'arrêt des constructions HBM. Cependant, les dégâts causés par les bombardements, et l'essor industriel expriment de nouveau à la fin de la seconde guerre mondiale un besoin pressant en logements. Dépassées par les défis à relever : la construction et la réhabilitation des millions d'habitats, les sociétés de construction des habitations à bon marché seront relayées par les pouvoirs publics en 1950. Ce fut l'avènement des habitations à loyer modéré (HLM) avec l'Etat qui inaugure les politiques nationales de logement. Ainsi, en Allemagne 75% des ménages bénéficiaient de logements sociaux dans les années cinquante ; période à laquelle les ministères du logement furent créés en Europe (FOURCAULT, 2003). Plus tard, cette politique de promotion immobilière à l'occidentale a été imitée par les nations nouvellement indépendantes.

A nos jours, la question de logement continue de susciter un intérêt croissant dans la politique d'habitat des centres urbains. Dans certains pays tel que le Salvador, les communautés à faibles revenus ont même entamé une lutte armée pour réclamer l'accès à un logement et à la propriété foncière (HAYS et MATUK, 1995). Toute chose qui a poussé bon nombre d'Etats à produire des logements sociaux pour les classes sociales défavorisées. Cependant, l'apport de cette production reste mitigé dans la plupart des états. En effet, les logements sont réalisés et attribués à un nombre restreint de démunies et dont le choix est contesté par une franche importante de la population mettant en doute l'application correcte des critères de sélection.

Cela s'illustre par Durand-LASSERVE qui évoque dans son livre intitulé « l'exclusion des pauvres dans les villes du tiers monde » le paradoxe entre l'identification des pauvres comme bénéficiaires des logements sociaux et l'attribution de ces logements à des couches sociales parfois nanties (DURAND-LASSERVE, 1986). Ce qui paraît injuste pour Bernard BOUBLI qui explique l'intervention des Etats européens dans la production des logements sociaux suite à l'incapacité du secteur privé à répondre aux besoins immédiats de reconstruction des pays dévastés par la seconde guerre mondiale (BOUBLI, 1985).

Au Mali, la politique de logements sociaux conçue comme un programme de lutte contre la pauvreté suscite un immense intérêt pour les maliens qui postulent massivement aux différentes attributions. L'accès à ces logements contribue à la diminution des charges financières pour les bénéficiaires desdits logements (DIALLO, 2020). Les différents impacts sur le plan socioéconomique améliorent conséquemment la qualité de vie de ses habitants qui bénéficient de la viabilisation des cités nouvellement construites.

Toutefois, nous constatons des insuffisances à cette politique de logement. La demande dépasse largement l'offre (Tableau 1).

Tableau 1. Statistique des logements sociaux (2003-2007)

Progr.	Localités	Postulants				Bénéficiaires			
		Salariés	Non Salariés	Maliens de l'extérieur	Total	Salariés	Non Salariés	Maliens de l'extérieur	Total
1008 logmts	1008 lgts Bamako	3199	1505	446	5150	626	296	86	1008
	<b>Sous total 1</b>	<b>3199</b>	<b>1505</b>	<b>446</b>	<b>5150</b>	<b>626</b>	<b>296</b>	<b>86</b>	<b>1008</b>
525 logmts	320 lgts Bamako	3069	2585	193	5847	156	155	9	320
	127 lgts Ségou				176	77	47	3	303
	50 lgts Gao	51	33	1	85	25	24	1	623
	28 lgts Kidal	14	18	1	33	14	13	1	28
	<b>Sous total 2</b>	<b>3134</b>	<b>2636</b>	<b>195</b>	<b>6141</b>	<b>272</b>	<b>239</b>	<b>14</b>	<b>525</b>
880 logmts	501 lgts Bamako	3717	3251	746	7714	244	212	45	501
	76 lgts Kayes	64	90	5	159	26	48	2	76
	20 lgts Nioro	12	11	1	24	10	9	1	20
	20 lgts kita				34	12	7	1	20
	145 lgts Mopti	123	89	1	213	84	60	1	145
	20 lgts Bandiagara	21	26	1	48	13	7	0	20
	30 lgts San				67	4	23	3	30
	33 lgts Tombouctou	27	19	4	50	23	9	1	33
	20 lgts Goudam	9	13	1	23	6	13	1	20
	<b>Sous total 3</b>	<b>3981</b>	<b>3511</b>	<b>760</b>	<b>8353</b>	<b>428</b>	<b>397</b>	<b>55</b>	<b>880</b>
	1325 lgts	4354	4793	759	9906	636	589	100	1325

1653 logmts	Bamako								
	27 lgts Koulikoro	55	2	3	60	25	1	1	27
	20 lgts Kati	38	14	2	54	12	7	1	20
	20 lgts Bougouni	19	7	0	26	13	7	0	20
	30 lgts Koutiala	26	26	3	55	10	18	2	30
	120 lgts Sikasso	128	54	6	188	75	39	6	120
	55 lgts Ségou	187	69	9	265	35	19	1	55
	36 lgts Gao	53	51	1	105	20	16	0	36
	10 lgts Ansongo	5	6	0	11	5	5	0	10
	10 lgts Ménaka	10	2	0	12	8	2	0	10
	<b>Sous total 4</b>	<b>4875</b>	<b>5024</b>	<b>783</b>	<b>1068</b>	<b>839</b>	<b>703</b>	<b>111</b>	<b>1653</b>
<b>TOTAL</b>	<b>15189</b>	<b>12676</b>	<b>2184</b>	<b>3032</b>	<b>2165</b>	<b>1635</b>	<b>266</b>	<b>4066</b>	

*Source : Office Malien de l'Habitat*

Les normes architecturales sont peu respectées par les entreprises de construction. De même, les réalités socioculturelles du pays ne sont pas assez prises en compte par l'office malien de l'habitat qui élabore des plans convenables pour certaines familles nucléaires mais inappropriés pour les familles étendues.

Certains logements construits présentent des fissures considérables liées à la qualité des matériaux de construction et à l'insuffisance des arrosages du béton. En outre, la structure restreinte des logements ne permet pas d'abriter une famille élargie, type familial traditionnellement dominant dans nos sociétés. Le calvaire du surnombre dans les chambres se poursuit chez bon nombre de bénéficiaires. Seuls, ceux qui ont relativement des moyens entreprennent des réaménagements pour loger décemment leurs familles. Ces réaménagements illicites mettent en danger la sécurité des habitants. En effet, sans l'expertise des professionnels du bâtiment, beaucoup de bénéficiaires font des élévations à niveau (maison à étage) non conformes aux normes de sécurité recommandées en la matière. Ces difficultés susmentionnées et l'éloignement des logements des centres urbains sont à l'origine de l'inoccupation ou de la sous-location des maisons. Ce phénomène d'inoccupation s'observe particulièrement dans les régions de Bougouni, Kayes Kidal, Menaka et Ansogo. Dans ces trois dernières régions, les logements sociaux sont réalisés pour une population semi-nomade où le coût d'accès à la propriété foncière est relativement abordable. De ce fait, beaucoup préfèrent acheter des parcelles et construire leurs maisons selon leurs propres plans. Par ailleurs, l'approvisionnement en eau et électricité est irrégulier dans les périodes de forte chaleur où les besoins d'eau et d'électricité s'accroissent. Ce qui rend mitigé l'apport de la

politique des logements sociaux sur le bien-être des populations, singulièrement des bénéficiaires.

## **5- Conclusion**

En somme, nous pouvons affirmer au terme de cette recherche une réduction des charges sociales et économiques de certains bénéficiaires des logements sociaux.

Ils les permettent d'obtenir un double gain socio-économique : d'une part le faible « loyer » leur permet d'économiser et d'investir dans d'autres secteurs vitaux tels que l'éducation et la santé ;

D'autre part, l'accès à la propriété immobilière au terme du remboursement des mensualités offre aux familles une stabilité en matière d'habitation.

De plus, cet accès amoindrit les souffrances encaissées par certains locataires victimes du phénomène taudis et autres calvaires des habitats locatifs.

Par ailleurs, l'assainissement des lieux et l'installation d'infrastructures sécuritaires (police, pompiers) dans les cités des logements sociaux procurent à la population une santé durable et une couverture sécuritaire atténuant l'effet du banditisme et des accidents ou incidents de toute nature.

Enfin, malgré toutes les informations issues de cette enquête, la recherche sur le sujet est loin d'être close. Elle mérite encore d'autres investigations afin de déceler des points d'ombre méconnus ou ignorés simplement par les novices que nous sommes. Ainsi, nous envisageons un nouvel article portant sur les problèmes de la politique des logements sociaux au Mali.

## **Remerciements**

Nous ne pourrions rédiger cet article sans remercier les différentes personnes ayant accepté de participer à cette étude. Ainsi, nous remercions l'ensemble du personnel de l'Office Malien de l'Habitat pour leur collaboration ; et tous les enquêtés qui ont bien voulu répondre à nos interviews.

## **Conflit d'intérêt**

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

## Références bibliographiques

- BARBUSSE, B., GLAYMANN, D. (2008). Introduction à la Sociologie. 260p
- BOUBLI, B. (1985). Le logement. Paris, PUF, 127p
- DIALLO, B. (2020). Politique de logements sociaux et problématiques d'attribution au Mali : cas des 1008,320 et 501 de Yirimadio en commune VI du District de Bamako. *Revue Africaine Des Sciences Sociales Et De La Santé Publique*, 2(1), 111-125. Consulté à l'adresse <https://www.revue-rasp.org/index.php/rasp/article/view/28>
- DURAND-LASSERVE, A. (1986). L'exclusion des pauvres dans les villes du tiers monde. Paris, Karthala, 198p
- FOURCAULT, A. (2003). « La caisse de dépôts et consignations et le logement social. De la loi loucheur à la guerre : un constat d'échec ? » in : Aglan, A., Magairaz, M., Verhehde, P. La caisse de dépôts et consignations, la seconde guerre mondiale et le vingtième siècle. Paris, Albin Michel, 224p
- HAVEL, J. (1967). Habitat et logement. Paris, PUF, 125p
- HAYS, A., MATUK, S. (1995). Construire pour la paix. Paris, Alternative/UNESCO, 143p
- KONE, S. (2008). Enjeux, problèmes et perspectives des logements sociaux : Cas des 320 sociaux de Yirimadio. Bamako, Université de Bamako, 80p
- MALINOWSKI, B. (1922). Les argonautes du pacifique occidental. Paris, Gallimard, 606p
- N'DA, P. (2006). Méthodologie de la recherche, de la problématique à la discussion des résultats : comment réaliser un mémoire, une thèse d'un bout à l'autre. Abidjan, Editions Universitaires de Côté d'Ivoire (collection pédagogique), 75p

© 2021 Koné, 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 (3) N 1

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

Reçu, 30 Décembre 2020

Accepté, 9 Février 2021

Publié, 13 Février 2021

<http://revue-rasp.org>

---

Recherche

## **Influences de la COVID-19 sur les activités socioéconomiques à Bamako**

Adama KONE<sup>1</sup>, Amadou TRAORE<sup>2</sup>, Issa DIALLO<sup>3\*</sup>

<sup>1</sup>Institut de Pédagogie Universitaire, Bamako (Mali), <sup>2</sup>Université de Ségou (Mali), <sup>3</sup>Université des Lettres et des Sciences Humaines de Bamako (Mali)

\*Correspondance : (+223)73104827, email : [issosfr@yahoo.fr](mailto:issosfr@yahoo.fr)

### **Résumé**

À l'instar d'autres capitales africaines, la pandémie de COVID-19 a eu des conséquences désastreuses sur les activités socio-économiques dans le district de Bamako. L'objectif de ce travail est d'identifier l'influence de cette pandémie sur les activités socio-économiques dans cette ville. La méthode mixte, à travers la recherche documentaire, le sondage, les entretiens semi directifs et l'observation directe, nous ont permis de réaliser cette recherche. Le sondage a concerné 105 personnes sélectionnées par échantillonnage accidentel. Les résultats montrent que cette pandémie a eu des impacts considérables sur les activités sociales et économiques à Bamako. La majorité des enquêtés, soit 70,4%, affirme ne pas porter le masque contre 29,5%. Par rapport à ses impacts sur leurs activités, tous les commerçants enquêtés ont affirmé en avoir subi. Il en est de même pour les ouvriers et les étalagistes. Parmi les artisans, quatre cinquième (4/5) se disent en être touchés. Ainsi, avant l'arrivée de la COVID-19, 77,27% des enquêtés avaient une recette journalière supérieure à 5000 CFA, contre seulement 40,9% avec l'arrivée de la pandémie. En ce qui concerne le volet social, 63% des enquêtés ont affirmé ne pas bénéficier l'appui de l'Etat pendant cette période.

**Mots clé :** Influences, COVID-19, activités socioéconomiques, Bamako

### **Summary**

COVID-19 pandemic has had disastrous consequences on socio-economic activities in the district of Bamako. The objective of this work is to identify the influence of this pandemic on socio-economic activities in the District of Bamako. The mixed method, through documentary research, survey, semi-structured interviews, direct observation, allowed us to carry out this research. The survey involved 105 people selected by accidental sampling. The results show that that the COVID-19 had considerable impacts on social and economic activities in Bamako. The majority of respondents, ie 70.4%, said they did not wear a mask against 29.5%. Regarding the impact of COVID-19 on their business. All the traders surveyed, without exception, claimed to have suffered its impact. It is the same for workers and window dressers. Among artisans, 4 out of 5 say they are affected by the negative impacts of the pandemic. Thus, before the arrival of COVID-19, 77.27% of respondents received more than 5,000 CFA per day, but with the arrival of COVID-19 only 40.9% claim to receive more than 5,000 CFA per day. About 63% of the respondents did not receive state support.

**Keywords:** Influences, COVID-19, socioeconomic activities, Bamako

## Introduction

La COVID-19 est une maladie qui entre dans le cadre de la santé publique. C'est une nouvelle forme de Syndrome Respiratoire Aigu Sévère (SRAS) apparue à Wuhan en Chine en fin 2019. Elle est due à un nouveau virus coronarien, nommé COVID-19 qui est un virus à ARN (du latin, « virus à couronne »). La maladie serait apparue chez des clients du marché aux poissons de Wuhan (où l'on vend aussi des oiseaux, des serpents et des lapins). Partie du centre de la Chine, la COVID-19 a gagné les métropoles géantes (Pékin au Nord, Shanghai à l'Est et Shenzhen au Sud) du pays le plus peuplé du monde (MSAS, 2020).

Après quelques mois d'existence en Chine, cette maladie s'est propagée rapidement dans le monde pour devenir au mois de décembre 2019, la pandémie du siècle avec son corollaire de milliers de morts aussi bien en Asie, qu'en Europe, en Amérique et en Afrique. Dès février 2020, la COVID-19 a atteint le continent africain et s'y est répandue avec une vitesse et une virulence « modérée ». Tous les pays sont touchés ou presque les uns après les autres (DIAHOU, 2020). En Afrique, les capitales en constituent l'épicentre, et progressivement, avec la mobilité des populations, les villes de l'intérieur en ont été touchées. Le nombre de cas positifs enregistrés sur le continent reste tout de même faible par rapport aux autres régions du monde. Ces éléments constituent autant de facteurs qui risquent d'accroître la vulnérabilité du continent face à la maladie et sa létalité. C'est pourquoi, le Directeur Général de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), a appelé l'Afrique à « *se réveiller* » face à la menace de la maladie et à « *se préparer au pire* » (OMS, 2020).

En ce qui concerne le Mali, le premier cas de COVID-19 a été déclaré le 24 mars 2020 et au 19 mai de la même année, les chiffres officiels faisaient état de 931 personnes touchées et de 55 décès. Au niveau de la dissémination nationale, les régions de Koulikoro, Kayes, Sikasso, Ségou, Mopti, Gao, Kidal, Tombouctou et le district de Bamako sont les plus affectés.

Depuis lors le virus ne fait que progresser. A la date du 19 août 2020, selon le communiqué n°170 du ministère de la santé et des affaires sociales du Mali, le pays a enregistré 2667 cas positifs, dont 1993 guéris, 75 décès et 255 personnes contacts. Toutes les communes du district sont infestées mais à des proportions différentes.

A l'instar d'autres capitales africaines, cette pandémie de COVID-19 a eu des conséquences désastreuses sur les activités socio-économiques dans le district de Bamako. Plusieurs secteurs d'activités notamment l'enseignement, le transport, le commerce, la restauration, le showbiz, en ont été fortement touchés. Pour faire face à cette situation, le gouvernement malien a réagi très rapidement. En effet, depuis mi-mars 2020, il a mis en place des mesures préventives qui sont : (i) la suspension des vols commerciaux (sauf les vols de fret), (ii) la fermeture des frontières terrestres, (iii) l'instauration du couvre-feu de 21h 00 à 5h 00, (iv) l'interdiction des rassemblements sociaux, sportifs, culturels et politiques de plus de 50 personnes, (v) la fermeture des discothèques et des bars, et (vi) la fermeture des écoles. Les horaires de travail dans l'administration publique ont été ramenés à 14h30, afin de protéger les fonctionnaires. Selon le rapport du plan humanitaire (2020), la pandémie de la COVID-19 affecte profondément le Mali. Ses effets indirects sont potentiellement plus dévastateurs que ses effets directs. La baisse des activités économiques va plonger 800 000 maliens dans la pauvreté (Nations Unies, 2020). La contraction économique représente presque 300 milliards de FCFA de pertes de revenus pour l'Etat (*Idem.*). Bien que le taux de pression fiscale au Mali soit encore loin d'atteindre l'objectif de 20% du PIB fixé par l'UEMOA, le pays était sur une tendance positive encourageante avec

un taux de pression fiscale passant de 11,9% en 2018 à 14,7% en 2019. Parmi les secteurs d'activités concernées, le secteur informel paie le plus lourd tribut. Les toutes petites entreprises (TPE) et les petites et moyennes entreprises (PME) sont les plus affectées directement. Le couvre-feu a eu des répercussions immédiates sur les activités, notamment, celles nocturnes : la sécurité privée, le showbiz, l'hôtellerie et la restauration, la « profession de sexe ». Ces activités de nuit évoluent parallèlement avec d'autres de la journée. En raison du nombre d'emplois qu'elles représentent, les conséquences seront considérables sur les conditions de vie. La situation ainsi présentée semble indiquer que la pandémie de COVID-19 a une incidence négative sur les activités socio-économiques dans le district de Bamako. Ceci nous amène à poser la question : quel est l'impact de la COVID-19 sur les activités socio-économiques à Bamako ?

L'objectif général de cette recherche est d'identifier l'influence de la COVID-19 sur les activités socio-économiques dans le District de Bamako. Spécifiquement, il s'agit d'abord de déterminer l'effet de la pandémie sur les relations sociales, ensuite, d'analyser ses implications sur les activités économiques des populations à Bamako. Ces objectifs nous ont amenés à émettre des hypothèses :

- i) La pandémie de la COVID-19 a des effets négatifs sur les relations sociales ;
- ii) Toutes les activités économiques dans le district de Bamako sont affectées par les mesures prises pour lutter contre la pandémie de la COVID-19.

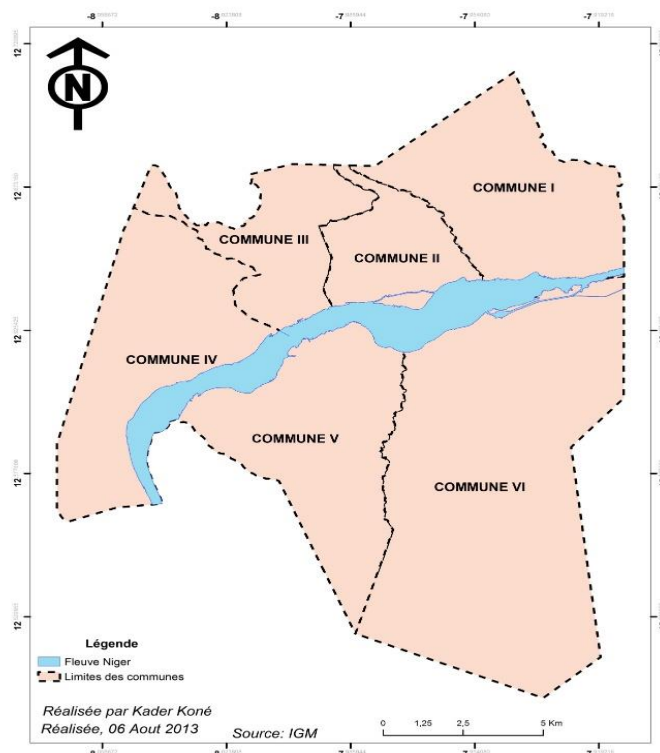
## 1. Matériaux et Méthodes

Pour vérifier les hypothèses et répondre à la problématique de la recherche, nous avons adopté une certaine démarche méthodologique. La posture épistémologique adoptée dans ce travail est de type structuro fonctionnaliste. En effet, l'accent est mis sur l'influence de la pandémie sur la structure et le fonctionnement de la société. Pour ce faire, nous nous intéressons aux indicateurs de structuration et de fonctionnement de la ville de Bamako.

### 1.1. Présentation de la zone d'étude

Le district de Bamako est la capitale du Mali. Il est situé entre le 7°59' de Longitude Ouest et le 12°40' de Latitude Nord sur les rives du fleuve Niger. En 1960, il devient la capitale du Mali indépendant. Haut centre de décisions politiques, Bamako attira les populations qui désirent être le plus près possible du pouvoir central et celles en quête de mieux être. L'économie, tributaire des fonctions politique et administrative, se développe aussi. La ville continuera de recevoir les investissements industriels dont les bases avaient été jetées sous la colonisation avec les unités aptes à satisfaire le marché urbain du siège de la colonie. Elle est le siège de nombreuses compagnies commerciales et jusqu'à une époque récente, elle abritait la totalité des établissements secondaires et supérieurs du pays. L'économie locale du District de Bamako repose essentiellement sur le commerce, l'artisanat, le tourisme et l'industrie etc. Quelques activités agricoles y sont pratiquées. L'agriculture intra urbaine y est caractérisée par le maraîchage. L'élevage semi-intensif se pratique dans les zones périurbaines. Pour la satisfaction de certains besoins alimentaires de la population, sont exploitées des concessions rurales à titre de jardins, de vergers, de fermes et de champs dans lesquels on cultive principalement le mil ou le maïs. La ville de Bamako est aussi une zone de transit pour la migration internationale. On y rencontre toutes les ethnies du Mali et une forte représentation des ressortissants des pays voisins et ceux d'autres pays lointains. Depuis 2013, elle abrite les fonctionnaires et forces armées dans le cadre de la MINUSMA.

## Carte 1 : district de Bamako



### 1.2. Approche méthodologique

La méthode utilisée dans ce travail est d'ordre mixte, c'est à dire, qui combine le qualitatif et le quantitatif. Si la première permet une analyse plus fine de la perception des populations, la seconde en vient en complément, et consiste à dégager les caractéristiques sociodémographiques des enquêtés en vue d'une compréhension des connaissances, attitudes et pratiques. Le questionnaire et le guide d'entretien nous ont permis de réaliser la collecte des données. La recherche documentaire nous a permis de faire l'état des lieux de la connaissance sur la thématique. Le questionnaire comportait une première partie « identification des enquêtés » et une seconde qui s'articulait autour des effets de la COVID-19 sur les relations sociales ainsi que ses impacts économiques.

Au plan délimitation sociologique, les populations de Bamako constituent la cible de cette étude. Nous avons adressé le questionnaire à 105 personnes à travers un échantillonnage expérimental dans les différentes communes de Bamako. Le choix des personnes enquêtées s'est fait de façon aléatoire pour donner la chance à tous de figurer dans l'échantillon. Les fonctionnaires, les ouvriers, les employés de commerce etc., ont été enquêtés. Des personnes méthodiquement désignées ressources ont été interrogées dans le cadre des entretiens semi directifs. Quant à l'observation directe, elle a été utilisée dans un souci de confronter les comportements et les propos des enquêtés.

S'agissant du traitement des données, nous avons utilisé différentes méthodes statistiques et cartographiques selon les questions d'analyse posées et les possibilités offertes par les logiciels que nous disposons. Il s'agit de Sphinx 4.5, Excel et Word. Ainsi, le traitement a permis de concevoir une série de tableaux, de graphiques, et de cartes qui ont été analysées.

## 2. Résultats

A la suite des travaux de recherche sur le terrain, nous sommes parvenus à des résultats au sujet de notre problématique. En effet, concernant la première hypothèse « La pandémie de la COVID-19 à des effets négatifs sur les relations sociales », les résultats montrent une nette évolution des rapports sociaux dans le cadre du respect des mesures barrières. Quant à la seconde hypothèse, nous pouvons confirmer que la pandémie a influencé les activités socioéconomiques à Bamako. Contrairement aux fonctionnaires qui ont été peu impactés, les secteurs du commerce, de l'artisanat, de la restauration, du transport, sont les plus touchés. Cela peut être expliqué par le fait que ces dernières activités relèvent du privé et de l'informel, sensible au changement.

### 2.1. Attitude des populations face aux mesures barrières

Le Mali est un pays largement marqué par le brassage social et le communautarisme. L'interprétation fonctionnaliste de l'évolution des rapports sociaux au Mali nous amène à constater que la distanciation sociale, le confinement et l'abstention à serrer les mains, imposés par la pandémie, sont des comportements mal appréciés. Face à la dangerosité de la maladie, la population s'est sentie inquiétée au début, avant de relâcher par la suite. Ainsi, la COVID-19 a eu une influence sur les activités sociales. Le défi, c'est le changement de comportement.

En effet, le changement de comportement est un processus qui s'opère dans la durée et de deux principales manières, toutes s'accommodant à une adaptation à l'environnement. La première s'inscrivant dans la socialisation, s'opère à travers les programmes sociaux éducatifs préétablis. Ce principe est beaucoup plus ordinaire. La seconde source de changement de comportement est celle imposée par les accidents de parcours. Les Bambara (ethnie majoritaire au Mali) disent « *Kojugu ye maa karamokoye* » (l'homme apprend des malheurs). Dans ce même ordre d'idée, la COVID-19 devient un facteur de changement de comportement. Le port de masque, le confinement, la distanciation sociale, le refus de se serrer les mains, les rencontres virtuelles, etc. deviennent progressivement habituels.

A K, quadragénaire, dira : « *à l'annonce de l'arrivée de la maladie à coronavirus au Mali, je me suis auto confiné par peur de la contracter. J'ai arrêté toute les visites de courtoisie pendant longtemps* ».

Dans la même logique L. T., quinquagénaire, affirme : « *je suis asthmatique. Vue la dangerosité de cette pandémie pour les personnes fragiles, je me suis isolé des autres. C'était devenu de la psychose chez moi. Je sortais peu, je mets toujours les masques en public pour éviter de contracter le virus. J'aime les causeries débats au grin mais je me suis éloigné d'eux pendant longtemps car beaucoup ne croient pas à l'existence de cette maladie au Mali* ».

Le tableau n°1 nous renseigne sur l'état de fréquentation des lieux publics par les populations enquêtées.

**Tableau n°1 : Fréquentation des lieux publics par les enquêtés**

Indicateurs	Effectif	Pourcentage
Fréquente	45	43
Ne fréquente pas	60	57
Total	105	100

**Source :** Enquête de terrain, Bamako, juillet 2020

Au début de la pandémie, beaucoup de personnes s'étaient mises en auto confinement. La majorité des enquêtés soit 57% se réservait des contacts avec d'autres personnes en dehors de la famille. C'est le cas par exemple de B.T., masculin, quinquagénaire :

*« A l'annonce de la COVID-19, je me suis enfermé chez moi durant des semaines. Je ne sortais presque pas juste pour faire les commissions et retourner en famille. Je partais rarement au grin, une distance naturelle s'est installé entre mes amis et moi ».*

Par contre 43% des enquêtés dit avoir continué à fréquenter les lieux publics malgré l'interdiction. Cela s'explique par le fait que certains ne croient pas à la maladie. Selon M.T., féminin, 20 ans « *la maladie n'existe pas au Mali. C'est une invention de l'Etat pour gagner de l'argent avec les partenaires* ».

En ce qui concerne le port de masque, il est devenu un symbole de la COVID-19 dans les sociétés. Il a pour rôle de limiter la propagation du virus à travers les aérosols dégagés des porteurs lors des paroles et éternuements. Le port des masques est un indicateur important de l'adhésion de la population aux consignes données par les autorités sanitaires. Ceux qui croient à l'existence de la maladie et aux consignes données sont en général ceux qui adhèrent au port de masque et vice-versa. Le tableau n°2 donne la situation du port de masque par la population enquêtée.

**Tableau n°2 : Port de masque par la population**

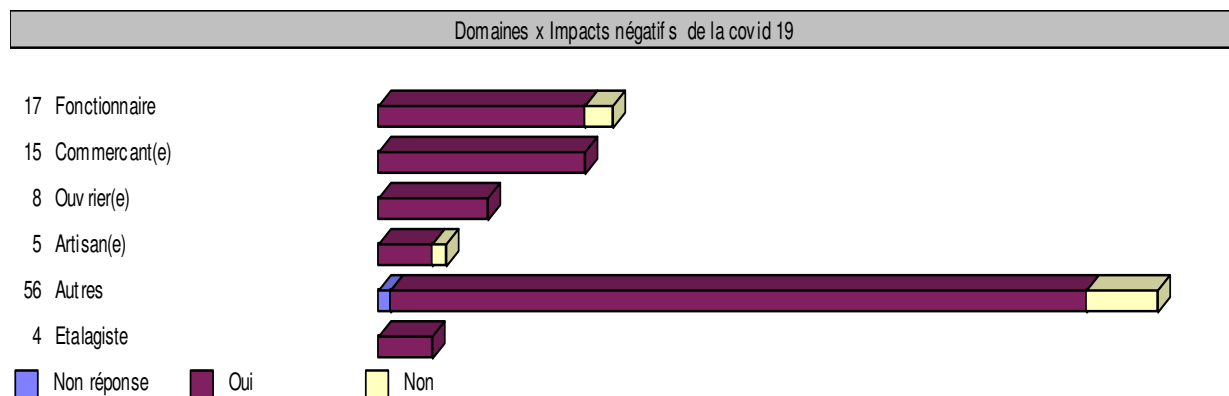
Indicateurs	Effectif	Pourcentage
Porte le masque	31	29,5
Ne porte pas le masque	74	70,4
Total	105	100

**Source :** Enquête de terrain, Bamako, juillet, 2020

La majoritaire des enquêtés soit 70,4% affirme ne pas porter le masque contre 29,5% qui porte le masque. S K, trentenaire, témoigne : « *je porte le masque en cas de nécessité. Si je pars dans les services tels que la banque ou la SOMAGEP* ». Dans la même logique F. C., 28 ans, affirme qu'il porte le masque souvent en lieu public pour éviter la contamination au virus. S. D., 32 ans, est dubitatif : « *je n'ai jamais cru à cette maladie donc pourquoi porter le masque ?* ».

## 2.2. Influences économiques de la COVID-19 à Bamako

La COVID-19 influence les activités économiques à Bamako. Les 89% des enquêtés sont touchés négativement par les effets de la COVID-19. Le graphique n° 1 est basé sur l'avis des enquêtés sur l'impact de la COVID-19 sur leurs activités économiques.



**Graphique 1 : Impact de la COVID-19 sur les activités économiques**

**Source :** Enquête de terrain, Bamako, Juillet, 2020

Ce graphique 1 met en exergue la perception des enquêtés par rapport à l'impact de la COVID-19 sur leurs activités. Parmi les fonctionnaires, 15 contre 2 ont affirmé avoir subi l'impact négatif de la COVID-19. Tous les commerçants enquêtés, sans exception ont affirmé avoir subi son impact. Il en est de même pour les ouvriers et les étalagistes. Parmi les artisans, 4 sur 5 se disent touchés par les impacts négatifs de la pandémie. Pour les autres activités, dont notamment le secteur de loisir, de la restauration et l'hôtellerie, 89% les entrepreneurs se disent impactés par la pandémie. En plus des travailleurs de nuit, certains domaines ont été largement touchés. Il s'agit par exemple des enseignants des écoles et universités privées. M. T., enseignant dans une école privée à Niamakoro, affirme :

*« Avant l'arrivée de la COVID-19, les activités étaient bonnes mais avec son arrivée, toutes ces activités sont tombées à l'eau. La fermeture des classes a été un coup dur pour moi. Ce sont quelques amis de bonne volonté qui me viennent en aide ».*

De son côté, D. K., employé de commerce dira : *« Je devais travailler pendant la nuit dans une entreprise mais à cause de la COVID-19 et du couvre-feu, mon contrat a pris du retard, et je suis en chômage. ».*

Quant à F. T., commerçante, elle témoigne : *« Avec la fermeture des frontières l'accès aux marchandises reste difficile. Ça ralenti les activités économiques ».*

A K, commerçante d'ajouter : *« avec la fermeture des frontières on avait difficilement accès aux marchandises. Les clients deviennent rares ».*

I. F., ouvrier, affirme : *« Je travaille dans une entreprise privée, mais à cause de la COVID-19 mon salaire a été réduit de 30%. Mon travail a été durement affecté par la COVID-19 ».*

T. K., conducteur de SOTRAMA témoigne : *« A cause du couvre-feu on entrain tôt à la maison. Cela a joué sur nos activités parce qu'on n'arrivait plus à avoir les recettes habituelles ».*

En ce qui concerne les bénéfices avant et pendant la pandémie de la COVID-19, à l'exception des

fonctionnaires qui ont un salaire fixe, tous les autres catégories socioprofessionnelles ont été influencées plus ou moins négativement par la pandémie. Dans le secteur informel, la situation est présentée dans le tableau suivant :

**Tableau 3 : Gain des enquêtés qui sont dans l'informel par jour**

Estimation de recettes journalières avant la COVID-19	effectif	%	Estimation de recettes journalières pendant la COVID-19	effectif	%
Moins de 5000 FCFA	20	22,72	Moins de 5000 FCFA	52	59
5000 CFA et plus	68	77,27	5000 CFA et plus	36	40,9
Total	88	100	Total	88	100

**Source :** Enquête de terrain, Bamako, 2020

Ainsi, avant l'arrivée de la COVID-19, 77,27% des enquêtés percevaient plus de 5000 CFA par jour mais avec l'arrivée de la COVID-19 seulement 40,9% affirment percevoir de 5000 CFA et plus par jour. A ce niveau K. D., étalagiste affirme : « *Mon petit commerce marchait très bien, je pouvais réaliser plus de 5000 CFA de bénéfice par jour mais avec l'arrivée de cette maladie, mes activités ont peu baissé* ».

Si la COVID-19 a marqué les activités, il faut reconnaître que le couvre-feu a aussi été imposant. Les enquêtés se sont largement prononcé sur ses impacts. T K, chauffeur de taxi, « *à cause du couvre-feu, on entrait tôt à la maison. Cela a joué sur nos activités car les recettes ont baissé* ». D M, restaurateur bondit dans le même sens : « *Après l'instauration du couvre-feu mes activités étaient fortement touchées parce que je n'arrivais plus à vendre pendant les nuits* ». F K, gérant de boîte de nuit, affirme « *à cause du couvre-feu, je n'arrive plus à joindre les deux bouts* ».

S K, 42 ans, dira :

*« J'habite à Kalaban coura. Je suis restaurateur. A l'arrivée de la COVID-19 mes activités ont été fortement impactées. Je ne vends plus la nuit à cause du couvre-feu. Donc de ce fait, j'avais du mal à prendre en charge ma famille car je suis père de quatre enfants. J'ai des amis qui me venaient souvent en aide. ».*

Par contre, M K, chef de famille estime : « *Le couvre-feu a été positif, il m'a permis d'échanger avec ma famille* ». Dans le même sens, F. C., 50 ans, affirme sa satisfaction : « *Le couvre-feu nous a protégé contre les voleurs* ».

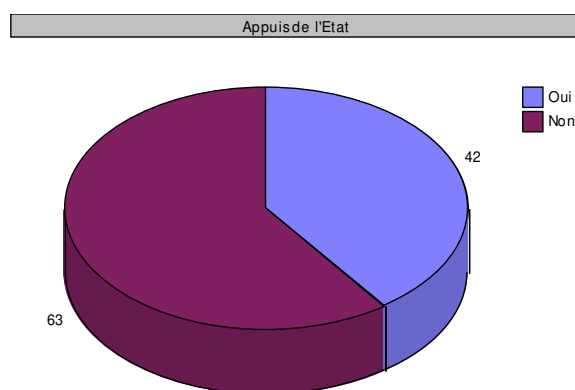
Nous avons enregistré d'autres lectures de la situation, notamment en ce qui concerne la fermeture des chambres de passe entraînée par le couvre-feu. S. D., 43 ans, dira que la fermeture des chambres de passe entraîne le développement de l'adultère dans les concessions.

A la lumière de tout ce que nous venons de mentionner, nous pouvons dire que la COVID-19 a contribué à la détérioration de la situation économique de la population déjà fragile. Les travailleurs du secteur privé et de l'informel en ont été les plus impactés. Par contre, selon nos investigations, certains domaines d'activités se sont tirés d'affaire. Il s'agit par exemple de celles qui évoluent dans

le domaine de « l'industrie de la Covid 19 » : fabricants et vendeurs de savon, de gel, et des dispositifs de lavage de mains ; fabricants et vendeurs de masques. La vente des unités téléphoniques, le transfert de money et d'autres activités liées au numérique en ont tiré profit. Au Mali, ces derniers sont une minorité comparativement à la grande masse des catégories économiques.

### - Le soutien de l'Etat

Face à la COVID-19, l'Etat du Mali a annoncé un certain nombre de mesures sociales dont le coût était estimé à plus de 500 milliards de francs CFA. Cela avait pour but de soulager la souffrance des populations vulnérables et des malades de COVID-19. Le fait de bénéficier de cette aide est un indicateur économique et social dans le cadre de la pandémie. Le graphique suivant fait mention des différentes polarités.



Graphique n°2 : répartition des enquêtés selon qu'ils aient bénéficié ou pas du soutien de l'Etat

**Source :** Enquête de terrain, Bamako, juillet 2020

Parmi les enquêtés, 63% ont affirmé ne pas bénéficier l'appui de l'Etat pendant cette période. M.T., 38 ans, « *Je n'ai rien bénéficié de tout ça. J'ai appris que l'Etat a donné des vivres et le courant ISAGO* ». K. T., 45 ans, d'ajouter « *Je n'ai rien trouvé de tout ça* ».

Par contre, 42% des enquêtés disent avoir bénéficié de l'appui de l'Etat. Selon A. D., 50 ans, « *J'ai bénéficié des vivres et du crédit ISACO* ». Y. D., 47 ans, est plus explicite : « *J'ai bénéficié d'un sac de riz et d'un sac de sorgho* ».

La plupart des personnes interrogées ont cité la gratuité de la tranche sociale de l'électricité pour un ou deux mois.

### 3. Discussion des résultats

La COVID-19 influence négativement les rapports sociaux et l'économie du Mali. A ses débuts, les mesures de distanciation sociale se sont installées dans les comportements. Cela s'est matérialisé par la léthargie des activités sociales et économiques. A ce sujet, le FMI (2020) indique que la croissance économique pour 2020 va considérablement chuter.

L'analyse rapide des impacts socio-économiques du COVID-19 effectuée par le PNUD et UNICEF (2020), indique sur le plan économique, le Mali commence déjà à ressentir les effets de la pandémie. Les prévisions établies par les services officiels fixent le taux de croissance de l'économie malienne à 0,9%, contre une projection initiale de 5%. Tous les secteurs seraient affectés, avec une forte chute de

la production dans les secteurs secondaire et tertiaire. En effet, le taux de croissance du secteur primaire ressortirait à 3% et celui du secondaire serait fixé à 1,6% contre des prévisions initiales respectives de 5,6% et de 3,5%. Quant au secteur tertiaire, sa croissance passerait de 5,5% à 0,8% (UNICEF, 2020). Au niveau microéconomique, la fermeture des maquis, bars et restaurants a provoqué la détresse des entrepreneurs du secteur et de leurs employés privés de salaires. Il en est de même pour les professionnelles de sexe. Amadou Traoré (2019) dans son livre sur les rapports sociaux de sexe au Mali, met l'accent sur la fonction stabilisatrice des chambres de passe. Pour lui, « Parfois déshonorantes, jusqu'à un certain seuil, elles peuvent cependant constituer de centres de soins bio-psycho-sociologiques au même titre que les cabinets médicaux dans le cadre des rapports sociaux de sexe ».

La fermeture des écoles a été une catastrophe pour les enseignants des écoles privées. Abdoulaye Danioko (2020) évoque la réalité des enseignants. Selon lui, cette fermeture involontaire, dira-t-il, a causé d'autres problèmes encore plus sérieux dans la mesure où les enseignants évoluant dans les écoles privées sont en larme. Pour lui, aucune mesure d'accompagnement n'a été prise leur concernant.

De secteurs dont celui des transports en commun est l'un des plus touchés par la Covid 19 à Bamako. Cela joue considérablement sur la grande majorité des bamakois qui se déplace en SOTRAMA, bus et taxis. Cela démontre une ampleur des impacts. Le Plan humanitaire COVID-19 Mali (2020) confirme nos résultats en ce qui concerne les impacts sociaux. En effet, nous y apprenons que les risques accrus de protection pourraient inclure une augmentation des violences, la restriction de la liberté de mouvement, l'augmentation de la stigmatisation, de la discrimination et potentiellement des tensions communautaires, l'augmentation des violations contre les enfants (séparation familiale, suspension des activités éducatives et récréatives, exploitation économique et sexuel), l'augmentation de la violence basée sur le genre, notamment la violence domestique, la réduction de l'accès aux autres services de santé, primordiaux pour la protection (santé maternelle et reproductive, le traitement des blessures par engins explosifs et armes légères, la prise en charge des victimes de VBG, les soins de santé maternelle et infantile, la prise en charge de la malnutrition, la vaccination). Ces risques accrus de protection résulteront en une augmentation des mécanismes d'adaptation négatifs et une exacerbation des vulnérabilités socio-économiques des ménages (UNICEF, 2020).

La nature de l'homme évolue selon les réalités du temps. Ainsi, face aux difficultés sociales et économiques, certaines activités se sont développées, dont la confection et vente des masques et gels Hydra alcooliques, des dispositifs de lavage des mains etc. Les rencontres en ligne (visioconférences, réseaux sociaux, appels téléphoniques et messageries...) ont prospéré à titre palliatif. Des travailleurs de nuit (professionnelles de sexe par exemple) se sont réorientés vers les rencontres « organisées ».

## **Conclusion**

Les effets de la COVID-19 sur les activités socioéconomiques se lisent sur le plan micro et macro socioéconomique à Bamako. Le commerce, l'artisanat, la restauration, le transport, et d'autres services sont plus touchés. L'impact de la pandémie est facilement observable lorsque nous comprenons qu'elle vient renforcer une situation de vulnérabilité séculaire. Certes, des sociétés ont été plus touchées par la pandémie, notamment les pays de pic dont la Chine, l'Amérique, l'Europe de l'Ouest, le Brésil, l'Afrique du Sud etc. Ainsi, la mesure de fermeture des frontières a été un coup dur pour les activités commerciales et touristiques. L'accès aux marchandises et la difficile mobilité ont handicapé les commerçants.

Les fonctionnaires en sont moins impactés contrairement aux travailleurs évoluant dans le secteur privé et dans l'informel. Dans certains domaines, avec la baisse des activités, les rendements ont chuté. On assiste à de licenciements et baisse de salaires. Les enseignants des écoles privées en ont été beaucoup touchés. Le secteur de l'hôtellerie a été fortement impacté surtout avec l'interdiction des regroupements comme les séminaires, les rencontres, les conférences, les hébergements etc. A ce niveau l'on a enregistré des cas de licenciement.

A la lumière de ces résultats, nous pouvons affirmer que le secteur privé et l'informel sont les domaines les plus touchés par la COVID-19. Cela, à cause du statut informel des activités et le manque d'assistance aux entreprises. Nous pouvons aussi affirmer que la COVID-19 a contribué de l'accentuation de la souffrance des populations à travers les mesures barrières. Toutefois, bien qu'une partie importante de la population n'ait pas adhéré à son existence, avec la capacité de résilience des hommes, la COVID-19 a permis à la population de Bamako de se réorganiser pour la continuation des activités socioéconomiques. Ainsi, avec de nouveaux besoins, de nouvelles activités ont fait leur apparition.

### Références bibliographiques

- ALPHONSE Y- D., (2020), Cahier « COVID-19 au quotidien » : Archives ouverte.
- DANIOKO A., (2020). « COVID-19 : le cri de cœur des enseignants des écoles privées », in wordpress.com, consulté le 26 août 2020
- Fonds Monétaire International (2020). Staff Report May
- Fondation Mo Ibrahim (2020), Le COVID-19 en Afrique : un appel pour une gouvernance coordonnée, un renforcement des structures sanitaires et une meilleure collection des datas.
- GOUNTIENI D., LANKOANDE, (2020), Thèse du catastrophisme du COVID-19 en Afrique : ressentiment des africains ou réalité ?
- MSAS (2020), Plan d'action pour la prévention et la réponse à la maladie à coronavirus, mars 2020
- MSAS (2020), Plan d'actions pour la prévention et les réponses à la maladie à coronavirus COVID-19, rapport de recherche.
- OCHA-Mali (2020), Rapport de recherche sur le COVID-19, Mai 2020.
- ONU (2020), Analyse rapide des impacts socio-économiques du COVID-19 au Mali.
- Rapport mixed migration centre (2020), Impact du COVID-19 sur les réfugiés et migrants en Afrique de l'Ouest.
- Rapport, Riposte COVID-19 du CICR au Mali (2020)
- TRAORE A., (2019), Rapports sociaux de sexe au Mali : faut-il redéfinir le féminisme ? Ségou, Yèrèdon.
- UNESCO (2020), La réponse de l'Unesco à la pandémie COVID-19 en Afrique subsaharienne, Mai 2020, 15pages, Rapport.
- UNICEF (2020), Plan humanitaire COVID-19 Mali. Cycle de programmation humanitaire 2020, publié en juin 2020.

© 2021 Diallo, 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 (3) N 1

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

Reçu, 12 Janvier 2021

Accepté, 10 Février 2021

Publié, 21 Février 2021

<http://revue-rasp.org>

Recherche

## **Représentations des troubles du spectre schizophrénique et autres psychoses par les tradipraticiens de santé du Plateau Dogon de Bandiagara, Mali.**

## **Representations of schizophrenia spectrum disorders and other psychoses by traditional health practitioners of the Dogon Plateau of Bandiagara, Mali.**

Pakuy Pierre MOUNKORO<sup>1\*</sup>; Zoua KAMATE<sup>2</sup>; Souleymane COULIBALY<sup>3</sup>

<sup>1\*,2,3</sup> Centre Hospitalier Universitaire Point G ; <sup>3</sup> FMOS/USTTB.

\*Auteur correspondant : Tél (00223) 66 54 17 72/70 26 73 01, E-mail : [pmounkoro@yahoo.fr](mailto:pmounkoro@yahoo.fr)

### **Résumé**

Les modèles interprétatifs des troubles du spectre schizophrénique et autres psychoses au Plateau Dogon de Bandiagara, permettent aussi bien de nommer les troubles et leurs causes et de préciser les moyens thérapeutiques pour leur prise en charge. L'objectif de cette étude était d'analyser les interprétations traditionnelles de ces troubles et leurs référents étiologiques par les tradipraticiens de santé. L'enquête a été réalisée au Plateau Dogon entre le 22 Juillet et le 15 Août 2012 auprès de 20 TPS en santé mentale. L'étude avait pour cadre le Centre Régional de Médecine Traditionnelle de Bandiagara. Des interviews utilisant un guide d'entretien et la prise de notes ont permis de collecter les données. Les dénominations comme l'agression par les esprits, le mauvais sort, la sorcellerie/ anthropophagie, les différentes formes de folie et leurs référentes causes ont été répertoriées, grâce aux procédés diagnostiques comme la divination, l'interrogatoire, l'inspection et le comportement du malade. Une étude approfondie de ces procédés permettrait de mieux cerner l'approche psychopathologique traditionnelle des troubles du spectre schizophrénique et autres psychoses au Plateau Dogon de Bandiagara.

**Mots-clés** : Troubles du spectre schizophrénique et autres psychoses -tradipraticiens de santé – approche psychopathologique - Plateau dogon Bandiagara -Mali.

### **Abstract**

The interpretative models of schizophrenic spectrum disorders and other psychoses in the Dogon Plateau of Bandiagara, make it possible both to name the disorders and their causes and to specify the therapeutic means for their management. The objective of this study was to analyze the traditional interpretations of these disorders and their etiological referents by traditional health practitioners. The survey was carried out at the Plateau Dogon between July 22 and August 15, 2012 among 20 TPS in mental health at the Regional Center for Traditional Medicine of Bandiagara. Interviews using a questionnaire and note-taking enabled data to be collected. Variables such as aggression by spirits, bad luck, anthropophagic witchcraft, different forms of madness and their referent causes have been listed, thanks to diagnostic procedures such as divination, questioning, inspection and the behavior of the sick. An in-depth study of these procedures allowed a better understand the traditional psychopathological approach to schizophrenic spectrum disorders and other psychoses in the Dogon Plateau of Bandiagara.

**Keywords:** Schizophrenic spectrum disorders and other psychoses - health traders – psychopathological approach - Dogon Bandiagara Plateau - Mali.

### 1- Introduction

Les troubles mentaux constituent un problème de santé publique à travers le monde et au moins 700 millions de personnes en souffraient en 2019 (Ritchie and Roser, 2019). La prévalence des troubles du spectre schizophrénique et autres troubles psychotiques serait la plus élevée au Mali. Le rapport des activités de 2018 du service psychiatrie du CHU du Point G, a mis en exergue les pathologies suivantes : 26% pour la schizophrénie et la Bouffée délirante aiguë 22% (Service de psychiatrie, CHU Point G, 2018). Une thèse récente en 2019 portant sur l'épidémiologie des troubles psychiatriques chez les patients hospitalisés au service de psychiatrie du CHU Point G de Bamako, a notifié la schizophrénie et la BDA avec 41,2%, la paranoïa 4,1%, le mode d'entrée dans la schizophrénie 2,9%, la psychose hallucinatoire chronique dans 1,8% des cas (Malah Notue, C. A., 2019). Quant aux activités de 19 Médecins Généralistes Communautaires (MGC) formés en 2018 à la prise en charge des principales pathologies psychiatriques dans les zones rurales de six régions du Mali, elles ont intéressé en deux années plus de 2000 personnes dont 57% souffraient de psychoses (Santé Sud Mali., 2020). Mais ces diagnostics, ne sont pas le plus souvent accessibles aux patients et leurs familles et même à la communauté (Moukoro et Coulibaly, 2019). En effet, il est difficile voire impossible pour le psychiatre de formation occidentale (même malien voire dogon), de traduire en termes compréhensibles culturellement les diagnostics de la psychiatrie occidentale. Ce qui est de nature à affecter négativement la prise en charge par le psychiatre qui ne permet pas généralement de tenir compte des demandes qu'elles soient rationnelles ou irrationnelles des patients et leurs familles. En effet, les communautés partageant les mêmes interprétations culturelles des troubles mentaux que le Tradipraticien de santé (TPS) accessible géographiquement et qui est consulté à tous les stades de l'évolution des troubles pour leur donner du sens accessible à tous. La présente étude, s'est ainsi fixée comme but l'établissement d'un répertoire des différentes représentations par les TPS des troubles du spectre schizophrénique et des autres psychoses de même que celui de leurs référents étiologiques au Plateau Dogon de Bandiagara.

Elle avait comme objectifs spécifiques :

- Enumérer les différentes représentations culturelles du trouble du spectre schizophrénique et des autres psychoses.,
- Analyser les différentes causes des troubles schizophréniques et des autres psychoses.,
- Décrire la démarche diagnostique envisagée par les TPS,
- Décrire les procédés et moyens diagnostiques utilisés.

### 2- Matériels et méthodes

#### 2.1- L'aire de l'étude : le Plateau Dogon de Bandiagara

L'histoire du Plateau Dogon est intimement liée à celle de la ville de Bandiagara fondée vers 1770 par un chasseur nommé Nangabanou Yorobougué Tembely. La ville tire son nom de deux vocables Dogon : *bagna* (écuelle) et *gara* (grand), ce qui signifie grande écuelle. Les Telem, premiers habitats, ont dû émigrer vers les régions forestières quand arrivèrent les dogons vers le XIIIème siècle en provenance du Mandé (Cercle de Bandiagara, 1995). D'une superficie de 10.520 km<sup>2</sup>, le cercle de Bandiagara se situe sur le sanctuaire naturel de la falaise de Bandiagara, classé comme patrimoine naturel et culturel de l'humanité par l'organisme des Nations Unies chargé de l'éducation, de la science et de la culture (UNESCO) en 1989. La population est estimée à environ 418.873 habitants en majorité des Dogon (DNP/RGPH, 2009). Les Dogons constituent l'ethnie majoritaire. Le cercle dispose d'un Centre de santé de Référence (CSREF) et de 22 Centres de Santé Communautaire

(CSCoM). La Fédération des Associations de Thérapeutes Traditionnels (TT) de Bandiagara (FATTB) est constituée par 30 associations regroupant environ 700 membres. Ces tradipraticiens sont soit des devins ; des marabouts, des féticheurs, des herboristes, des rebouteux, des accoucheuses traditionnelles, des gardiens des divinités, des interpréteurs de rêves ou de cris des animaux, etc... (Diakité et al, 2016).

## **2.2 - Cadre de l'étude : le Centre Régional de Médecine Traditionnelle (CRMT) de Bandiagara**

Il a été créé en 1986 dans le cadre de la collaboration entre le Mali et l'Italie et est implanté dans la ville de Bandiagara. L'objectif principal du CRMT est de recenser les ressources de la médecine traditionnelle en vue de leur utilisation en complémentarité avec celles de la médecine occidentale afin d'améliorer l'état de santé des populations (Coppo et al, 1988). Les objectifs spécifiques sont la mise en place d'une politique de collaboration entre les acteurs des deux médecines (moderne et traditionnelle), notamment dans le domaine de la santé mentale, la production et la commercialisation des médicaments traditionnels améliorés (MTA) et la protection des plantes médicinales par une politique d'exploitation rationnelle et de culture de certaines espèces ayant disparu ou en voie de l'être, notamment par la régénération (Moukoro et al, 2018).

## **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 guide d'entretien et les prises de notes.

### **2.3.2- La période et le lieu de l'enquête**

L'enquête a été réalisée au Plateau Dogon entre le 22 Juillet et le 15 Août 2012 auprès de TPS prenant en santé mentale. .

### **2.3.3 - La population de l'étude**

Elle a concerné tous les TPS du Plateau Dogon prenant en charge les troubles mentaux

### **2.3.4 - L'échantillon**

L'échantillon était constitué de l'ensemble des 20 TPS en santé mentale recensés à cette période et ayant accepté de participer librement à l'étude après un consentement éclairé. Ils appartenaient à une association membre de la FATTB et collaboraient avec le centre par les échanges d'informations et par la référence des malades.

### **2.3.5 - L'équipe et le déroulement de l'enquête**

L'équipe était composée d'un psychiatre, d'un interprète, d'un guide (le plus souvent un TPS comme facilitateur). L'interview individuelle s'est déroulée au domicile de chaque TPS, les questions posées d'abord en français par le psychiatre puis traduites par l'interprète dans le dialecte parlé par le TPS. Devant les difficultés de traduire les termes schizophrénie et autres psychoses en entités culturellement accessibles aux TPS, nous leur avons soumis une grille de symptômes « majeurs » de ces affections psychiatriques. A la fin de l'interview, il a été demandé à chacun des TPS de donner la ou les dénomination(s) culturelles des troubles qu'il prend en charge.

### **2.3.6 - Les informations collectées**

Elles portaient principalement sur les différentes dénominations des troubles du spectre schizophrénique et des autres psychoses et leurs référents étiologiques.

### **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 FATTB, après un consentement éclairé, a convié les présidents des associations dont les TPS membres prenant en charge les troubles mentaux afin qu'ils soient informés et sensibilisés. Chaque président d'association à son tour a informé et sensibilisé les TPS concernés. 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, du thé et du sucre en guise de motivation symbolique. Vu la diversité des dialectes dogon, un interprète, parlant la majorité des dialectes, a servi de traducteur. 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**

Compétence	Nombre de TPS	Proportion (%)
<b>Spécialistes</b>	<b>9</b>	<b>45</b>
Généralistes avec compétence en psychiatrie	8	40
Généralistes	3	15
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100</b>

55% des TPS étaient des généralistes contre 45% de spécialistes

##### 3.1.2 - Répartition des TPS selon leur âge

**Graphique N°2 : Répartition des TPS selon la tranche d'âge**

Tranche d'âge (années)	Nombre de TPS	Proportion (%)
42-51	7	<b>35</b>
52- 61	3	15
62 - 70	6	<b>30</b>
71- 81	4	<b>20</b>
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100</b>

L'âge des TPS variait entre 42 et 81 ans. 35% avaient moins de 52 ans et 50 % plus 61 ans.

##### 3.1.3 - Religion, leur ethnie, profession, niveau d'éducation et l'origine du savoir des TPS

Tous étaient des hommes dont 19 de l'ethnie Dogon. 16 étaient de religion musulmane et 4 de la religion traditionnelle dogon. 9 étaient en plus des cultivateurs et 5 des marabouts. 15 n'étaient pas alphabétisés et 5 avaient un niveau d'éducation primaire. 14 avaient comme origine du savoir la tradition familiale, 5 de l'apprentissage auprès d'un maître TPS et un, suite à une maladie mentale initiatique ou révélation<sup>1</sup>

##### 3.1.4 - Principales sources de revenus

Seuls 3TPS, tiraient leurs principales sources de revenus de l'exercice de la Médecine traditionnelle.

#### 3.2- les moyens diagnostiques

**Tableau N°3 : les moyens diagnostiques utilisés par les TPS**

Moyen diagnostique	Nombre de TPS ayant eu recours	Proportion (%)
<b>Divination</b>	<b>20</b>	<b>100</b>
<b>Interrogatoire</b>	<b>20</b>	<b>100</b>

<sup>1</sup> Elle est une forme de transmission du savoir, qui se traduit par un épisode mental aigu au cours duquel, le patient est porté disparu pendant un certain temps, pouvant aller de quelques jours à plusieurs semaines voire des mois. Après amendement partiel de cet épisode, la personne réapparaît dotée du savoir de soigner les personnes atteintes de troubles mentaux. Selon l'opinion culturelle populaire, la personne a été enlevée par les esprits qui lui ont transmis ce savoir durant la période de sa disparition. Ces TPS, bien que stabilisés, auraient une personnalité généralement borderline.

Inspection	15	75
Observation du comportement du patient	10	50

Tous les TPS avaient recours à la divination et à l'interrogatoire du patient et/ou de sa famille.

### 3.3 - les dénominations des troubles du spectre schizophrénique et des autres psychoses

**Tableau N°4 : dénominations des troubles du spectre schizophrénique et des autres psychoses**

Dénomination en Dogon(dialecte)	Traduction en français	Nombre de recours par les TPS	Proportion (%)
<i>Ambawede (donnosɔɔ)</i>	Folie de Dieu	4	5,8
<i>Numɔ (donnosɔɔ)</i>	<b>Mauvais sort</b>	<b>9</b>	<b>13</b>
<i>Guire (donnosɔɔ)</i>	Sorcellerie	1	1,5
<i>jɛdɛ (donnosɔɔ)</i>	Vent	2	2,9
<i>Sitandu (donnosɔɔ)</i>	Satan	6	8,7
<i>ogulubɛɛm (donnosɔɔ)</i>	Esprits de la brousse	5	7,3
<i>Wedemumɔ (tommosɔɔ)</i>	<b>Folie muette</b>	<b>7</b>	<b>10,1</b>
<i>Wedekelu (tommosɔɔ)</i>	<b>Folie froide</b>	<b>7</b>	<b>10,1</b>
<i>Wedepiru (tommosɔɔ)</i>	<b>Vraie folie</b>	<b>1</b>	<b>1,5</b>
<i>Wedesɔɔɔɔ (tommosɔɔ)</i>	<b>Folie qui fait parler</b>	<b>8</b>	<b>11,6</b>
<i>Wedekankan (tommosɔɔ)</i>	<b>Folie chaude</b>	<b>8</b>	<b>11,6</b>
<i>Yapilin (donnosɔɔ)</i>	Maladie provoquée par l'esprit de la femme décédée enceinte	7	10,1
<i>Yeben (donnosɔɔ)</i>	Esprits nains	4	5,8
<b>Total</b>		<b>69</b>	<b>100</b>

Dans environ **51% des cas**, les TPS, avaient recours au terme *wede* ou **folie comme dénomination** des troubles du spectre schizophrénique et des psychoses, **35%** environ à ceux dus à l'agression par les esprits.

### 3.4 - Les causes des troubles du spectre schizophrénique et des autres psychoses

**Tableau N°5 : Causes des troubles du spectre schizophrénique et des autres psychoses**

Causes en Dogon	Traduction en français	Nombre de recours par les TPS	Proportion (%)
<i>Amba</i>	Dieu	4	10,5
<i>Numɔ</i>	<b>Mauvais sort</b>	<b>9</b>	<b>23,7</b>
<i>Guire</i>	Sorcellerie	1	2,6
<i>jɛdɛ</i>	<b>Vent</b>	<b>2</b>	<b>5,3</b>
<i>Sitandu</i>	<b>Satan</b>	<b>6</b>	<b>15,8</b>
<i>ogulubɛɛm</i>	Esprits de la brousse	5	13,2
<i>Yapilin</i>	Esprit de la femme décédée	7	18,4

	enceinte		
<i>Yeben</i>	Esprits nains	4	10,5
<b>Total</b>		<b>38</b>	<b>100</b>

Dans plus de **63% des cas**, les troubles du spectre schizophrénique et des autres psychoses étaient causés de **l'agression par les esprits**, au mauvais sort avec plus de **23%**.

#### 4-Discussion/commentaires

##### 4. 1- Données sociodémographiques

###### 4.1.1- Âge, sexe et ethnie

19 TPS concernés par l'étude étaient d'ethnie dogon et de sexe masculin. Cela témoigne du fait que les dogon ont toujours tendance à garder leurs traditions tout restant également ouverts aux autres cultures. Aussi, il est plus courant que le savoir surtout familial de soigner, est le plus souvent transmis au garçon qu'à la fille. Quant à la prise en charge des personnes souffrant de troubles mentaux, qui demande plus d'énergie physique et de temps, elle serait plus réservée aux hommes. Nos résultats sont conformes à ceux de Mounkoro et Coulibaly au Plateau Dogon (Mounkoro et Coulibaly, 2019). L'âge des TPS était compris entre 42 et 81 ans, ce qui dénote de la maturité du TPS.

###### 4.1.2 - Religion, profession, niveau d'éducation et l'origine du savoir des TPS

16 étaient de religion musulmane, mais en réalité, 13 d'entre eux avaient des comportements religieux syncrétiques, mélangeant les pratiques des deux religions (musulmane et traditionnelle dogon). Ce syncrétisme vivant se voit dans les villages où, mosquée, lieu de culte chrétien et autels se côtoient. Seuls six TPS avaient comme pour principale profession la Médecine Traditionnelle, les autres étaient en plus des cultivateurs et des marabouts. Seulement 5 TPS, avaient été scolarisés et n'avaient pas dépassé le niveau primaire, mais les 5 marabouts savaient lire et écrire en arabe. Ce faible niveau d'alphabétisation, serait probablement en rapport avec l'insuffisance et le manque d'enregistrement des patients par l'écriture, comme l'attestent les résultats des travaux de Diakité et al (Diakité et al, 2016). Quant à l'origine du savoir, elle était surtout de la tradition familiale ou apprentissage de père en fils dans 70% des cas. Ainsi, cette chaîne de transmission qui normalement devrait se perpétuer, tend aujourd'hui à se ralentir voire de disparaître à cause du peu d'engouement qu'elle suscite auprès des enfants des TPS non encore professionnalisés et tirant peu de ressources notamment financières de l'exercice de cette médecine<sup>2</sup>.

###### 4.1.3 - Spécialités des TPS

Neuf étaient spécialisés, huit avaient une compétence en santé mentale et 3 généralistes qui ont l'habitude de prendre en charge des pathologies à forte connotation psychique. En général, les TPS ayant une compétence dans la prise en charge des troubles mentaux, prennent en charge plusieurs affections somatiques. Car la médecine traditionnelle ne fait pas la séparation entre le corps et l'esprit comme le fait la médecine occidentale. Elle considère la personne comme un tout indissociable. Le trouble mental peut avoir comme point de départ un trouble organique comme la fièvre « *jontε* », les maux de tête « *kujim* », les maux de ventre « *kɔlɔjim* », la peur « *nε* » ou le cœur qui pleure « *kindɛlɔgu* » ...etc. Ce qui pourrait expliquer en général la promptitude du TPS à répondre aux différentes sollicitations, comme l'atteste le nombre élevé de patients internés ou suivis en ambulatoire lors de notre passage.

<sup>2</sup> Le processus de collaboration avec les TPS initié par le centre, a réservé une place prépondérante dans l'amélioration de leurs conditions de vie. A partir de 1994, une campagne de valorisation de leurs pratiques, a été entreprise par leur participation aux foires nationales dédiées à la Médecine Traditionnelle à Bamako. Ceci leur a permis de vendre leurs remèdes et services. Ils ont ainsi pu construire des locaux et acheter des engins à deux ou quatre roues pour leur déplacement, motivant par la même occasion leurs enfants à mieux s'intéresser à la pratique de la médecine traditionnelle.

## 4.2- Moyens et procédés diagnostiques utilisés par les TPS.

Contrairement aux préjugés, faisant croire que le TPS, a exclusivement recours au processus magico-religieux pour asseoir ses démarches diagnostiques et thérapeutiques, il dispose de plusieurs moyens et procédés et à l'examen de ses patients.

### 4.2.1- démarches diagnostiques

Tous les TPS impliqués procédaient à :

- l'observation de leur malade, en relevant les gestes et mouvements ;
- l'inspection avant toute intervention, en touchant à certaines parties du corps notamment au poignet, à la paume des mains, au front, aux yeux...etc.
- l'interrogatoire des patients et/ou leurs familles, en cherchant à préciser le début des troubles, les antécédents personnels ou familiaux et en précisant les itinéraires thérapeutiques...etc.

Le TPS se préoccupe avant tout de créer une relation de confiance avec son malade, gage de toute réussite thérapeutique. Ainsi, dans un premier temps il pratique le maternage en touchant et massant certaines parties du corps notamment la tête qu'il prend entre ses mains en récitant des paroles incantatoires surtout si ce dernier est agité. Dans un second temps, il fait recours à la divination (*almagakundi*, faire la divination) qui est partie intégrante de la thérapie et constitue le point central du diagnostic.

### 4.2.2- Techniques divinatoires utilisées par les TPS

Les principales, ont été :

- **le jet de coquillages marins ou cauris** (*kæle* ou argent en dogon). Elle est certainement le procédé divinatoire le plus utilisé et consiste à jeter les coquillages sur le sol ou sur une natte et à interpréter leurs différentes positions qui vont déterminer le problème et sa solution.

#### - La géomancie.

Elle fait référence aux signes graphiques marqués par le devin sur le sable à l'aide du doigt *cenda*, étaler la vérité en bamanankan ou sur le papier à l'aide de bic *turabu*, un emprunt arabe (Cissé, 2020).

- **L'oniromancie** ou *almagayangayelu* ou divination à l'aide des rêves du TPS ou de ceux du malade (Lionetti et Mounkoro,1993).

#### - La divination par les statuettes en bois ou *degedege*.

Elle consiste à interroger les esprits incarnés dans ces statuettes concernant une situation bien donnée.

- **La divination par le chapelet** : Inspirée par la pratique islamique, elle consiste à égrener le chapelet en récitant des versets coraniques (*urdi*, un emprunt arabe) à jeun et se mettre à l'abri de tout contact humain (la retraite mystique ou *kalwa*). Durant cette retraite, il est sensé affronter les esprits qu'il a invoqués pour résoudre le problème en cause. Mais, cette rencontre avec ces entités peut provoquer les troubles, si le TPS n'est pas capable supporter cette confrontation au risque de présenter une forme aiguë de troubles psychopathologiques fréquente chez les jeunes marabouts, n'ayant pas encore une grande expérience de cette pratique.

#### - La divination par l'inspection de viscères de poulet sacrificiel.

Un poulet en sacrifice sur l'autel des fétiches, est égorgé et jeté à terre. Tous les mouvements de ce poulet agonisant, se débattant, sont scrupuleusement suivis de même que la couleur de ses intestins mis à nu par une large entaille au niveau de l'aine par le TPS (Mounkoro,1988).

## 4.3 - Interprétations des troubles du spectre schizophrénique et des autres psychoses et leurs causes

Les processus magico-religieux jouaient un grand rôle dans l'identification des troubles et leurs causes. Les entités citées ont été les esprits, la folie, le mauvais sort, la sorcellerie/anthropophagie. A part le terme de folie, le trouble et sa cause en général, avaient la même dénomination. Les principales causes évoquées ont été l'agression par les esprits, le mauvais sort, la sorcellerie/anthropophagie et les forces surnaturelles (Mounkoro et Coulibaly, 2019, Ventevogel et al, 2013).

#### 4.3.1 - L'agression par les esprits

Citée dans plus de 63% des cas par les TPS comme causes, les différentes entités concernées étaient :

- *jède*, le vent qui est une interprétation assez fréquente des maladies chez la plupart des groupes ethniques au Mali. Pouvant correspondre à des esprits non identifiés (non rattachés à un panthéon), le vent renvoie le plus souvent à des troubles dont l'apparition est soudaine.

- Quant à l'agression par les autres esprits, ces esprits sont d'abord identifiés et les moyens thérapeutiques vont consister soit « à les chasser » par l'utilisation de plantes et de versets coraniques par les TPS musulmans. Pour ceux s'inspirant de la religion traditionnelle dogon, ils sont « enlevés » du corps du malade et ensuite « fixés » dans la brousse sur des arbres particuliers comme le tamarinier (*tamarindus indica*), le baobab (*Adansonia digitata*) ou le caïlcédrat (*Khaya senegalensis*)<sup>3</sup>. Ces esprits étaient :

\* *yeben* ou esprits nains : ils sont semblables aux hommes mais les talons seraient tournés vers l'avant et les orteils vers l'arrière. Ils auraient pour refuge les mêmes arbres cités plus haut. Ils s'attaqueraient surtout aux humains ayant violé leur territoire, en provoquant des troubles mentaux les plus divers.

\* *ogulubèlem* : Ce sont tous les esprits non connus ou sauvages présents surtout en brousse (*ogulu*) d'où ils tirent leur nom. Les troubles causés sont très variés.

\* *Sitandu* ou encore Satan, un emprunt des nouvelles religions notamment l'islam et le christianisme, un esprit redoutable capable de perturber les humains et de les détourner de Dieu.

\* *Yapilin* : Il s'agit d'une entité nosologique dogon, rencontrée dans l'aire géographique et linguistique *donno*, dialecte dogon parlé les populations de cette aire. Elle serait ainsi le résultat de la possession par l'âme (*kindekindu*) errante d'une femme décédée enceinte et dont les rituels funèbres consacrés n'ont pas été ou complètement exécutés<sup>4</sup>. Il s'agit le plus souvent de troubles psychiques survenant au décours de la puerpéralité. Auprès d'un TPS spécialiste, nous avons pu enregistrer une dizaine de cas.

#### 4.3.2- La « folie ou wede »

Plus de la moitié des interprétations, était consacrée au terme de folie.

Ce qui dénote de la conscience qu'ont les TPS quant à la gravité de ces pathologies psychiatriques, ce qui a permis d'avoir les entités<sup>5</sup> suivantes :

- *wedekankan* ou « folie chaude » dont le tableau clinique est dominé par l'agitation et l'agressivité.
- *wedesosoo* ou folie qui fait trop parler, par la logorrhée

<sup>3</sup> Le TPS, pratique une saignée à l'aide d'une lame neuve au niveau du front. Une goutte de sang est déposée sur un morceau de cotonnade qui sera fixé sur l'arbre à l'aide de pointes en récitant des incantations. Pour éviter l'agression par les esprits, il est recommandé aux personnes non initiées de ne pas s'y reposer et d'y grimper.

<sup>4</sup> D'après la tradition dogon, une femme enceinte qui meurt doit être enterrée de façon particulière et tous ses biens matériels et financiers doivent être purifiés avant d'être utilisés. Sinon l'âme va errer et agresser surtout les personnes « à la tête légère ou *kuwey* », c'est-à-dire les personnes fragiles comme les femmes allaitantes, parturientes ou en période de menstrues.

<sup>5</sup> Ces entités n'ont pas été profondément explorées

- *wedemumɔ* ou folie muette, par le mutisme
- *wedepiru* ou la vraie folie, témoigne de la présence de beaucoup de symptômes en particulier ceux de la désorganisation (Beneduce et Koumaré, 1993). Ici, les troubles présentés sont très difficiles à traiter par le TPS, ils peuvent être chroniques et provoquer une stigmatisation voire une exclusion socioprofessionnelle des patients, comme l'attestent les résultats des travaux de Couliadiaty et collaborateurs à Diapaga au Burkina Faso (Couliadiaty et al, 2019).
- *Ambawede*, la folie de Dieu, tient plus à l'origine surnaturelle des troubles.

### 4.3.3 - *Numɔ* ou mauvais sort

Il consiste en général à s'attacher les services d'un marabout ou d'un féticheur dans le but de causer à une personne un malheur quelconque y compris les troubles mentaux.

### 4.3.4 - *Guire* ou sorcellerie /anthropophagie

C'est un modèle interprétatif et référentiel étiologique fréquent au Mali. Mais dans notre étude, il était le moins sollicité avec seulement un peu moins de 2% des recours par les TPS. C'est à travers l'âme ou *kindekindu* que le sorcier s'attaque à la personne visée.

## 5 - Conclusion

En plus des procédés magico-religieux, les TPS ont largement recours à l'inspection de tout le corps, le toucher de différentes parties notamment le front, le thorax, les poignet...etc.), l'interrogatoire du malade et/ou de la famille et le comportement du patient en particulier sa présentation, sa tenue corporelle et vestimentaire, sa mimique, sa gestuelle...etc pour poser les diagnostics des troubles mentaux et identifier leurs référents étiologiques. Ces modèles interprétatifs et référentiels, renvoient aux grands axes habituels en Afrique notamment l'agression par les esprits de nature diverse (le vent, les esprits de la brousse, le Satan et l'esprit de la femme enceinte décédée), le mauvais sort et la sorcellerie anthropophagie (Zempleni, 1983). Dans plus de la moitié des recours interprétatifs, le terme de folie résulte particulièrement de la gravité des symptômes et surtout des difficultés des TPS à prendre correctement en charge les personnes souffrant de ces troubles. Une étude approfondie des procédés diagnostiques permettrait de mieux cerner l'approche psychopathologique traditionnelle des troubles du spectre schizophrénique et autres psychoses au plateau Dogon de Bandiagara.

### Conflits d'intérêts

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

### Contribution des auteurs

Pakuy Pierre MOUKORO, a participé à toutes les étapes de l'étude, de la conception en passant par l'enquête, la rédaction et la relecture de l'article. Quant à Souleymane COULIALY et Zoua KAMATE, ils ont pris part à la rédaction et à la relecture de l'article.

### Remerciements

Les auteurs remercient chaleureusement le regretté Moise Kassogué qui a servi d'interprète, les Tradipraticiens de santé du Plateau Dogon de Bandiagara, le personnel du Département de Médecine Traditionnelle de Bamako et celui du Centre Régional de Médecine Traditionnelle de Bandiagara.

### Références bibliographiques

- Beneduce, R., Koumaré, B. (1993). Cultural psychiatry and traditional health care systems : how can they interact ? *Psychopath afric*, Vol XXV - N°1 ; pp : 59 - 75.
- Cercle de Bandiagara. (1995). Développement du cercle de Bandiagara .Centre de documentation et des archives.
- Cissé, M. (2020). Analyse des rôles psychothérapeutiques de la géomancie dans la zone de Djitoumou, Arrondissement de Ouéléssébougou. Thèse de Doctorat, Sciences Humaines (spécialité Sciences de l'éducation), Institut Pédagogique Universitaire (IPU), Bamako, 190 pages.

- Coppo, P., Antinuci, F., Fiore, B., Giannattasio, F., Misiti, R., Morosini, Pisani, L. (1988). Médecine traditionnelle, Psychiatrie et Psychologie en Afrique. II, Pensiero Scientifico Editore, 222 pages
- Couliadiaty, G., Sawadogo, 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
- Diakité, C., Mounkoro, P.P., Diallo, D. (2016). Evaluation de la couverture sanitaire assurée par les tradipraticiens de santé au Plateau dogon de Bandiagara. Rapport, archives du département de Médecine traditionnelle, Bamako.
- Direction Nationale de la Statistique du Mali. (2009). Recensement Général de la Population et de l'habitat (RGPH).
- Lionetti, R., Mounkoro, P.P. (1993). Pour une psychologie traditionnelle du rêve » In Essai de psychopathologie Dogon (sous la direction de COPPO.P), Editions CRMT/PSMTM.
- MALAH NOTUE, C. A. (2019). Epidémiologie des troubles psychiatriques chez les patients hospitalisés au service de psychiatrie du CHU Point G de Bamako. Thèse de Médecine, Année universitaire 2018- 2019, FMOS, Bamako
- Mounkoro, P. P. (1988). Approche du désordre mental en milieu Bwa (A propos de 20 cas au service de psychiatrie de l'hôpital du Point G, Bamako). 135 pages, Thèse. Méd. Bamako.
- Mounkoro, 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, 3ème quadrimestre, pp : 7-14
- Mounkoro, P.P., Coulibaly, S. (2019). Approche psychopathologique des troubles mentaux au Plateau Dogon de Bandiagara. RASP, Vol.18(1), Janvier-juin, pp : 12- 24
- Ritchie, H., Roser, M. (2019). Mental Health. Published online at OurWorldInData.org. Retrieved from : <https://ourworldindata.org/mental-health>. Salles Trevisan, M.T., Vanderlan Viana Macedo, F., van de Meent, M., Rh. Consulté le 21/12/2020.
- Santé Sud Mali. (2020). Rapport des activités des Médecins Généralistes formés à la prise en charge des personnes souffrant de troubles psychiatriques en zones rurales dans six régions du Mali.
- Service de psychiatrie (CHU Point G). (2018). Rapport des activités de consultations. Archives.
- Ventevogel, P., Jordans, M., Reis, R., and de Jong, J. (2013). Madness or sadness? Local concepts of mental illness in four conflict-affected African communities. Ventevogel et al. Conflict and Health, 7 :3 <http://www.conflictandhealth.com/content/7/1/3>. Consulté, le 22/12/2020.
- Zempleni, A. (1983). Le sens de l'insensé. De l'interprétation magico-religieuse des troubles psychiques. Psychiatrie française, 4 : 29 - 47.

© 2021 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 (3) N 1

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

Reçu, 08 Février 2021

Accepté, 15 Avril 2021

Publié, 29 Avril 2021

<http://revue-rasp.org>

---

Recherche

**Prise en charge des troubles mentaux en milieu rural au Mali: quelle articulation entre les deux systèmes de soins (conventionnel et traditionnel) au Centre Régional de Recherche en Médecine Traditionnelle de Bandiagara?**

**Management of mental disorders in rural Mali: what articulation between the two systems of care (conventional and traditional) at the Regional Research Center in Traditional Medicine of Bandiagara?**

MOUNKORO Pakuy Pierre<sup>1\*</sup>, COULIBALY Souleymane<sup>2</sup> KAMATE Zoua<sup>3</sup>

<sup>1,2,3</sup> CHU Point G

\*Auteur correspondant: E-mail: [pmoukoro@yahoo.fr](mailto:pmoukoro@yahoo.fr) Tél (00223) 66 54 17 72/70 26 73 01

### Résumé

L'efficience de la prise en charge des troubles mentaux au Plateau Dogon de Bandiagara, requiert une meilleure collaboration entre les acteurs des deux médecines. L'objectif est de décrire les principales stratégies ayant permis au Centre Régional de Médecine Traditionnelle, de jeter les bases de cette collaboration par la mise en place d'un dispositif d'échanges d'informations entre 20 TPS en santé mentale et les médecins, les visites auprès de ces TPS, les consultations mixtes (médecin et TPS consultant ensemble le même patient) de 2007 à 2012. 89 patients internés et 345 en ambulatoire, ont été pris en charge par les TPS par l'utilisation de plantes associées aux rites. Les conceptions magico-religieuses des troubles mentaux et les difficultés à gérer l'agitation et l'agressivité, ont été mentionnées. Le domaine de compétence de chaque acteur, a été défini et la complémentarité a été la règle. Ainsi, 34 patients ont été référés par les TPS aux médecins et 17 par ceux-ci aux TPS.

La prise en charge des troubles mentaux en milieu rural, nécessite la collaboration entre les acteurs des deux médecines, dont le préalable demeure l'instauration d'un climat de confiance réciproque.

**Mots-clés :** Prise en charge - Troubles mentaux- TPS - Milieu rural- Mali.

**Abstract**

The efficiency of the management of mental disorders in the Dogon Plateau of Bandiagara requires better collaboration between the actors of the two medicines. The objective was to describe the main strategies that have enabled the Regional Center for Traditional Medicine to lay the foundations for this collaboration by setting up an information exchange mechanism between 20 THP in mental health and doctors, visits to these THP, mixed consultations (doctor and THP consulted the same patient together) from 2007 to 2012. 89 interned patients and 345 outpatients were treated by THP through the use of plants associated with rites. The magical or religious conceptions of mental disorders and the difficulties in dealing with agitation and aggression were mentioned. The area of competence of each actor has been defined and complementarity the rule. Thus, 34 patients were referred by the THP to the doctors and 17 by them to the THP. The management of mental disorders in rural areas requires collaboration between the actors of the two medicines, the prerequisite of which remains the establishment of a climate of mutual trust.

**Keywords:** Management - Mental disorders- THP- Rural environment- Mali.

## 1 - Introduction

Pour une meilleure prise en charge des problèmes de santé mentale des populations des colonies, des intervenants dans le domaine, ont mis l'accent sur la nécessité de prendre en compte les réalités socioculturelles. (Cazanove,1933, Mead,1953). Après les indépendances, deux expériences pilotes en Afrique de l'ouest notamment au Nigeria et au Sénégal, se sont appuyées sur ces réalités locales pour améliorer cette prise en charge des personnes souffrant de troubles mentaux (Lambo, 1966, , Mounkoro et Coulibaly, 2013). Ces deux expériences, ont beaucoup influencé la politique malienne en matière de santé mentale, même si cette influence ne serait pas assez déterminante dans les politiques actuelles de ces deux pays (Collignon,1983., N'doye, Devos et Gueye, 2000).

Le Centre Régional de Recherche en Médecine Traditionnelle (CRMT) de Bandiagara, est l'émanation de cette politique malienne.. Il est un centre de recherche chargé du recensement et de l'organisation des ressources de la médecine traditionnelle en vue d'une meilleure articulation des deux systèmes de soins (traditionnel et conventionnel).. La prise en charge ou la proposition d'un modèle de prise en charge des troubles mentaux, impliquant les acteurs de ces deux systèmes de santé, fait partie de ses objectifs spécifiques (Coppo, Giannattasio et Misiti, 1988). Il est le seul service de santé mentale pour les 5<sup>e</sup>, 6<sup>ème</sup> et 7<sup>ème</sup> région du Mali. Mais avant la création du CRMT, les TPS, constituaient le seul recours pour les patients (Mounkoro, 2007). La collaboration entre les acteurs des

deux médecines était presque inexistante. Le centre ne disposait comme personnel soignant que d'un seul médecin psychiatre. Il n'y avait pas d'unité d'hospitalisation. Les malades mentaux étaient le plus souvent suivis en ambulatoire. Les hospitalisations se faisaient en général à domicile ou au centre dans la salle d'attente pour les malades agités ou agressifs. Le centre a initié la création des espaces de rencontres et d'échanges d'informations avec les premiers PMT recensés, qui ont été invités à former la première association de TPS du Plateau Dogon en 1991. Des visites régulières auprès des TPS par un psychiatre en vue de s'enquérir des conditions de prise en charge des malades par les TPS, ont été également entreprises. En même temps, des espaces d'échanges d'informations à propos des maladies entre les deux acteurs étaient ouverts chaque mois au CRMT, ce qui a permis d'enregistrer les premiers patients référés par les TPS au centre et du centre aux TPS. Cette expérience du CRMT, pourrait intéresser certaines régions du Mali, voire l'ensemble du pays en tenant compte des spécificités de chaque localité

L'objectif de ce travail est de décrire les principales étapes par les lesquelles, le CRMT a cheminé pour arriver à une meilleure collaboration avec les TPS dans la prise en charge des troubles mentaux au Plateau Dogon de Bandiagara, avec pour objectifs spécifiques :

- Répertorier les modèles interprétatifs des troubles ;
- Évaluer approximativement la charge de morbidité prise en charge ;
- Énumérer les principales difficultés liées à la prise en charge ;
- Mettre en place un modèle de référence des patients dans les deux sens.

## **2 -Matériels et Méthodes**

### **2.1 - Lieu de l'étude : Plateau Dogon de Bandiagara**

L'histoire du cercle de Bandiagara ou Plateau Dogon est intimement liée à celle de la ville de Bandiagara fondée vers 1770 par un chasseur nommé Nangabanou Yorobougoué Tembely (Cercle de Bandiagara, 1995). La ville tire son nom de deux vocables Dogon : bagna (écuelle) et gara (grand), ce qui signifie grande écuelle. L'explication est que le fondateur chasseur troquait avec les voyageurs le contenu en viande d'une grande écuelle en bois contre quelques cauris . Ainsi le lieu de troc finit par s'appeler Bagna gara qui, au fil des années est devenu par déformation Bandiagara. D'une superficie de 10.520 km<sup>2</sup>, la population est estimée à environ 418.873 habitants en majorité des Dogon

(DNP/RGPH 2009)<sup>1</sup> . Les pathologies les plus fréquentes dans le cercle sont : le paludisme, les infections respiratoires aiguës, les diarrhées, la tuberculose et la malnutrition.

## **2.2 - Cadre de l'étude : Centre Régional de Recherche en Médecine Traditionnelle**

Il a été créé en 1986 grâce à un accord de coopération entre le Mali et l'Italie. Premier centre régional de recherche en médecine traditionnelle au Mali, celui de Bandiagara est un centre périphérique de l'Institut National en Santé Publique (INSP)<sup>2</sup>. Le centre a une spécialité neuropsychiatrique. Les premières activités du CRMT, ont été la prise en charge des malades souffrant de troubles mentaux et d'épilepsie et le recensement des TPS en santé mentale. Le CRMT, a permis la création de la Fédération des Associations de Thérapeutes Traditionnels de Bandiagara (FATTB), constituée par 30 associations regroupant environ 700 membres. Ces tradipraticiens sont soit des devins, des marabouts, des féticheurs, des herboristes, des rebouteux, des accoucheuses traditionnelles, des gardiens des divinités, des interpréteurs de rêves ou de cris des animaux, etc...

## **2.3 - Type, période et population de l'étude**

Il s'agissait d'une étude longitudinale qui s'est déroulée de 2007 à 2012 auprès des Tradipraticiens de santé prenant en charge les troubles mentaux au Plateau Dogon de Bandiagara.

### **2.3 - Échantillonnage**

#### **2.3.1- Critères d'inclusion**

Tout Tradipraticien de santé prenant en charge les troubles mentaux au Plateau Dogon de Bandiagara et ayant accepté de participer à l'étude après un consentement éclairé.

#### **2.3.2- Critères de non inclusion**

N'étaient pas inclus dans l'étude:

- Tout Tradipraticien de santé ne prenant pas en charge les troubles mentaux au Plateau Dogon de Bandiagara
- Tout Tradipraticien de santé prenant en charge les troubles mentaux au Plateau Dogon de Bandiagara et n'ayant pas accepté d'être enquêté après consentement éclairé.

#### **2.3.3 -Taille de l'échantillon**

Il était constitué par les 20 TPS recensés de 1986 à 2007 au Plateau Dogon de Bandiagara.

<sup>1</sup> Direction Nationale de la Population (DNP) sur la base du Recensement Général de la Population et de l'Habitat en 2009 (RGPH 2009).

<sup>2</sup> L'ex Institut National de recherche en Santé Publique (INRSP)

## 2.4- Moyens et méthodes de récolte des données

Ils ont été les échanges d'informations et de patients, les visites auprès des TPS, les consultations mixtes et la mise en place d'un système de référence des patients dans les deux sens.

### 2.4.1- Les échanges d'informations

Les TPS de la première association formée à partir de 1990, ont été invités à prendre part aux échanges d'informations avec les médecins, les anthropologues et les psychologues du centre. Ces rencontres se tenaient soit de façon individuelle au domicile du TPS ou de façon collective au centre. Les entretiens individuels portaient surtout sur l'approche de la psychologie et de la psychopathologie notamment les entités nosologiques dogons (Mounkoro et Coulibaly, 2019). Quant aux rencontres collectives, elles se tenaient une fois par mois au centre et le thème a été choisi alternativement par les acteurs de la médecine conventionnelle et ceux de la médecine traditionnelle. Le choix du problème de santé obéissait à une demande d'information concernant ce problème. Ainsi, les thèmes choisis par les tradipraticiens de santé ont été : l'HTA, la dracunculose, la rougeole, les IST et VIH/SIDA, ...etc. Ceux des médecins du centre ont été : *Wobu* (paludisme simple), *sada* (paludisme grave et compliqué), *WεWε* (vent pour désigner toute affection soudaine), *pagala* ou *gamma* (douleurs ostéoarticulaires) renvoyant le plus souvent au rhumatisme articulaire, *gεgε* (affections ictériques), *yapilu* (maladie mentale renvoyant le plus souvent à la psychose puerpérale), *tibusugu* (tomber comme une pierre pour désigner l'épilepsie), *wede* (folie)...etc. Pour chaque thème abordé, les acteurs des deux médecines participaient pleinement et donnaient librement leurs conceptions des maladies, les manifestations et les causes ainsi que les méthodes thérapeutiques utilisées (curatives et préventives) dans une ambiance empreinte de courtoisie, de respect mutuel et de convivialité.

### 2.4.2 -Les visites auprès des TPS.

Une équipe du centre composée d'un médecin psychiatre et d'un interprète rendait visite régulièrement aux TPS en santé mentale, en vue d'une meilleure connaissance des malades pris en charge et surtout des méthodes et techniques thérapeutiques utilisées et des difficultés rencontrées. Lors de ces visites, les malades suivis par le TPS ont été répertoriés et un dossier a été ouvert pour chaque malade interné. Ces visites ont permis le plus souvent à l'équipe, d'assister aux différentes étapes des soins notamment la récolte des plantes, la préparation et l'administration des remèdes et surtout d'établir le répertoire des techniques et méthodes thérapeutiques notamment les plantes, les rituels, la contention physique, la flagellation, la restriction hydrique et/ou alimentaire.

#### 2.4.4 - Les consultations mixtes

TPS et médecin, consultaient le même malade au même lieu, soit au domicile du tradipraticien, soit dans une formation sanitaire (Moukoro et Coulibaly, 2013).

- Au domicile du TPS.

Le médecin, se rendait au domicile du TPS, observait les malades et s'entretenait avec lui, afin de connaître la diagnose traditionnelle posée par le TPS et de répertorier les moyens diagnostiques utilisés notamment l'interrogatoire, l'inspection, le toucher, les actes et faits des patients et la divination utilisant plusieurs techniques comme le jet de coquillages marins, la géomancie et l'oniromancie. Ces consultations ont permis de déterminer le nombre moyen de patients reçus par jour, le type de pathologies, le sexe, l'âge et la provenance des malades. L'évaluation de la prise en charge traditionnelle par l'évidence ethno-médicale<sup>3</sup> (l'état de santé du patient après traitement) a également été effectuée le plus souvent à l'occasion de ces consultations.

- **Au CRMT**

Elles se déroulaient au centre et le TPS accompagnait les patients pour lesquels, il désirait avoir une expertise du médecin. Le malade était consulté par un médecin qui posait un diagnostic en s'aidant souvent d'exams complémentaires. Ce diagnostic était porté à la connaissance du patient et de sa famille et également du TPS, qui donnait aussi sa conception de la maladie. En général, il s'est toujours dégagé un consensus, qui a facilité la prise en charge concomitante du patient.

#### 2.4.5 - La mise en place d'un système de référence des patients

Les TPS et les médecins, ont mis en place un système de référence des patients dans les deux sens, après deux rencontres entre les différents acteurs en 2008 et 2009. Des fiches de références, remises aux TPS impliqués permettaient à ces derniers de référer les patients aux structures sanitaires en les remplissant et en les remettant ensuite aux patients. Un point focal, désigné et formé par structure sanitaire, était chargé de recevoir les patients référés afin de faciliter leurs parcours de soins. Ces fiches comportaient les nom et prénoms, village, association, sexe, âge, provenance du patient et les motifs

---

<sup>3</sup> Il s'agit de faire des observations cliniques des patients suivis par les TPS selon l'approche biomédicale en retenant des hypothèses diagnostiques sans prescrire des traitements et suivre l'évolution de ces patients.

de la référence. Les médecins réfèrent également les patients aux TPS et un accent particulier a été mis sur la retro -information concernant l'évolution de l'état des malades référés.

## 2.5 - Le traitement et l'analyse des données

Les données ont été saisies sur Word 2010 et traitées manuellement

## 2.6 - Problèmes d'éthique et de déontologie

Après un consentement éclairé du Président de la FATTB, ce dernier a convié les présidents des associations dont les TPS étaient membres afin de les informer et sensibiliser. 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, du thé et du sucre en guise de motivation symbolique. Vu la diversité des dialectes dogon, un interprète, parlant la majorité des dialectes, a servi de traducteur. L'anonymat et la confidentialité ont prévalu pendant toutes les étapes de l'étude. Les interviews, avaient lieu aux domiciles des TPS.

## 3 - Résultats

### 3.1 Variables sociodémographiques des TPS

#### 3.1.1 - Répartition des TPS selon la spécialité

**Graphique N°1 : Répartition des TPS selon leur compétence**

Compétence	Nombre de TPS	Proportion (%)
<b>Spécialistes</b>	<b>9</b>	<b>45</b>
Généralistes avec compétence en psychiatrie	8	40
Généraliste	3	15
Total	20	100

55% des TPS étaient des généralistes contre 45% de spécialistes

#### 3.1.2 - Religion, leur ethnie, profession, niveau d'éducation, l'origine du savoir des TPS et Principales sources de revenus

Tous étaient des hommes dont 19 de l'ethnie Dogon. 16 étaient de religion musulmane et 4 de la religion traditionnelle dogon. 15 n'étaient pas alphabétisés et 5 avaient un niveau d'éducation primaire. 14 avaient comme origine du savoir la tradition familiale. **Seuls 3TPS**, tiraient leurs principales sources de revenus de l'exercice de la Médecine traditionnelle.

### 3.2 - Variables cliniques

- les conceptions d'origine magico-religieuse des troubles mentaux notamment l'agression par les esprits, le mauvais sort et la sorcellerie-anthropophagie.
- **89 patients internés et 345 en ambulatoire selon le récit des TPS** (en absence d'enregistrement des patients).
- **34 patients référés par les TPS aux médecins**
- **17 par les médecins aux TPS.**
- la méconnaissance par les TPS des comorbidités organiques notamment les pathologies infectieuses courantes

### 3.3 - Variables thérapeutiques

- L'agitation, l'instabilité et l'agressivité gérées par la contention physique, la flagellation ou la restriction alimentaire et/ou hydrique (dans le but d'affaiblir physiquement le patient).
- Les plantes associées aux rites comme ressources thérapeutiques à travers les enquêtes ethnobotaniques en 2008 et en 2012. .

## 4 - Discussion

La pratique a prouvé aujourd'hui qu'aucune médecine, qu'elle soit traditionnelle ou conventionnelle ne peut disparaître au profit de l'une ou de l'autre. Pour ce faire, les acteurs de ces deux systèmes de soins, doivent collaborer dans une perspective de complémentarité et de non concurrence voire de confrontation (Collomb, 1973 ; Tourame, 1987). La collaboration entreprise dans ce sens par le CRMT au Plateau Dogon de Bandiagara, s'est articulée autour d'un certain nombre de prérequis dont les principaux ont été le recensement des TPS et leur regroupement en associations autour des TPS en santé mentale, la création d'espaces d'échanges entre les acteurs des deux systèmes et surtout la reconnaissance des limites des acteurs de chacune des médecines et la nécessité de la complémentarité (Mounkoro, 2010 ; Mounkoro et Coulibaly, 2011 ; Coppo, Kodio et Nantoumé, 2014).

### 4.1- Variables sociodémographiques

#### 4.1.1- Âge, sexe et ethnie

Tous les TPS, étaient des hommes et 19 TPS de l'ethnie Dogon. Cela témoigne du fait que les dogon ont toujours tendance à garder leurs traditions. L'absence de TPS de sexe masculin, pourrait s'expliquer par le fait que le savoir est le plus souvent transmis au garçon qu'à la fille. Concernant la prise en charge des troubles mentaux, qui demande plus d'énergie physique et de temps, elle serait plus réservée aux hommes. Nos résultats sont conformes à ceux de Mounkoro et Coulibaly au Plateau

Dogon (Mounkoro et Coulibaly, 2019). L'âge des TPS était compris entre 42 et 81 ans, ce qui dénote d'une certaine maturité.

#### **4.1.2 - Spécialité des TPS**

Neuf étaient spécialisés, huit avaient une compétence en santé mentale et 3 généralistes qui ont l'habitude de prendre en charge des pathologies à forte connotation psychique. Ces TPS, prennent en charge en plus plusieurs affections somatiques.

#### **4.1.3 - Religion, profession, niveau d'éducation et l'origine du savoir des TPS**

16 étaient de religion musulmane, mais en réalité, 13 d'entre eux mélangeaient les pratiques des deux religions (musulmane et traditionnelle dogon). Ce syncrétisme vivant se voit encore dans les villages où, mosquée, lieu de culte chrétien et autels se côtoient. Seuls six TPS avaient comme pour principale profession la Médecine Traditionnelle, les autres étaient en plus des cultivateurs et des marabouts. Seulement 5 TPS, avaient été scolarisés et n'avaient pas dépassé le niveau primaire, mais les 5 marabouts savaient lire et écrire. Quant à l'origine du savoir, elle était surtout de la tradition familiale ou apprentissage de père en fils dans la grande majorité des cas.

#### **4.2 - Les rencontres entre les acteurs des deux systèmes de soins**

Les rencontres régulières entre les acteurs des deux médecines d'abord individuelles et ensuite collectives avec les TPS, ont dissipé progressivement les risques de complexes de supériorité pour les médecins et d'infériorité pour les TPS, en créant un climat empreint de confiance et de respect mutuels (Mounkoro, Coulibaly et Kamaté, 2020). La formation des associations a aussi influencé positivement la nature des relations entre les acteurs des deux médecines, relations qui n'étaient plus personnalisées mais formalisées. Ainsi, les TPS, ont commencé à défendre leurs intérêts concernant l'exercice de leur profession et surtout la promotion de la médecine traditionnelle. En effet avant la mise en place des associations, les TPS sollicitaient le centre le plus souvent pour leurs problèmes existentiels (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 occultées. La collaboration entre TPS, leur a permis de se connaître et d'échanger des informations, des malades et même souvent des remèdes.

Ces rencontres, ont également permis d'appréhender l'approche traditionnelle des troubles mentaux fondée sur le modèle magico-religieux, dominé par l'agression par les esprits, le mauvais sort, la sorcellerie-anthropophagie, l'épilepsie, la prise de toxiques (alcool et drogue). La référence à l'abus de toxique (drogue et alcool) évoquée par un TPS, témoigne de l'influence de l'acculturation occasionnée par la psychopathologie de l'émigration. Cette étiologie incrimine le malade qui est responsable de ses troubles qui disqualifient les TPS et marginalisent ce dernier. Aussi, il a été prouvé par les différents rapports de consultations, que, les TPS sont sollicités tout au long de l'évolution des troubles, et plus de 90% des malades ayant consulté au centre ont suivi, suivent ou suivront des traitements traditionnels. Cela pourrait s'expliquer par le fait que le praticien de la médecine

traditionnelle, a l'avantage de fonctionner dans un système de représentations dans lequel se reconnaît le patient et sa famille et de même la communauté, car ces représentations sont culturellement partagées. Ce qui n'est pas le cas pour le psychiatre de formation occidentale dont le diagnostic et les thérapeutiques sont en général inaccessibles au patient et à sa famille (Martino, 1968 ; Laplantine, 1976). Ceci pourrait être l'une des raisons pour lesquelles, les praticiens de la médecine conventionnelle ont un certain regain d'intérêt pour les représentations traditionnelles des troubles mentaux, qui permettent non seulement de mieux appréhender le fonctionnement des patients et leurs familles et surtout de prendre en compte leurs demandes aussi bien rationnelles et qu'irrationnelles (Nathan, T., Stengers, I. 1995 ; Collignon, 2000). Le psychiatre se met alors à l'écoute du praticien de la médecine traditionnelle (Martino, 1966 ; Coppo et ., Mounkoro, . ;1993).

#### **4.3- Les visites auprès des TPS et les consultations mixtes**

Elles ont scellé l'implication des TPS dans la prise en charge des troubles mentaux au Plateau Dogon de Bandiagara, dont la quasi-totalité, était assurée par les TPS, qui étaient une vingtaine pour un seul psychiatre en 2012 et sont aujourd'hui encore redevenus les seuls acteurs<sup>4</sup>. La presque totalité des pathologies prises en charge, est constituée par les psychoses. Les principales difficultés recensées, ont été la gestion de l'agitation, de l'instabilité et de l'agressivité gérées par la contention physique en utilisant plusieurs moyens dont la corde, la cotonnade traditionnelle, les chaînes, etc... Les mains peuvent être liées et/ou les pieds et même en plus le malade peut être isolé dans de mauvaises conditions d'hygiène (traité comme un animal : abandonné sans plus aucun soin en attendant souvent inexorablement sa mort). Nous avons vu également un TPS faire travailler (travaux champêtres) ses malades enchaînés.

#### **4.4 - La référence des malades dans les deux sens**

À partir de 1994, le centre et les TPS ont commencé à échanger des malades. Un TPS de la ville de Bandiagara amenait des malades mentaux au centre pour « voir si le malade n'a pas une maladie dans le sang, le faire dormir, le calmer ». Le centre a également commencé à orienter les malades et leurs familles, qui s'y adressaient pour avoir les services d'un « bon » dans le TPS. (Collomb, 1977). Aussi, à partir de 1999, un autre TPS, a commencé à recevoir des malades suivis par le centre à la demande de leurs parents. . À partir de ce moment et jusqu'en 2009, près d'une vingtaine de patients ont été reçus par ce TPS et tous ont été pris en charge avec succès et la mise en place d'un cadre institutionnel la même année n'a fait que renforcer cette dynamique. Il s'agissait pour la plupart, de malades

---

<sup>4</sup> Le seul psychiatre, est depuis 2016 enseignant -chercheur à la Faculté de Médecine et d'odontostomatologie à Bamako

Dogons, venant de Bamako et pris en charge pour les premiers soins au service de psychiatrie. Leurs familles secondairement désiraient leur faire suivre un traitement traditionnel concomitamment. Référés le plus souvent au CRMT par le service de psychiatrie pour un « suivi correct », le recours au traitement traditionnel a permis en général de réduire les posologies et le nombre des psychotropes prescrits et une monothérapie a été préconisée. Pour les affections comme la schizophrénie, un neuroleptique à action prolongée et le traitement traditionnel ont permis en général d'améliorer l'état du patient au point de réussir une réinsertion socioprofessionnelle (Koumare, B., Coudray, JP., Miquel-Garcia, E, 1992). Pour des affections moins graves, le traitement traditionnel à lui seul a permis une amélioration notoire. Car les TPS sont généralement considérés comme de bons psychothérapeutes et la confiance des patients en eux semble s'expliquer par leur capacité à soulager l'anxiété. En effet, le TPS, semble disposer de plus de temps pour leurs patients contrairement aux praticiens de la médecine occidentale (Mounkoro, Coulibaly, 2019). Ces échanges ont permis de comprendre, que la plupart des malades sont amenés au centre pour des motifs précis notamment l'insomnie, l'agitation, le refus du traitement traditionnel...etc. Cela pourrait expliquer pourquoi beaucoup de malades ayant fréquenté le centre n'y retournent plus généralement après une première consultation. Une approche des méthodes et techniques thérapeutiques utilisées notamment les plantes, a pu être faite à travers enquêtes ethnobotaniques concernant les troubles mentaux en général (Mounkoro et al, 2018) et les troubles du spectre schizophrénique (Mounkoro et al, 2020).

## **5 - Conclusion**

Pour une meilleure prise en charge des troubles mentaux au Plateau Dogon de Bandiagara, il est indispensable de renforcer la collaboration entre les acteurs des deux médecines. Pour ce faire, il est impérieux au préalable d'identifier les ressources dont dispose chacune des deux médecines et ensuite utiliser ces ressources dans une perspective de complémentarité. Pour ce faire, chacun de ces deux systèmes de soins, a besoin d'être développé à hauteur de souhait.

**Conflits d'intérêt** : les auteurs déclarent avoir aucun conflit d'intérêts

## **Contribution des auteurs**

L'auteur correspondant a participé à toutes les étapes de ce travail, quant aux autres auteurs à la rédaction de l'article.

## **Remerciements**

Les auteurs remercient le personnel du CRMT et les TPS pour leur contribution à la réalisation de cette étude

### Références bibliographiques

- Cazanove, G. (1933). Les conceptions religieuses des indigènes de l'Afrique Occidentale Française. Leur importance en médecine mentale et sociale, *L'Hygiène Sociale*, 5<sup>ème</sup> année, 103 : 2083- 2087.
- CERCLE DE BANDIAGARA. (1995). Rapports d'activités. Service des Archives et Documentation
- Collignon, R. (1983) - A propos de psychiatrie communautaire en Afrique. Les dispositifs villageois d'assistance. Eléments pour un dossier. *Psychopath. Afric.* 3 : 287- 328.
- Collignon, R. (2000). Santé mentale entre Psychiatrie contemporaine et Pratique traditionnelle (le cas du Sénégal). *Psychopath. Afric*, XXX, 3, pp. 283-298
- Collomb, H. (1973). Rencontre de deux systèmes de soins. A propos de thérapeutiques des maladies mentales en Afrique. *Social Science and Medicine*, VII, pp 623- 633.
- Collomb, H. (1977). Les modèles de la psychiatrie africaine. Trascult psychiat sympo, Havane. 20-26 fév 1977 :1-2
- Coppo, P., Giannattasio, F., 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.
- Coppo, P., Mounkoro, P.P. (1993). Médecine Traditionnelle et psychiatrie. In Essai de psychopathologie Dogon (sous-direction de P. Coppo). Editions CRMT/PSMTM, pp : 143- 149
- Coppo, P., Kodio, O., Nantoumé, A. (2014). Santé intégrée dans le cercle de Bandiagara, Mali. *UNIVRESTAS FORUM: International journal of human development and international cooperation*, vol 4, N°1, pp: 1 -9.
- Koumare, B., Coudray, JP., Miquel-Garcia, E. (1992). L'assistance psychiatrique au Mali : A propos du placement des patients psychiatriques chroniques auprès de tradipraticiens. *Psychopath. Afric*, XXIV, n°2,
- Lambo, T.A. (1966) The village of Aro. In M. King (Ed) *Medical care in developing countries*. London : Oxford, University Press : chap 20 (20 : 1- 27 :7).
- Laplantine, F. (1976). Maladies mentales et thérapies traditionnelles en Afrique noire. *Encyclop. Univers, Ed. Univers*, Paris, : 37-90
- Mead, M. (1953). Société, tradition et technologie : comptes rendus d'enquête sur la maladie mentale/Margaret MEAD. *Intr de J.R. Rees*, Paris, UNESCO, 407 p.
- Martino, P. (1966). Les représentations culturelles des maladies mentales, l'étape nécessaire de leur reconnaissance, leur intégration aux techniques occidentales de diagnostic et d'assistance. *Et. Méd.*, : 10-17 (psychiatrie au Sénégal).
- Mounkoro, P. P. (2007). Approche du désordre mental au Plateau Dogon de Bandiagara au Mali. *Mémoire passage en 3<sup>ème</sup> de CES de psychiatrie*, N° 294, Bibliothèque Clinique Moussa DIOP, CNHU Fann Dakar, 43 pages.
- Mounkoro, P.P. (2010). Pour une meilleure articulation entre Médecine conventionnelle et Médecine traditionnelle dans le domaine de la santé mentale au Plateau Dogon de Bandiagara au Mali. Mémoire de CES/DES de psychiatrie, N°299, 79 pages, FMOS, UCAD, Dakar
- Mounkoro, P.P., Coulibaly, S. (2011). Expérience de collaboration du Centre Régional de Médecine Traditionnelle avec les thérapeutes traditionnels spécialistes en santé mentale dans le cercle de Bandiagara au Mali. *RASP N°2 Janvier-juin*, pp : 14-30

- 
- Mounkoro, P. P., Coulibaly, S. (2013). Du recensement du Tradipraticien de santé à la collaboration entre les acteurs des deux systèmes de soins (conventionnel et traditionnel) dans le domaine de la santé mentale au Plateau Dogon de Bandiagara, Mali. *RASP*, N°7, juillet-Décembre, pp : 3-10.
  - Mounkoro, P.P., Kodio, O., Coulibaly, S.P., Traoré. J., Koné, M., Traoré, K, ...B, 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., Coulibaly, S. (2019). Approche psychopathologique des troubles mentaux au Plateau Dogon de Bandiagara. *RASP*, Vol.18(1), Janvier-juin, pp : 12- 24.
  - Mounkoro, P.P., Togola, A., De Jong, 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*.
  - Mounkoro, P.P., Coulibaly., Kamaté. Z .(2020). Perceptions des troubles mentaux par les tradipraticiens de santé dans le district de Bamako, Mali. *RASP Volume (2) N 2* pp : 102-111
  - Nathan, T., Stengers, I. (1995). Médecins et sorciers : manifeste pour une psychopathologie scientifique. Collection Les Empêcheurs de penser en rond
  - N'doye, O. Devos, A., Gueye, M. (2000). L'ethnopsychiatrie à Fann aujourd'hui. *Psychopath. Afric*, 2000, XXX, 3, pp : 265-282.
  - Tourame, G. (1987). Pratique psychiatrique en milieu africain : guérisseurs et psychiatres. *Pop et Sant Trop*, N°30, 1987Déc, pp : 1 -3

© 2021 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 (3) N 1

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

Reçu, 12 Mars 2021

Accepté, 4 Mai 2021

Publié, 05 Mai 2021

<http://revue-rasp.org>

---

*Type d'article: Recherche*

## **Essai d'étude quantitative sur les pratiques et perceptions de régimes alimentaires chez l'accouchée du groupe Akan en milieu rural ivoirien**

**Francis Adiko ADIKO <sup>1\*</sup>, Léopold Yao YAO <sup>2</sup>, Seï Koffi ADOU <sup>3</sup>**

<sup>1</sup> Centre Ivoirien de Recherches Economiques et Sociales (CIRES) - Université Félix Houphouët-Boigny, Abidjan, Côte d'Ivoire ; Centre Suisse de Recherches Scientifiques en Côte d'Ivoire (CSRS)

<sup>2</sup> Institut des Sciences Anthropologiques de Développement (ISAD) - Université Félix Houphouët-Boigny, Abidjan, Côte d'Ivoire

<sup>3</sup> Institut d'Ethno-Sociologie (IES) - Université Félix Houphouët-Boigny, Abidjan, Côte d'Ivoire ; Centre Suisse de Recherches Scientifiques en Côte d'Ivoire (CSRS), Abidjan

\* **Correspondance** : 08 BP 1295 Abidjan 08 ; [adiko.francis2@gmail.com](mailto:adiko.francis2@gmail.com) ; (+225) 070-802-8945

### **Résumé :**

Chez les populations originaires des aires culturelles Akan dans le Centre, l'Est et le Sud de la Côte d'Ivoire, les habitudes alimentaires des femmes accouchées connaissent un changement significatif pendant la période de réclusion post-natale. La présente étude a pour objectif de décrire les pratiques et perceptions de régimes alimentaires quotidiens des accouchées et de leurs réseaux de proches. Dans cinq villages situés en milieu rural Akan, à savoir, Assuamé et Assikasso à Agnibilékro, Akpessékro à Yamoussoukro et Azuretti et Mondoukou à Grand-Bassam représentant respectivement les Agni, Baoulé et N'Zima, une enquête par questionnaire a été menée auprès d'un échantillon réduit d'acteurs du rite des accouchées. Il comptait 60 enquêtés dont 27 accouchées, 14 conjoints d'accouchées, 12 assistantes, six (6) femmes enceintes et une (1) matrone. Les résultats ont révélé une connaissance relative des compositions de régimes ancestraux et contemporains en matière d'alimentation des accouchées. Globalement, 56,7% des acteurs ne sont pas informés des pratiques traditionnelles, contre 76% qui s'en souviennent. Les régimes actuels sont composés majoritairement de café (58,3%) et de bouillies (45%) au petit déjeuner et de foutou au déjeuner (71,7%) et au dîner (81,7%). Principalement, les repas sont offerts avec de la sauce graine accompagnée de poisson (98,3%) ou de viande (83,3%), au déjeuner (66,7%) et au dîner (56,7%). Par ailleurs, les enquêtés ont exprimé leurs appréciations des compositions de régimes en associant le « bien manger » au goût du repas (76,7%). En définitive, la variabilité et la pérennisation des régimes alimentaires quotidiens sont considérées comme nécessaires pour la satisfaction des besoins nutritionnels des accouchées en milieu rural Akan.

---

**Mots clés:** Côte d'Ivoire, Akan, Régime alimentaire, Accouchée

**Abstract:**

Among populations originating from Akan cultural areas in the Center, East and South of Côte d'Ivoire, the dietary habits of women who have given birth undergo a significant change during the period of post-natal reclusion. The objective of this study is to describe the practices and perceptions of daily diets of women giving birth and their networks of relatives. In five villages located in rural Akan, namely, Assuamé and Assikasso in Agnibilékro, Akpessékro in Yamoussoukro and Azuretti and Mondoukou in Grand-Bassam representing respectively the Agni, Baoulé and N'Zima, a questionnaire survey was conducted with a reduced sample of actors of the rite of childbirth. There were 60 respondents including 27 who had recently given birth, 14 spouses who had given birth, 12 assistants, six (6) pregnant women and one (1) matron. The results revealed a relative knowledge of the compositions of ancestral and contemporary diets with regard to the feeding of newborns. Overall, 56.7% of stakeholders are unaware of traditional practices, compared to 76% who remember. Current diets consist mainly of coffee (58.3%) and porridge (45%) for breakfast and foutou for lunch (71.7%) and dinner (81.7%). Mainly, meals are offered with seed sauce accompanied by fish (98.3%) or meat (83.3%), at lunch (66.7%) and at dinner (56.7%). Ultimately, the variability and sustainability of daily diets are considered necessary to meet the nutritional needs of women born in rural Akan.

**Keyword:** Côte d'Ivoire, Akan, diets, nursing mother

---

**Introduction**

Dans les pays en développement, la malnutrition maternelle constitue un problème majeur de santé publique dont les conséquences sur la fonction reproductive de la femme entravent la bonne évolution de la grossesse. Chaque année, environ 50 millions de femmes enceintes affectées par l'anémie sévère liée aux régimes alimentaires de mauvaise qualité, meurent en cas d'hémorragie (UNICEF, 2008, p. 10). Dans les régions du Sahel et d'Afrique de l'Ouest, l'anémie sévère a atteint des niveaux records, avec une prévalence chez les femmes en âge de procréer supérieure à 40%. Ainsi, le coût économique cumulé de la déficience cognitive et de la productivité du travail de la carence en fer, représente 4% du PIB des pays à faible revenu (CSAO, 2019). Cet état de fait révèle que le fardeau mondial de l'anémie est important, en particulier en Afrique subsaharienne. En vue de réduire ce fardeau économique de l'anémie, plusieurs pays africains, dont l'Algérie, l'Égypte, le Ghana, le Kenya, le Malawi, le Maroc, l'Afrique du Sud, la Gambie et la Côte d'Ivoire, ciblent les femmes enceintes dans le cadre de programmes collectifs d'enrichissement de la farine (Mwangi *et al.*, 2017, p. 8,10).

En Côte d'Ivoire, les femmes productrices du sous-secteur vivrier (riz, bananes, manioc, ignames, condiments, etc.) contribuent aux efforts du développement économique et social. En effet, elles représentent 90% de la population active agricole (MINA, 2009, p. 11). Dans les milieux ruraux, leurs occupations principales restent la production vivrière bien qu'elles secondent leurs maris pour les travaux d'entretien et de récolte des cultures de rentes (Adjamagbo et Guillaume, 2001, p. 14 ; Mendez del Villar *et al.*, 2017, p. 22). Mais, compte tenu des situations de vulnérabilité vécues par certaines femmes des ménages ruraux du fait de la pression foncière, leur production principalement vivrière sert à nourrir leurs familles et leurs communautés (Janin, 1998, p. 6). Surtout dans les ménages de

grande taille qu'elles dirigent dans les milieux ruraux, les femmes connaissent des problèmes nutritionnels qui sont généralement expliquées par une diversité alimentaire plus faible (MINA, 2009, p. 19 ; Yabile, 2013, p. 221).

Par ailleurs dans les zones Centre, Est et Sud du pays, les denrées alimentaires sont disponibles et diversifiées (RCI, 2020, p. 16). Cependant, les habitudes alimentaires des mères allaitantes connaissent un changement significatif pendant la période de réclusion post-natale chez les populations originaires des aires culturelles Akan. En effet, diverses prescriptions alimentaires comme la sustentation en aliments très énergétiques, font partie du quotidien des accouchées et touchent naturellement au régime alimentaire (Arnaud, 2004, p. 27 ; Adiko *et al.*, 2016 ; Egnankou, 2019). De ces situations précédemment décrites dans la littérature, il en découle que de nombreuses femmes, et les parturientes en particulier, mangent de façon inappropriée au regard des normes diététiques actuelles. Ainsi, la nourriture de la femme allaitante des aires culturelles Akan se présente comme un sujet de préoccupation dans ces régions d'abondance alimentaire en Côte d'Ivoire. Il est donc inacceptable que l'accompagnement alimentaire à leur apporter se trouve encore taxé de désuétude alors que le système de santé semble être à même d'assurer son renforcement. Dans ce fait, le champ des connaissances sur les habitudes alimentaires quotidiennes des accouchées en milieu rural, mérite d'être documenté.

L'objectif général de cet article est d'analyser les connaissances et perceptions des régimes alimentaires quotidiens des femmes venant d'accoucher dans les aires cultures Akan de Côte d'Ivoire. De façon spécifique, il s'agit d'identifier les compositions perçues des pratiques alimentaires et de décrire les perceptions qu'ont les accouchées et de leur réseau de proches (mères, sœurs, conjoints, etc.), des régimes quotidiens. L'article se veut un outil pour stimuler les activités de recherche et développement intégrées sur les cultures alimentaires des mères en Côte d'Ivoire.

## 1. **Matériaux et méthodes**

### 1.1. **Site d'étude**

Dans le cadre de cette étude, les sites sélectionnés sont les localités dont sont originaires les Agni, Baoulé et N'Zima représentant respectivement les Akan de l'Est, Akan du Centre et Akan lagunaire. L'étude a été donc menée dans les villages d'Assuamé et d'Assikasso à Agnibilékro, d'Akpessekro à Yamoussoukro et d'Azuretti et de Mondoukou à Grand-Bassam. Ces derniers sont tous situés en milieu rural Akan de Côte d'Ivoire (Carte n°1).



**Carte n°1 : Localisation de la zone d'étude**

## 1.2. Questionnaire, échantillonnage et analyse de données

La méthodologie de travail utilisée dans le cadre de cette étude est basée sur l'approche quantitative. La méthode de collecte de données est l'enquête par questionnaire auprès de populations et structures ciblées. Ainsi, le questionnaire comprenant des questions fermées de type descriptif, et des questions ouvertes destinées à rendre compte des pratiques et des perceptions alimentaires des femmes accouchées et des membres de leurs communautés d'appartenance ciblées par l'étude. Les questions ont porté sur les connaissances des régimes quotidiens et traditionnels de l'accouchée. Ces connaissances ont ouvert un tableau sur les perceptions du « *bien manger* » en période post-partum c'est-à-dire ce que l'on mange à cette période.

Quant à l'échantillonnage, il a été fait à partir de la formule de calcul de la taille de l'échantillon pour la prévalence (Cochran, 1977) :

$$n = t^2 \cdot \frac{p \cdot (1-p)}{e^2}$$

$n$  = taille d'échantillon requise ;  $t$  = niveau de confiance à 95 % (valeur type de 1,96) ;  $p$  = prévalence estimative à 4,94% (0,0494) ;  $e$  = marge d'erreur à 5 % (valeur type de 0,05)

Sur la base des paramètres appliqués à la formule de calcul, la taille d'échantillon requise de 73 acteurs des rites d'accouchement et de post-partum, a été enquêté au sondage aléatoire dans les villages des

trois localités citées. Elle représente 5 % des personnes atteintes du syndrome métabolique, une pathologie alimentaire, à Abidjan (Hauhouot-Attoungbré *et al*, 2008). Compte tenu de certaines réalités de terrain (contraintes temporaires et budgétaires, pesanteurs socioculturelles), 60 fiches d'enquête ont été obtenues et réparties en 27 accouchées, 14 conjoints d'accouchées, 12 assistantes, six (6) femmes enceintes et une (1) matrone. Le Tableau n°1 indique la répartition des catégories d'acteurs.

**Tableau n°1 : Répartition des Catégories d'acteurs des rites d'accouchement et de post-partum**

Localité	Yamoussoukro		Agnibilékro		Grand-Bassam		Total
	Akpessekro	Assikasso	Assuamé	Azuretti	Mondoukou		
Assistante	2	5	1	1	3	12	
Matrone	0	0	0	0	1	1	
Accouchée	12	1	7	3	4	27	
Conjoint	5	0	3	3	3	14	
Femme enceinte	2	1	1	0	2	6	
TOTAL	21	7	12	7	13	60	

Source : données d'enquête, Projet CSRS-PNUD<sub>2</sub> - N° 18, 2013.

Concernant l'analyse des données portant sur les 60 enquêtés qui ont véritablement répondu à l'outil de collecte, un masque de saisie sous CS-PRO a été réalisé. Le traitement a consisté en la codification, la saisie, et l'apurement des données. Après la vérification des données, celles-ci ont été transférées vers le logiciel Stata (version 9) pour la tabulation et l'analyse statistique. L'analyse descriptive univariée a permis de dégager les différentes proportions des acteurs en fonction des compositions de régimes quotidiens et des perceptions alimentaires.

Le profil démographique et socio-économique des acteurs du rituel de l'accouchée diffèrent peu d'une zone à l'autre. La plupart des personnes interrogées sont originaires du département dans lequel elles ont été interviewées. Ces derniers sont relativement jeunes (âgés de 19 à 30 ans) et en majorité chrétiens (83,3%), monogames (63,3%), alphabétisés (61,7%) et de profession ménagère (73,68%).

## 2. Résultats

### 2.1. Connaissance des pratiques alimentaires traditionnelles de l'accouchée

Le tableau n°2 récapitule l'état de connaissance sur les pratiques alimentaires des ancestrales.

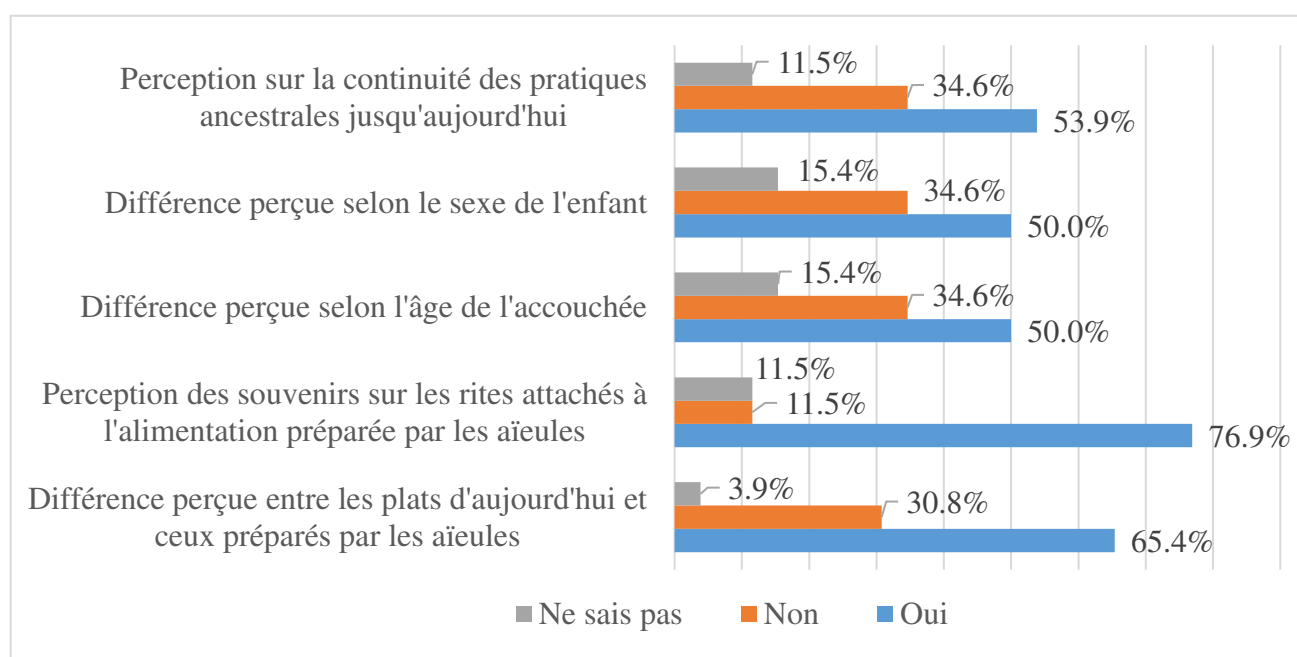
**Tableau n°2 : Répartition de la connaissance sur les pratiques ancestrales et selon les catégories**

	Catégories de personnes interviewées					Total	%
	Accouchée	Assistante	Conjoint	Femme enceinte	Matrone		
Non	20	3	7	4	0	34	56,7
Oui	7	9	7	2	1	26	43,3
Total	27	12	14	6	1	60	100,0
%	45	20	23,3	10	1,7	100,0	

Source : Données d'enquête, Projet CSRS-PNUD<sub>2</sub> - N° 18, 2013

L'analyse du tableau montre que plus de la moitié des personnes interrogées (56,7%) ont affirmé ne rien savoir sur les pratiques ancestrales en matière d'alimentation tandis 26 personnes (43,3%) en étaient informées. Ces personnes informées sont constituées en majorité des assistantes (9 assistantes), soit 75% des assistantes et 34,62% des personnes informées) avec autant de femmes accouchées (7) que de conjoints (7). Deux (02) femmes enceintes et une (1) matrone sont aussi informées de ces pratiques.

Les perceptions sur les changements par rapport aux pratiques ancestrales en matière d'alimentation ont été obtenues et analysées. Le graphique n°1 illustre les statistiques.



**Graphique n°1 : Répartition des perceptions sur les changements relatifs aux régimes ancestraux**  
(Source : données d'enquête, Projet CSRS-PNUD<sub>2</sub> - N° 18, 2013)

Pour ces personnes qui sont informées, un taux de 65,4% affirme que les plats d'aujourd'hui sont différents de ceux confectionnés par les aïeules. Alors que 30,8% d'entre elles estiment qu'il n'y a pas de différence.

Concernant les rites attachés à cette alimentation préparée par leurs aïeules, 76% d'entre elles s'en souviennent. Pour eux, il existe une différence dans ces rites selon l'âge de l'accouchée, selon l'âge de l'enfant et son sexe.

Enfin, 53,8% de ces personnes affirment que ces pratiques continuent de nos jours contre 34,6% qui disent le contraire et 3 personnes ne s'étant pas exprimés sur la question.

## 2.2. Composition des plats de l'accouchée

La composition des plats, selon la coutume, est répartie en petit déjeuner, déjeuner et dîner. Le tableau n°3 donne le récapitulatif des fréquences de consommation des femmes venant d'accoucher.

**Tableau n°3 : Répartition de la composition des plats (%)**

Repas		Fréquence de consommation			total	Pas du tout
		Rarement	Souvent	Systématiquement		
Petit déjeuner	Bouillie		11,7	33,3	45	55
	Ragout	3,3		3,3	6,7	93,3
	Riz		15,0	10,0	25	75
	Foutou	1,7	8,3	3,3	3,3	86,7
	Café		51,7	6,7	58,3	41,7
	Attiéké		1,7	6,7	8,3	91,7
	Placaly	1,7		5,0	6,7	93,3
Déjeuner	Bouillie			1,7	1,7	98,3
	Ragout	1,7	8,3	5,0	15	85
	Riz	1,7	21,7	18,3	41,7	58,3
	Foutou		8,3	63,3	71,7	28,3
	Foufou		3,3	5,0	8,3	91,7
	Attiéké		1,7	8,3	10,0	90,0
	Placaly	3,3		5,0	8,3	91,7
Diner	Bouillie		5,0		5,0	95,0
	Ragout		5,0		5,0	95,0
	Riz	1,7	26,7	18,3	46,7	53,3
	Foutou	1,7	8,3	71,7	81,7	18,3
	Foufou		1,7	1,7	3,3	96,7
	Attiéké		3,3	1,7	5,0	95,0
	Placaly	1,7	1,7	3,4	6,7	93,3

Source : Données d'enquête, Projet CSRS-PNUD2 - N0 18, 2013

La prise du petit déjeuner est pratiquée de façon régulière par les accouchées avec des menus peu variés. Au petit déjeuner, le café et la bouillie sont les plus consommés avec des taux respectifs de 58,3% et 45%. Toutefois, le taux de personnes consommant systématiquement le riz (10%) est supérieur à celui des personnes consommant le café (6,4%) et se situe après celui des personnes consommant systématiquement la bouillie (33,3%). Le café est le plus souvent consommé avec un taux de 51,7%.

Le déjeuner pratiqué de façon régulière est composé de menus variés. Les accouchées de la population d'enquête consomment le plus le foutou (71,7%) et cela de manière systématique (63,3%). Le riz est le deuxième plat le plus consommé (41,7%) : 11 accouchées le consomment systématiquement, alors que pour 21,7%, cela est le plus souvent. Le ragoût est le troisième plat consommé avec un taux de 15%. D'autres accouchées consomment le placaly (8,3%), l'attiéké (10%) et le foufou (8,3%) et cela presque systématiquement.

Au dîner, le menu des accouchées reste peu varié. Elles consomment le foutou (81,7%) et cela de manière plus systématique (71,7%). Le riz est le deuxième plat le plus consommé (46,7%). Il est le plus souvent consommé (26,7%).

### 2.3. Composition des sauces de l'accouchée

Les plats cités plus haut, sont accompagnés de sauces. Nous étudions leur fréquence de consommation pendant les moments de prise de repas par les accouchées (Tableau n°4).

**Tableau n°4 : Répartition de la fréquence des sauces**

Sauces		Fréquence de consommation			Non consommé
		Rarement	Souvent	Systématiquement	
Petit déjeuner	Sauce arachide		3,3	3,3	93,3
	Sauce graine	1,7	6,7	5,0	86,7
	Sauce gombo		6,7	6,7	86,7
	Sauce feuille				100,0
	Sauce aubergine	3,3	3,3	11,7	81,7
	Sauce claire			5,0	95,0
	Sauce tomate			3,3	96,7
	Sauce gnagnan			3,3	96,7
Déjeuner	Sauce arachide	16,7	15,0	11,7	56,7
	Sauce graine	5,0	30,0	31,7	33,3
	Sauce gombo		3,3	16,7	80,0
	Sauce feuille		3,3	1,7	95,0
	Sauce aubergine	8,3	6,7	31,7	53,3
	Sauce claire	10,7	5,0	23,3	70,0
	Sauce tomate			1,7	98,3
	Sauce gnagnan			3,3	96,7
Diner	Sauce arachide	10,0	6,7	13,3	70,0
	Sauce graine	5,0	26,7	25,0	43,3
	Sauce gombo		11,7	21,7	66,7
	Sauce feuille		5,0	3,3	91,7
	Sauce aubergine	6,7	6,7	28,3	58,3
	Sauce claire	5,0	6,7	13,3	75,0
	Sauce tomate				100,0
	Sauce gnagnan		5,0		95,0

Source : Données d'enquête, Projet CSRS-PNUD2 - N0 18, 2013

Au petit déjeuner, les sauces ne sont pas beaucoup consommées du fait de la prédominance de consommation du café. Néanmoins, quand elles sont utilisées en accompagnement de plats, ce sont, de la plus utilisée à la moins utilisée, la sauce aubergine, la sauce gombo, la sauce graine qui sont les plus consommées et cela de manière systématique. La sauce gnagnan, la sauce tomate et la sauce claire sont systématiquement consommées par certaines accouchées.

Au déjeuner, l'on observe une variété importante de sauces consommées. De prime à bord, la sauce graine est la plus consommées et est suivie par la sauce aubergine, la sauce arachide et la sauce claire. Bien que la sauce graine soit la plus souvent consommée par les accouchées, la sauce aubergine

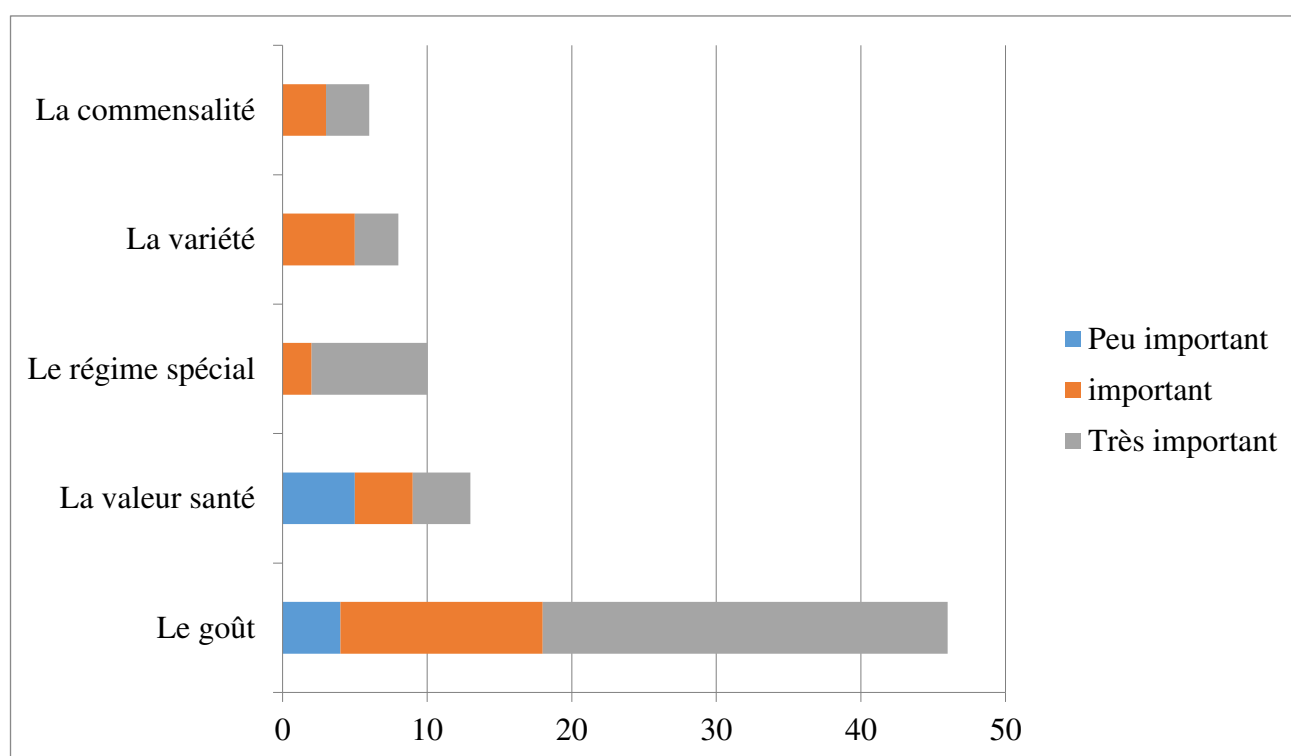
l'est autant systématiquement qu'elle.

La consommation des sauces au diner reste aussi variée. Les sauces les plus systématiquement consommées sont la sauce aubergine, la sauce graine et la sauce gombo. La sauce graine reste la sauce la plus souvent consommée.

Par ailleurs, le contenu de la sauce des accouchées en termes de protéine animale, a été aussi analysé. Il ressort que le poisson est le plus servi aux accouchées (98,3%) et cela de manière quasi systématique (68,3). Mais la viande, deuxième élément le plus servi (83,3%), est plus souvent servi que le poisson (53,3% contre 30%).

#### 2.4. Sens du « bien manger » chez l'accouchée

Les critères qui ont servir pour appréhender le concept du « bien manger » de l'accouchée, comprennent le goût, la santé, le régime, variété et la commensalité.



**Graphique n°3 : Répartition selon les appréhensions du sens du « bien manger »**

(Source : données d'enquête, Projet CSRS-PNUD<sub>2</sub> - N° 18, 2013)

Pour la population d'enquête, le concept du « bien manger » de l'accouchée va de pair avec le goût du repas et est partagée par 46 personnes (76,7%). Cependant, certaines personnes pensent que ce concept fait référence à d'autres critères de faible importance. En considérant ceux-ci, le régime spécial est vu comme très important par 8 personnes (13,3%).

Le concept du « bien manger » a été aussi capté à travers l'analyse d'autres critères relatifs aux modes de prise du repas (Tableau n°5).

**Tableau n°5 : Répartition selon les appréhensions du sens de la manière de « bien manger »**

Critère		Niveau d'importance			total
		Peu important	important	Très important	
Qu'elle conserve son régime	Effectif	4	9	6	19
	%	6.7	15	10	31.5
Qu'elle mange toute son assiette	Effectif	3	11	19	33
	%	5	18.3	31.7	55
qu'elle mange à satiété	Effectif	2	13	25	40
	%	3.3	21.7	41.7	66.7

Source : Données d'enquête, Projet CSRS-PNUD2 - N0 18, 2013

Une grande partie des enquêtés accorde une importance voire très grande au fait que l'accouchée mange à satiété (66,7%) et toute son assiette (55%). Pour la satiété, 21,7% d'enquêtés le disent important tandis que 41,7% le disent très important. Quant au fait de manger toute son assiette, 18,3% le disent important alors que 31,7% le disent très important.

### 3. Discussion

#### 3.1. Variabilité des régimes alimentaires de l'accouchée et utilisation des ressources vivrières disponibles en milieu rural Akan

En milieu rural Akan de Côte d'Ivoire, les cultures vivrières ou maraîchères disponibles sont peu utilisées dans l'alimentation des femmes accouchées de façon générale. Les cultures centrales pour confectionner les plats, sont le riz et mil ainsi que le manioc, la banane et l'igname qui entrent respectivement dans les préparations de bouillies au petit déjeuner et celle de foutou à midi et le soir. Quant aux sauces, elles sont faites principalement à base de graine de palmiste, d'aubergine et d'arachide. Il est ressort que le modèle alimentaire des femmes accouchées est centrées sur des ressources vivrières localement disponibles. En effet, les difficultés d'accès à certaines zones de consommation en Côte d'Ivoire expliquent que l'alimentation de base des milieux ruraux se caractérise par l'utilisation des mêmes racines, tubercules, plantains et céréales, essentiellement cultivés **sur place** et agrémentés de quelques ingrédients achetés sur les marchés locaux (Ba & Bricas, 2016, pp. 68-70). Inversement, le fait que ces zones rurales où les besoins d'approvisionnement s'expriment aussi avec acquiescement, soient le plus souvent distantes des centres urbains de grande consommation à cause des difficultés de transport liées à la recherche pénible de véhicule et aux pistes en mauvais état (Aka, 1993, p. 226,293), compromet la variabilité ou sociabilité alimentaire des populations rurales et notamment des femmes accouchées. En fait, on observe de plus en plus une réduction relative de la production vivrière dans les milieux ruraux compte tenu des effets dévastateurs du changement climatique sur les surfaces cultivables. En effet, l'offre des cultures vivrières faite dans le cadre d'une agriculture essentielle pluviale, y est fortement défavorisée du fait de l'inadéquation entre les calendriers de la météorologie et des saisons culturales (MINESUDD, 2014, p. 35). Cette situation, facteur d'insécurité alimentaire en milieu rural, est exacerbée par la pression démographique sur la terre, la saturation foncière et les conflits entre migrants et autochtones (Brou & Chaléard, 2007, p.

67,85). Au nombre de ces contraintes de l'environnement rural, il figure aussi la pauvreté de la majorité féminine (Bodnar *et al.*, 2002, p. 2300) que justifie des pesanteurs d'ordre socioculturel. En effet, ces considérations perpétuées par les traditions, semblent exclues certaines femmes de la possession des ressources agricoles, ce qui constitue un frein à l'expression de leurs capacités d'entreprendre des activités économiques durables (RCI, 2019, p. 15,16).

### 3.2. *Influences relatives des prescriptions traditionnelles, facteurs de risques alimentaires chez l'accouchée en milieu rural*

A l'analyse, la majorité des enquêtés confirme la perpétuation des pratiques alimentaires traditionnelles, mais avec une différenciation sensible au niveau des rites d'accouchée. En effet, ce rite comprend un régime alimentaire ayant une double fonction physiologique et rituelle comme dans certaines contrées d'Afrique, notamment à la phase de réclusion post-partum (Walentowitz, 2003, p. 340,341 ; Adiko *et al.*, 2016, p. 60-63 ; Ravaoarisoa *et al.*, 2018, p. 6). En réalité, on observe la renonciation progressive de tout ou partie des rites de l'accouchée à cause des difficultés financières que connaît la jeunesse en milieu rural Akan et qui expliquent les modifications quantitatives des régimes alimentaires. Comme cela se comprend, ces modifications décrites ne sauraient concernées le caractère qualitatif des régimes actuels. Il faut noter que la logique de repas légers et d'aliments lourds et substantiels demeure conserver en vue d'assurer respectivement leurs fonctions de lactation au petit déjeuner et d'énergisant au déjeuner et au diner. En tout état de cause, les modes alimentaires identiques témoignent de la présence d'un **fonds culturel commun** propre aux milieux naturels où une plus grande diversité d'amylacés traditionnellement consommés, est en majorité autoproduite par les ruraux. Les sauces à base de légumes et de graines complétant les plats constitués d'amylacées, entrent systématiquement dans l'alimentation quotidienne de toutes les couches de la population en Afrique de l'Ouest (Bricas & Akindès, 2012 ; Ganry & Le Guilloux, 2007, p. 6 ; Akinola *et al.*, 2020). D'ailleurs, le fait que « bien manger » se résume au gout alimentaire n'est pas anodin à partir du moment où les préférences gustatives peuvent avoir des déterminants socioculturels. En fait, les goûts populaires « de ce que mange la classe sociale d'origine » (Bourdieu, 1979 ; de Garine, 1996, p. 355,361 ; Fischler, 2001, p. 99-103), favorisent les préparations « les plus nourrissantes » et « les plus économiques », donc nécessaires à la récupération de la force de l'accouchée. Dans le cas des femmes venant d'accoucher chez les ruraux Akan, les foutous d'igname, de banane ou de manioc accompagnés des sauces à base d'aubergine, d'arachide et de gombo, enrichies au poisson et à la viande ainsi que le café et les bouillies de maïs, de mil ou de riz, peuvent entrer dans ce registre alimentaire de milieux populaires. Ainsi même si les valeurs nutrition santé de ces régimes alimentaires ne sont généralement pas perçues, force est de reconnaître que ceux-ci apportent des nutriments indispensables comme le fer et l'acide folique favorables à la réduction de l'anémie chez l'accouchée (Kouamé *et al.*, 2018, p. 456 ; Adebo *et al.*, 2018, p. 38,39). Quant à la consommation des sauces de graine de palme et d'arachide qui contribue à pallier le déficit en protides et matières grasses exposant des populations à la malnutrition protéino-calorique (Testot-Ferry, 2005, p. 17,27 ; Koné *et al.*, 2019, p. 96-99), elle semble être prisée pour leur caractère à procurer le sentiment de satiété rapide chez les accouchées.

Dans cette perspective, l'accent n'est plus mis sur la succession de plats (l'entrée, le plat garni et le dessert) comme dans le cas d'une prise alimentaire structurée. Par exemple, le modèle alimentaire traditionnel ne donne pas lieu à une consommation régulière de fruits lors d'un repas. Ce mode de vie relevant de la modernité alimentaire, n'est pas encore entré dans les mœurs (Ganry & Le Guilloux, 2007, p. 6), alors que l'alimentation des mères s'avère d'une importance capitale à cause de leurs besoins nutritionnels spécifiques.

#### 4. Conclusion

L'étude a abouti à l'acquisition de connaissances sur le modèle alimentaires des accouchées des milieux ruraux Akan de Côte d'Ivoire. L'analyse des connaissances révèle dans quelle mesure le contexte local détermine largement les régimes alimentaires du rite de l'accouchée et leurs perceptions communautaires. Ainsi, le suivi des règles sociales et symboliques du groupe d'appartenance démontre l'adhésion au fait que certains produits autochtones sont porteurs de qualités nutritionnelles et thérapeutiques. Mais, il revient qu'au-delà des influences relatives des prescriptions socioculturelles, d'autres facteurs d'ordre économique justifient les choix de régime alimentaire de base. De ce fait, les compositions de repas et de sauces citées majoritairement sont préparées à partir des mêmes racines, tubercules, céréales, feuilles, graines et autres ingrédients actuellement présents dans l'environnement naturel. Toutefois, on note qu'à partir des expressions de préférences pour les goûts énergisants et « nourrissants légers », mais populaires, le caractère bourratif de l'alimentation de l'accouchée du groupe Akan est fondamental. En définitive, la disponibilité des ressources vivrières assurant la variabilité et la pérennisation des régimes alimentaires quotidiens, sont considérées comme nécessaire pour la satisfaction des besoins nutritionnels des accouchées en milieu rural Akan.

#### Remerciements

Ce travail de recherche a bénéficié du financement du projet CSRS-PNUD 2 : renforcement du partenariat scientifique ivoiro-suisse. Nous tenons à remercier le CSRS et ses partenaires.

#### Conflit d'intérêts

Nous n'avons aucun conflit d'intérêts.

#### Références bibliographiques

- Adebo, A. A., Yessoufou, A. G., Kpanou, C. M., Bouko, M. 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.
- Adiko, A. F., Yao, Y. L., & Grongnet, J.-F. (2016). Étude anthropologique de l'alimentation lors du Tambruya à Abidjan (Côte d'Ivoire). In C. Vassas (Eds.), *Les Mangeurs du XXIe siècle (édition électronique), Actes du 138e Congrès national des sociétés historiques et scientifiques, Rennes, 22-27 avril 2013*, p. 57-68. Paris.
- Adjamagbo, A., & Guillaume, A. (2001). Relation de genre et santé de la reproduction en milieu rural ivoirien. *Autrepart*, 3(19), 11-27.

- Aka, E. (1993). *Le transport des produits vivriers en Côte d'Ivoire : enjeux et stratégies pour le développement*. Thèse de doctorat. Sciences de la Terre, Ecole Nationale des Ponts et Chaussées, Paris.
- Akinola, R., Pereira, L. M., Mabhaudhi, T., de Bruin, F.-M., & Rusch, L. (2020). A Review of Indigenous Food Crops in Africa and the Implications for more Sustainable and Healthy Food Systems. *Sustainability*, 12(3493).
- Arnaud, S. (2004). *Etat nutritionnel et qualité de l'alimentation des enfants de moins de 2 ans dans le village de Damé (Côte d'Ivoire) : Caractérisation et essai d'identification des déterminants de la malnutrition protéino-énergétique et des pratiques alimentaires*. Mémoire de DESS "Nutrition et alimentation dans les pays en développement", Université de Montpellier II.
- Ba, M., & Bricas, N. (2016). La structure de la consommation et du marché alimentaires en milieu. In N. Bricas, C. Tchamda, & F. Mouton, *L'Afrique à la conquête de son marché alimentaire intérieur. Enseignements de dix ans d'enquêtes auprès des ménages d'Afrique de l'Ouest, au Cameroun et du Tchad*. p. 63-74. Agence Française de Développement.
- Bodnar, L. M., Cogswell, M. E., & Scanlon, K. S. (2002). Low Income Postpartum Women Are at Risk of Iron Deficiency. *J. Nutr.*, 132(8), 2298-2302.
- Bourdieu, P. (1979). *La Distinction. Critique sociale du jugement*. Nouvelle édition augmentée, 1982. Collection Le sens commun. Paris: Les Editions de minuit.
- Bricas, N., & Akindès, F. (2012). Afrique de l'Ouest. Dans J. Poulain, *Dictionnaire des cultures alimentaires* (pp. 21-30). Paris: PUF.
- Brou, Y. T., & Chaléard, J. (2007). Visions paysannes et changements environnementaux en Côte d'Ivoire. *Annales de géographie*, 1(1), 65-87.
- Club du Sahel et de l'Afrique de l'Ouest [CSAO] (2019). L'anémie chez les femmes - défi inquiétant. *MAPS & FACTS*(78).
- Cochran, W. G. (1977). *Sampling techniques* (3rd ed.). New York: John Wiley & Sons.
- De Garine, I. (1996). Aspects psychoculturels de l'alimentation: Motivations des choix - Interdits et préférences. In A. Froment, I. De Garine, C. Binam Bikoi, & J. F. Loung (Eds.), *Bien manger et bien vivre: Anthropologie alimentaire et développement en Afrique intertropicale: du biologique au social, Actes du colloque Anthropologie alimentaire et développement en Afrique intertropicale: du biologique au social*. Yaoundé, Cameroun, 27-30 avril 1993, p. 345-364. Paris, France: L'Harmattan - OR5TOM.
- Egnankou, A. P. (2019). Refus du gavage et nouvelles normativités alimentaires des femmes ébrié de Côte d'Ivoire. *Revue des sciences sociales*, 61.
- FAO (2012). *Improving Food Systems for Sustainable Diets in a Green Economy*. FAO GEA Rio+20 Working Paper 4, FAO, Rome.
- Fischler, C. (2001). *L'Homnivore. Le goût, la cuisine et le corps*. Paris: Editions Odile Jacob.

- Ganry, J., & Le Guilloux, M. (2007). *Synthèse des réponses au questionnaire d'enquête sur la situation dans les pays d'Afrique francophone*. Rapport Atelier pour la promotion des fruits et légumes (PROFEL) dans les pays d'Afrique francophone, OMS/FAO, Yaoundé.
- Hauhouot-Attoungbré, M. L., Yayo, S. E. D., Aké-Edjeme, A., Yapi, F. H., Ahibo, H. & Monnet, D., 2008, Le syndrome métabolique existe-t-il en Côte d'Ivoire ?, *Immuno-analyse & Biologie Spécialisée*, Volume 23, Issue 6, 375-378.
- Janin, P. (1998). *Stratégies de sécurisation alimentaire des ménages ruraux ivoiriens après la dévaluation (région de la Vallée du Bandama en Côte d'Ivoire)*. IRD (ORSTOM) - Université de Bouaké.
- Koné, M., Ouattara, Z. S., & Yéo, L. (2019). Production de l'arachide : Quelle contribution à la sécurité alimentaire dans le Département de Dianra (Cote d'Ivoire). *Agronomie Africaine*, 8(1 : Spécial), 93-102.
- Kouamé, A. G., Koffi, Y. M., Piba, S. C., Bakayoko, A., Tra Bi, F. H., & Koné, M. W. (2018). Niveau de connaissance de la ménopause et habitudes alimentaires et médicinales des femmes en Côte d'Ivoire. *European Scientific Journal*, 14(18), 442-463.
- Mendez del Villar, P., Adaye, A., Tran, T., Allagba, K., & Bancal, V. (2017). *Analyse de la chaîne de Manioc en Côte d'Ivoire. Rapport final Novembre 2017*. Rapport pour l'Union Européenne, DG-DEVCO, CIRAD-Université Félix Houphouët Boigny.
- Ministère de l'Agriculture [MINA] (2009). *Rapport national sur l'état des ressources phytogénétiques pour l'alimentation et l'agriculture*. République de Côte d'Ivoire.
- Ministère de l'Environnement, de la Salubrité Urbaine et du Développement Durable [MINESUDD] (2014). *Document de stratégie du Programme National Changement Climatique (2015-2020)*. Rapport de consultance, PNCC, Abidjan.
- Mwangi, M. N., Phiri, K. S., Abkari, A., Gbané, M., Bourdet-Sicard, R., Azaïs Braesco, V., ... & Prentice, A. M. (2017). Iron for Africa - Report of an Expert Workshop. *Nutrients*, 9(6):576.
- Ravaoarisoa, L., Rakotonirina, J., Andriamiandrisoa, D., Humblet, P., & Rakotomanga, J. D. (2018). Habitude alimentaire des mères pendant la grossesse et l'allaitement, région Amoron'i Mania Madagascar: étude qualitative. *Pan Afr Med J*, 29(194).
- République de Côte d'Ivoire [RCI] (2019). *Rapport Genre et changement climatique en Côte d'Ivoire. Une étude sur l'état des lieux de l'intégration du genre dans les politiques et programmes de changement climatique*. Rapport, MINEDD, PNCC, Abidjan.
- République de Côte d'Ivoire [RCI] (2020). *Examen Stratégique National "Faim Zéro" - Côte d'Ivoire*. Abidjan: World Food Program.
- Testot-Ferry, A. (2005). *Les comportements alimentaires des femmes enceintes à Ouagadougou, (Burkina Faso)*. Mémoire de d'Etudes Supérieures Spécialisées : Nutrition et Alimentation dans les Pays en Développement, Université de Montpellier 2 - IRD, Montpellier.
- UNICEF. (2008). *Maternal and Newborn Health*. New York: UNICEF.
- Walentowitz, S. (2003). « *Enfant de Soi, enfant de l'Autre* ». *La construction symbolique et sociale des identités à travers une étude anthropologique de la naissance chez les Touaregs (Kel*

*Eghlal Aytawari de l'Azawagh, Niger*). Thèse de doctorat en Anthropologie Sociale et Ethnologie, Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, Paris.

Yabile, K. R. (2013). Déterminants de la sous-alimentation des ménages en Côte d'Ivoire : Cas des régions Centre et Centre-Est. *European Scientific Journal, ESJ*, 9(14), 207-228.

© 2021 Adiko, 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 (3) N 1

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

Reçu, 13 Avril 2021

Accepté, 16 Mai 2021

Publié, 18 Mai 2021

<http://revue-rasp.org>

---

*Type d'article: Recherche*

## **Problématique socioéconomique du vieillissement à Daloa (centre-ouest de la Côte d'Ivoire)**

### **Socioeconomic problematic of aging in Daloa (center-west of Côte d'Ivoire)**

TCHEHI Zananhi Florian Joël<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Enseignant-chercheur, Sociologie économique, Université Jean Lorougnon Guédé, Daloa, Côte d'Ivoire ;

Correspondance: [joeltchehi@yahoo.fr](mailto:joeltchehi@yahoo.fr)

#### **Résumé**

La question du vieillissement est au cœur de lexicographie des recherches en sciences sociales et humaines. Partant du principe que vieillir est processuel et le vieillissement est un état constaté au terme du processus, la construction sociale du vieillissement dans la culture bété mérite d'être questionnée. Au regard des implications sanitaires et socioéconomiques du vieillissement en Côte d'Ivoire et particulièrement chez le peuple bété de Daloa, le questionnement de la construction sociale du vieillissement paraît fondé. Ainsi, cette réflexion se propose d'analyser la problématique socio-économique du vieillissement sur la population de Daloa. Pour y parvenir, nous avons inscrit cette réflexion dans une approche qualitative. Les techniques auxquelles nous avons eu recours sont : la recherche documentaire, l'observation directe et les entretiens individuels. Celles-ci ont mobilisé les outils suivants : une grille de lecture, une grille d'observation et des guides d'entretiens. Aux termes de cette réflexion, il ressort que la vieillesse est perçue comme une bénédiction dans chez le peuple bété. Les personnes âgées sont les garants de la culture et des sachants autour desquelles la vie sociale et économique du peuple bété est organisée.

**Mots-clés : Vieillesse, Vieillir, Problématique, Economique, Sociale, Sanitaire, Daloa.**

#### **Abstract**

The question of aging is at the heart of the lexicography of research in the social and human sciences. Based on the principle that aging is processual and aging is a state observed at the end of the process, the social construction of aging in Bété culture deserves to be questioned. In view of the health and socioeconomic implications of aging in Côte d'Ivoire and particularly among the Bété people of Daloa, the questioning of the social construction of aging seems well founded. Thus, this reflection proposes to analyze the socio-economic issue of aging on the population of Daloa. To achieve this, we have

included this reflection in a qualitative approach. The techniques we have used are: documentary research, direct observation and individual interviews. These mobilized the following tools: a reading grid, an observation grid and interview guides. At the end of this reflection, it emerges that old age is seen as a blessing in the Bété people. The elderly are the guarantors of the culture and knowledge around which the social and economic life of the Bété people is organized.

**Keywords: Old age, Aging, Problematic, Economic, Social, Health, Daloa.**

## 1. Introduction

L'augmentation de la population est une conséquence de l'amélioration des conditions de vie de la population mondiale du point de vue sanitaire, économique et social. Et la conséquence immédiate qui en résulte, c'est le vieillissement de la population (Aka, 1990).

La vieillesse est une construction sociale qui résulte des réalités biologique, démographique, politique et économique. Elle est aussi un construit de l'imaginaire culturel de représentations (Moscovici, 1984, p.6)

Ce faisant, en Afrique et particulièrement en Côte d'Ivoire, les représentations culturelles de la vieillesse constituent le magma du principe de sociabilité, mais les politiques publiques à l'endroit du vieillissement semblent encore insignifiantes quand on s'en tient à l'inexistence de lois susceptibles de prendre en compte socialement et économiquement de sorte à protéger cette classe sociale. Le vieillissement de la population nécessite non seulement la provision d'un support économique et social aux personnes âgées, mais aussi une révision des politiques en matière d'emploi, de revenu, de sécurité sociale, de famille, de santé et d'autres types de services dont elles pourraient avoir besoin (Gisele, 1982).

En effet, eu égard au paupérisme grandissant en Afrique et particulièrement en Côte d'Ivoire, au manque d'emploi et à l'interdépendance des acteurs sociaux, à l'influence parentale et à l'intégration communautaire, cette classe sociale continue de conserver les liens de protectorat. Au niveau familial et individuel, il faut d'abord noter que dans l'histoire de l'humanité, la famille a toujours constitué le support le plus sécurisant pour les personnes âgées (Simmons, 1989, in Aka, 1990). Cependant, eu égard au paupérisme de la population et au délaissement des valeurs culturelles, la gestion socioéconomique des personnes âgées devient problématique

Dès lors, étudier la problématique socioéconomique du vieillissement nécessite une meilleure connaissance des conditions de vie socioéconomiques des personnes âgées, des solidarités mobilisées en situation de dépendance, des politiques publiques qui accompagnent la vieillesse en Côte d'Ivoire. Vu sous cet angle, les implications sanitaires et socio-économiques du vieillissement en Côte d'Ivoire méritent d'être questionnées.

Qu'est-ce qui sous-tend la problématique socio-économique du vieillissement sur la population de Daloa ?

- ✓ Quelle est la perception de la population de Daloa des personnes âgées ?
- ✓ Quelles sont les stratégies de prise en charge des personnes âgées à Daloa ?

✓ Quel est l'impact socio-économique et sanitaire du vieillissement ?

Dans cette dynamique, cette étude se propose d'analyser la problématique socio-économique du vieillissement sur la population de Daloa

## **2. Matériels et méthodes**

Notre réflexion sur la problématique socio-économique du vieillissement à Daloa comme fait social, suit une méthodologie et prend enracinement dans un certain nombre de considérations théoriques qu'il importe d'élucider avant de progresser dans notre activité.

## **2. Collecte des données**

### ***2.1. Techniques de collectes de données***

Selon Paul N'da, les techniques ou instruments de collectes des données sont « *des procédés opératoires définis, transmissibles, successibles d'être appliqués dans les mêmes conditions adaptés au genre de problème et de phénomène en cause* » Paul N'da (2015).

Les techniques font donc appel à plusieurs mécanismes pour aboutir aux résultats attendus. Ce travail de recherche s'inscrivant dans une approche qualitative, les techniques auxquelles nous avons eu recours sont : la recherche documentaire, l'observation directe et les entretiens individuels.

### **2.2. Outils de collecte de données**

Les techniques de recherche qualitative utilisées dans cette étude ont mobilisé les outils suivants : une grille de lecture, une grille d'observation et des guides d'entretiens.

### **2.3. Technique d'échantillonnage**

Pour cette étude, nous avons opté pour l'échantillonnage par convenance qui est une technique d'échantillonnage non probabiliste consistant à choisir des personnes âgées selon leur disponibilité ou accessibilité dans un milieu déterminé et à un moment précis. Ils ont été choisis au fur et à mesure qu'ils se présentaient. Nous avons poursuivi le processus jusqu'à la taille 30 personnes souhaitées. Le choix de cette technique d'échantillonnage se justifie par l'inexistence de données exactes sur le nombre et la composition des personnes âgées dans la ville de Daloa.

Ainsi, le critère d'inclusion et d'exclusion a consisté à choisir toute personne âgée résident dans la ville de Daloa pendant au moins les 6 derniers mois

Sur cette population, nous avons pu interroger 30 personnes âgées en fonction de leur disponibilité qui ont répondu à notre guide d'entretien. L'application de cette méthode nous a permis de collecter chez ces mêmes acteurs, des données qualitatives.

## 2.4. Exploitation des données recueillies

### 2.4.1. Traitement des données

Les données recueillies ont subi un traitement informatique avec le logiciel Sphinx 5.1

Les informations ainsi traitées ont permis d'élaborer le présent article.

## 2.5. Fondement théorique

La question du vieillissement est au cœur de la lexicographie du monde scientifique et politique. Les écrits loin de faire l'unanimité, méritent d'être analysés en vu d'un encrage théorique de notre réflexion.

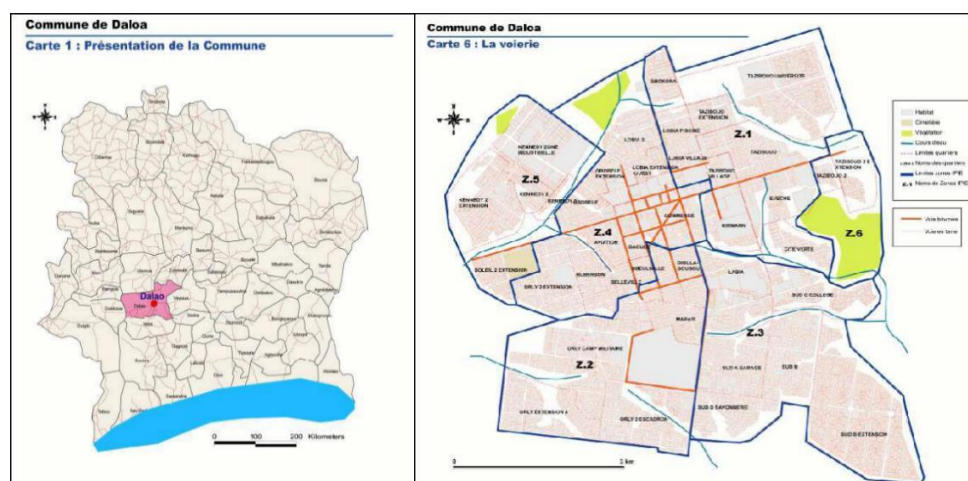
En effet, le monde est confronté à un phénomène inédit de vieillissement de la population, fruit d'un double mouvement de baisse de la fécondité et d'allongement de l'espérance de vie. Ce phénomène touche tous les pays, bien qu'avec une ampleur variable. L'espérance de vie de la population ivoirienne est estimée à 56,4 ans, quand celui de l'Afrique avoisine les 60 ans. Plusieurs raisons peuvent militer en faveur de cette faible espérance de vie des ivoiriens. Le cas de la ville de Daloa est particulier et généralisable à toute la Côte d'Ivoire. Les personnes âgées ont une santé déjà fragile, et la question de l'eau turbide à Daloa fragilise davantage leur santé. Ce problème environnemental fait observer selon les données sanitaires, les infections à transmission hydrique que l'on retrouve dans le diagnostic de santé des populations, notamment la fièvre typhoïde, le choléra, les hépatites infectieuses, les dysenteries (DIIS, 2015, p. 110).

Dans l'imaginaire et le symbolique du peuple bété de la localité, les personnes âgées sont les détenteurs du savoir et garant de la culture. Sur cette base, un respect absolu leur est déféré. Cette culture est choquée par la modernité, qui laisse monter une insouciance sociale totale des jeunes à l'égard des personnes âgées. Le jeu des acteurs face au foncier ou la course à l'acquisition des terres arables opposant régulièrement les jeunes aux personnes âgées, installe dès lors un antagonisme notoire entre ces deux classes d'âge. Cet aspect est empiré par la faiblesse des politiques publiques à l'égard des vieilles personnes. C'est ce qui explique que la plupart des institutions financières pensent qu'en Afrique subsaharienne, région marquée par des crises sociopolitiques, économiques et sanitaires, les personnes âgées ne constituent pas une priorité (Abdramane Berthé. Al. 2013).

L'étude de la problématique socio-économique du vieillissement à Daloa se doit d'être géographiquement et socialement analysée. Cela permet d'une part de faciliter la recherche pour rester dans la limite des moyens à notre disposition, et d'autre part pour permettre une exploration profonde de l'espace choisi.

Daloa est une ville cosmopolite à l'image de la société ivoirienne dans son ensemble. La majorité des groupes ethniques de la Côte d'Ivoire s'y trouve avec la diversité culturelle qu'offre un tel agrégat social. De fait, étudier Daloa se présente dans une certaine mesure comme un sondage

efficace sur l'ensemble du territoire ivoirien. Aussi, la ville se présente comme l'une des plus grandes métropoles de l'intérieur du pays. Située dans le centre-ouest ivoirien, Daloa est le chef-lieu de la région du Haut-Sassandra. C'est un centre urbain situé à 141 km de Yamoussoukro la capitale politique et à 383 km d'Abidjan la capitale économique de la Côte d'Ivoire. Cette commune a une population de 245360 habitants selon le RGPH de 2014 et se positionne comme la troisième plus grande ville de Côte d'Ivoire derrière Abidjan et Bouaké. La commune s'étend sur une superficie de 5305 km<sup>2</sup> avec une densité de 50,141 Habitants/Km<sup>2</sup> et elle comporte 45 quartiers.



Source : notre enquête 2019

### 3. Résultats

#### 3.1. Perception des personnes âgées par la population à daloa

##### 1. Représentation du rôle des personnes âgées

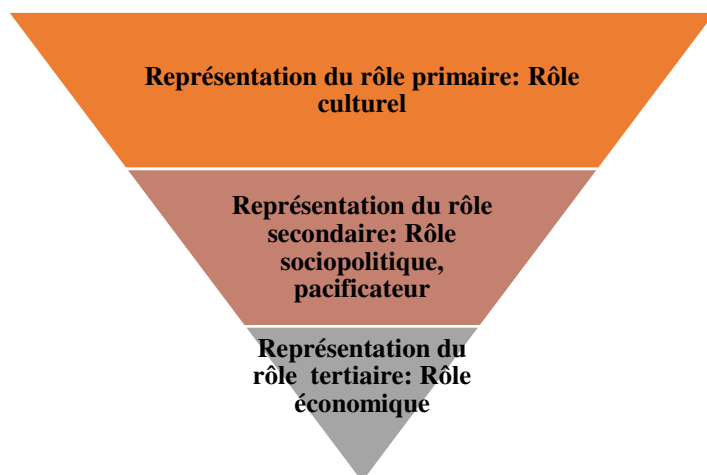


Figure 1 : Pyramide des différentes représentations du rôle des personnes âgées dans la communauté bété

En Afrique et particulièrement, en Côte d'Ivoire, précisément à Daloa, les personnes âgées sont détentrices de valeurs culturelles et occupent une place de choix dans le traditionalisme. Au regard de

cette figure sous-dessus présentée, il ressort que les personnes âgées dans la communauté bété de Daloa, ont trois fonctions :

- ✓ Une fonction primaire qui dépeint le rôle culturel de ces derniers dans la communauté ;
- ✓ Une fonction secondaire qui est l'incarnation du rôle de leur rôle sociopolitique et pacificateur ;
- ✓ Une fonction tertiaire qui est la représentation de leur rôle économique.

Elles sont les dépositaires de tous les us et coutumes et font figure d'autorité morale et de sagesse en ce sens que la tradition repose sur l'oralité. Les personnes âgées détiennent également, des capitaux, des savoirs, des savoir-être et des savoir-faire. Elles sont les référents dans le règlement des conflits, dans l'application des règles et sanctions sociales, d'où leur utilité socioculturelle.

Les indicateurs conférant cette autorité socioculturelle sont entre autres : l'âge, la sagesse, la richesse matérielle et la capacitation sacrale. Dans cette même dynamique, ces référents culturels sont pour la plupart sollicités pour des cérémonies dotales, foncières et très souvent sacrificielles. Les personnes âgées jouent donc trois rôles principaux dans la tradition bété de Daloa. Au niveau économique, elles sont les garants du patrimoine foncier et chargées de sa distribution équitable. Au niveau culturel, elles sont dépositaires de la tradition orale et de l'Anthropologie du village. Au niveau sociopolitique, elles jouent le rôle de conseillers pour l'organisation de cérémonies diverses : baptême, initiation, mariage et funérailles. Ce sont aussi des sages à qui on a recours dans le règlement des conflits.

### 3.2. Perception du vieillard

#### 2. Perception du vieillard

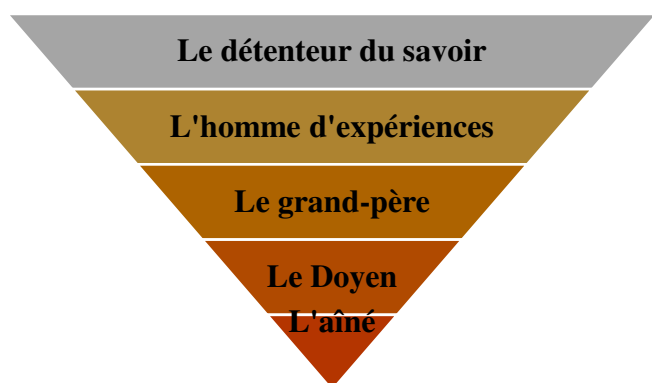


Figure 2 : Pyramide des perceptions des personnes âgées dans la communauté bété

La construction socioculturelle du vieillard suivant qu'il se trouve en Afrique ou en Occident, apparaît différente. En effet, le rôle du vieillard est fonction de l'idée qu'on se fait de lui.

Comme le présente la figure ci-dessus, à Daloa, le mot " vieux " est accepté comme un honneur. Au sein des structures traditionnelles, les privilèges tels que le droit d'aînesse, le droit à la parole et la respectabilité, sont liés à la vieillesse. Ici, le vieux, c'est l'homme d'expériences, de savoir ; c'est l'aîné,

c'est le doyen, le père, le grand-père. Son rôle culturel et éducatif est d'assurer l'éducation et l'enculturation des petits-enfants. Ce sont ainsi des éducateurs, des conseillers, des médiateurs et des diffuseurs de la tradition.

L'absence de vieillards, témoins essentiels du passé, liens vivants entre les générations, garants de la culture, apparaît comme une rupture cyclique de la vie, dans le processus de transmission de valeurs socioculturelles.

### **3.3. La construction sociale de la sagesse chez les personnes âgées**

La représentation d'une vieillesse-sagesse est perçue tout au long de l'Histoire, où alternent les périodes dominées par les plus âgés avec celles où le pouvoir est aux mains des plus jeunes. Lorsque le Droit repose sur l'oral ou la coutume et valorise la connaissance et l'expérience, on a tendance à idéaliser davantage les vieillards, à en faire des modèles de vertu.

Certaines circonstances seront ainsi plus favorables à la vieillesse. Des conseils d'Anciens ou des sages sont mis en place. Cette logique exprime la noblesse et la vertu chez le vieillard en valorisant ainsi, l'âge et l'expérience.

Le contexte économique est particulièrement prépondérant quant à la place accordée au plus vieux. Les sociétés où domine la propriété mobilière leur seront plus favorables que celles où domine la propriété foncière. Être détenteur du patrimoine jusqu'à sa mort permet de conserver l'autorité.

L'histoire montre qu'en fonction du contexte, de ses valeurs et du modèle d'homme idéal qu'elle se fixe, chaque société secrète une représentation plus ou moins positive de cet âge de la vie

### **3.4. Stratégies de prise en charge des personnes âgées à daloa**

#### ***3.4.1. L'aide aux personnes âgées***

### **3. L'aide aux personnes âgées**



**Figure 3 : aides aux personnes âgées dans la communauté bété de Daloa**

Les différentes stratégies de prise en charge des personnes âgées à Daloa, se structurent autour des aides qu'ils reçoivent. L'émanation de ces aides est diverse.

En effet, dans la communauté bété de Daloa, La majorité des aides reçues par les personnes âgées émanent à 35% de leur progéniture. Ensuite, elles sont soutenues par la famille à hauteur de 25%. Ces aides sont suivies de celles des leurs consanguins dans 20% des cas, 15% émanent des amis et connaissances et 5% autres. La diversité des sources des aides reçues par les personnes âgées dans la communauté bété de Daloa, dépeint à cet effet l'existence de la solidarité.

### 3.4.2. La santé des personnes âgées

#### **Tableau des pathologies opportunistes des personnes âgées à Daloa**

Pathologies	Pourcentage
Arthrose	40%

<b>Maladies oculaires</b>	30%
<b>L'amnésie</b>	20%
<b>Parkinson</b>	5%
<b>Accidents Vasculaires Cérébraux</b>	5%
<b>TOTAL Pourcentage</b>	<b>100%</b>

Source : notre étude 2019

Les personnes âgées ont généralement une santé fragile. Cela est dû à leur âge et à leur physique dégradé.

En effet, les personnes du troisième et du quatrième âge sont exposées aux maladies opportunistes. L'étude a montré que 40% des personnes âgées souffrent d'arthrose. Cette maladie est suivie des maladies oculaires qui touchent cette population dans 30% des cas. 20% de cette population souffre de l'amnésie. Et dans 5% de façon respective, les personnes âgées souffrent la maladie de Parkinson et des accidents vasculaires cérébraux.

#### ***3.4.3. L'alimentation des personnes âgées***

L'aliment est un facteur de maintien et d'entretien de la santé des personnes âgées. Elles ont besoin de bien se nourrir pour remplacer les cellules mortes et maintenir leur physique. Les types et les qualités de repas sont fondamentaux à cet effet.

#### ***3.4.4. Habitation des personnes âgées***

Dans les stratégies de prise en charge des personnes âgées, le facteur habitation est déterminant pour un mieux-être de ces derniers.

En effet, le lieu d'habitation détermine le niveau d'intégration et les conditions socioéconomiques qui structurent leurs relations dans la communauté d'appartenance. A ce niveau, les personnes âgées en Côte d'Ivoire n'habitent pas des maisons de type particulier, spécialement conçues pour répondre aux exigences de leur état physiologique déperissant. Elles vivent plutôt dans des logements de type ordinaire.

Selon l'Institut National de la Statistique, dans le milieu urbain, les chefs de ménage âgés vivent en majorité dans les maisons simples (45%). A Abidjan, les personnes âgées, chefs de ménage, habitent beaucoup plus les maisons de type concession (34,7%) et en bande (22,3%) que les autres types de construction. La prépondérance de ces deux types de logement dans lesquels vivent les personnes âgées, s'explique par le coût relativement bas de ceux-ci.

### 3.5. Impact socio-économique et sanitaire du vieillissement

#### 3.5.1. Impact socioéconomique du vieillissement

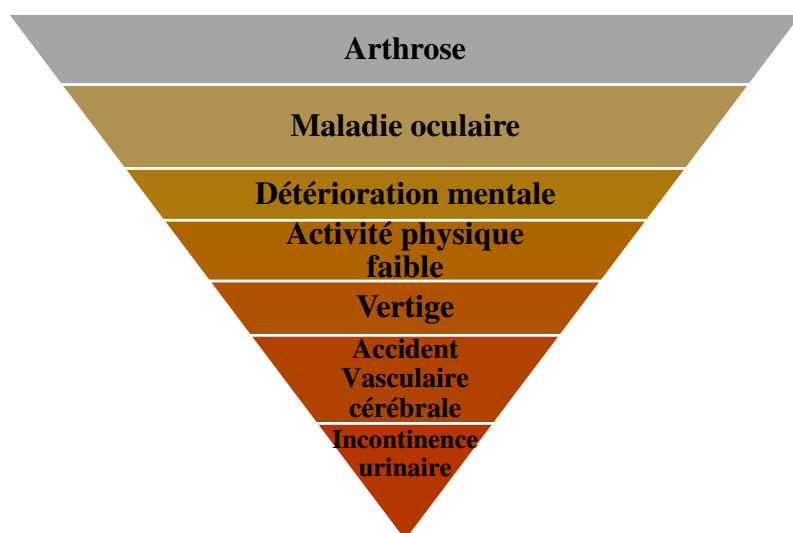
Le vieillissement, est certes une donnée divine, mais est aussi un poids social et économique pour la famille, la communauté et la société. En effet, les personnes âgées ne sont plus en activités, elles constituent une charge pour la famille. C'est au sein de cette famille que les premières décisions et activités sont prises et exécutés pour le bonheur de la personne âgée. Travailler pour soi et pour lui. Dépenser pour soi et prévoir pour lui. Se déplacer soi-même et le faire avec lui, lorsque le besoin se présente à lui. Il devient une charge pour la famille. La communauté d'appartenance de la famille, assiste cette dernière, par des dons, des facilités sociales et économiques : les personnes âgées ont toujours raison. Même lorsqu'elles ont tort, un langage diplomatique est employé pour contenter les parties. Lors des récoltes, des dons sont faits pour accompagner la famille. La société accompagne également les personnes âgées au niveau des services publics : céder la place aux personnes âgées, les servir en premier, les aider à traverser la route, leur octroyer la monnaie lorsqu'elles sont commerçantes...

#### 3.5.2. Impact sanitaire du vieillissement

La vieillesse a un prix. L'un des impacts majeurs de la vieillesse, c'est la fragilité physique et sanitaire.

Le vieillissement s'accompagne de pathologies propres aux personnes âgées. Cette fragilité sanitaire des personnes âgées sape leur autonomie au quotidien, et les place dans une dépendance sociale. Afin de les protéger d'éventuels dangers, un petit fils ou un neveu leur est affecté. Quelques fois, l'aîné des enfants ou le cadet du vieillard, lorsque celui-ci n'a pas d'enfant au village est commis à la tâche.

#### Prévalence pathologique gériatrique dans la population étudiée à Daloa



---

**Figure 5 : Prévalence pathologique gériatrique dans la population étudiée à Daloa**

## 4. Discussion

### 4.1. Perception des personnes âgées par la population à daloa

La perception des personnes âgées est analysée autour de leurs fonctions, de la perception du vieillard et de la construction sociale de leur sagesse.

C'est dans cette dynamique que Touré (1984) qui a fait une étude comparative, dans la civilisation africaine, soutient que la vieillesse n'est pas une tare. Contrairement à l'africain, l'occidental redoute la vieillesse dans la mesure où l'on y devient inutile. Le mot « vieux » est refusé comme une injure. Des synonymes sont alors trouvés pour l'atténuer : personnes âgées, troisième âge. Ici, on n'est plus vieux, on n'est plus âgé, on appartient seulement à un âge. En Afrique, le mot « vieux » est accepté comme un honneur. Au sein des structures traditionnelles, les privilèges tels que le droit d'aînesse, le droit à la parole et la respectabilité, sont liés à la vieillesse. Ici, le vieux, c'est l'homme d'expériences, de savoir ; c'est l'aîné, c'est le doyen, le père, le grand-père. Alors qu'en Occident il est infantilisé.

Toujours selon Touré, les personnes âgées jouent quatre rôles principaux dans la société traditionnelle africaine. Sur le plan économique, les personnes âgées sont chargées de la distribution équitable des terres. Sur le plan culturel, elles sont dépositaires de la tradition orale. Sur le plan politique et social, elles jouent le rôle de conseillers pour l'organisation de cérémonies diverses : baptême, initiation, mariage et funérailles. Ce sont aussi des sages à qui on a recours dans le règlement des conflits. Le rôle politique des vieillards se résume en ceci : *« rien de sérieux ne s'entreprind ni ne se décide sans leur accord. »*

Leur rôle culturel et éducatif est d'assurer l'éducation et l'enculturation des petits-enfants. Ce sont ainsi des éducateurs, des conseillers, des médiateurs et des diffuseurs de la tradition.

De nos jours, avec le renouvellement rapide des techniques et les besoins toujours accrus de productivité, la personne âgée est dépassée ; elle n'est plus une référence, un exemple, contrairement aux sociétés traditionnelles. Il lui est donné le statut de « vieux » qui a une connotation péjorative.

Ira Bruno (2006) a également mené une étude sur les conditions de vie des personnes âgées. Selon lui, depuis le début des années 1980 que la crise socioéconomique affecte directement les moyens d'existence des populations, la catégorie sociale des personnes du troisième âge, est devenue de plus en plus vulnérable à la pauvreté.

En effet, la représentation qu'on se fait des personnes âgées, actuellement en Afrique, semble rejoindre, celle de l'Europe, eu égard au changement social qui s'est opéré au sein des sociétés africaines. Ceci explique l'attitude de rejet de la société vis-à-vis des personnes âgées. C'est cette attitude qui de nos

jours, est en train de prendre le pas sur les valeurs traditionnelles, à telle enseigne qu'en lieu et place du prestige social dont jouissaient les personnes âgées, il est de plus en plus question de maltraitance.

Amadou Hampaté BÂ (1972) abonde dans le même sens quand il écrit que le principal responsable de la destruction des sociétés africaines, est la colonisation qui a été le tremplin par laquelle l'occident a nié toute la culture et l'histoire africaine. Pour elle, la seule connaissance valable, capable d'apporter la « lumière » aux sociétés africaines dites sauvages, s'acquiert dans les écoles conventionnelles. Celles-ci, dans le même temps, dépossèdent les vieillards de leur rôle central qu'est l'éducation. Car comme nous l'apprend l'auteur :

*La connaissance africaine est une connaissance globale, une connaissance vivante qui se transmettait régulièrement de génération en génération, par les rites d'initiation et par les différentes formes d'éducation traditionnelle. Cette transmission régulière s'est trouvée interrompue du fait d'une action extérieure, extra africaine : l'impact de la colonisation (...). Et c'est pourquoi les vieillards qui sont les derniers dépositaires, peuvent être comparés à de vastes bibliothèques dont les multiples rayons sont reliés entre eux par d'invisibles liens qui constituent précisément cette science de l'invisible authentifiée par les chaînes de transmission initiatique. La chaîne qui relie la vieille génération à la jeune génération a été rompue et de plus en plus, l'on note des conflits entre les deux. Or, le fonctionnement de la chaîne commandait aux jeunes, le respect à l'égard des aînés car comme dit le proverbe africain : c'est l'enfant qui sait laver sa main, qui mange en compagnie des vieux.*

#### **4.2. Stratégies de prise en charge des personnes âgées à daloa**

Les stratégies de prise en charge sont axées autour de l'aide apportée aux personnes âgées, leur santé, leur alimentation et leur habitation.

Selon Louis Vincent Thomas (1989) en Afrique, les vieillards sont peu nombreux et peu coûteux. Ils sont utiles à des travaux spéciaux et à l'éducation des enfants. Ici, les vieillards sont insérés dans la famille et le lignage où ils sont traités de sages. La mort du vieillard africain est le couronnement de sa vie. Son enterrement est plein de sens ; c'est une fête où la société se renouvelle et qui provoque un grand rassemblement. Son deuil est ainsi important et il a la possibilité de devenir un ancêtre.

Les différentes stratégies de prise en charge des personnes âgées à Daloa, se structurent autour des aides qu'ils reçoivent. L'émanation de ces aides est diverse.

Au niveau familial et individuel, il faut d'abord noter que dans l'histoire de l'humanité, la famille a toujours constitué le support le plus sécurisant pour les personnes âgées (Simmons, 1985 : 176).

En effet, dans la communauté bété de Daloa, La majorité des aides reçues par les personnes âgées émanent de leur progéniture. Elles sont aussi soutenues par la famille, par leurs consanguins et par des amis et connaissances. La diversité des sources des aides reçues par les personnes âgées dans la communauté bété de Daloa, dépeint à cet effet l'existence de la solidarité.

Les personnes âgées ont généralement une santé fragile. Cela est dû à leur âge et à leur physique dégradé.

En effet, les personnes du troisième et du quatrième âge sont exposées aux maladies opportunistes. Elles souffrent d'arthrose, de maladies oculaires, de l'amnésie, de la maladie de Parkinson et des accidents vasculaires cérébraux. Face à cette santé fragile, elles ont besoin d'une bonne alimentation. L'aliment est un facteur de maintien et d'entretien de la santé des personnes âgées. Elles ont besoin de bien se nourrir pour remplacer les cellules mortes et maintenir leur physique. Les types et les qualités de repas sont fondamentaux à cet effet.

Dans les stratégies de prise en charge des personnes âgées, le facteur habitation est déterminant pour un mieux-être de ces derniers.

En effet, le lieu d'habitation détermine si elles sont heureuses ou non. À ce niveau, les personnes âgées en Côte d'Ivoire n'habitent pas des maisons de type particulier, spécialement conçues pour répondre aux exigences de leur état physiologique déclinant. Elles vivent plutôt dans des logements de type ordinaire.

Selon l'Institut National de la Statistique, dans le milieu urbain, les chefs de ménage âgés vivent en majorité dans les maisons simples. En Côte d'Ivoire, les personnes âgées, chefs de ménage, habitent beaucoup plus les maisons de type concession et en bande que les autres types de construction. La prépondérance de ces deux types de logement dans lesquels vivent les personnes âgées, s'explique par le coût relativement bas de ceux-ci.

Dans cette dynamique, le vieillissement de la population nécessite non seulement la provision d'un support économique et social aux personnes âgées, mais aussi une révision des politiques en matière d'emploi, de revenu, de sécurité sociale, de famille, de santé et d'autres types de services dont elles pourraient avoir besoin (Gisele, 1982).

### **4.3. Impact socio-économique et sanitaire du vieillissement**

Le vieillissement, est certes une donnée divine, mais est aussi un poids social et économique pour la famille, la communauté et la société.

Schneider (1999) soutient cette position en affirmant que la longévité est certainement positive au niveau individuel, surtout si elle s'accompagne d'une qualité de vie correcte mais cette augmentation constante du nombre de personnes âgées pose des problèmes sociaux et économiques. En effet, les personnes âgées ne sont plus en activités, elles constituent une charge pour la famille. C'est au sein de cette famille que les premières décisions et activités sont prises et exécutées pour le bonheur de la personne âgée. Travailler pour soi et pour lui. Dépenser pour soi et prévoir pour lui. Se déplacer soi-même et le faire avec lui, lorsque le besoin se présente à lui. Il devient une charge pour la famille. Il y

a une sorte de réorganisation sociale des rapports. Les personnes âgées dépendent dorénavant des jeunes. Le [vieillissement](#) de la population va entraîner un déséquilibre entre le nombre de personnes âgées et retraitées et le nombre de personnes jeunes et actives et modifier la manière de fonctionner de la société, tant du point de vue économique que social et culturel (Cliquet, 1992; Klinger, 1992). La communauté d'appartenance de la famille, assiste cette dernière, par des dons, des facilités sociales et économiques : les personnes âgées ont toujours raison. Même lorsqu'elles ont tort, un langage diplomatique est employé pour contenter les parties. Lors des récoltes, des dons sont faits pour accompagner la famille. La société accompagne également les personnes âgées au niveau des services publics : céder la place aux personnes âgées, les servir en premier, les aider à traverser la route, leur octroyer la monnaie lorsqu'elles sont commerçantes...

La vieillesse a un prix. La santé demande une prise en charge sociale et économique de ces personnes. Leur fragilité nécessite une attention particulière et un soutien social et économique. Ainsi, la vieillesse devient une période de dépendance sociale et économique. La force des liens sociaux garantissent le mieux-être des personnes âgées, à travers leur degré d'intégration dans la famille et ou la communauté.

En effet, le vieillissement s'accompagne de pathologies propres aux personnes âgées. Cette fragilité sanitaire des personnes âgées sape leur autonomie au quotidien, et les place dans une dépendance sociale. Afin de les protéger d'éventuels dangers, un petit fils ou un neveu leur est affecté. Quelques fois, l'aîné des enfants ou le cadet du vieillard, lorsque celui-ci n'a pas d'enfant au village est commis à la tâche. C'est à ce niveau que se jauge leur degré d'intégration et la force des liens sociaux.

## 5. Conclusion

Aux termes de cette réflexion, notons le distinguo entre la vieillesse qui est un état constaté et le vieillissement un processus dans le courant de la vie. Toutes ces deux notions relèvent d'un construit social sous l'aire culturelle bété.

Cet état de vie est perçu comme une bénédiction dans cette culture. Les personnes âgées sont les garants de la culture et les sachants autour desquelles la vie sociale et économique du peuple bété est organisée.

Cette organisation, pour y parvenir, il faille une réorganisation sociale qui nécessite un entretien des personnes âgées. Et cela impose des impacts économiques et socio-sanitaires. Vu qu'à cet âge, l'aspect physique de ces personnes âgées est fragilisé par nombre de maladies qui les placent dans un état de dépendance et quelque peu isolés. L'organisation sociale du peuple bété qui repose sur la solidarité, permet à ce dernier d'entretenir cette population fragile et la placer sur les jougs de « l'absolu culturel ».

### Conflits d'intérêts

Je déclare sur l'honneur qu'aucun conflit d'intérêts n'est lié à cet article.

## Références bibliographiques

[Abdramane Berthe](#), [Lalla Berthé-Sanou](#), [Blahima Konaté](#), [Hervé Hien](#), [Fatoumata Tou](#), [Maxime Drabo](#), (2013). Les personnes âgées en Afrique subsaharienne. Une population vulnérable, trop souvent négligée dans les politiques publiques ; [Santé Publique](#), vol 25, PP. 367-371

Aka Kouamé, (1990). Le vieillissement de la population en Afrique. Ottawa, Centre de Recherches pour le Développement International - International Development Research Centre (IRDC), Hull, Canada, 46 p

Amadou Hampaté BÂ, (1972). Aspect de la civilisation africaine : Présence africaine.

Cliquet, R., (1992). Causes of changes in the age structure. An overview. In : Changing population age structure 1990-2015. Eds: United Nations Publications, Geneva.

Direction de l'Informatique et de l'Information Sanitaire (DIIS), (2015). *Rapport Annuel sur la situation Sanitaire (RASS)*, Abidjan, MSHP, p. 110-315.

Gisèle Defaux-Klein, (1982). Les étapes de la vie féminine. « Femmes sans âge » et troisième âge : Cahiers de la Méditerranée, pp. 195-212

Ira Bruno, (2005). Conditions de vie des personnes âgées et solidarité sociales et familiale à l'épreuve de la pauvreté en milieu urbain. Le cas de la ville d'Abidjan, présentée lors du colloque sur « Société, développement et vieillissement en Afrique : Comprendre le vieillissement pour prévenir les conflits de génération. ENSEA cocody

Klinger, A., (1992). Consequences of future changes in the age structure for public revenues and expenditures. An overview. In : Changing population age structures, 1990-2015. Eds: United Nations Publications, Geneva.

Louis Vincent Thomas, (1989). *Quel corps ? 38/39, Une Galaxie anthropologique. Hommage à Louis-Vincent Thomas.*

N'da Paul, (2015). Recherche et méthodologie en sciences sociales et humaines : réussir sa thèse, son mémoire de master ou professionnel, et son article. Editions : L'Harmattan.

Schneider, E. L., (1999). Aging in the Third Millennium. *Science* 283, pp. 796-797.

Serge Moscovici, (1984). Le domaine de la psychologie sociale. Introduction à S. Moscovici (Ed), *La psychologie sociale*, Paris, PUF.

TOURE A., (1984). Le vieux et la vieille. Situation et rôle des personnes âgées en Côte d'Ivoire, colloque de Gérontologie Sociale, Aix-Marseille, France.

© 2021 TCHEHI, 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 (3) N 1

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

Reçu, 19 Avril 2021

Accepté, 26 Mai 2021

Publié, 02 Juin 2021

<http://revue-rasp.org>

---

*Type d'article : Recherche*

## **Déterminants de l'utilisation des services de planification familiale en post-partum dans la zone sanitaire d'Apahoué-Dogbo-Djakotomey au Bénin**

Jacques SAIZONOU<sup>1\*</sup>, Patrick MAKOUTODÉ<sup>1</sup>, Virginie MONGBO<sup>1</sup>, Alphonse AFFO<sup>2</sup>, Franck Robert ZANNOU<sup>3</sup>, William ATADE<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Institut Régional de Santé Publique de Ouidah, Université d'Abomey-Calavi, Bénin

<sup>2</sup>Centre de Formation et de Recherche en matière de Population, Université d'Abomey-Calavi, Bénin

<sup>3</sup>Direction de la Santé de la Mère-Enfant, Ministère de la santé, Cotonou, Bénin

\*Auteur correspondant : Jacques SAIZONOU, Enseignant Chercheur, BP 05-709 Cotonou Bénin, Tel : 229 95413474, E-mail : [saizonoujacques@yahoo.fr](mailto:saizonoujacques@yahoo.fr)

### **Resumé**

Bien qu'il soit établi un lien positif entre la Planification Familiale (PF) et la réduction des cas de décès maternel et infantile, les besoins non satisfaits en PF restent élevés en Afrique subsaharienne et au Bénin en particulier. Ces besoins non satisfaits en PF dans le département du Couffo dont fait partie la zone sanitaire Aplahoué-Djakotomey-Dogbo (ADD) sont plus élevés que la moyenne nationale selon les résultats de l'EDS 2011-2012. Notre étude avait pour objectif d'identifier les déterminants de l'utilisation des services de PF en période post-partum dans la zone sanitaire ADD en 2017 au Bénin. Cette étude transversale analytique a porté sur 480 femmes ayant accouché dans les 12 derniers mois dans la zone d'étude, sélectionnées par sondage en grappes. Le modèle de régression logistique pas à pas descendante a été réalisé au seuil de 5%. Les résultats révèlent que le taux d'utilisation des services de planification familiale en post-partum était de 15,83%. Presque toutes les enquêtées avaient au moins une fois entendu parler de la PF (92,71%). La source d'information la plus citée était les centres de santé (71,85 %). Le préservatif était la méthode de contraception la plus utilisée (40,69%), suivie des pilules (27,11%). L'utilisation des services dans la Zone d'étude en 2017 était influencée par la profession ( $p < 0,001$ ), l'ethnie ( $p = 0,005$ ), l'aménorrhée ( $p < 0,001$ ), l'utilisation avant la grossesse de méthodes contraceptives ( $p < 0,001$ ) et la discussion de la PF avec son conjoint ( $p = 0,001$ ). Il ressort de cette étude un besoin non satisfait élevé et de planification familiale en post-partum (67,92%) donc un risque élevé de grossesse non désirée. Les actions axées sur les déterminants identifiés, notamment l'information et la communication pour un changement de comportement sont suggérées pour améliorer l'utilisation des services de PF dans cette zone d'étude.

**Mots clés** : Déterminant, Planification familiale, Post partum, Bénin.

## Abstract

Although a positive link has been established between family planning (FP) and the reduction of maternal and infant deaths, unmet need for FP remains high in sub-Saharan Africa and in Benin in particular. These unmet FP needs in the Couffo department, which includes Aplahoué-Djakotomey-Dogbo (ADD) health zone, are higher than the national average according to the 2011-2012 DHS results. The objective of our study was to identify the determinants of postpartum FP service use in ADD health zone in 2017 in Benin. This analytical cross-sectional study included 480 women who had given birth in the last 12 months in the study area, selected by cluster sampling. The top-down stepwise logistic regression model was performed at the 5% threshold. The results reveal that the postpartum family planning service utilization rate was 15.83%. Almost all respondents had heard of FP at least once (92.71%). The most cited source of information was health centres (71.85%). Condom was the most used contraceptive method (40.69%), followed by pills (27.11%). Use of services in the study area in 2017 was influenced by occupation ( $p<0.001$ ), ethnicity ( $p=0.005$ ), amenorrhea ( $p<0.001$ ), pre-pregnancy use of contraceptive methods ( $p<0.001$ ) and discussion of FP with spouse ( $p=0.001$ ). This study shows a high unmet need for family planning in the post-partum period (67.92%) and therefore a high risk of unwanted pregnancy. Actions focused on the identified determinants, notably information and communication for behavioural change are suggested to improve the use of FP services in this study area.

**Keywords:** Determinant- Family planning- Postpartum- Bénin.

## 1. Introduction

La mortalité maternelle reste toujours très élevée dans le monde. La plupart des décès se sont produits dans des pays à revenu faible et auraient pu être évités (Alkema et al., 2016). L'une des stratégies essentielles de réduction de la mortalité maternelle et infantile est la planification familiale (PF) qui permet l'espacement des naissances et donne la possibilité de retarder les grossesses chez les femmes jeunes, les grossesses précoces et non désirées qui constituent des risques élevés de problèmes de santé et de décès. La PF peut prévenir plus de 30% de décès maternels et 10% de mortalité infantile si les couples espaçaient les grossesses à deux ans et plus d'intervalle (USAID, 2016). Deux cent quinze millions de femmes dans le monde ne souhaitent pas tomber enceintes mais elles n'utilisent aucune méthode de PF (OMS, 2017). Les besoins non satisfaits en PF sont élevés en Afrique, et sont estimés à 23,5% de femmes en âge de procréer (INSAE et ICF, 2012). Le meilleur moment de réduire ces besoins non satisfaits est la période post partum puisque le contact de la femme avec les services de santé est particulièrement fréquent durant la grossesse, l'accouchement et la première année de vie d'un enfant (OMS, 2014). Le post-partum est la période durant laquelle l'organisme maternel, modifié par la grossesse, subit des changements destinés à le ramener à l'état antérieur. Cette période débute deux heures après la délivrance et se termine avec l'arrivée des premières règles. Sa durée varie en fonction du mode d'allaitement (maternel ou artificiel), et elle est en moyenne de six semaines (OMS, 2014). La planification familiale pendant le post-partum (PFPP) est la prévention des grossesses non désirées et rapprochées pendant les 12 mois suivant l'accouchement (INSAE et ICF, 2012). La grossesse et le post-partum sont des périodes jugées opportunes pour conseiller les femmes sur l'adoption de méthodes de PF. Une étude réalisée dans 27 pays du monde a montré que 39% de l'ensemble des besoins de contraception non satisfaits concernent des femmes qui ont accouché au cours des 12 mois précédents (Ross et Winfrey, 2001). Dans cinq pays sous-développés en 2015 (Inde, Pakistan, Zambie, Kenya et Guatemala) les besoins non satisfaits en période post-partum variaient de 25% à 96% (Pasha et al., 2015). La PFPP devient donc une excellente stratégie pour réduire les besoins non satisfaits et de ce fait, pour améliorer le taux d'utilisation des services de PF. Les facteurs qui influencent l'utilisation de la PFPP selon les études réalisées en Afrique et ailleurs sont multiples : les facteurs sociodémographiques et culturels, les facteurs économiques, les facteurs personnels de la femme et les facteurs liés au système de santé (Sileo et al. 2015 ; Abera et al. 2015 ; Brito et al. 2009 ; Bwazi et al. 2014).

Le regroupement de ces facteurs est présenté dans la figure 1 du cadre conceptuel. Au Bénin, environ une grossesse sur cinq n'est pas planifiée. Les femmes qui veulent éviter une grossesse, mais qui n'utilisent pas de méthode contraceptive efficace, représentent la majorité des grossesses non désirées. La prévalence contraceptive est de 13% chez les femmes mariées et 33% des femmes ont des besoins non satisfaits (OMS, 2014). Si de nombreuses études ont été réalisées sur les déterminants de l'utilisation de la PF parmi la population générale, nous avons retrouvé peu d'études sur les déterminants de la PFPP au Bénin, et encore moins dans la zone sanitaire Aplahoué-Dogbo-Djakotomey (ZS ADD). C'est pour combler cette insuffisance que la présente étude a été initiée pour identifier les déterminants de l'utilisation des services de PFPP dans cette zone de santé, afin de réduire les besoins non satisfaits en PF et contribuer à l'amélioration de la santé maternelle et infantile. La présente étude s'inscrit dans l'approche théorique des déterminants sociaux de la santé selon laquelle la santé des populations et les inégalités de santé qui sévissent en leur sein sont majoritairement influencées par les facteurs sociaux (Weinstock, 2018).

## 2. Méthode d'étude

La ZS ou district sanitaire de ADD est située dans le département du Couffo au Sud-Ouest du Bénin. Elle couvre une superficie de 1458 Km<sup>2</sup> et sa population estimée à 459.950 habitants en 2017. La ZS ADD disposait de 40 centres de santé et un l'hôpital de zone (HZ) qui est le centre hospitalier de premier recours. Il s'agit d'une étude transversale analytique. Contrairement aux études longitudinales, les données ont été collectées à une période fixe traduisant la situation du phénomène à l'étude. Ensuite il a été cherché les facteurs associés à l'utilisation de la PF en post partum. La population cible était constituée des femmes ayant accouché dans les 12 derniers mois et résidant dans la ZS ADD et des agents de santé exerçant dans les services de PF et de maternités de cette ZS. Ont été exclues de l'étude les femmes ayant accouché dans les 12 derniers mois, mais qui ont eu une ligature des trompes, une hystérectomie, une mort fœtale ou néonatale. La méthode d'échantillonnage a été probabiliste et la technique, le sondage en grappes. L'unité de grappe était le village et le nombre de grappes était de 30. Le pas de sondage a été déterminé en divisant l'effectif cumulé des femmes en période post partum par le nombre de grappes. Soit  $19764 / 30 = 659$ . Le nombre tiré au hasard a été un nombre compris entre 1 et le pas de sondage. Le tirage aléatoire d'un nombre compris entre 1 et le pas de sondage (659) à l'aide d'un billet de banque a donné le nombre de 332 et qui correspondait à la première grappe. La première grappe a été localisée dans le village dont la population cumulée inclus le nombre tiré au hasard. Les autres villages ont été déterminés en ajoutant chaque fois le pas de sondage. A partir de la voie principale de chaque village, nous avons pris la direction indiquée par le bout à bille d'un stylo jeté en l'air. Dans cette direction toutes les concessions proches ont été numérotées. La première concession a été tirée au hasard. Au sein de cette concession, le premier ménage a été enquêté puis les autres concessions ont été visitées de proche en proche jusqu'à l'obtention du nombre retenu. La taille de l'échantillon a été calculée selon la formule de Schwartz avec une précision «i» de 2,5%, un effet grappe de 2 et sur la base de la prévalence contraceptive moderne de la ZS ADD qui était de 3,6%, selon les données de l'annuaire statistique du Ministère de la santé 2015 du Bénin. Ainsi 480 femmes ont été incluses dans l'étude. Le choix a été raisonné pour les prestataires des services de PF et le personnel de la maternité ; cinq agents de santé constitués de deux sages-femmes responsables de centres de santé, la maîtresse sage-femme de l'hôpital de zone qui était la responsable de PF et deux commis de pharmacie.

La variable dépendante était l'utilisation des services de planification familiale du post-partum. Etait considérée comme utilisatrice des services de PFPP, toute femme ayant fréquenté au moins une fois les services de PF après accouchement pendant le post-partum. Les variables indépendantes étaient : (i) les facteurs socioculturels et démographiques tels que l'âge, le niveau d'instruction, le statut matrimonial, la religion, les croyances, l'ethnie, la gestité, la parité, la profession ; (ii) les facteurs liés à l'individu tels que le pouvoir de décision de la femme, les problèmes de santé, la perception, la connaissance, la satisfaction, l'utilité de la PF, la reprise des rapports sexuels, l'allaitement maternel exclusif (AME), l'aménorrhée, la discussion de la PF avec le conjoint, l'utilisation de la PF avant la grossesse (iii) les facteurs économiques tels que les dépenses mensuelles du ménage, et le niveau de bien-être économique du ménage et (iv) les facteurs liés au système de santé tels que la disponibilité des contraceptifs, la discussion de la PF au cours de la grossesse, la continuité des services, la satisfaction des bénéficiaires. Les données quantitatives ont été collectées à l'aide d'un questionnaire administré par des enquêteurs formés qui l'ont pré-testé dans une ZS voisine (Klouékanmè-Toviklin-Lalo).

Les données ont été saisies et analysées dans le logiciel STATA. Les proportions ont été calculées pour les variables qualitatives, la moyenne et l'écart type pour les variables quantitatives. Pour apprécier la force de l'association entre les variables indépendantes et la variable dépendante et identifier les facteurs associés, la régression logistique « pas à pas descendante » a été réalisée au seuil de 5%. Ont été introduites dans le modèle initial, les variables qui, à l'analyse bi-variée étaient significatives à un seuil de 20%. L'adéquation du modèle final a été vérifiée avec le test d'Hosmer Lemeshow. Le modèle a été retenu pour une valeur de  $p > 0,05$ . Toutes les personnes interrogées ont été informées du but et des objectifs de l'étude. Les règles éthiques telles que le consentement éclairé, l'anonymat des données et la confidentialité des déclarations des enquêtés ont été respectées.

### 3. Résultats

#### 3.1 Caractéristiques générales des femmes enquêtées

L'âge moyen des 480 enquêtées était de  $26,16 \pm 5,65$  ans. Les ménagères étaient les plus représentées. L'ethnie Adja était dominante (88,66%). La plupart des participantes étaient mariées (89,94%) et le niveau d'instruction dominant était "non alphabétisé" (38,17%). Presque toutes les femmes avaient au moins une fois entendu parler de la PF (92,71%). La source d'information sur la PF la plus citée était les centres de santé (71,85 %). La majorité des enquêtées n'utilisait pas une méthode contraceptive avant la dernière grossesse (78,49%). Le retour de couches ne s'était pas encore effectué chez 63,03%. Plus du tiers d'entre elles avaient repris les rapports sexuels dans les trois mois suivant l'accouchement (36,13%). Elles étaient 88,44% à avoir toujours un projet de grossesse, mais 81,70% voulaient attendre au moins deux ans. Plus de la moitié des participantes (57,64%) avait des discussions avec leur partenaire sur la PF. Parmi les 480 femmes de l'étude, 92 utilisaient au moins une méthode contraceptive, soit un taux pondéré d'utilisation de 15,83% (IC95% : [9,39 % - 22,26 %]). Les besoins non satisfaits étaient évalués à 67,92%. Les raisons avancées par les femmes qui n'utilisaient pas les services de PFPP étaient multiples mais les plus rapportées étaient les effets secondaires (28,43%), l'absence de raison (10,23%), l'absence du partenaire (10,16%), le manque d'informations (9,52%), et l'aménorrhée (8,45%). Le préservatif était la méthode de contraception la plus utilisée 33 sur 92 femmes (40,69 %) suivi des pilules 27,11%.

L'analyse bi-variée a montré que des 15 facteurs analysés, étaient significativement associés à l'utilisation des services de PFPP, les facteurs socioculturels, démographiques et économiques tels que la profession, le niveau d'instruction et la religion ; les facteurs socio sanitaires tels que l'utilisation d'une méthode contraceptive avant la grossesse, le retour des couches, la discussion de la PF avec le conjoint, et l'appréciation de la PF; et les facteurs liés au système de santé tels que le fait de recevoir des informations sur la PF au cours des CPN était significativement associé à l'utilisation des services de PFPP (tableau I).

Tableau I : Relation entre l'utilisation des services de PF PP, les caractéristiques des femmes et les facteurs liés au système de santé dans la ZS ADD en 2017, (n=480).

Variables explicatives	Total (n)	Utilisation PF en		OR <sub>bp</sub> **	[IC <sub>95%</sub> OR <sub>bp</sub> ]	p-value
		PP				
		Oui	%*			
<i>Tranches d'âge</i>						
< 20	47	10	17,14	1	-	
[20-25[	126	23	14,93	0,84	[0,45 – 1,58]	0,593
[25-30[	149	31	19,64	1,18	[0,53 – 2,60]	0,670
[30-35[	97	16	10,79	0,58	[0,25 – 1,33]	0,192
≥ 35	61	12	14,28	0,80	[0,25 – 2,51]	0,700
<i>Profession</i>						
Elève/étudiante	16	09	39,91	5,29	[1,91 – 14,6]	0,002
Fonctionnaire	14	07	29,04	3,26	[1,22 – 8,65]	0,019
Commerçante	98	16	11,15	1	-	
Ménagère	181	38	17,86	1,73	[0,64 – 4,66]	0,266
Agricultrice	96	14	12,92	1,18	[0,44 – 3,15]	0,729
Aucune	12	03	17,92	1,73	[0,36 – 8,35]	0,476
Artisan	57	05	07,84	0,67	[0,18 – 2,45]	0,542
<i>Niveau d'instruction</i>						
Primaire	152	32	17,60	1	-	
Secondaire	107	2	22,27	1,34	[0,64 – 2,76]	0,414
Supérieure	11	06	45,73	3,94	[1,18 – 13,1]	0,027
Alphabétisée	10	02	08,82	0,45	[0,06 – 2,99]	0,398
Aucun	200	24	09,02	0,46	[0,24 – 0,86]	0,017
<i>Situation matrimoniale</i>						
Mariée/union libre	449	85	15,74	1	-	
Célibataire / divorcée/ veuve	31	07	16,71	1,07	[0,53 – 2,15]	0,834
<i>Parité</i>						
1	113	25	20,26	1,52	[0,68 – 3,42]	0,289
2-3	217	37	14,31	1,00	[0,52 – 1,93]	0,987
≥ 4	150	30	14,25	1	-	
<i>Enfants vivants</i>						
1	111	22	19,05	1,56	[0,92 – 2,63]	0,089
2-3	222	35	13,06	1	-	
≥ 4	147	35	17,19	1,38	[0,77 – 2,45]	0,261
<i>Religion</i>						
Chrétienne	304	62	17,06	1,86	[1,01 – 3,43]	0,046
Musulman	12	07	60,55	13,90	[4,84 – 39,9]	0,000
Traditionnelle	164	23	09,94	1	-	
<i>Ethnie</i>						
Adja + Mina	439	79	14,32	1	-	
Fon et apparentés	32	10	22,26	1,71	[0,56 – 5,17]	0,326

Variables explicatives	Total (n)	Utilisation PF en		OR <sub>bp</sub> **	[IC <sub>95%</sub> OR <sub>bp</sub> ]	p-value
		PP				
		Oui	%*			
Yoruba et apparentés	09	03	53,02	6,75	[0,79 – 57,4]	0,078
<i>Niveau de bien-être socio-économique</i>						
Les pauvres	181	31	12,93	1	-	
Les moyens	168	28	14,55	1,14	[0,58 – 2,23]	0,678
Les riches	131	33	20,05	1,68	[0,75 – 3,76]	0,192
<i>Entendu parler de la PF</i>						
Non	29	01	02,93	1	-	
Oui	451	91	16,85	6,70	[0,80 – 55,9]	0,077
<i>Utilisation d'une MC avant la grossesse</i>						
Non	369	27	05,73	1	-	
Oui	111	65	52,69	18,32	[10,1 - 33,1]	0,000
<i>Retourde couches après accouchement</i>						
Non	290	24	06,23	1	-	
Oui	190	68	32,20	7,14	[3,9 – 12,9]	0,000
<i>Projet de grossesse</i>						
Non	56	10	11,99	1	-	
Oui	424	82	16,33	1,43	[0,60 – 3,41]	0,403
<i>Discussion de PF avec son partenaire</i>						
Non	207	06	03,88	1	-	
Oui	273	86	24,62	<b>8,09</b>	[1,88 – 34,8]	<b>0,007</b>
<i>Appréciation de la PF</i>						
Bonne	365	88	19,47	8,50	[2,38 – 30,3]	0,002
Mauvaise	115	04	02,77	1	-	
<i>Décisions dans le couple</i>						
Consensuelle	378	78	17,10	2,57	[0,93 – 7,08]	0,067
Homme seul	73	09	07,43	1	-	
Femme seule	24	03	13,29	1,91	[0,60 – 6,04]	0,259
Parents	05	02	28,25	4,90	[0,31 – 77,2]	0,311
<i>Information donnée sur la PF</i>						
Non	170	11	04,70	1	-	
Oui	310	81	21,73	<b>5,63</b>	[2,54 – 12,4]	<b>&lt;0,001</b>

\*Pourcentage pondéré

\*\*OR brut pondéré

La majorité des femmes a déclaré avoir reçu des informations sur la PF au cours des Consultation Périnatale (CPN). Les quatre centres de santé publiques enquêtées avaient un service de PFPP

fonctionnel. Ils ne disposaient pas de la gamme complète des méthodes contraceptives. Le personnel rencontré a affirmé n'avoir pas reçu une formation sur l'insertion des implants ou des dispositifs intra-utérins. Les ruptures de stock de certains produits contraceptifs ont été observées et certaines utilisatrices de PF recouraient aux pharmacies privées. Les effectifs insuffisants pour mener correctement les activités de PF et l'absence de supervision ont été évoqués par les enquêtés. Les sages-femmes interviewées ont affirmé ne pas fournir systématiquement d'informations sur la PF au cours des CPN.

### 3.2 Analyse multi-variée de l'utilisation des services de PFPP avec les facteurs socioculturels, démographiques, économiques, liés à l'individu et au système de santé

Sur l'ensemble des facteurs analysés, 14 variables ayant une p-value inférieure ou égale à 20% ont été introduites dans le modèle initial : l'âge, la profession, le niveau d'instruction, le nombre d'enfants vivants, la religion, l'ethnie, le niveau de bien-être socio-économique, l'information sur la PF, l'utilisation d'une méthode contraceptive avant la grossesse, l'obtention des règles après l'accouchement, la discussion des méthodes contraceptives avec le partenaire, l'appréciation de la PF, la prise de décision dans le couple, l'information donnée sur la PF au cours de la grossesse ou l'accouchement. Parmi ces 14 variables, cinq influençaient l'utilisation des services de PFPP dans la ZS ADD en 2017 (Tableau II).

Tableau II. : Modèle multi varié final des déterminants de l'utilisation des services de PFPP dans la ZS ADD en 2017

Variabes	OR <sub>ap</sub> *	IC 95%	p-value
<i>Profession</i>			
Elève/étudiante	6,13	[3,10 – 12,12]	< 0,001
Fonctionnaire	1,19	[0,44 – 3,12]	0,718
Commerçante	1	-	
Ménagère	1,01	[0,38 – 2,65]	0,978
Agricultrice	1,90	[0,59 – 6,10]	0,266
Aucune	1,23	[0,28 – 5,31]	0,765
Artisan	0,75	[0,25 – 2,19]	0,589
<i>Ethnie</i>			
Adja + Mina	1	-	
Fon et apparentés	0,56	[0,18 – 1,77]	0,318
Yoruba et apparentés	10,8	[6,73 – 31,6]	0,005
<i>Utilisation d'une MC avant la grossesse</i>			
Non	1		
Oui	14,59	[6,73 – 31,6]	< 0,001
<i>Règles après accouchement</i>			

Variabes	OR <sub>ap</sub> *	IC 95%	p-value
Non	1		
Oui	8,99	[3,96 – 20,3]	< 0,001
<i>Discussion des MC avec son partenaire</i>			
Non	1		
Oui	8,57	[2,93 – 31,23]	0,001

Après ajustement sur les autres variables du modèle final : - les élèves/ étudiantes utilisaient significativement 6,13 fois plus ( $p < 0,001$ ) les services de PFPP par rapport aux commerçantes ; - les femmes d'ethnie yoruba et apparentées minoritaires utilisaient significativement 10,8 fois ( $p = 0,005$ ) plus les services de PFPP par rapport aux femmes d'ethnie Adja et Mina majoritaires ; - les femmes qui avaient utilisé une méthode contraceptive avant la dernière grossesse utilisaient significativement 14,59 fois plus ( $p < 0,001$ ) les services de PFPP par rapport aux autres ; - les femmes qui avaient déjà eu leurs règles après accouchement utilisaient significativement 8,99 fois plus ( $p < 0,001$ ) les services de PFPP par rapport aux autres ; - et les femmes qui discutaient des méthode contraceptive avec leurs partenaires utilisaient significativement 8,57 fois plus ( $p = 0,001$ ) les services de PFPP par rapport aux autres.

#### 4. Discussion

Cette étude nous a permis d'atteindre l'objectif général qui était d'étudier les déterminants de l'utilisation des services de PFPP dans la ZS ADD en 2017. Les biais de sélection liés à la probabilité de non-réponse ou de refus de participer à l'enquête ainsi que les biais d'information liés au sujet de la sexualité après accouchement ont été minimisés grâce à la majoration de la taille de l'échantillon de 10%. Malgré un besoin élevé de contraception et des attitudes généralement positives envers la PF, la ZS ADD a enregistré en 2017, un taux d'utilisation des services de PF inférieur à celui de la plupart des études retrouvées dans la littérature. Cela reflète la faible utilisation des services de PF en population générale dans la ZS ADD par rapport à la moyenne nationale. Siléo et al. en Ouganda en 2015 ont trouvé un taux d'utilisation des services de PFPP de 25% (Sileo et al., 2015), contre 48,40% enregistré à Gondar au nord-ouest de l'Ethiopie (Abera et al., 2015).

Dans notre étude, le préservatif reste la méthode de contraception la plus utilisée (40,69%), suivi des pilules (27,11%) à l'instar des études antérieures (Brito et al., 2009 ; Pasha et al., 2015). Il est donc important que des séances d'information puissent se faire à l'endroit aussi bien des femmes que des hommes afin que les règles qui entourent le port et l'utilisation des préservatifs soient respectées.

Les besoins non satisfaits dans notre étude étaient élevés 67,92%. Plus de 2/3 des enquêtées ne souhaitaient pas avoir une nouvelle grossesse dans les deux ans à venir ou n'en voudraient plus du tout, mais n'utilisaient aucune méthode contraceptive. Avec ce pourcentage de besoins non satisfaits, le risque de grossesse non désirée est très élevé avec toutes ses conséquences. Ce résultat est similaire à ceux de la littérature (Sileo et al., 2015 ; Abera et al., 2015 ; Rutaremwa et al., 2015).

La présente étude a établi un lien entre l'ethnie et l'utilisation des services de PFPP. Les femmes d'ethnie yoruba et apparentés utilisaient plus les services de PFPP par rapport aux femmes d'ethnie Adja et Mina. La population Yoruba est très minoritaire dans la zone et son influence sur l'utilisation des services de PFPP pourrait s'expliquer par le fait qu'elle provienne d'autres régions avec des cultures

totallement différentes de celles des Adja. Cette situation a été aussi retrouvée par Chaovitsaree et al. en 2011 à Chiang Mai, en Thaïlande où ils retrouvaient que les femmes d'ethnie minoritaires étaient susceptibles d'utiliser la PFPP que les femmes Thai qui étaient majoritaires (Chaovitsaree et al., 2012). Tout comme Hounton et al. (2015), dans l'étude en portant sur trois pays d'Afrique : Ethiopie, Malawi, et Nigéria la présente étude n'a pas établi de relation entre le niveau d'instruction et l'utilisation des services de PFPP ( $p = 0,680$ ). Par contre, Siléo et al. en Ouganda en 2015 avaient conclu que les femmes du niveau d'enseignement secondaire utilisaient 2,31 fois plus les services de PFPP que celles du niveau primaire (Sileo et al., 2015). Pour Chaovitsaree et al. (2011), à Chiang Mai, en Thaïlande, c'est plutôt les femmes de niveau inférieur ou primaire qui utilisaient 1,86 fois les services de PFPP que celles de niveau secondaire et plus. Les élèves/ étudiantes utilisaient significativement 6,13 fois plus ( $p < 0,001$ ) les services de PFPP par rapport aux autres professions. Ce résultat est différent de la plupart des études réalisées sur la contraception du post partum où les auteurs n'établissaient aucun lien entre la profession et l'utilisation des services de PF (Sileo et al., 2015 ; Alkema et al., 2016 ; Eliason et al., 2013). Mais il pourrait rendre compte d'un début de prise de conscience à la suite d'un accouchement probablement issu d'une grossesse non désirée. Les femmes qui discutaient des méthodes de contraception avec leurs partenaires utilisaient significativement 8,57 fois plus ( $p=0,001$ ) les services de PFPP par rapport aux autres. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que la discussion avec le mari de la PF faciliterait la prise de la décision d'adopter une méthode de PF, comme montré en Ouganda (Sileo et al., 2015). Les interventions futures au Bénin devraient explorer des approches novatrices pour accroître la participation des hommes dans les différentes discussions organisées sur la PF, afin d'améliorer la communication entre les partenaires. Les femmes qui avaient déjà bénéficié d'une méthode contraceptive avant la dernière grossesse utilisaient significativement 14,59 fois plus ( $p < 0,001$ ) les services de PFPP par rapport aux autres. La femme ayant déjà utilisé une méthode contraceptive avant la grossesse a une certaine connaissance de la PF et surtout de la méthode qui lui va le mieux. Il lui est donc plus facile d'adopter de nouveau les services de PFPP, car elle en connaît déjà le bénéfice pour sa santé comme l'ont souligné les études antérieures (Sileo et al., 2015 ; Achyut et al., 2016). La présente étude a relevé que les femmes qui avaient déjà eu leur retour de couches après l'accouchement utilisaient significativement les services de PFPP par rapport aux autres. Cela pourrait s'expliquer par le fait que les femmes en aménorrhée sous-estiment le risque de grossesse en supposant que l'aménorrhée pourrait garantir une protection contre la grossesse quel que soit le moment de la période post-partum. À cet égard, plus de la moitié (63,04 %) des participantes ont mentionné n'avoir pas encore eu de retour de couches. Des recherches semblables ont été rapportées dans l'étude menée en Ouganda où Siléo et al. (2015), retrouvaient que les femmes ayant eu un retour de couches présentaient 8 fois plus de chances d'utiliser des méthodes contraceptives que celles qui n'en ont pas encore eu. Dans l'étude de Dulli et al. (2016) au Rwanda 50,30% des femmes attendaient les menstrues avant d'utiliser les services de PFPP (Dulli et al., 2016). Des efforts supplémentaires sont nécessaires pour que les femmes comprennent que la survenue d'une grossesse est possible en période post-partum, même avant le retour de couches. Dans la présente étude, il n'y a pas eu de lien entre l'information donnée aux femmes sur la PF pendant la grossesse et l'utilisation des services de PFPP. Ceci s'explique par la contradiction que nous avons notée dans les réponses données d'une part par les enquêtées et d'autre part par les agents de santé de la ZS. En effet, bien que 65,23% des participantes aient affirmé avoir reçu des informations sur la PF, les agents de santé de la ZS de leur côté avaient reconnu ne pas très souvent donner l'information sur la PF aux femmes enceintes. Ayiasi et al. en Ouganda n'avaient pas aussi retrouvé une influence des informations données aux femmes au cours

des CPN sur l'utilisation des services de PF (Ayiasi et al., 2015). Mais Tawfik et al. (2014), avait noté un accroissement du taux d'utilisation des services de PF de 36% à 55% de janvier à novembre 2012 après que des informations sur la PF aient été données aux femmes en période post-partum. Il en est de même dans l'étude de Achyut et al. en Inde en 2012 qui avaient montré que les femmes qui avaient reçu des informations de PF au cours des CPN au troisième trimestre de grossesse étaient 1,85 fois plus susceptibles d'utiliser un contraceptif moderne pendant la période post-partum que celles qui n'en recevaient pas (Achyut et al., 2016).

Notre étude n'a pas trouvé de lien entre le niveau socio-économique et l'utilisation des services de PFPP contrairement aux résultats de l'étude de Hounton et al. (2015), dans les trois pays d'Afrique suscités qui avaient retrouvé une association significative entre le quintile de richesse dans ces pays et l'utilisation des services de PF. Rutaremwa et al. en Ouganda avaient montré que les femmes des quintiles de richesse supérieure étaient beaucoup plus susceptibles d'utiliser les services de PFPP par rapport à celles des quintiles de richesse plus faibles. Ces résultats indiquaient une relation directe entre le statut de richesse des femmes et l'utilisation du PFPF. Les femmes des ménages plus riches étaient plus susceptibles d'utiliser les services de PFPP par rapport à celles des ménages plus pauvres (Rutaremwa et al., 2015).

Malgré les dispositions prises dans le cadre de la présente étude, il importe de mentionner certaines limites à prendre en compte. Il s'agit du caractère déclaratif de l'enquête, En effet le post partum est caractérisé par des troubles notamment physiques, sociaux et psychologiques pour les paturantes et leurs ménages et qui sont suceptibles d'affecter négativement la qualité des données collectées. Notons également la nature transversale de l'étude qui ne permet pas de mettre en évidence le lien de causalité. Enfin, certaines variables notamment celles liées à l'offre des services PFPP n'ont pas été prise en compte.

## 5. Conclusion

L'utilisation des services de PFPP dans la zone sanitaire Apahoué-Dogbo-Djakotomey était faible, 15,83%. La présente étude a montré un besoin élevé et non satisfait de PFPP (67,92%) et donc un risque élevé de grossesse non désirée. Les raisons de la non utilisation des services de PFPP étaient pour la plupart dues à un défaut ou un manque d'information ou de communication. Les facteurs tels que la profession, l'ethnie, l'utilisation antérieure de PF, la discussion de PF au sein du couple, le retour de couches influençaient l'utilisation des services de PFPP. Des interventions futures doivent mettre l'accent sur l'information et la communication pour un changement de comportement. Il s'agit de sensibiliser la population en particulier les femmes et les conjoints sur la PFPP, de mettre en place des activités de PFPP à base communautaire et de renforcer les compétences des agents de santé en matière communication sur la PFPP dans la zone sanitaire ADD.

## Déclaration d'éventuels conflits d'intérêts

Les auteurs déclarent sur l'honneur que la soumission et la publication de ce manuscrit ne présente aucun conflit d'intérêts. Ils attestent que ce travail a été réalisé sans recevoir aucune aide financière directement ou indirectement d'une tierce partie, et a été soutenu entièrement par des fonds propres des auteurs.

## Références

- Abera Y, Mengesha ZB, Tessema GA (2015). Postpartum contraceptive use in Gondar town, Northwest Ethiopia: a community based cross-sectional study. *BMC Womens Health*. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4344775/>.
- Achyut P, Mishra A, Montana L, Sengupta R, Calhoun LM, Nanda P (2016). Integration of family planning with maternal health services: an opportunity to increase postpartum modern contraceptive use in urban Uttar Pradesh, India. *J Fam Plann Reprod Health Care*. 42(2):107-15.
- Alkema L, Chou D, Hogan D, Zhang S, Moller A-B, Gemmill A, et al. Global, (2016). Regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: a systematic analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group. *The Lancet*, 387(10017), 462-74.
- Ayiasi RM, Muhumuza C, Bukenya J, Orach CG (2015). The effect of prenatal counselling on postpartum family planning use among early postpartum women in Masindi and Kiryandongo districts, Uganda. *Pan Afr Med J*. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4546801/>.
- Brito MB, Ferriani RA, Quintana SM, Yazlle MEHD, Silva de Sá MF, Vieira CS (2009). Safety of the etonogestrel-releasing implant during the immediate postpartum period: a pilot study. *Contraception*. 80(6):519-26.
- Bwazi C, Maluwa A, Chimwaza A, Pindani M (2014). Utilization of Postpartum Family Planning Services between Six and Twelve Months of Delivery at Ntchisi District Hospital, Malawi. *Health (N Y)*. 06(14):1724-37.
- Chaovisitsaree S, Noi-um S, Kietpeerakool C (2012). Review of postpartum contraceptive practices at Chiang Mai University Hospital: implications for improving quality of service. *Med Princ Pract Int J Kuwait Univ Health Sci Cent*. 21(2):145-9.
- Dulli LS, Eichleay M, Rademacher K, Sortijas S, Nsengiyumva T (2016). Meeting Postpartum Women's Family Planning Needs Through Integrated Family Planning and Immunization Services: Results of a Cluster-Randomized Controlled Trial in Rwanda. *Glob Health Sci Pract*. mars 4(1):73-86.
- Eliason S, Baiden F, Quansah-Asare G, Graham-Hayfron Y, Bonsu D, Phillips J, et al (2013). Factors influencing the intention of women in rural Ghana to adopt postpartum family planning. *Reprod Health*. 10:34.
- Hounton S, Winfrey W, Barros AJD, Askew I. Patterns and trends of postpartum family planning in Ethiopia, Malawi, and Nigeria: evidence of missed opportunities for integration. *Glob Health Action*. 2015;8:29738.
- Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique et ICF (2012). Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples du Bénin EDS-MICS-IV 2011-2012. Cotonou, INSAE.
- OMS (2014). Stratégies de programmation pour la planification familiale du post-partum. [www.who.int/reproductivehealth/publications/family\\_planning/ppfp\\_strategies/fr/](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/ppfp_strategies/fr/). Consulté le 20 mai 2017
- OMS (2017). Planification familiale / Contraception. <http://who.int/mediacentre/factsheets/fs351/fr/>. Consulté le cité 12/07/2017
- Pasha O, Goudar SS, Patel A, Garces A, Esamai F, Chomba E, et al. (2015). Postpartum contraceptive use and unmet need for family planning in five low-income countries. *Reprod Health*. 12 Suppl 2:S11.
- Ross JA, Winfrey WL (2001). Contraceptive use, intention to use and unmet need during the extended postpartum period. *Int Fam Plan Perspect*, 20-27.

Rutaremwaga G, Kabagenyi A, Wandera SO, Jhamba T, Akiror E, Nviiri HL (2015). Predictors of modern contraceptive use during the postpartum period among women in Uganda: a population-based cross sectional study. BMC Public Health. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4372233/>.

Sileo KM, Wanyenze RK, Lule H, Kiene SM (2015). Determinants of family planning service uptake and use of contraceptives among postpartum women in rural Uganda. Int J Public Health. 60(8):987-97.

Tawfik Y, Rahimzai M, Ahmadzai M, Clark PA, Kamgang E (2014). Integrating family planning into postpartum care through modern quality improvement: experience from Afghanistan. Glob Health Sci Pract. 2(2):226-33.

USAID (2016). Déclaration pour l'action collective pour la planification familiale du postpartum. [www.pdf.usaid.gov/pdf\\_docs/PA00HSPJ.pdf](http://www.pdf.usaid.gov/pdf_docs/PA00HSPJ.pdf). Consulté le cité 12/05/2017

Weinstock D (2018). Les déterminants sociaux de la santé : Un défi pour l'éthique de la décision dans le domaine des politiques de santé. Éthique publique, vol. 20, n° 2. <https://doi.org/10.4000/ethiquepublique.4173>

© 2021, SAIZONOU, 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 (3) N 1

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

Reçu, 15 Mai 2021

Accepté, 27 Juin 2021

Publié, 29 Juin 2021

<http://revue-rasp.org>

---

*Type d'article : Recherche*

## **Effet des conditions de vie sur le mariage des adolescentes en Afrique de l'Ouest : une méta-analyse des données individuelles des Enquêtes Démographiques et de Santé**

Pacôme ACOTCHEOU<sup>1,2\*</sup>, Jacques SAIZONOU<sup>1,2</sup>, Alphonse AFFO<sup>2,3</sup>, Virginie MONGBO<sup>1</sup>, Justin DANSOU<sup>2,4</sup>

<sup>1</sup>Institut Régional de Santé Publique Comlan Alfred Quenum (IRS/CAQ), Université d'Abomey-Calavi (UAC), Bénin

<sup>2</sup>Groupe de Recherche en Population Santé et Développement (GRPSD), Université d'Abomey-Calavi, Bénin.

<sup>3</sup>Centre de Formation et de Recherche en matière de Population (CEFORP), Université d'Abomey-Calavi (UAC), Bénin

<sup>4</sup>Ecole Nationale de Statistique, de Planification et de Démographie (ENSPD), Université de Parakou, Bénin.

\*Auteur correspondant : 04 BP 109 Cotonou, Tél (229) 97329736, Email [pacomeacotcheou@yahoo.fr](mailto:pacomeacotcheou@yahoo.fr)

## Résumé

Au terme de plusieurs législations en Afrique, le mariage précoce est une violation des droits de santé sexuelle et reproductive des enfants touchés, mais il persiste dans certains pays. La présente étude vise à analyser l'effet des conditions de vie sur le mariage des adolescentes en Afrique de l'Ouest. Quarante-deux (42) Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS) réalisées dans 13 pays en Afrique de l'Ouest de 1995 à 2019 ont été utilisées. L'étude porte sur les adolescentes de 15 à 19 ans. La taille de l'échantillon est de 107 762 individus. La méta analyse de régression est réalisée. L'hétérogénéité et le biais de publication ont été évalués à l'aide de la statistique  $I^2$  et du test d' Egger. Le graphique en forêt a été utilisé pour présenter la prévalence et le rapport de cote (OR) regroupés avec un intervalle de confiance (IC) à 95% en utilisant le modèle à effet aléatoire. Une régression logistique binaire pas à pas a ressorti la contribution de chaque facteur à l'explication du phénomène ainsi que les mécanismes d'actions. Les résultats indiquent que la prévalence globale du mariage des adolescentes est de 28,5%. Il est fortement influencé par la proportion de la population scolarisée. Les déterminants du phénomène sont par ordre d'importance : le niveau d'instruction, l'ethnie, la religion, le milieu de résidence et le niveau de vie du ménage, avec respectivement 27,75%, 12,93%, 1,64%, 1,63% et 0,83% de la part totale du phénomène expliquée. Pour infléchir les tendances du phénomène, les interventions pourraient viser l'accélération de l'éducation universelle et le renforcement des actions de sensibilisation et de plaidoyer en faveur de l'abandon du mariage des enfants auprès des leader religieux et communautaires ainsi que l'autonomisation financière des ménages pour le recul du phénomène.

**Mots clés :** mariage, adolescente, Afrique de l'Ouest, méta-analyse, Enquête Démographique et de Santé.

## Abstract

Early marriage known as a violation of children sexual and reproductive health rights under several laws in Africa persists in some countries. This study aims to analyze the influence of living conditions on adolescent marriage in West Africa. Forty-two (42) Demographic and Health Surveys (DHS) carried out between 1995 and 2019 in 13 West African countries were used. The total sample size consisted of 107,762 adolescent girls aged 15 to 19 years. Regression meta-analysis techniques was performed. Heterogeneity and publication bias were assessed using the  $I^2$  statistic and Egger's test. The forest plot was used to present the prevalence and odds ratio (OR) with a 95% confidence interval (CI) using the random effects model. A step-by-step binary logistic regression was used to assess the contribution of each factor to the explanation of the phenomenon as well as the underlying mechanisms of action. The results indicate that the overall prevalence of adolescent marriage is 28.5%. It is strongly influenced by the proportion of the illiterate population. The determinants of the phenomenon were in order of importance: the level of education, ethnicity, religion, place of residence and household wealth index, with respectively 27.75%, 12.93%, 1.64%, 1.63% and 0.83% of the total share of the phenomenon explained. Interventions could target the acceleration of universal education and the strengthening of awareness-raising and advocacy actions toward religious and community leaders as well as the financial empowerment of households for the decline of the phenomenon.

**Keywords:** marriage, adolescent girl, West Africa, meta-analysis, Demographic and Health Survey.

## 1. Introduction

Les mariages dits précoces sont généralement des mariages contractés pendant la minorité des adolescents. Ils sont considérés au regard de la Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant UN (1990), comme une violation des droits essentiels des enfants. La prévention des mariages forcés et précoces est un pilier important des Droits de santé sexuelle et de la reproduction (DSSR) chez les adolescents. Les mariages forcés et précoces persistent en Afrique en dépit des législations qui les interdisent (OFPRA, 2017). En matière des DSSR chez les adolescents, le mariage des enfants est classé dans la catégorie des pratiques traditionnelles préjudiciables (OMS, 2019). En Afrique, le phénomène se manifeste à travers un processus non inclusif en trois étapes : initiation, négociation et prise de décision finale dont les pères détiennent le monopole et sont considérés comme les acteurs finaux les plus importants (McDougal et al., 2018). Ce phénomène a des racines culturelles très profondes et sert par endroits à consolider les relations entre les familles, régler des différends ou conclure un marché sur des terres et des biens (Union africaine, 2015).

Outre les croyances traditionnelles et les coutumes qui accordent une place inférieure à la fille dans la société, les mauvaises conditions de vie peuvent également pousser certains parents à enrôler prématurément leurs filles dans une alliance matrimoniale (Petroni et al., 2017). Ainsi, au sein de certaines familles à faibles revenus, les filles sont considérées comme des charges et leur mariage devient par conséquent un soulagement et un moyen de survie (Nour, 2009). Dans ces conditions, la compensation matrimoniale de la fiancée constitue une incitation financière pour laquelle les familles envisagent le mariage précoce. Il convient de noter également que la perte d'un parent peut constituer un facteur de stress susceptible de soutenir le mariage précoce (Strinic, 2013 ; McDougal et al., 2018). Ce caractère transactionnel du mariage de certaines adolescentes a été mis en évidence par certains travaux qui révèlent que le mariage des enfants, en plus de violer leurs droits compromet les efforts pour améliorer les indicateurs de santé sexuelle et de la reproduction et pour promouvoir l'éducation et réduire la pauvreté (Greene et al., 2015 ; Tchiari et al., 2017). D'après les projections de la Banque mondiale World Bank et ICRW (2018), le mariage précoce coûtera des milliers de milliards de dollars aux pays en développement d'ici à 2030. Or, si l'on y mettait fin alors, il s'en suivrait une incidence positive sur le niveau de scolarité des enfants, en particulier des filles. Cette situation permettrait aux femmes d'avoir moins d'enfants et leurs revenus augmenteraient ce qui améliorerait le bien-être des ménages. Dans certains pays, comme le Mali et le Niger, le mariage précoce est perçu par les défenseurs comme une alternative aux grossesses hors mariage. Sur un autre plan, il pourrait aussi être une des conséquences de la défaillance de l'école qui n'est plus perçu par certains parents comme un ascenseur social (WILDAF-AO, 2019).

De tout ce qui précède, il se pose la question de savoir quel est l'effet des conditions de vie sur le mariage des adolescentes en Afrique de l'Ouest ? Au regard de la persistance des mariages précoces dans certains pays d'Afrique de l'Ouest et les facteurs associés, la question se pose de savoir quel est l'effet des conditions de vie sur ces mariages. La présente étude vise à analyser l'effet des conditions de vie sur le mariage des adolescentes en Afrique de l'ouest. Elle s'inscrit dans le cadre global du

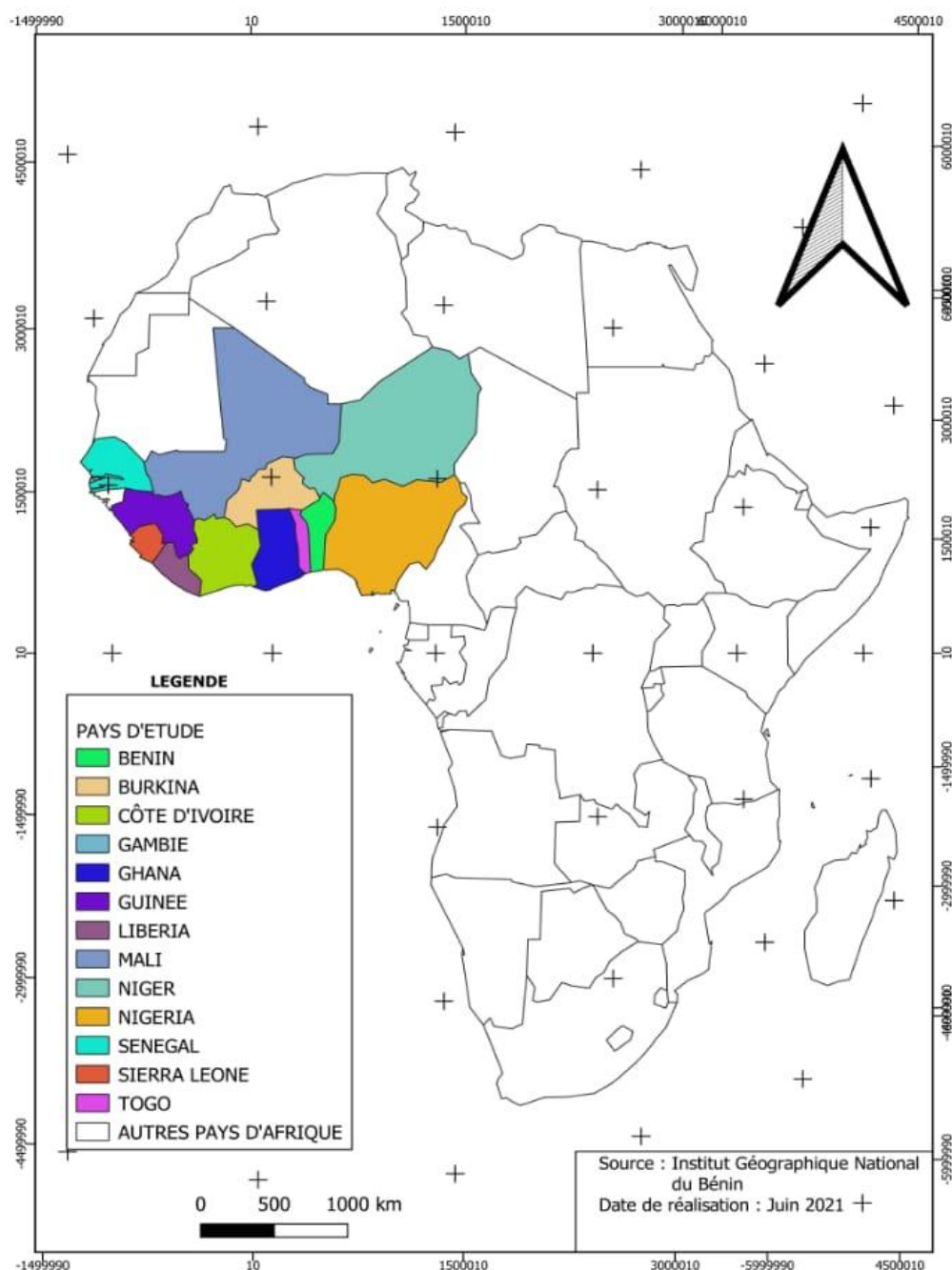
---

culturalisme qui stipule que le faible respect en Afrique des règles formelles serait dû au poids des pratiques informelles, d'origines sociale et culturelle, qui s'inviteraient dans le dispositif étatique sous la pression « communautaire », les coutumes locales, les valeurs traditionnelles, les représentations magico-religieuses (Olivier de Sardan, 2013).

## **2. Données et méthodes**

### **2.1 Situation géographique des pays de l'Afrique de l'Ouest inclus dans l'étude**

La figure 1 présente la situation géographique des pays de l'Afrique de l'Ouest concernés par l'étude. Il s'agit des Etats membres de la Communauté Economique Des Etats d'Afrique de l'Ouest (CEDEAO), un groupement régional de quinze (15) pays. En dehors du Cap Vert, et de la Guinée Bissau, les treize (13) pays retenus sont ceux qui ont réalisé au moins une enquête démographique et de santé et dont les données sont disponibles pour la période d'étude.



**Figure 1.** Situation géographique des pays de l’Afrique de l’Ouest choisis pour l’étude.

Source : Institut Géographique Nationale du Bénin, juin 2021

D’après le rapport de l’ONU (2019), sur les perspectives démographiques mondiales, la population en Afrique de l’Ouest (391 millions d’habitants en 2019) devrait doubler d’ici 2050. Cette évolution s’explique par le maintien d’un taux de fécondité élevé (5,2 enfants par femme en moyenne ces 5 dernières années). Conjugué aux carences actuelles en termes d’accès à la santé et à l’éducation, l’accroissement démographique représente un enjeu majeur pour le développement économique et durable des pays de la région. Cette situation est favorisée par le mariage des enfants qui est l’un des

défis majeurs. On y retrouve les pays qui ont les plus forts taux de prévalences du mariage des enfants dans le monde (Niger 76%, Burkina 52%, Mali 52%, Guinée 51%, Nigéria 43%) (UNFPA et UNICEF, 2018). La région ouest africaine a d'important défi à relever en matière de lutte contre le mariage d'enfants, de santé, d'éducation et d'emploi afin de bénéficier du « dividende démographique ».

## 2.2 Source et méthode de collecte des données

Contrairement à la méthodologie PRISMA<sup>1</sup> couramment utilisée pour mobiliser les données entrant dans une méta-analyse, la présente étude a accédé au site web de Macro International<sup>2</sup> où sont stockées l'ensemble des données d'Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS) réalisées à travers le monde. La procédure de collecte des données a suivi six (06) étapes successives que sont :

- inscription sur le site web de MACRO ICF ;
- consultation de la liste des pays impliqués dans le programme des EDS ;
- identification des pays pour lesquels les données sont disponibles ;
- introduction de la demande d'accès aux données ;
- obtention de l'autorisation et le code d'accès aux données ;
- téléchargement des bases de données.

Ainsi, nous avons eu accès aux données individuelles de quarante-deux (42) EDS de treize (13) pays (Bénin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Gambie, Ghana, Guinée, Libéria, Mali, Niger, Nigéria, Sénégal, Sierra Leone et Togo) d'Afrique de l'Ouest. Ces données téléchargées sur le site de Macro-International le 21 février 2021 sont collectées de 1995 à 2019. Le recours à ces données se justifie par leur comparabilité. En effet, le plan d'échantillonnage utilisé dans le temps et dans les différents pays est l'échantillonnage aréolaire stratifié à deux degrés. De même, un modèle d'outils standardisés est utilisé pour collecter les données. Après la collecte, les études retenues ont été codifiées en fonction du pays et de l'année de réalisation avant de passer au traitement des données à l'aide du logiciel STATA. Il a été question de l'harmonisation des différentes variables, la sélection de la cible (adolescentes âgées de 15 à 19 ans) et la fusion des différentes bases de données pour obtenir le fichier d'analyse global de l'étude. Elle porte alors sur un échantillon de 107 762 adolescentes de 15-19 ans. Le tableau 1 présente la synthèse des études incluses dans la méta-analyse.

<sup>1</sup> PRISMA est un ensemble minimal d'éléments fondés sur des preuves pour les rapports dans les revues systématiques et les méta-analyses. <http://www.prisma-statement.org/>

<sup>2</sup> Le programme des enquêtes démographiques et de santé a été établi par l'United States Agency for International Development, Center for Population, Health and Nutrition ; la réalisation des enquêtes est assurée par les instances compétentes des différents pays, en collaboration avec Macro international, organisme privé américain d'enquête et de conseil, mandataire du projet. <https://dhsprogram.com/data/>

**Tableau 1. Synthèse des études incluses dans la méta-analyse.**

N°	Titre de l'étude	Taille de l'échantillon	Effectif des pauvres mariées	Effectif des pauvres non mariées	Effectif des riches mariées	Effectif des riches non mariées	Proportion d'adolescentes mariées	Proportion d'adolescentes scolarisées
1	BENIN 1996	1002	227	309	79	387	30,54	38
2	BENIN 2001	1223	236	418	60	509	24,20	50
3	BENIN 2006	3036	540	1016	149	1331	22,69	61
4	BENIN 2011	2922	344	1269	102	1207	15,26	70
5	BENIN 2017	3335	479	1348	155	1353	19,01	71
6	BURKINA FASO 1998	1474	295	480	176	523	31,95	29
7	BURKINA FASO 2003	2777	568	925	260	1024	29,82	35
8	BURKINA FASO 2010	3349	636	987	363	1363	29,83	47
9	GAMBIE 2013	2463	508	1073	121	761	25,54	74
10	COTE D'IVOIRE 1998	804	106	208	65	425	21,27	56
11	COTE D'IVOIRE 2005	2192	224	1073	74	821	13,59	60
12	COTE D'IVOIRE 2011	1997	307	680	121	889	21,43	59
13	GHANA 1998	889	118	419	32	320	16,87	81
14	GHANA 2003	1113	135	468	32	478	15,00	85
15	GHANA 2008	1037	90	545	18	384	10,41	92
16	GHANA 2013	1756	113	1127	20	496	7,57	95
17	GUINEE 1999	1339	388	264	223	464	45,63	33
18	GUINEE 2005	1632	411	442	201	578	37,50	46
19	GUINEE 2012	1994	458	564	229	743	34,45	57
20	GUINEE 2018	2561	473	829	264	995	28,78	52
21	LIBERIA 2007	1340	189	457	65	629	18,96	85
22	LIBERIA 2013	1915	321	979	58	557	19,79	91
23	MALI 1995	1920	593	392	346	589	48,91	26
24	MALI 2001	2542	802	534	449	757	49,21	27
25	MALI 2006	3098	858	733	751	756	51,94	39
26	MALI 2012	1918	480	378	354	706	43,48	47
27	MALI 2018	2209	564	561	372	712	42,37	52
28	NIGER 1998	1782	604	262	385	531	55,50	28
29	NIGER 2006	1835	492	274	399	670	48,56	37
30	NIGER 2012	1901	599	211	444	647	54,87	45
31	NIGERIA 2003	1749	371	618	138	622	29,10	74
32	NIGERIA 2008	6590	1770	2319	283	2218	31,15	73
33	NIGERIA 2013	7905	1792	2748	299	3066	26,45	76
34	NIGERIA 2018	8423	1624	3589	242	2968	22,15	75
35	SENEGAL 2005	3658	970	1326	221	1141	32,56	52
36	SENEGAL 2010	3604	854	1659	178	913	28,63	60
37	SENEGAL 2016	4214	1051	2039	152	972	28,55	67
38	SIERRA LEONE 2008	1263	244	298	107	614	27,79	69
39	SIERRA LEONE 2013	4051	517	1360	244	1930	18,79	81
40	SIERRA LEONE 2019	3460	381	1450	128	1501	14,71	84

N°	Titre de l'étude	Taille de l'échantillon	Effectif des pauvres mariées	Effectif des pauvres non mariées	Effectif des riches mariées	Effectif des riches non mariées	Proportion d'adolescentes mariées	Proportion d'adolescentes scolarisées
41	TOGO 1998	1757	312	678	64	703	21,40	69
42	TOGO 2013	1733	199	862	51	621	14,43	86
<b>Total</b>		<b>107 762</b>	<b>22 243</b>	<b>38 171</b>	<b>8 474</b>	<b>38 874</b>	<b>28,5</b>	<b>60</b>

Source : Réalisé par les auteurs, traitement des EDS de l'Afrique de l'Ouest de 1995 à 2019

### 2.3 Variables d'étude

Dans le cadre de la présente étude, le mariage est défini comme la situation passée ou présente d'une adolescente en union conjugale avec un homme quel que soit la nature libre, traditionnelle, religieuse, légale, précoce ou forcé de cette union. Dans le questionnaire des EDS, il est posé aux adolescentes les questions suivantes : « Etes-vous actuellement mariée ou vivez-vous avec un homme comme si vous étiez mariée ? Avez-vous déjà été mariée ou avez-vous déjà vécu avec un homme comme si vous étiez mariée ? » La réponse à ces questions a permis de classer les adolescentes en deux catégories : « adolescentes jamais en union » et « adolescentes ayant été en union ». La variable dépendante est donc basée sur le statut matrimonial et a deux (02) modalités. Elle prend le code "1" lorsque l'adolescente a déjà été en union et "0" si non. Les conditions de vie quant à elles sont représentées par le niveau de vie, un indicateur composite qui résume les conditions dans lesquelles vit l'enquêtée dans son ménage. Il convient de souligner que le niveau de vie du ménage n'est pas directement collecté lors des enquêtes, il est construit sur la base d'informations indirectes relatives au logement (matériau du sol, matériau du toit, source d'approvisionnement en eau et électricité ...) et la possession des biens matériels (téléphone, télévision, vélo, voiture, frigo...). Ces informations étant disponibles dans les bases des EDS, nous avons construit un indicateur de niveau de vie en utilisant la méthode de l'Analyse en Composante Principale (ACP). L'indicateur de niveau de vie ainsi construit mesure une pauvreté relative dont les catégories de niveau de vie dépendent de la distribution de ce dernier dans l'ensemble de la population. Cet indicateur a été utilisé dans cette étude, mais catégorisé en deux modalités : "Riche" et "Pauvre". Dans l'ensemble, les variables indépendantes sont :

- le groupe ethnique ;
- la religion (Islam, Chrétien et Traditionnel) ;
- le milieu de résidence (Urbain et Rural) ;
- le niveau d'instruction (Aucun, Primaire, et Secondaire ou plus) ;
- le niveau de vie du ménage (Pauvre et Riche) ;
- la langue officielle du pays (Anglais et Français) ;
- la situation géographique (Côtier et Sahélien) ;
- la période de l'étude (Période avant OMD, Période OMD et Période ODD) ;
- le pays.

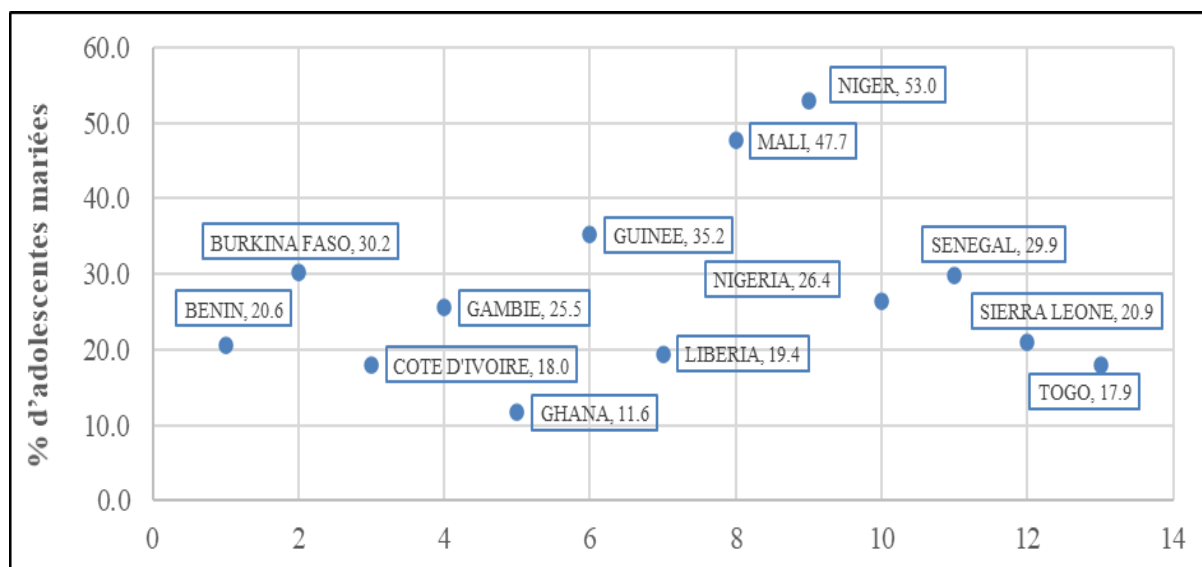
## 2.4 Méthodes d'analyse

Compte tenu de l'objectif poursuivi, l'étude est à la fois descriptive et explicative. Concernant l'aspect descriptif, les rapports des EDS des pays retenus établissent la prévalence et la variation du mariage des adolescents. Le graphique en forêt est utilisé pour mettre en évidence l'effet global du niveau de vie sur le phénomène à l'étude ainsi que l'estimation de la taille de l'effet et son intervalle de confiance pour chaque étude. A cet effet l'Odd Ratio (OR) est l'indicateur retenu pour mesurer la taille de l'effet. Des analyses de sous-groupes ont également été réalisées par différentes caractéristiques telles que le pays, la situation géographique, la période d'étude et la langue officielle du pays. L'hétérogénéité et le biais de publication ont été appréhendés à travers la statistique  $I^2$  et le test d' Egger. L'analyse explicative est faite en deux volets : une méta-analyse de régression et une régression logistique. La méta-analyse de régression a été utilisée pour mettre en exergue l'effet du niveau de vie sur le mariage des adolescentes et sa modération par le niveau d'instruction. A partir du graphique en forêt, le test d'hétérogénéité a été réalisé et le modèle de méta-régression prenant en compte le modérateur a permis de dégager la part de l'hétérogénéité attribuable à l'instruction. Pour identifier les déterminants du mariage des adolescentes en Afrique de l'Ouest, nous avons opté pour le modèle de régression logistique binaire, un modèle pas à pas qui a permis de ressortir la contribution de chaque facteur dans l'explication du phénomène ainsi que les mécanismes d'actions. Le logiciel STATA 16 a été utilisé et les différents facteurs associés au mariage des adolescentes ont été présentés en utilisant les Odd Ratios (OR) avec un intervalle de confiance (IC) de 95%.

## 3. Principaux résultats

### 3.1 Description du mariage des adolescentes en Afrique de l'Ouest

L'analyse du tableau 1 révèle que la prévalence moyenne du mariage des adolescentes est de 28,5%. La plus faible valeur a été obtenue au Ghana en 2013 (7,57%), tandis que le Niger a enregistré le niveau le plus élevé (55,5%) en 1998. En envisageant une analyse temporelle, il est observé que la prévalence du mariage des enfants a baissé dans certains pays passant par exemple de 16,87% en 1998 à 7,57 en 2013 au Ghana ; de 45,63 en 1999 à 28,78% en 2018 en Guinée. La même tendance a été observée au Bénin, au Nigéria, en Sierra Leone et au Togo. Par contre dans d'autres pays (Burkina, Côte d'Ivoire, Libéria, Mali, Niger et Sénégal), on assiste à une stagnation du niveau du phénomène. La figure 2 illustre la prévalence combinée du mariage des adolescentes dans treize pays d'Afrique de l'Ouest. Il ressort que le niveau du mariage des adolescentes varie d'un minimum de 11,6% au Ghana à un maximum de 53% au Niger en passant par 17,9% au Togo, 18% en Côte d'Ivoire, 19,4% au Libéria, 20,6% au Bénin, 20,9% en Sierra Léone, 25,5% en Gambie, 26,4% au Nigéria, 29,9% au Sénégal, 30,2% au Burkina, 35,2% en Guinée et 47,7% au Mali.



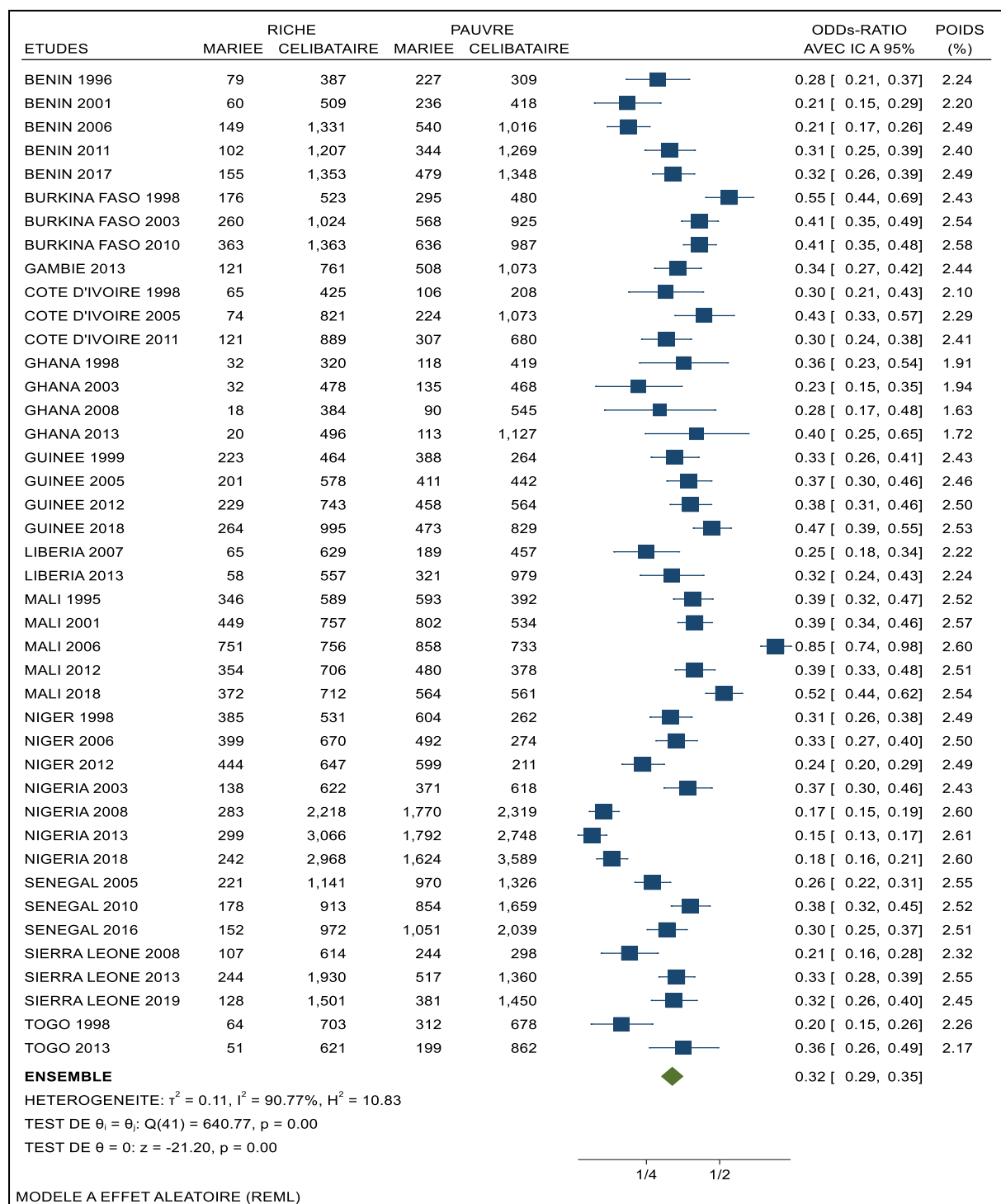
**Figure 2. Répartition de la prévalence combinée du mariage des adolescentes par pays.**

Source : Réalisée par les auteurs, traitement des EDS de l'Afrique de l'Ouest de 1995 à 2019

On remarque par ailleurs que les pays côtiers notamment ceux du Golfe de Guinée ont une prévalence relativement faible (Ghana 11,6%, Togo 17,9%, Côte d'Ivoire 18%, Bénin 20,6%, Nigéria 26,4% ; inférieures à la moyenne de la zone d'étude) comparés aux pays sahéliens (Sénégal : 29,9% ; Burkina Faso : 30,2% ; Mali : 47,7% et Niger : 53%) qui enregistrent des niveaux supérieurs à la moyenne de la sous-région.

### 3.2 Effet du niveau de vie sur le mariage des adolescentes en Afrique de l'Ouest

Les figures 3 et 4 présentent respectivement le graphique en forêt du modèle à effet aléatoire du niveau de vie sur le mariage des adolescentes et le résultat du test d'egger pour la recherche d'éventuel biais de publication. Le modèle est significatif au seuil de 1% ( $p = 0,00$ ) et la statistique  $I^2$  est de 90,77%, ce qui suggère une hétérogénéité forte, en utilisant la catégorisation de Higgins et al., (2003). De même, le test de Egger signale l'absence de biais de publication ( $\text{Prob} > |Z| = 0,5832$ ). Ainsi, il ressort de la figure 4 qu'il n'existe pas de biais liés à la présence d'études portant sur des échantillons de petite taille dans le cadre de la présente méta-analyse. L'Odd-Ratio global est de 0,32 IC [0,29 ; 0,35], ce qui traduit qu'une adolescente vivant dans un ménage riche court 0,32 fois moins de risque d'avoir connu une union matrimoniale, comparativement à son homologue vivant dans un ménage pauvre. La même tendance est observée quels que soient le pays et l'année d'étude. Le risque est plus élevé au Mali en 2006, 0,85 IC [0,74 ; 0,98] alors que la plus faible valeur est enregistrée au Nigéria en 2013 avec 0,15 IC [0,13 ; 0,17].



**Figure 3. Graphique en forêt de l'effet du niveau de vie sur le mariage des adolescentes.**

Source : Réalisée par les auteurs, traitement des EDS de l'Afrique de l'Ouest de 1995 à 2019

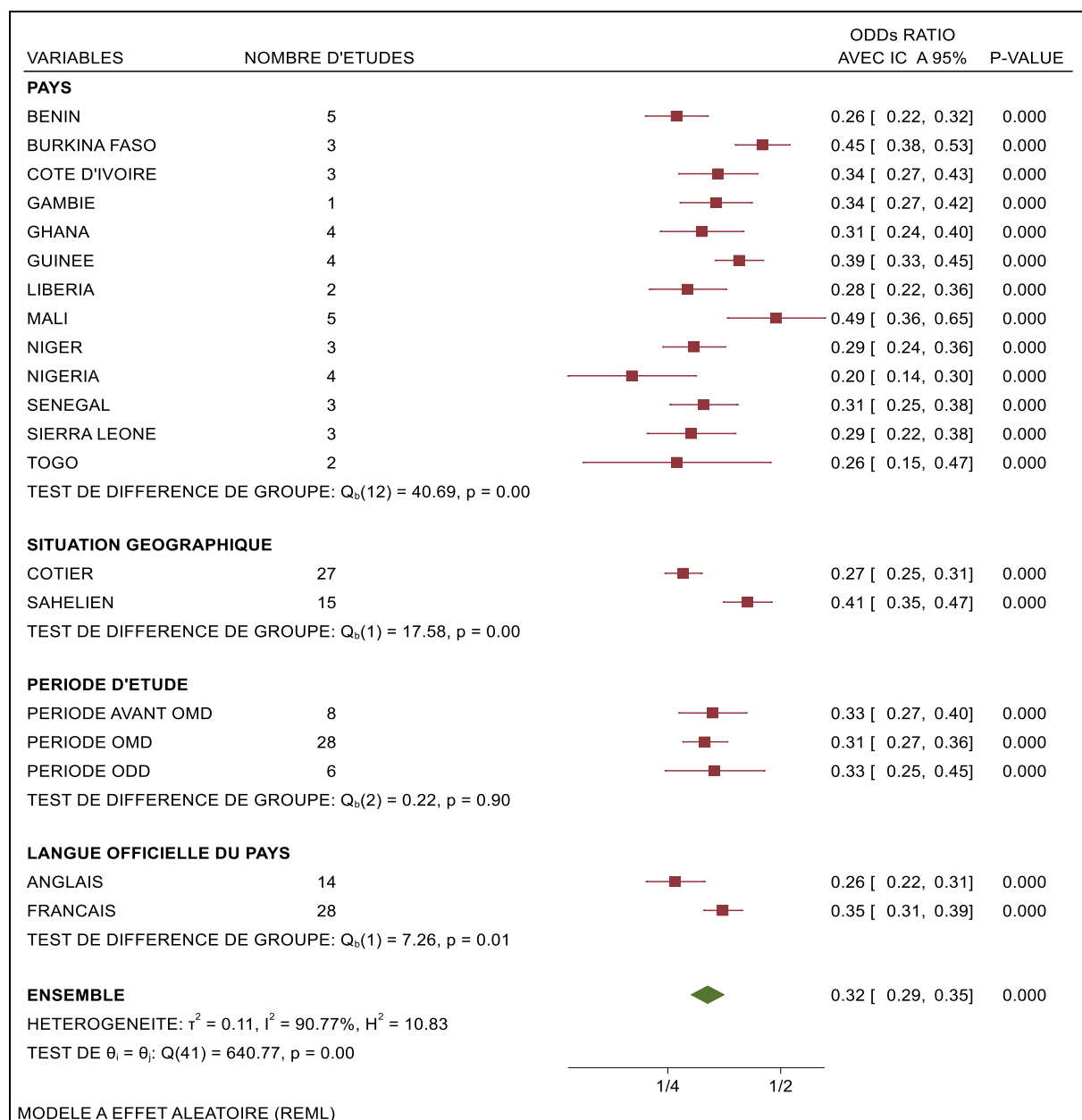
H0: $\beta_1 = 0$ ; no small-study effects	
beta1 =	-0.70
SE of beta1 =	1.273
z =	-0.55
Prob >  z  =	0.5832

**Figure 4. Résultats du test de Egger pour l'identification de biais de publication.**

---

Source : Réalisée par les auteurs, traitement des EDS de l'Afrique de l'Ouest de 1995 à 2019

La figure 5 présente l'analyse de sous-groupe de l'effet du niveau de vie sur le mariage des adolescentes en Afrique de l'Ouest. Quel que soit le sous-groupe considéré, l'Odd-Ratio est inférieur à 1 et la valeur p-value est de 0,000, ce qui signifie qu'une adolescente issue d'un ménage riche court moins de risque qu'une pauvre d'être mariée. La tendance globale observée se maintient à l'intérieur des sous-groupes et les valeurs extrêmes de l'effet sont obtenues au Nigéria (0,20 ; IC [0,14 ; 0,30]) et au Mali (0,49 ; IC [0,36 ; 0,65]) pour le pays ; côtier (0,27 ; IC [0,25 ; 0,31]) et sahélien (0,41 ; IC [0,35 ; 0,47]) pour la situation géographique ; période OMD (0,31 ; IC [0,27 ; 0,36]) et période ODD (0,33 ; IC [0,25 ; 0,45]) pour la période d'étude ; anglais (0,26 ; IC [0,22 ; 0,31]) et français (0,35 ; IC [0,31 ; 0,39]) pour la langue officielle du pays. Lorsqu'on s'intéresse aux variations inter-groupes, il est enregistré des différences significatives entre les pays, la situation géographique et la langue officielle avec respectivement ( $p = 0,00$  ;  $0,00$  et  $0,01$ ). Cependant, aucune différence n'est observée suivant la période de l'étude ( $p = 0,90$ ). Il s'ensuit que l'effet des conditions de vie sur le mariage des adolescentes en Afrique de l'Ouest est resté constant sur la période d'étude.



**Figure 5. Analyse de sous-groupe de l'effet du niveau de vie sur le mariage des adolescentes.**

Source : Réalisé par les auteurs, traitement des EDS de l'Afrique de l'Ouest de 1995 à 2019

### 3.3 Modération de l'effet du niveau de vie sur le mariage des adolescentes par le niveau d'instruction en Afrique de l'Ouest

Dans la recherche des sources de l'hétérogénéité entre les études, la méta-analyse de régression est réalisée à l'aide de la co-variable niveau d'instruction appréhendé par le taux de scolarisation. Le tableau 2 présente les résultats de la méta-analyse de régression. Il en ressort que la statistique  $I^2$  est de 89%, ce qui suggère une hétérogénéité forte, même après avoir inclus le taux de scolarisation ( $tx\_alph$ ) comme modérateur. En d'autres termes, 89% de la variabilité des résidus est toujours attribuée à la variation inter-études, alors que seulement 9% sont attribués à la variation intra-étude.

**Tableau 2. Méta-analyse de régression du niveau d'instruction pour appréhender les sources d'hétérogénéité entre études.**

Random-effects meta-regression Method: REML		Number of obs = 42 Residual heterogeneity: tau2 = .0893 I2 (%) = 89.13 H2 = 9.20 R-squared (%) = 16.02 Wald chi2(1) = 7.15 Prob > chi2 = 0.0075				
_meta_es	Coef.	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
tx_alph	-.0069342	.0025926	-2.67	0.007	-.0120156	-.0018527
_cons	-.7302476	.1614524	-4.52	0.000	-1.046688	-.4138067
Test of residual homogeneity: Q_res = chi2(40) = 460.89 Prob > Q_res = 0.0000						

Source : Réalisé par les auteurs, traitement des EDS de l'Afrique de l'Ouest de 1995 à 2019

La statistique  $R^2$  ajustée est utilisée pour évaluer la proportion de la variance inter-études expliquée par le niveau d'instruction. Il en résulte que 16% de la variance inter-études s'explique par le taux de scolarisation. La statistique du Khi-deux est égale à 7,15 et est significative au seuil de 1%, ceci permet de s'intéresser au coefficient de régression du taux de scolarisation qui est -0,0069. Cette valeur signifie que chaque unité d'augmentation du taux de scolarisation correspond à une diminution de 0,0069 unité de l'Odd-Ratio. Le coefficient de la constante du modèle, est -0,730, ce qui signifie que l'Odd-Ratio global lorsque le taux de scolarisation est nul est  $\text{Exp}(-0,7302) = 0,4819$ , les deux coefficients du modèle étant statistiquement significatifs. Un test d'homogénéité résiduelle est présenté en bas du tableau. La statistique de test  $Q_{\text{res}}$  basé sur le test Q de Cochran est 460,89 avec une valeur p de 0,0000, ce qui suggère la présence d'hétérogénéité entre les résidus.

### 3.4 Déterminants du mariage des adolescentes en Afrique de l'Ouest

Le tableau 3 présente les résultats de la régression logistique pas à pas pour l'indentification des déterminants. Le modèle (M5) a permis de ressortir les déterminants du phénomène étudié. On remarque que toutes les variables explicatives retenues sont déterminantes dans l'explication du phénomène et par ordre d'importance, nous avons : le niveau d'instruction, l'ethnie, la religion, le milieu de résidence et le niveau de vie.

**Tableau 3. Résultats de la régression logistique binaire pas à pas.**

Variables	Odd - Ratio					Khi-deux du modèle saturé ( $\chi_{mg}$ )	Khi-deux du modèle sans la variable ( $\chi_{sv}$ )	Contribution C (%)	Rang
	M1	M2	M3	M4	M5				
<b>Ethnie</b>	<b>1,001*</b>	<b>1,001*</b>	<b>0,999*</b>	<b>0,998*</b>	<b>1,002*</b>	27 963,93	24 347,43	12,93	2
<b>Milieu de résidence</b>		*	*	*	*				
Urbain		Réf	Réf	Réf	Réf	27 963,93	27 508,22	1,63	4
Rural		3,100*	3,185*	2,103*	1,609				
<b>Religion</b>			*	*	*				
Musulman			Réf	Réf	Réf	27 963,93	27 505,44	1,64	3
Chrétien			0,238*	0,245*	0,433				
Traditionnelle / Vodoun			0,647*	0,591*	0,607				
<b>Niveau de vie du ménage</b>				*	*				
Très pauvre				Réf	Réf				
Pauvre				0,835*	0,952ns	27 963,93	27 732,23	0,83	5
Moyen				0,641*	0,839				
Riche				0,552*	0,813				
Très riche				0,372*	0,601				
<b>Niveau d'instruction</b>					*				
Aucun					Réf	27 963,93	20 204,90	27,75	1
Primaire					0,378				
Secondaire ou plus					0,144				

\* : Significatif      ns : Non significatif      Réf : Modalité de référence

Source : Réalisé par les auteurs, traitement des EDS de l'Afrique de l'Ouest de 1995 à 2019

**Niveau de vie** : Une adolescente vivant dans un ménage riche court 0,6 fois moins de risque d'être mariée comparativement à son homologue vivant dans un ménage pauvre.

**Religion** : Une adepte des religions traditionnelles court 0,6 fois moins de risque d'être en union comparativement à sa consœur musulmane. Ce risque est de 0,43 chez une chrétienne.

**Niveau d'instruction** : Une adolescente qui a fréquenté l'école primaire court 0,38 fois moins de risque d'être mariée par rapport à son homologue non instruite. Ce risque passe à 0,144 lorsque l'adolescente atteint le secondaire ou plus.

**Milieu de résidence** : Les adolescentes vivant en milieu rural courent 1,6 fois plus de risque d'être mariée comparativement à celles qui vivent en ville.

L'analyse des modèles M1 à M5 montre que tous les facteurs ont un effet direct sur le phénomène à l'étude. Cependant, la religion se présente à la fois comme une variable intermédiaire et une variable inhibitrice dans l'explication du mariage des adolescentes en Afrique de l'Ouest. En effet, après

l'introduction de la variable religion au modèle M3, le risque associé à l'ethnie a baissé alors que celui du milieu de résidence a connu une hausse. Au modèle M4, le niveau de vie agit tant que variable intermédiaire en médiatisant l'effet du milieu de résidence. L'introduction du niveau d'instruction au modèle M5, présente cette dernière comme variable intermédiaire du mariage des enfants (à travers le niveau de vie du ménage) et inhibitrice en ce qui concerne l'effet de l'ethnie. Globalement, il ressort des analyses que les conditions de vie (appréhendées par le niveau de vie du ménage) ont un double effet, l'un direct et l'autre indirect à travers le niveau d'instruction sur le mariage des adolescentes en Afrique de l'Ouest.

#### 4 Discussion des résultats

Le mariage des adolescentes est considéré comme un problème de développement et fait partie des pratiques traditionnelles préjudiciables en matière de droits de santé sexuelle et reproductive des adolescents (OMS, 2019). Les résultats indiquent que les conditions de vie ont un effet sur le mariage des adolescentes quels que soient le pays et la période d'étude. En effet, le risque de mariage est plus faible chez les adolescentes des ménages riches par rapport aux pauvres. Ces résultats sont conformes à ceux des études antérieures (Banque mondiale et ICRW 2018 ; Banque mondiale, 2009 ; UNFPA, 2012 ; Strinic, 2013 ; Union africaine, 2015 ; Tchiari et al. 2017 ; McDougal et al., 2018 ; Efevbera et al. 2019). Par contre, ils sont en décalage avec les travaux de Antoine et Béguy (2014), à Dakar (Sénégal) et à Lomé (Togo) selon lesquels les individus ajustent leurs comportements démographiques par rapport à la précarité de leurs conditions de vie.

Si les adolescentes mariées ont été interrogées dans des ménages pauvres, cette situation ne permet pas de conclure qu'elles vivaient dans des ménages pauvres avant le mariage, autrement, on pourrait être amené à penser que ce sont les riches qui se marient et s'installent dans les ménages pauvres. Mais en se référant aux travaux de Nour (2009), qui rapporte que ce sont les parents des ménages pauvres qui enrôlent leurs filles dans les unions, nous pouvons conclure que les ménages pauvres marient leurs filles à des hommes pauvres ; ce qui détériore d'avantages les conditions de vie de l'adolescente en accentuant sa pauvreté (Tchiari et al., 2017). Le phénomène du mariage des enfants pourrait être ainsi perçu comme entretenu et perpétué par la pauvreté des ménages en Afrique de l'Ouest.

La religion s'est révélée comme un inhibiteur du processus par lequel le milieu de résidence agit sur le phénomène à l'étude. D'après la Banque mondiale (2009), le milieu peut entraîner une variation significative dans les pratiques de mariage précoce au sein des familles pratiquant la même religion. Nos résultats vont dans le même sens. La même tendance est observée concernant le processus par lequel l'ethnie agit sur le phénomène. Le mariage des adolescentes par endroits confusément attribuée aux pratiques culturelles et à la religion (Myers et Harvey, 2011). Ces résultats sont conformes à ceux de la présente étude.

Rappelons également la contribution du niveau d'instruction qui s'est révélé comme le principal déterminant et variable intermédiaire proche dans l'explication du mariage d'adolescentes. Tabutin

(1988) avait fait le constat qu'il existe une corrélation positive entre le niveau d'éducation et l'âge au mariage. Il aboutit à la conclusion selon laquelle la scolarisation favorise le recul de l'âge d'entrée en union en suscitant de nouveaux comportements avant le mariage. Plus récemment, Koski et al. (2018), ont mis en exergue l'impact positif de l'élimination des frais de scolarité dans le primaire sur le mariage des enfants en Afrique subsaharienne notamment en Ethiopie, au Kenya, au Rwanda, en Ouganda en Zambie et au Ghana. L'amélioration de la qualité de l'éducation peut donc renforcer ces effets et accélérer les progrès vers de nombreux autres objectifs de santé publique (UNFPA, 2016).

Les résultats obtenus dans le cadre de la présente étude méritent d'être utilisés en tenant compte des certaines limites communes aux Enquêtes Démographiques et de Santé. Il s'agit du caractère déclaratif et comportemental de l'enquête. Certaines enquêtées pourraient donner des réponses juste pour satisfaire l'enquêteur et ne pas déclarer leur réel statut matrimonial. Aussi le caractère transversal de l'enquête ne permet pas d'apprécier le lien de causalité, notamment la situation des conditions de vie antérieure au mariage. Les interventions pourraient viser l'accélération de l'éducation universelle, et le renforcement des actions de sensibilisation, et de plaidoyer auprès des leader religieux et communautaires. Aussi, l'autonomisation financière des ménages doit être renforcée avec un accent particulier sur le milieu rural afin de favoriser le recul du phénomène.

## **5 Conclusion**

La présente étude visait à mettre en évidence l'effet du niveau de vie des ménages sur le mariage des adolescentes en Afrique de l'Ouest, d'identifier les déterminants, leurs contributions à l'explication du phénomène ainsi que les mécanismes d'actions. Les résultats indiquent que les conditions de vie influencent le mariage des adolescentes quels que soient le pays et la période d'étude. En effet, le risque de mariage est plus faible chez les adolescentes des ménages riches par rapport aux pauvres et cet effet est médiatisé par le niveau d'instruction. Les investigations futures pourraient adopter une approche longitudinale afin d'approfondir la relation entre les conditions de vie et le mariage des adolescentes. Mieux les relations complexes entre le milieu de résidence, la religion et l'ethnie en lien avec le phénomène connaîtraient une meilleure explication.

### **Déclaration d'éventuels conflits d'intérêts**

Les auteurs déclarent sur l'honneur que la soumission et la publication de ce manuscrit ne présente aucun conflit d'intérêts. Ils attestent que ce travail a été réalisé sans recevoir aucune aide financière directement ou indirectement d'une tierce partie et a été soutenu entièrement par des fonds propres des auteurs.

## Références bibliographiques

- Antoine, P., et Béguy D. (2014). Évolution des conditions économiques, mariage et constitution de la famille à Dakar et à Lomé in Marcoux Richard M. et Antoine P (2014) Le mariage en Afrique pluralité des formes et des modèles matrimoniaux, Sociétés africaines en mutation, Québec, PUQ, 304p. [http://extranet.puq.ca/media/produits/documents/2806\\_9782760541412.pdf](http://extranet.puq.ca/media/produits/documents/2806_9782760541412.pdf)
- Banque Mondiale, (2009). Le visage de la pauvreté est celui d'une femme. <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/COUNTRIES/AFRICAEXT/0,,contentMDK:22182932~menuPK:258657~pagePK:2865106~piPK:2865128~theSitePK:258644,00.html>
- Banque Mondiale et ICRW (2018). The Economic Impacts of Child Marriage : key findings [https://www.icrw.org/wp-content/uploads/2018/09/ICRW\\_GlobalSynthesisSummary\\_KeyFindings\\_v4\\_WebReady.pdf](https://www.icrw.org/wp-content/uploads/2018/09/ICRW_GlobalSynthesisSummary_KeyFindings_v4_WebReady.pdf)
- Efevbera, Y., Bhabha, J., Farmer P. et Fink, G. (2019). Girl child marriage, socioeconomic status, and undernutrition, evidence from 35 countries in Sub-Saharan Africa. BMC Med 17, 55 (2019). <https://doi.org/10.1186/s12916-019-1279-8>
- Greene M., Rao A., Perlson S. (2015). Les droits de l'homme et les défenses culturels et religieux du mariage des enfants : Trouver l'équilibre. GreeneWorks. Projet de Publication préalable. [mgreene@greeneworks.org](mailto:mgreene@greeneworks.org)
- Higgins, J. PT, Thompson S G, Deeks J J, Altman D. G., (2003). Mesure de l'incohérence dans les méta-analyses BMJ 2003; 327 : 557, <https://doi.org/10.1136/bmj.327.7414.557>
- Koski, A., Strumpf, E. C., Kaufman, J. S., Frank J., Heymann J., Nandi, A. (2018). The impact of eliminating primary school tuition fees on child marriage in sub-Saharan Africa : A quasi-experimental evaluation of policy changes in 8 countries, Plos One, Published : May 24, 2018 <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0197928>
- McDougal, L., Jackson, E. C., McClendon, K A., Belayneh, Y, Sinha, A and Raj, A. (2018). Beyond the statistic: exploring the process of early marriage decision-making using qualitative findings from Ethiopia and India, McDougal et al. BMC Women's Health (2018) 18:144 <https://doi.org/10.1186/s12905-018-0631-z>
- Myers J. et Harvey R (2011). Briser les vœux : Le mariage précoce et forcé et l'éducation des filles. Plan International. 2011. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.plan-uk.org/resources/documents/Break-ing-Vows-Early-et-Forced-Marriage-et-Girls-Education/>
- Nour N. M (2009). Child marriage: a silent health and human rights issue. Reviews in Obstetrics & Gynecology, 2(1), 51–6. Retrieved from <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2672998&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
- OFPPA (2017). Les mariages forcés et précoces au Bénin, document de travail 18p.
- Olivier de Sardan J. P (2013). Le culturalisme traditionaliste africaniste »*Cahiers d'études africaines*, 198-199-200 | 2010. <https://doi.org/10.4000/etudesafriaines.16181>
- OMS (2019). Orientations sur les aspects éthiques à prendre en considération pour planifier et examiner des recherches sur la santé sexuelle et reproductive des adolescents [Guidance on ethical

considerations in planning and reviewing research studies on sexual and reproductive health in adolescents]. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2019. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311413/9789242514605-fre.pdf?ua=1>

Petroni, S., Steinhaus, M., Fenn, N. S, Stoebenau, K. and Gregowski, A. (2017). New Findings on Child Marriage in Sub-Saharan Africa. *Annals of Global Health*, 83(5-6), pp.781–790. <http://doi.org/10.1016/j.aogh.2017.09.001>

Strinic, M. (2013), Le mariage d'enfants ; Module pédagogique n°2013/04; 22p. <https://www.dei-belgique.be/index.php/component/jdownloads/send/18-droits-civils-et-politiques/93-module-pedagogique-no2013-04-le-mariage-d-enfants.html>

Tabutin, D. (1988). *Population et sociétés en Afrique au Sud du Sahara*. Paris, Éditions l'Harmattan, Cahiers québécois de démographie, 551 pages

Tchiari, M. M, Adamou, R. et Lawson, C. L (2017). Causes et conséquences des mariages des enfants au Niger : cas de la région de Maradi, rapport d'analyse 23p. [https://www.stat-niger.org/wp-content/uploads/2020/06/Rapport\\_Analyse\\_Mariage\\_Precoce.pdf](https://www.stat-niger.org/wp-content/uploads/2020/06/Rapport_Analyse_Mariage_Precoce.pdf)

UN (1990). Convention internationale des droits de l'enfant. 32p. <https://www.unicef.fr/sites/default/files/convention-des-droits-de-lenfant.pdf>

UNFPA (2016). Etude sur le mariage précoce dans la région de la boucle du Mouhoun, Burkina Faso, Population Council, rapport final, 104p.

UNFPA et UNICEF (2018). Le mariage des enfants en Afrique de l'Ouest et du Centre en bref, note d'information, 11p. [https://www.unicef.org/wca/sites/unicef.org.wca/files/2018-11/UNFPA-WCARO-UNICEF\\_FR\\_final.pdf](https://www.unicef.org/wca/sites/unicef.org.wca/files/2018-11/UNFPA-WCARO-UNICEF_FR_final.pdf)

UNFPA (2012). *Marrying Too Young - End Child Marriage*. Retrieved from <https://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2012/MarryingTooYoung.pdf>

Union Africaine (2015). Les effets des pratiques religieuses et traditionnelles liées au mariage des enfants sur le développement socio-économique de l'Afrique, un examen de la recherche, des rapports et des boites à outils tires de l'Afrique, Rapport d'étude 106p. [https://au.int/web/sites/default/files/documents/31018-doc-5465\\_ccmc\\_africa\\_report\\_french.pdf](https://au.int/web/sites/default/files/documents/31018-doc-5465_ccmc_africa_report_french.pdf)

[United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division \(2019\). World Population Prospects 2019 : Volume I: Comprehensive Tables. https://population.un.org/wpp/Publications/Files/WPP2019\\_Volume-II-Demographic-Profiles.pdf](https://population.un.org/wpp/Publications/Files/WPP2019_Volume-II-Demographic-Profiles.pdf)

WILDAF AO (2019). Lutter contre les mariages précoces par l'autonomisation des filles en Afrique de l'Ouest Mali, Niger, Togo, 78p.

© 2021 Pacome, 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 (3) N 1  
ISSN: 1987-071X e-ISSN 1987-1023  
Reçu, 21 Mai 2021  
Accepté, 27 Juin 2021  
Publié, 30 Juin 2021

<http://revue-rasp.org>

---

*Type d'article: Recherche*

## **Reconfigurations spatiales du tourisme sur la Petite Côte (Sénégal) : vers un ancrage territorial diffus**

### **Spatial reconfigurations of tourism on the Petite Côte (Senegal): towards a diffuse territorial anchoring**

Mamadou DIOMBERA<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Enseignant-Chercheur, Département de Tourisme, Université Assane SECK, Ziguinchor, Sénégal  
Correspondance : Email : mdiombera@univ-zig.sn

#### **Résumé**

Cette étude analyse les enjeux territoriaux complexes de l'explosion touristique à Saly qui se manifeste par de nombreuses installations récréatives en bordure de mer qui créent des conflits avec d'autres fonctions et usages du littoral. Elle s'intéresse notamment à la saturation de l'espace côtier résultant de la forte concentration des activités de plaisance qui nécessite de nouvelles reconfigurations spatiales. Pour ce faire, l'approche méthodologique s'appuie sur une revue de la littérature liée à la problématique des systèmes touristiques et sur une enquête qualitative et quantitative combinant des entretiens semi-directifs avec une trentaine d'acteurs dont douze (12) institutionnels, onze (11) promoteurs touristiques privés et douze (12) habitants à Ngaparou, Saly Niakh Niakhal, Somone, Saly Koulang Nianing, Warang, Pointe Sarène et Mbodienne. Les données issues de ces entretiens de terrain conduisent à reconsidérer les stratégies spécifiques mises en œuvre en termes de modèles de gestion spatiale et de dispositifs d'encadrement mais aussi d'animation touristique de la Petite Côte afin de stimuler l'économie touristique littorale.

**Mots-clés** : reconfigurations, espace littoral, organisation territoriale, ancrage diffus, gestion prospective.

#### **Abstract**

This study analyses the complex territorial issues of the touristic boom in Saly. One of the most direct consequences is the massive development of seaside recreational facilities that create conflicts with other coastal use functions. Indeed, it is more interested in the saturation of the coastal space, hence the strong concentration of recreational activities which require new spatial reconfigurations. Therefore, we first of all carried out a review of the tourism literature on tourism systems, after that, we carried out a qualitative and quantitative survey combining semi-structured interviews with a thirteen actors, in which we have twelve institutional actors, eleven (11) private tourism promoters and twelve local populations from Ngaparou, Saly Niakh

Niakhal, Somone, Saly Koulang Nianing, Warang, Pointe Sarene and Mbodienne.. The data resulting from these field interviews lead to reconsidering the specific strategies implemented in terms of spacial management models and of tourist supervision and animation devices of the Petite Cote in order to stimulate the coastal tourism economy.

**Keywords:** reconfigurations, coastal space, territorial organization, diffuse anchoring, prospective management.

## 1. INTRODUCTION

La multiplication des activités et l'occupation anarchique du littoral ont des conséquences majeures sur le plan social et environnemental, au regard des conflits d'intérêt et de dégradation des habitats et de biodiversité littorale (Diombéra, 2018). Cet espace touristique dispose de potentialités naturelles propices au développement de stations touristiques diversifiées. C'est pourquoi les premiers sites touristiques balnéaires se sont concentrés sur le littoral de Saly qui évolue fortement depuis les années 1970. Ainsi, de par sa complexité et de sa fragilité, ce domaine littoral est apparu très vulnérable face à l'explosion des pratiques de loisirs et de tourisme balnéaire de masse (Violier, 2008). C'est pourquoi cette étude a pour objet de poser la problématique de la concentration ou de la centralisation de l'activité touristique à Saly. Elle se propose d'analyser les pistes de solutions pour une meilleure répartition des infrastructures touristiques sur l'ensemble du territoire de la Petite Côte.

En effet, longtemps considéré comme une solution à la désertification, le tourisme balnéaire s'est vu attribuer une place de premier choix dans les stratégies de développement des zones côtières (Diouf, B-S, 1986 ; Diop, 1987). À ce titre, Saly devient rapidement le point de convergence de nombreux investissements nationaux et étrangers. L'ampleur de ces investissements, l'adoption de politiques d'encadrement et de gestion de l'espace peu efficaces sont à l'origine d'une densification de l'occupation des installations touristiques et résidentielles, de la privatisation de certains espaces publics comme la plage (Diombéra, 2018).

Le littoral touristique de Saly est confronté aujourd'hui à de sérieux problèmes environnementaux qui affectent directement la vie des populations résidentes. On constate depuis deux, voire trois décennies, l'accroissement du nombre d'activités et de pratiques touristiques récréatives progressivement pensées et organisées pour répondre aux besoins et aux attentes des touristes internationaux (Ciss, 1983). Dans ce contexte, la recherche de l'équilibre nécessite un nouveau contrat entre l'homme et son milieu d'où naîtront des rapports nouveaux orientés vers ce but (François, 2007), et dont les conséquences directes seront remarquables au niveau environnemental. À cela s'ajoute l'exploitation incontrôlée des ressources naturelles qui constituent des obstacles aux programmes de développement touristique à Saly.

C'est dans cette optique qu'il convient de répondre aux interrogations suivantes : Comment le tourisme peut-il être le moteur incontournable de développement économique et social de

Saly au moment où l'environnement qui lui sert de support de production est à l'agonie? Comment analyser le rôle des pratiques touristiques actuelles dans l'agencement et l'organisation territoriale à Saly ? Le développement touristique est-il envisageable avec la conservation de l'intégrité physique du milieu littoral ? Ce sont là autant de questions qui permettent d'établir un éclairage sur les mutations dialogiques les plus décisives des rapports qu'entretiennent le tourisme et le milieu physique qui lui sert de support.

Le Sénégal a jusqu'ici bâti sa stratégie de développement touristique autour du balnéaire. Du coup, tous les gros investissements restent orientés sur le littoral, notamment sur la Petite Côte. La conséquence est que malgré les énormes potentialités dont dispose cette zone, l'essentiel des infrastructures touristiques est localisé à Saly Portudal. Cette concentration devient de plus en plus problématique car elle freine l'extension du tourisme au niveau de l'arrière-pays. En effet, ce phénomène qui découle de plusieurs facteurs est l'objet de cette étude qui permet de répondre aux questions suivantes : Quelles sont les fonctionnalités entre espace et tourisme? Comment gérer la concentration touristique à Saly en offrant une large gamme de stratégies et de mesures pour relever des défis économiques et environnementaux?

Le tourisme a certes connu une croissance forte et soutenue ces dernières années à Saly qui représente l'épicentre de l'activité touristique de la Petite Côte. À travers cette étude, nous voulons contribuer à une meilleure rentabilité des activités économiques traditionnelles et à valoriser les patrimoines naturels et culturels avec de plus en plus de soucis de durabilité. Dans ce contexte, seule une réflexion collective puis une coordination entre tous les acteurs territoriaux permettront de répondre, en rapport avec la transition touristique, aux questions de l'exploitation abusive de l'environnement marin et côtier de façon pérenne à Saly.

Au regard des préoccupations mentionnées, l'analyse s'articule autour de trois points majeurs. Après une brève présentation du tourisme et de son évolution à Saly, il s'agira d'abord d'analyser de manière critique les pratiques touristiques et l'organisation territoriale à Saly. Ensuite, nous étudierons les nouveaux défis urbanistiques majeurs en tenant compte des difficultés liées à la saturation de Saly au prisme des facteurs structurels, conjoncturels et urbanistiques déterminants qui influencent sa valeur. Enfin, nous aborderons les mesures alternatives orientées vers une réorganisation diffuse de l'activité afin d'éviter les déséquilibres de développement de la Petite Côte.

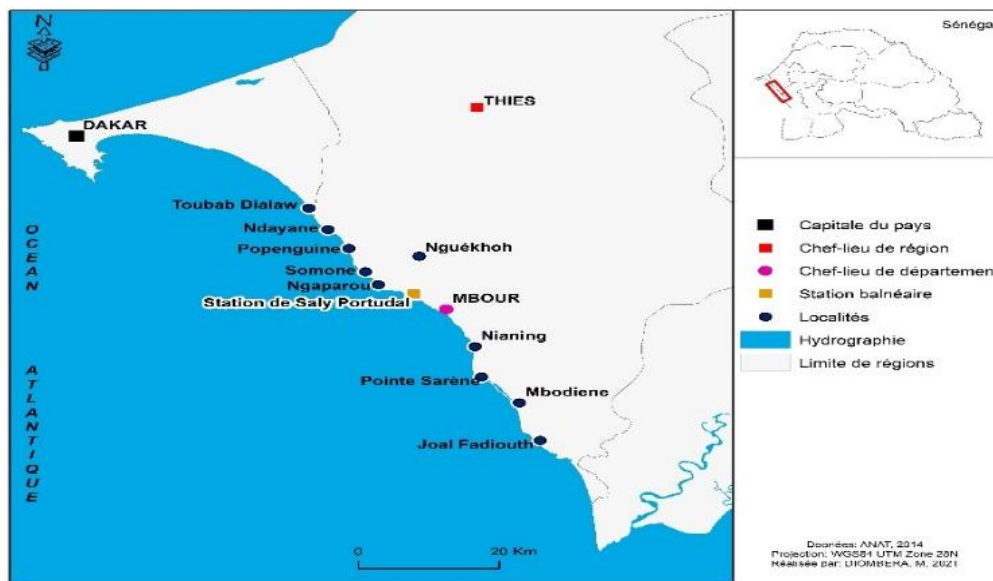
## 2. MATÉRIELS ET MÉTHODES

### 2.1. Présentation du cadre géographique

La Petite Côte compte de nombreux sites touristiques dont Saly qui se situe à 80 km de Dakar et à 5 km de la ville de Mbour. Elle s'étend de la baie de Hann à Djifer (Pointe de Sangomar) soit environ une longueur de 155 km et une largeur de 5 à 10 km du domaine maritime à l'intérieur des terres.

La traduction cartographique que nous avons pu faire montre que cet espace se compose d'une vingtaine de villages et des zones urbaines de Mbour et de Joal-Fadiouth disposant de plages de sable fin. Les emprises touristiques demeurent hyper-concentrées sur environ 90 kilomètres de rivage, de Bargny jusqu'à Joal-Fadiouth. (Diombéra, 2010). Cette situation est illustrée par la figure 1.

Figure 1 : carte de localisation de Saly Portudal



Source : Diombéra, 2021

La station balnéaire de Saly Portudal est limitée au Nord par la presqu'île du Cap-Vert, à l'Ouest par l'océan Atlantique, au Sud par la latitude 14°54 Nord. Saly, retenu comme territoire pilote pour le tourisme balnéaire de la Petite Côte, à partir des années 1970, a vite modifié la morphologie du milieu littoral (Ciss, 1998). Ce vaste espace littoral, tant au niveau de la variété des paysages que de la richesse de la faune marine, dispose d'immenses potentialités touristiques. La station de Saly compte dix-sept hôtels classés de 2 à 5 étoiles, plus de cent auberges et trente-cinq résidences de vacances pour une capacité totale de 8 500 lits représentant

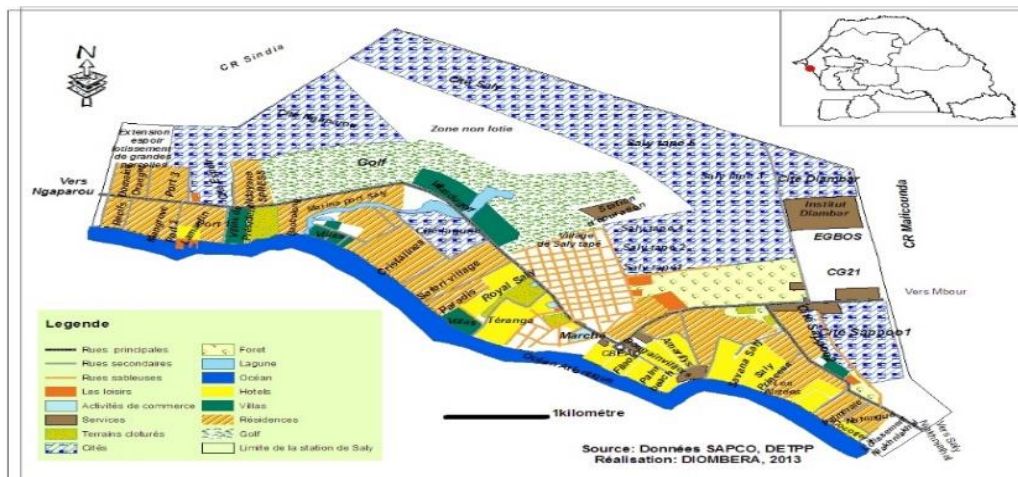
22 % de la capacité d'hébergement du pays (MTTA, 2007). Parallèlement à ces structures, on y trouve un casino, des restaurants, des salons pâtisseries, des agences de location de voitures, un minigolf, un golf, des centres de sports nautiques, deux centres commerciaux, un village artisanal, six boîtes de nuit, deux centres internationaux de pêche, un hélicoptère, un port de plaisance, une marina, une école de football, un centre de santé, deux pharmacies, une brigade communautaire de propreté, un cinéma, un bureau d'accueil et d'information, un poste de gendarmerie et de sapeurs-pompiers, des guichets de banques, trois parkings de location de voitures, un bureau de la SONATEL et de la SDE.

Le tourisme a pris une place sans cesse croissante dans l'économie, la démographie, l'urbanisation et l'image de la Petite Côte (Diouf, 1987). Il apporte une nouvelle dynamique spatiale et demeure essentiellement concentré sur la côte à cause de sa beauté naturelle et culturelle qui tient d'un véritable tropisme (Dehoorne et Diagne, 2007). Cette façade maritime devient dès lors un territoire identifié par les forces qu'il mobilise et l'unité fonctionnelle qu'il acquiert en attirant d'importants flux touristiques (Lozoto-Giotart et *al.*).

## 2.2. Méthodologie de collecte de données

La recherche est basée sur une méthodologie qui se scinde en deux étapes. Elle repose d'abord sur une relecture de la littérature touristique de documents de planification, de travaux de recherche sur le tourisme à Saly et celle de terrain constituée d'enquêtes, d'observation directe et d'entretiens qualitatifs semi-directifs réalisés avec une trentaine d'acteurs institutionnels, des promoteurs touristiques privés de la localité et les habitants de huit (08) villages comme Ngararou, Saly Niakh Niakhal, Somone, Saly Koulang, Nianing, Warang, Pointe Sarène et Mbodienne. Le choix des interviewés s'est fait de manière aléatoire en tenant compte de leur niveau d'implication et de responsabilité dans la politique touristique locale. Les raisons qui sous-tendent ce choix sont multiples. Il s'agit là, de l'étendue de l'espace d'étude et du manque de statistiques récentes et fiables sur la problématique de la concentration touristique littorale. Les informations collectées et analysées selon une approche systémique a permis de retenir que les stratégies politiques de développement touristique doivent tenir compte d'un nouvel ancrage qui intègre à la fois l'organisation de l'espace touristique et les impacts élevés sur l'environnement (Figure 2).

Figure 2 : carte de la station de Saly



Source : compilation de l'auteur à partir des données de la SAPCO, 2013

La figure 2 montre combien l'activité touristique est dense et hyper-concentré à Saly. En effet, le développement excessif du tourisme sur cet espace restreint et fragile de Saly contribue à la dégradation insidieuse de l'environnement et des ressources naturelles. Dès lors, le devenir de ce haut lieu privilégié du tourisme balnéaire dépend de la capacité des pouvoirs publics à réorganiser l'espace touristique. Pour y remédier, de nombreux projets d'aménagement touristique sont en cours à Joal Finio, Mbodiène et Pointe Sarène situés à quelques encablures de Saly.

La collecte de données de terrain a porté sur les observations directes sur le terrain, la description et les mesures des faits géomorphologiques majeurs. A cet effet, cinq sorties de terrain ont été organisées entre mars et décembre 2020. Ces sorties ont permis d'identifier et de localiser des endroits potentiellement favorables à la déconcentration de l'activité touristique. Pour plus de pertinence dans l'analyse empirique fine des systèmes touristiques littoraux, nous avons également mobilisé des données de la télédétection dans le cadre de la cartographie de l'occupation du sol plus spécifiquement des données quantitatives et spatialisées comme les statistiques publiques, les informations géographiques et les matrices cadastrales. Cette démarche nous a permis, d'une part, d'appréhender l'ampleur de la forte concentration des activités sur le trait de côte de Saly et des mutations à l'œuvre dans le système touristique, et d'autre part, de mettre en lumière les caractéristiques, les écueils et les difficultés de l'organisation territoriale des activités touristiques qui nécessitent une refondation des approches et des pratiques actuelles qui bouleversent l'environnement et l'intégrité physique de Saly.

## **2.3. Outils de collecte et de traitement des données**

### **2.3.1. Outils de collecte des données**

Pour la recherche documentaire, plusieurs sources documentaires ont été consultées et analysées tels que des ouvrages généraux, des articles, des mémoires et des thèses. Pour la collecte des données, une enquête à l'aide de questionnaire et de guide d'entretien a été menée dans six (08) localités de la Petite Côte, à savoir Ngaparou, Saly Niakh Niakhal, Somone, Saly Koulang, Nianing, Warang, Pointe Sarène et Mbodienne. L'étude qualitative est réalisée par le biais d'entretiens avec des acteurs institutionnels et des professionnels du secteur. Quant à l'étude quantitative, elle s'est faite sur la base de questionnaire. Á ce sujet, nous avons interrogé une trentaine de personnes de manière aléatoire. Les techniques d'enquêtes adoptées sont les entretiens non structurés, les entretiens semi-structurés, les entretiens structurés, les observations directes et le sondage. Les principaux thèmes abordés portaient notamment sur les conséquences de la forte concentration touristique sur l'environnement et les crises de l'espace qui en découlent comme toile de fond pour aborder la réorganisation des pratiques touristiques à Saly.

### **2.3.2. Traitement des données**

Les informations collectées ont d'abord connues un traitement manuel avant leur intégration dans l'ordinateur pour être traitées au moyen de tableur, de logiciel et de programmes informatiques. Ainsi, trois applications ont été utilisées : Word 2007 pour le traitement et la mise en forme du texte, Excel pour établir les tableaux et les graphiques mais aussi Google Earth pour la cartographie. Nous avons également fait recours à un appareil portable pour les prises de photos.

## **3. RÉSULTATS**

Le tourisme à Saly traverse une phase charnière de son histoire. En effet, l'état des lieux-diagnostic touristique approfondi a dévoilé des impacts suivants : un patrimoine naturel surexploité et des défis en termes d'organisation du territoire, de positionnement et d'activité touristique très nombreux. Dès lors, l'analyse des résultats au-delà des perceptions montre que le choix du tourisme comme activité motrice est loin de faire aujourd'hui l'unanimité à cause de ses impacts majeurs, tant sur le plan naturel que sur le plan humain. Si les impacts économiques ont été les plus étudiés, l'effet déstructurant sur le milieu d'accueil retient davantage l'attention. Les images et perceptions des acteurs interrogés ont permis de retenir

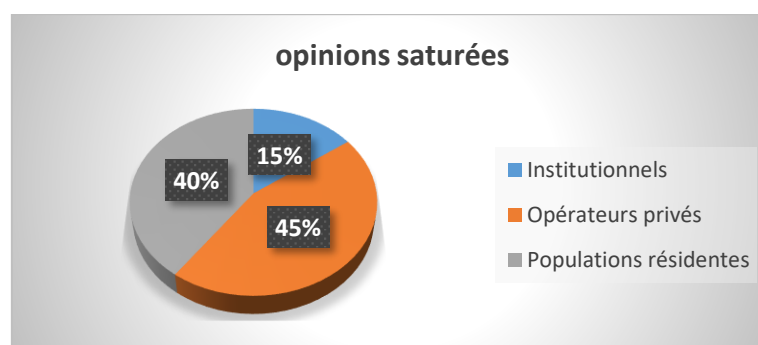
une proposition de réorientation globale de la stratégie actuelle afin de renforcer la compétitivité des territoires littoraux de la Petite Côte.

### 3.1. Tourisme et impacts environnementaux à Saly : bilan et perspectives

L'espace littoral touristique de Saly a fait l'objet de nombreux équipements qui ignorent le plus souvent la fragilité de son équilibre dynamique et se traduisent souvent par des dégradations de l'environnement. Le développement du tourisme balnéaire a façonné le paysage de la station balnéaire. Dès lors, la présentation des différentes phases d'émergence touristique de Saly permet à la fois de comprendre son organisation spatiale et les incidences structurelles et conjoncturelles de celles-ci sur le milieu littoral.

Aux facteurs naturels se sont ajoutés les facteurs anthropiques de dégradation qui ont engendré des déséquilibres de configurations spatiales jusqu'au niveau des espaces côtiers considérés, jadis, sans valeur économique. En une vingtaine d'années, de nouveaux lieux touristiques surgissent avec l'apparition des premières sociétés foncières qui ont vite provoqué inévitablement de grandes transformations urbanistiques et immobilières en changeant la frange littorale. Ainsi, de grands propriétaires terriens et des familles traditionnelles qui, jadis, habitaient dans la zone côtière sont contraints de vendre leurs lots à la nouvelle élite locale ou à la classe bourgeoise de touristes résidents pour abriter des immeubles et des villas secondaires huppées. A ce propos, la figure 1 illustre les opinions et les perceptions des acteurs touristiques sur le niveau de saturation de l'espace en fonction de l'intensité de l'occupation et de la fréquentation.

**Figure 3** : graphique de la représentation des perceptions des acteurs sur la saturation de l'espace



Source : compilation de l'auteur à partir des données de l'enquête de terrain

Il ressort de ce graphique que les personnes interrogées ont une idée de la distribution spatiale de l'activité touristique de Saly de manière diverse. Les opérateurs privés 45 % pensent que les installations touristiques sont très denses d'où la nécessité de réorganiser.

Nos observations ont également permis de constater que la forte pression de la construction hôtelière et résidentielle est à l'origine d'importantes ségrégations socio-spatiales et d'un fort niveau d'artificialisation des sols. On voit alors apparaître des villas surplombant le remblai, qui longe la plage. C'est pourquoi l'étude de l'environnement est aujourd'hui un enjeu scientifique à la croisée de plusieurs horizons disciplinaires. Dans ces conditions, la problématique des ressources naturelles renouvelables, c'est-à-dire des ressources que l'homme exploite sans en contraindre le renouvellement de façon positive, occupe une place importante.

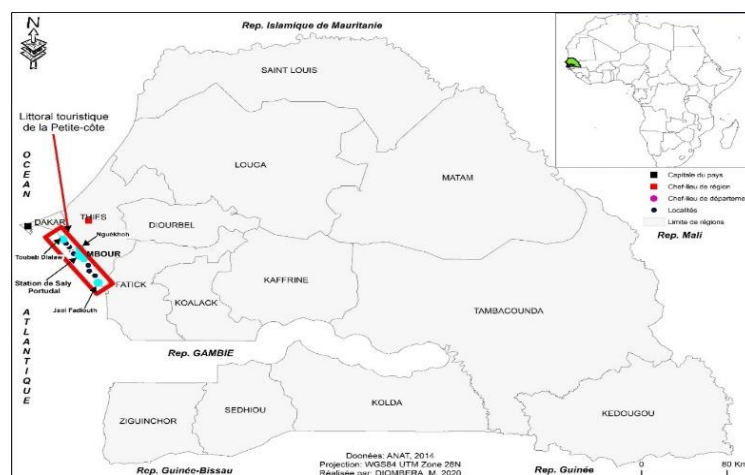
L'environnement comme enjeu de société (Godard, 1999), né à la faveur du développement des idées de dégradation et de menaces, a le mérite de contraindre à appréhender la réalité et à poser les problèmes de façon globale. Face à la crise climatique et environnementale toujours plus prégnante au fil des années, quel mode stratégique d'occupation et d'exploitation durable de l'espace faut-il mettre en place pour faire face à cette situation ?

Cette question est d'autant plus cruciale qu'une accélération du rythme d'élévation du niveau marin provoquant l'érosion est attendue pour le 21<sup>ème</sup> siècle (GIEC, 2020). La menace que pourrait représenter ce phénomène sur la survie de Saly pose des problèmes de gestion dans lesquels entrent en ligne de compte à la fois des enjeux économiques, écologiques et paysagers. Les plus fortes pressions de construction sont exercées sur le littoral de Saly. Il est vrai que face à la raréfaction de l'espace disponible dans la station de Saly et la densification des installations hôtelières, Saly connaît une forte spéculation foncière. La construction de résidences secondaires représente 16 % des surfaces de logements construits en bord de mer entre 1990 et 2010, c'est quatre fois plus que la moyenne nationale (MTTA, 2007).

La diffusion du tourisme à partir de son foyer initial Saly s'est réalisée en partie le long de cette côte au point de devenir en quelques années la façade littorale la plus fréquentée du pays. Des dizaines de kilomètres de plages naturelles et sauvages auparavant désertes et préservées, ont été aménagées provoquant ainsi une véritable explosion du tourisme littoral pour répondre à la généralisation du désir de mer et à la nouvelle mode des bains de mer (Tissot, 2000). Dès lors, cette nouvelle fonction récréative occupe une place importante au point notamment d'inciter les pouvoirs publics à élaborer des dispositifs spécifiques tels que le plan d'aménagement touristique et la création de la Société d'aménagement de la Petite Côte en 1972 pour encadrer et promouvoir l'activité touristique cruciale pour le développement local.

Après quatre décennies, le tourisme à Saly constitue un secteur très dynamique, après la pêche et l'agriculture ainsi que le commerce, du fait des multiples et riches sites et réceptifs touristiques. L'apparition et le développement de l'industrie de tourisme dans cette localité exerce une série d'effets d'ordre économique, financier, social et environnemental. Le projet de mise en tourisme de masse, dont l'enjeu économique était manifeste (Violier, 2013), repose sur des mesures réglementaires et a mobilisé un financement public. Cet espace littoral convoité pour différents usages parfois de manière spontanée, a eu des effets inattendus sur l'écosystème (Figure 4).

**Figure 4 : Le littoral touristique de la Petite Côte**



Source : compilation de l'auteur à partir des données ANAT, 2020

La figure 4 montre bien que le littoral de la Petite Côte qui s'étend de Todd à Yenne, sur une trentaine de kilomètres de plages vierges, connaît une forte pression touristique. Il s'y développe le balnéaire, les loisirs, des activités de pêche sportive, de sport nautique et de tourisme culturel. Parmi les potentialités, on note les conditions climatiques favorables, la beauté des paysages et de la plage, les cours d'eau et le caractère cosmopolite des populations mais aussi la variété de la faune et de la flore, des parcs et réserves naturels. À cela, s'ajoutent de nombreuses manifestations culturelles qui font de ce pôle une plaque tournante du tourisme sénégalais. Malgré sa considération comme activité de dernière chance sur le plan économique, le tourisme participe-t-il à la valorisation de l'image de Saly ? Ses perpétuelles évolutions traduisent des effets de mode et des conquêtes de territoires en mutation continue. Il s'agit donc dans ce cadre de développer l'ancrage territorial des activités touristiques, voire d'élargir le périmètre territorial de la destination au-delà de celui de la station de Saly, mais aussi celui des ressources territoriales valorisées (Bessière et al. 2016).

### 3.2. La station de Saly face aux nouveaux défis urbanistiques

La fonction touristique constitue un facteur important de pression sur l'espace littoral. Au-delà de ses fonctions écologiques et de son rôle puissant en matière de développement industriel, la zone côtière de la Petite Côte est depuis longtemps perçue comme un espace de liberté et de dépassement (Diouf, 1982). L'attrait pour le bord de mer explique les forts flux de fréquentation touristique d'année en année. Au Sénégal, le littoral demeure la destination privilégiée de loisirs qui enregistre plus de 90 % des arrivées touristiques (MTTA, 2007). Le phénomène concerne également les populations locales, à la recherche d'un cadre de vie de qualité pour échapper à la chaleur estivale. Cette dernière composante ne doit pas être négligée puisque, à l'horizon 2030, le Groupe Intergouvernemental d'Experts sur l'Évolution du Climat (2020) prévoit un accroissement de la population des départements littoraux de 3,4 millions d'habitants.

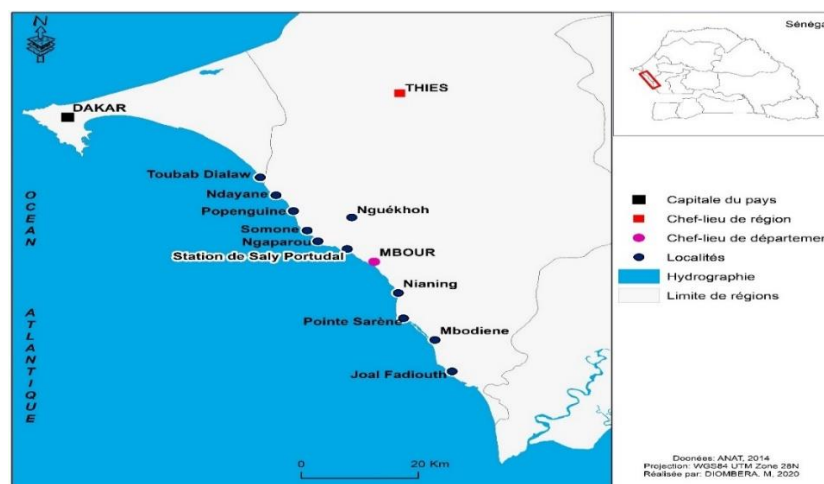
Indubitablement, l'expansion touristique de Saly a entraîné une pression accrue sur l'espace côtier. Cette forte urbanisation est particulièrement visible par le biais des superficies occupées. L'espace urbanisé est passé de 350 hectares en 1970 à 1500 hectares en 2008 (Diouf et Ba, 2008). Cela résulte de l'irruption, au bord de la mer, d'importants complexes hôteliers et résidentiels devenus de hauts lieux de villégiature. Ainsi, une grande partie de Saly est vouée à la parahôtellerie. Plus en amont de la station de Saly, quelques îlots de résidences luxueuses se construisent au milieu d'une nature sauvage. De grandes transformations urbanistiques vont croître à un rythme soutenu avec l'arrivée massive de sociétés immobilières et de nouveaux types de touristes dits investisseurs qui accentuent la pression foncière. Au nord de la station balnéaire de Saly, de part et d'autre des villages traditionnels, s'organisent de beaux quartiers bourgeois où des classes moyennes viennent pour se mettre à l'abri de la chaleur estivale ou pour se reposer le week-end.

Par ailleurs, la particularité du développement touristique de Saly est qu'il s'appuie sur des richesses naturelles et spatiales considérables sur la bande côtière terrestre et maritime plus spécifiquement sur l'environnement physique et la plage. Ce caractère exceptionnel est, en partie, le résultat d'une intervention forte des pouvoirs publics. Le développement touristique a en cela accéléré les processus de valorisation du patrimoine naturel remarquable en entraînant la création d'une offre touristique sur une partie de Saly. Comme l'explique, Jean Renard (1984 : 49) « *il est vrai que l'activité balnéaire, et l'urbanisation galopante qui l'accompagne, est, depuis vingt-cinq années, le principal moteur de l'évolution des littoraux français. On*

*assiste à la transformation très rapide de vastes façades maritimes en d'immenses parcs de loisirs saisonniers pour citoyens, soit spontanément, soit sous la forme d'aménagements planifiés »<sup>1</sup>*

La façade maritime de Saly présente une grande variété de pratiques, d'équipements et de produits touristiques, se traduisant par une certaine spécialisation de l'espace. Cela amène à s'interroger sur les facteurs intervenant dans cette organisation spatiale et dans l'évolution des pratiques touristiques internationales (Nicolas *et al.* 2004). Cette localité connaît une phase de croissance soutenue qui provoque des déséquilibres de configurations spatiales. Au cours de ses quatre décennies d'existence, le tourisme à Saly a marqué irréversiblement le paysage littoral et a contribué à façonner une destination balnéaire majeure (Figure 5).

**Figure 5** : Les espaces touristiques littoraux de la Petite Côte



Source : compilation de l'auteur à partir des données ANAT, 2020

La figure 5 nous montre la forte concentration de l'activité touristique sur le littoral. Depuis la fin des années 1970, le littoral, notamment autour de la station de Saly, a fait l'objet de projets orientés vers le tourisme international de masse sous l'impulsion du gouvernement sénégalais. On y compte quatre grands villages de vacances : le Club baobab à l'embouchure de la Somone, le domaine de Nianing, le Laguna Beach de Mbodiène et le Sarène Beach de Pointe-Sarène sans compter des centaines d'autres hébergements au sein même de la station.

<sup>1</sup> Renard Jean (1984), « Le tourisme : agent conflictuel de l'utilisation de l'espace littoral en France ». In: Norois, n°121, *La France et la gestion du milieu marin et côtier*. p. 45-61.

La localité de Saly, à l'origine un petit port de pêcheurs, a connu entre 1974 et 2002 une véritable explosion touristique (Ciss, 1996). Cela est visible en termes d'investissements d'installations hôtelières et résidentielles. D'ailleurs, le développement du tourisme de masse ne décélère pas comme le montrent les récentes constructions immobilières qui bouleversent en profondeur les équilibres naturels au prix de conséquences négatives sur l'environnement menacé notamment par l'appétit des promoteurs immobiliers.

### **3.3. Saly : une image à l'épreuve de son succès (crise foncière)**

Saly est devenue en quatre décennies le poumon touristique du pays et de toute la sous-région ouest africaine. Elle se positionne comme la première destination en termes de capacité d'accueil avec des arrivées annuelles estimées à 200 000 touristes (MTTA, 2007). Aujourd'hui, la mise en tourisme du littoral de Saly suscite toujours des réactions controversées auxquelles s'ajoute un risque environnemental accru. Elle se heurte actuellement à une double difficulté de gestion du milieu en termes d'externalités négatives sur l'environnement physique et de la forte densification de l'occupation de l'espace. C'est à ce titre qu'O. F., opérateur touristique à Saly affirme que « *les installations hôtelières denses ont fini par tuer le tourisme à Saly. Trop de tourisme tue le tourisme. Il faudrait envisager la requalification de Saly et développer l'arrière-pays pour un tourisme de découverte. Les prestations sont chères et monotones c'est pourquoi les clients ne vont plus à l'hôtel* »<sup>2</sup>.

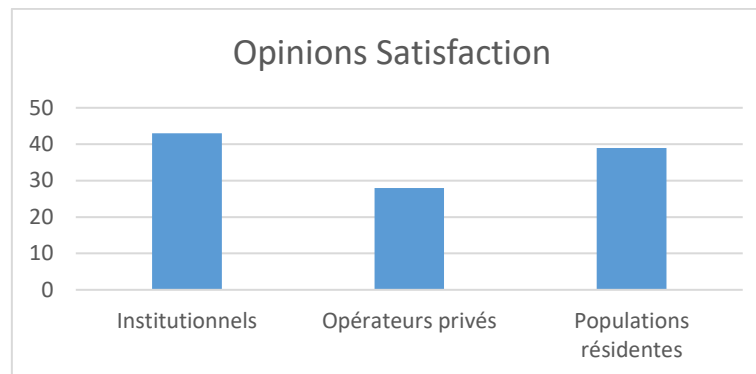
À ce propos, ces projets ambitieux voués au tourisme intensif de masse de haute portée économique démontrent l'actualité et la pertinence de la valorisation touristique intégrée de l'ensemble du territoire de la Petite Côte. Ces projets côtiers programmés comme de véritables projets de développement territorial apportent une nouvelle forme d'équipements qui s'orientent résolument vers une offre à la fois patrimoniale, mais aussi touristique et de développement local porteur de sens et d'images à différentes échelles. L'espace touristique fait aussi du climat - et, par conséquent, de l'environnement - l'une de ses composantes essentielles. Actuellement, les pressions exercées par le développement de l'activité humaine sur l'environnement côtier et la structure sociale ont suscité une véritable prise de conscience qui a conduit à des projets d'encadrement du développement économique dans une perspective de résorption des inégalités sociales et de sauvegarde de l'environnement. Dans ce contexte, la

---

<sup>2</sup> Communications personnelles avec O. F., opérateur touristique à Saly, entrevue réalisée le 17 mars 2021.

figure suivante montre le niveau de satisfaction des acteurs vis-à-vis des politiques de développement durable.

**Figure 6 :** le niveau de satisfaction des acteurs vis-à-vis des politiques en faveur du développement durable.



Source : compilation de l'auteur à partir des données d'enquête de terrain

Une remarque s'impose pour éclairer l'analyse de ces données. Tous les acteurs interrogés estiment à l'unanimité que l'activité touristique représente un danger pour l'environnement et les hommes. Aujourd'hui fortement investi, cet espace soumis à une convergence de pressions devient un territoire à risques, résultant du « télescopage » entre processus naturels et anthropiques (Cuvelier, 1998). Cette situation pose la question centrale du développement durable des territoires côtiers dans un contexte de gestion intégrée des zones côtières. Notons que, dans plusieurs situations, le seuil de rupture socio-économique telle que la désagrégation sociale et environnementale semble atteint. Le tourisme à Saly favorise le développement d'une infrastructure bétonnée sur les littoraux. Il faut, en effet, des aménagements pour accueillir un nombre croissant de visiteurs. Or, en perdant leur caractère naturel et sauvage, les littoraux cessent peu à peu d'exercer leur pouvoir d'attraction sur les touristes en quête de plage isolées et exotiques (Ciss, 1998 ; Dehoorne, Diagne, 2007).

Photo 1 : construction de la façade avec une ouverture vers la mer à Saly



*Cliché Diombéra, 2020*

La photo 1 illustre bien que la façade maritime est menacée par les projets immobiliers. Elle fait l'objet d'une forte convoitise au point qu'il ne reste plus libre. Pour répondre à cette demande croissante d'année en année, les pouvoirs publics ont instauré un ensemble de mesures qui ont, entre autres, abouti à la constitution d'un réseau d'espaces protégés tels que les aires marines protégées, les réserves naturelles et les parcs nationaux. Toutefois, ces actions font face à des obstacles pour une meilleure utilisation durable du littoral car elles mobilisent des ressources territoriales dont la mesure est très mal prise en compte. Il s'y ajoute que les services récréatifs échappent encore assez largement à toute forme de valorisation par le marché.

Le tourisme est source de développement socioéconomique (Violier, 2013). Mais lorsqu'il est mal géré, il peut devenir une source d'impacts négatifs sur le milieu en termes de pollution supplémentaire. Il peut altérer la qualité de l'air et des eaux, modifier radicalement la composition des habitats traditionnels, encourager le déboisement et produire d'importants volumes de déchets (Boyer, 1996). Et pourtant son développement futur est étroitement lié à la qualité de l'environnement qu'il perturbe.

Si le tourisme peut beaucoup affecter l'environnement naturel et humain des lieux dévolus à son exercice, il a absolument besoin d'un cadre attrayant pour se développer et durer (Metzger, 1994). Pendant qu'une partie de l'action des hommes continue, au nom du tourisme, de polluer le milieu, d'éroder les plages, de déboiser les forêts, d'enlaidir les paysages et de fragiliser les ressources naturelles, l'autre, au contraire, invente un tourisme respectueux, qui n'altère ni n'abîme l'environnement.

Certes, le tourisme et l'environnement entretiennent un rapport ambigu et conflictuel (Renard, 1984). Le plus grand handicap des endroits touristiques, entend-on souvent dire, c'est qu'ils sont remplis de touristes. Cette appropriation de l'espace par ces derniers peut finir par heurter les résidents, d'autant que les visiteurs et visités n'ont ni les mêmes préoccupations immédiates, ni la même conscience de l'environnement des espaces devenus touristiques (Equipe Mit, 2005). En conséquence, cela engendre le plus souvent la détérioration de l'espace initial par un achalandage très recherché pour les revenus qu'il procure (Dewailly, 2006).

Qui plus est, l'espace touristique entretient donc un rapport paradoxal avec ses visiteurs, tantôt honnis, tantôt recherchés. Après avoir souligné ces limites, quelques propositions méritent d'être entreprises pour renforcer l'efficacité des procédures : comment les valoriser ? Et

comment leur redonner le sens d'outil d'aide à la décision afin qu'elles ne soient plus uniquement interprétées comme des « contraintes » environnementales compromettant le développement économique ?

#### 4. DISCUSSION

Cette étude montre le lien entre la dynamique touristique et la gestion de l'espace littoral. Le développement urbanistique de Saly avec une forte densité, le manque de diversité, de structuration sur le territoire et de qualité dans les formes alternatives touristiques constituent des contraintes notoires au développement intégré et inclusif de cette activité à Saly. Le moment est venu de rectifier le tir car la diversification de l'offre touristique est aujourd'hui essentielle pour répondre à la demande. Cette diversification répond aux problématiques de saisonnalité de la station de Saly, d'hyper-concentration des flux touristiques, et d'animation des territoires (Boyer, 1996 ; Knafou 1997). Il s'agit très clairement, entre autres, d'orienter le développement touristique en créant des destinations touristiques attractives en leur apportant des avantages (Viès, 2006). Autrement dit, il s'avère indispensable de procéder à une organisation territoriale diffuse en tenant compte de la spécificité des sites et en l'étendant sur l'ensemble du littoral de la Petite Côte. Ceci se produit en s'appuyant sur une gamme diversifiée de produits touristiques et non touristiques pour créer une offre cohérente mais aussi pour favoriser des synergies entre les activités, prenant la forme d'un cluster ou d'un écosystème touristique (Georges-Marcelpoil et al.2016).

La problématique de l'intégration d'une démarche cohérente de développement territorial durable dans la chaîne de valeur touristique s'avère indispensable. Cette exigence tient au fait que la stratégie touristique consiste à dépasser la labellisation de lieux touristiques pour identifier des territoires afin de structurer une offre touristique globale adaptée aux perpétuelles évolutions des pratiques. En quoi une approche territoriale de l'offre touristique adaptée permet-elle une meilleure accessibilité des pratiques touristiques? La mise en place de politiques et de dispositifs devient irréversible tant au niveau local que national afin d'éviter l'hypertrophie de l'activité touristique, les écueils et les difficultés actuelles.

D'ailleurs, le littoral de la Petite Côte est vierge d'occupation touristique malgré la diversité et la richesse du patrimoine naturel, architectural ou culturel. L'attrait pour cette nouvelle offre touristique se confirme d'année en année, montrant ainsi qu'elle constitue une réponse adaptée aux évolutions des pratiques (Achin et Georges-Marcelpoil, 2013). Pour donner au tourisme

son rôle économique considérable dans le système territorial et toute sa pertinence en termes de développement local, il est appelé à être inscrit dans des démarches innovantes de restructuration susceptibles de favoriser l'équilibre spatial de l'activité afin de renforcer la compétitivité des territoires littoraux de la Petite Côte.

En principe, un projet imposé n'aura qu'une durée de vie très limitée si les populations n'ont pas d'intérêt pour celui-ci. Pour assurer sa pérennité, il est essentiel d'abord de répondre à l'attente des populations locales (Talandier, 2008). À cet effet, il est nécessaire de trouver un juste équilibre entre développement touristique et préservation de l'environnement et bien-être de la population locale (Kalabra, 1993). En vérité, l'activité ne prend tout son sens que lorsque le touriste est sensibilisé à la protection et à la préservation de la nature, au respect de la société, des traditions et des cultures autochtones. Ceci relève d'une démarche éducative qui doit être systématique dans la mesure où les populations locales seront également formées et sensibilisées à la préservation de la biodiversité. En raison du caractère écologique et anthropique des problèmes d'environnement (Jollivet et Pavet, 1993), la collaboration entre les disciplines s'avère nécessaire et la place des sciences du tourisme dans ce domaine est aujourd'hui devenue incontournable

Le tourisme doit contribuer au développement local et à la préservation des ressources naturelles et patrimoniales en tenant compte des particularités locales. Dans cette perspective, nous allons identifier et évaluer les dynamiques collaboratives au sein des territoires, en fonction des acteurs et de leurs stratégies. La gestion intégrée et inclusive s'avère impérative pour une meilleure résilience face au pillage et à la destruction des ressources littorales. Elle permet de présager un meilleur avenir pour Saly et propose la promotion d'un projet inclusif et intégré de société dans lequel les populations sont invitées à se prendre en charge elles-mêmes pour arriver à leur développement et épanouissement.

D'emblée, la gestion intégrée des territoires n'est pas seulement à inscrire dans un processus de gestion intersectorielle intégrant des contraintes environnementales mais aussi implique de rompre avec une vision ethnocentrée en évitant d'augmenter les enjeux dans les zones à risques identifiées et en diminuant la vulnérabilité des zones déjà construites en bord de mer (Bonnemains, 2015). Pour cela, il convient à la fois de réorienter les formes existantes de tourisme aux nouvelles modalités de gouvernance et les stratégies d'organisation territoriale des espaces touristiques et récréatifs de la Petite Côte vers l'arrière-pays. Autrement dit, il

faudrait asseoir le tourisme du territoire touristique de Saly aux territoires de la Petite Côte en respectant un ancrage territorial diffus.

Par ailleurs, l'organisation territoriale du tourisme est une équation majeure lorsqu'on s'interroge sur les liens entre tourisme et développement. C'est bien sûr pourquoi, Saly ne doit pas être négligé lorsqu'il est question de développement touristique dans la mesure où le choix d'une destination est souvent lié à la représentation que le touriste a du territoire (Michel, 2000). C'est fort de cela qu'on assiste aujourd'hui à une prise de conscience de plus en plus marquée du phénomène environnemental et de son impact sur le développement touristique du littoral (Martin, 2002). Dans cette perspective, il convient de rendre le territoire plus attractif, le rendre perceptible et le doter d'une image touristique en rapport avec la perception qu'en a la population locale.

À cet effet, pour combler les lacunes liées à l'absence de cadre géographique de référence, de données sur la qualité des milieux, de principes cohérents d'aménagements physiques du littoral et de mesures réglementaires claires de protections, de nombreuses démarches et études d'impacts ont été menées par les pouvoirs publics et leurs partenaires bilatéraux comme la Hollande et surtout la Banque Mondiale. Ces études ont abouti à la réalisation d'importants travaux de protection du littoral de Saly contre l'érosion côtière sur sept (7) kilomètres pour un montant de plus de deux milliards de francs CFA. Ce qui a permis de sauver dix-sept (17) hôtels, des emplois et d'autres activités de la zone liées au tourisme.

D'emblée, toutes les mesures qui cherchent à enrayer certaines tendances désagréables actuelles de la mutilation de l'environnement marin et côtier doivent s'inscrire dans une logique d'actions concrètes en faveur de la protection de la mer et de la restauration des plages en mobilisant des outils de gestion locale. À ce propos, l'application effective des exigences environnementales en termes d'études d'impacts, participe à une meilleure protection de la nature littorale au travers une gestion durable des franges littorales.

Depuis presque dix ans, le Sénégal a opté pour des pratiques alternatives qui bouleversent cette tendance et utilisent le littoral comme la principale destination touristique (Diombéra, 2010). À ce titre, de nombreux décrets ont modifié les études d'impact, améliorant et ajustant incontestablement leur contenu aux préoccupations émergentes, parmi lesquelles la concertation publique tient une place prépondérante. Ces mesures visent autant à lutter contre

l'exclusion sociale et spatiale qu'à reconsidérer l'aménagement du littoral. Il convient, à cet effet, de mettre en place des mécanismes d'aménagement du territoire spécifiques et des politiques publiques dans le champ du tourisme qui tiennent compte de l'aspect environnemental pour délester la pression sur les milieux naturels et les ressources (Bonnemains, 2015). En un mot, il s'agit de fonder un modèle de développement touristique plus durable en adoptant une approche territoriale diffuse par la structuration d'une offre touristique globale adaptée à la spécificité de chaque site (Supizet, 2002).

Il s'agit, en d'autres termes, d'amener les investisseurs et les entrepreneurs du secteur touristique à s'intéresser non seulement à la logique du profit, mais aussi, au respect de l'environnement source de leurs bénéfices. Pour cela, il paraît fort intéressant de s'attarder sur le thème de la responsabilité sociale de l'entreprise dans le cadre de la gestion intégrée et concertée du littoral (Supizet, 2002). Cette gestion n'est pas seulement une affaire des collectivités locales, des élus ou des décideurs politiques, mais aussi de tous ceux qui s'en servent pour en tirer profit ou qui espèrent réduire leurs coûts de non qualité (Supizet, 2002).

Ces processus sont, en effet, aujourd'hui présents à la station de Saly et vantés comme la double panacée à la gestion étatique aux résultats mitigés et à l'acuité des problèmes d'environnement induits à la fois par le changement climatique et par la pression humaine accrue sur les ressources. Au demeurant, cette problématique persiste encore. Cet espace social reste confronté à l'équation de l'engagement des grandes firmes étrangères en faveur de la gestion durable du littoral (Talandier, 2008). Il faut, à cet effet, inventer des voies de solutions en les impliquant. Ce n'est qu'à ce prix que les mesures alternatives auront pleinement joué leur rôle dans cette lente et difficile marche vers le développement durable du tourisme à Saly (Vlès, 2006).

## **CONCLUSION**

Au terme de cette analyse, on constate que le mode de gestion actuelle et le modèle de tourisme ont contribué profondément à transformer radicalement la physionomie de l'espace littoral de Saly. Les années passant, le littoral de Saly doit cependant faire face à de nouveaux défis pour réinventer son devenir. Le phénomène de saturation est un défi majeur à relever pour que la station balnéaire de Saly puisse se réinventer. Outre le développement de l'hôtellerie conventionnelle, les résidences secondaires se sont démultipliées de manière exponentielle.

Face à cette situation, le territoire touristique de Saly est désormais fortement impacté par les changements globaux (changement climatique ou sociétal notamment) et par conséquent, il doit les intégrer dans sa trajectoire fonctionnelle comme spatiale pour pouvoir perdurer. Dans ce cadre, l'utilisation de cette activité comme moyen de développement durable des régions intérieures pourrait également contribuer à une meilleure répartition des richesses entre les régions et réduirait ainsi en même temps les fortes pressions environnementales et sociales qui s'exercent sur les régions littorales de Saly

Il ressort des résultats d'étude que le territoire touristique de Saly pourra de plus en plus composer avec de nouveaux enjeux institutionnels et politiques liés à la gestion des fortes crises économiques, financières, sanitaires et environnementales mais aussi à la perpétuelle évolution de l'offre et de la demande touristiques. Les pouvoirs publics et leurs partenaires doivent non seulement tenir compte des nouvelles orientations politiques qui touchent au tourisme, mais de la nécessité d'élaborer de nouveaux modèles de développement et d'aménagement du territoire en prenant en compte la notion de durabilité. Le renouvellement de l'économie touristique balnéaire peut donc passer par une intégration coordonnée des espaces retro-littoraux et d'arrière-pays de la Petite Côte. À ce propos, il s'avère impératif de trouver des perspectives nouvelles pour l'économie rurale de ces territoires qui peinent à se maintenir en la reconvertissant petit à petit en territoires à vocation touristique endogène et diffuse.

## Références bibliographiques

- ACHIN Coralie, Emmanuelle GEORGE-MARCELPONIL, 2013. « Sorties de piste pour la performance touristique des stations de sports d'hiver ». *Tourisme & Territoires*, 3, p. 67-92.
- BESSIERE Jacinthe, Sylvie CLARIMONT, Vincent VLES, 2016. « La ressource patrimoniale, outil de diversification touristique ? Le pôle d'excellence rurale du Néouvielle, entre innovation et recyclage », *Natures Sciences, Sociétés*, 24, pp. 217-229.
- BOYER Michel, 1996. *L'invention du tourisme*, Paris : Gallimard, coll. « Découvertes », 160 p.
- BONNEMAINS Anouk, 2015. *Vulnérabilité et résilience d'un modèle de développement alpin : Trajectoire territoriale des stations de sports d'hiver de haute altitude de Tarentaise*, Thèse de Géographie, Grenoble : Université de Grenoble Alpes, 517 p.
- CISS Gorgui, 1983. « Le développement touristique de la Petite-Côte sénégalaise ». (Thèse de 3<sup>ème</sup> cycle en géographie). Université de Bordeaux III, mai, 201 p.
- CISS Gorgui, 1998. « Saly Portudal, un village sénégalais face au tourisme international », *Cahiers d'Outre-mer*, Vol. 42, n°165, pp. 53-72. DOI : [10.3406/caoum.1989.3290](https://doi.org/10.3406/caoum.1989.3290)
- CUVELIER Philippe, 1998. *Anciennes et nouvelles formes de tourisme*, Paris, L'Harmattan, coll. « Tourisme et Société », 238 p.

- CUVELIER Philippe, Emmanuel TORRES et Jean GADREY, 1994. *Patrimoines, modèles de tourisme et développement local*, Paris : L'Harmattan, 223 p.
- DEVAILLY Jean-Michel, 2006. *Tourisme et géographie entre pérégrinité et chaos ?*, Paris : L'harmattan, coll. « Tourismes et sociétés », 221 p.
- DEHOORNE Olivier, Abdou Khadre DIAGNE, 2008. « Tourisme, développement et enjeux politiques : l'exemple de la Petite Côte (Sénégal) », *Études caribéennes* [En ligne], 9-10 | Avril-Août 2008, mis en ligne le 15 août 2008, consulté le 18 mars 2021. URL : <http://journals.openedition.org/etudescaribeennes/1172> ;DOI :<https://doi.org/10.4000/etudescaribeennes.1172>
- DIOMBERA Mamadou, 2010. *Aménagement et gestion touristique durable du littoral sénégalais de la Petite Côte et de la Basse Casamance*, Thèse de doctorat en Tourisme, Saint-Louis (Sénégal) : Université Gaston Berger, 343 p.
- DIOMBERA Mamadou, 2018. « La station balnéaire de Saly au Sénégal : développement ou déséquilibre ? », dans *Alternatives sud, La domination touristique : Points de vue du Sud*, vol. 25, Paris : Centre Tricontinental et Editions Syllepse, pp. 155-163.
- DIOP Amadou, 1986. *L'organisation touristique de la Petite-Côte sénégalaise et ses rapports avec les autres formes d'occupation de l'espace*, Thèse de 3<sup>ème</sup> cycle, Université de Montpellier II, 290 p.
- DIOUF Binta-Sène, 1987. *Le tourisme international : étude géographique de son impact sur la Petite Côte et en Basse-Casamance- Sénégal*, Thèse de 3<sup>ème</sup> cycle, Dakar : Université Cheikh Anta Diop, 318 p.
- DIOUF Babacar et BA Élimane (2008). *Vulnérabilité de la zone côtière sénégalaise aux changements climatiques*. 2<sup>e</sup> Communication nationale du Sénégal sur les changements climatiques, DEEC.
- Équipe MIT, 2005. *Tourismes 2. Moments de lieux*, Paris : Éditions Belin, 349 p.
- FRANÇOIS Hugues, 2007. *De la station ressource pour le territoire au territoire ressource pour la station. Le cas des stations de moyenne montagne périurbaines de Grenoble*, Thèse d'aménagement du territoire, Grenoble : Université de Grenoble Alpes, 361 p.
- FRANÇOIS Hugues et Sylvain BILLET « De la station au territoire : quels contours pour les destinations touristiques ? », *Mondes du Tourisme* [En ligne], 2 | 2010, mis en ligne le 30 septembre 2015, consulté le 02 mai 2019. URL : <http://journals.openedition.org/tourisme/280> ; DOI : 10.4000/tourisme.280.
- GAVAUD Michel (1974). *Nature et localisation de la dégradation des sols au Sénégal*. Paris : Cedex, Pédologue ORSTOM.
- GEORGE-MARCELPOIL Emmanuelle, Coralie ACHIN, Gabriel FABLET et Hugues FRANÇOIS « Entre permanences et bifurcations : une lecture territoriale des destinations touristiques de montagne », *Mondes du Tourisme* [En ligne], Hors-série | 2016, mis en ligne le 01 septembre 2016, consulté le 19 avril 2019. URL : <http://journals.openedition.org/tourisme/1237> ; DOI : 10.4000/tourisme.1237.
- GERBAUX, Françoise et Emmanuel GEORGE-MARCELPOIL, 2004. « Introduction. Vers une prise de conscience du problème de la gouvernance dans les stations de montagne », FACIM ; *Stations de montagne, vers quelle gouvernance ?*, Editions *Comp'act*, pp. 15-18.
- GIEC- Groupe Intergouvernemental d'Experts sur l'Évolution du Climat (2020). Bilan 2020 des changements climatiques : impacts, adaptation et vulnérabilité. (Résumé à l'intention des décideurs), 39 p.
- GODARD Olivier, 1992. « L'environnement, une polysémie sous-exploitée », In JOLLIVET M.arcel (dir), pp. 337-344.

- JOLLIVET Marcel et Alain PAVE, 1993. « L'environnement : un champ de recherche en formation », *Natures, Sciences. Sociétés*, 1 (1) : pp. 6-20.
- KALAORA Bernard, 1993. « Le sociologue et l'environnement. La longue marche vers la science pragmatique : arpenteur du social ou conseiller du Prince ? », *Natures, Sciences. Sociétés*, 1 (4), pp. 309-315.
- KNAFOU Remy, 1997. *Atlas de France, Volume Tourisme Loisirs*, Paris : La Documentation Française, Reclus, 109 p.
- LOZATO-GIOTART Jean-Paul, Emile LEROUX, Michel BALFET, 2012. *Management du tourisme : Territoires, offres et stratégies*, Paris : Pearson, 400 p.
- MARTIN Boris, 2002. *Voyager autrement : vers un tourisme responsable et solidaire*, Paris : Editions Charles Léopold Mayer, 161 p.
- METZGER Pascal, 1994. « Contribution à une problématique de l'environnement », dans *Cahiers des Sciences humaines*, n°30, pp. 595-619.
- MICHEL Frank, 2000. *Désirs d'ailleurs*, Paris : Armand Colin, 272 p.
- MTTA-Ministère du Tourisme et des Transports Aériens (2007). *Bulletin des statistiques touristiques*, Direction des Etudes et de la Planification, 8 p.
- NICOLAS Bernard, Bouvet YVANNE et René-Paul DESSE, 2004. « Le tourisme sur le littoral atlantique de l'Argentine ; évolutions des pratiques et organisation spatiale », *Géo carrefour*, vol.792, pp.119-130.
- RENARD Jean, 1984. « Le tourisme : agent conflictuel de l'utilisation de l'espace littoral en France ». In: *Norois*, n°121, La France et la gestion du milieu marin et côtier, pp. 45-61.
- SUPIZET Jean, 2002. *Le management de la performance durable*, Paris, Editions Organisations, 277 p.
- TALANDIER Magali, 2008. « Le tourisme, moteur de la revitalisation des espaces ruraux français », *Les Cahiers Espace*, 98, pp. 132-138.
- TISSOT Laurent, 2000. *Naissance d'une industrie touristique, les Anglais et la Suisse au XIX<sup>e</sup> siècle*, Lausanne, Payot, Coll. « Histoire », 302 p.
- VIOLIER Philippe (dir.), 2013. *Le tourisme : un phénomène économique*, Paris, La Documentation Française, 210 p.
- VIOLIER Philippe, 2008. « Dynamiques du tourisme le long des côtes atlantiques », *Norois*, En ligne], 206 | 2008/1, mis en ligne le 01 mars 2008, consulté le 14 février 2021. URL: <http://journals.openedition.org/norois/205>; DOI: <https://doi.org/10.4000/norois.205>
- VLES, Vincent, 2006. *Politiques publiques d'aménagement touristique*. Bordeaux : Presses Universitaires de Bordeaux, 403 p.