Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Sante Publique,
Volume (4) N 1
ISSN :1987-071X e-ISSN 1987-1023

Janvier - Juin 2022

http://revue-rasp.org

Directeur de Publication : Prof Abdoulaye Ag Rhaly

Editeur : Bamako Institute for Research and Development Studies Press

www.b-institute.ml

www.b-institute.org

Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, Volume 4 (1) Janvier-Juin 2022

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

Directeur de publication / Publication director
Pr. Abdoulaye ag Rhaly, Professeur émérite en médecine, Université de Bamako

Rédacteur en Chef / Editor in chief
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 rédacteur en chef de la RASP (France) ;

Rédacteur de Section / Section Editor
Pr Galy Kadir Abdelkader (HDR) Psychopédagogue, Université Abdou Moumouni de Niamey (Niger);
Pr Soumaila Oulalé, Vice-Doyen, Faculté des Sciences Sociales, Université de Ségou (Mali) ;

Managing Editor / Redacteur Scientifique
Dr Maciré Kanté, University of Johannesburg, Johannesburg, South Africa ;

Comité de rédaction
Pr. Pierre Philippe Rey, Professeur émérite Université de Paris 8 (France) ;
Pr. Hamidou Magassa, SERNES, Bamako, Mali ;
Pr. Abdoulaye Niang, Université Gaston Berger de Saint Louis du Sénégal, (Sénégal)
Pr. Soumaya Naamane Guessous, sociologue, université, Casablanca (Maroc);
Pr Atime Agnou, Université de Bamako, Mali ;
Pr. Adégné Niangaly, Médecin spécialiste de santé communautaire, directeur de recherche (Mali) ;
Pr. Samba Diop, USTTB, Bamako (Mali) ;

Comité de lecture

Pr. Marie-Claude, Foument, Directrice de publication des cahiers de l'infantile, Université de Paris 13 ; Dr. Kojo Opoku Aidoo, chef de département études Africaines, Université du Ghana, Legon ; Dr. Jaak Le Roy, institut Healthn et, topo, louvain ; , Dr. Assah N'Detibaye, maître assistant, Université de N'Djamena ; Pr. Roch Yao Gnabeli, Université de Cocody, Abidjan ; Mlle. Virginie Dégorge, Université de Paris 7 ; Dr. Modibo Diarra, Ministère de la Santé et d'hygiène publique, Bamako ;; Pr. Moustapha Tamba, Université Cheikh Anta Diop, Dakar ;Dr. N'Dongo M'baye sociologue et journaliste, Paris, France ; Dr. Emile Moselly Batamack, Président de l'Université populaire Méroé Africa, Paris ; Dr. Meriem Bouzid, maître de recherche, CNRPAH, Alger; Dr. Faouzia Belhacheim, Université de paris 8 ;Dr Ousmane Touré, maître de recherche, I.N.S.P, Bamako; Pr. Gertrude N'Deko longonda, Université Marien N'gouabi, Brazzaville ; Pr. Moussa Sacko, INSP, Bamako ; Pr. Fatou Sarr, IFAN, Université Cheikh Anta Diop, Dakar ; Dr Soumaila Oulalé, Vice Doyen, Faculté des Sciences Sociales, Université de Ségou ; Dr. AKE DJALIAH FLORENCE Epse. AWOMON, Institut de Géographie Tropicale, Université Félix Houphouët Boigny, Côte d'Ivoire; ; Pr SAIZONOU Zinsou Jacques, Médecin, PhD, Maître de Conférences Agrégé en Santé Publique et Epidémiologie, Institut Régional de Santé Publique-Comlan Alfred QUENUM Ouidah, Université d'Abomey-Calavi/ Bénin;

Secrétariat de rédaction

Fanta Kanté, Bamako Institute for Research and Development Studies Press, Bamako, Mali ; Silamakan Kanté, doctorant, Institut de Pedagogie Universitaire, Bamako, Mali

Un CAP à maintenir

La RASP a vu le jour en janvier 2010 à travers son premier numéro : le numéro 00. Nianguiry Kanté, initiateur et co-fondateur de la RASP, est décédé le 13 septembre 2021. Neuf mois après la disparition de son co-fondateur et

corédacteur en chef en la personne de Nianguiry Kanté, la RASP publie son deuxième numéro sous la direction de son ami et rédacteur en chef Olivier Douville. D'ailleurs, la RASP organise un colloque international en Septembre 2022 pour rendre hommage au professeur Kanté (https://easychair.org/cfp/CINi-2022). Les articles issus de ce colloque seront publiés dans un numéro spécial de la RASP

Par ailleurs, La RASP dont les articles sont reconnus par le Conseil Africain et Malgache pour l'Enseignement Supérieur (CAMES) a permis à de nombreux chercheurs d'obtenir des avancements ou hiérarchisations au niveau du CAMES. La revue est également indexée dans BASE (base de données académique d'indexation et d'archivage de Bielefeld University). Les articles publiés proviennent d'une vingtaine de pays d'Afrique, d'Europe, et d'Amérique. D'ailleurs, le présent numéro (Volume 4, numéro 1) contient 13 articles scientifiques d'auteurs venant du Mali, du Niger, de la Côte d'Ivoire, du Burkina Faso et du Benin.

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

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

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

SOMMAIRE
Articles

Analyse des facteurs environnementaux d'émergence et de développement de maladies en commune VI du District de Bamako
Aïssata IBRAHIM, Souleymane S. TRAORE …….1-10

Croyances des enseignants du primaire sur le handicap et conditions favorisant l'inclusion scolaire d'enfants en situation de handicap au Niger
Abdelkader Ghaly, Moussa Issa Evaristo 11-23

Représentations sociales des grossesses précoces chez les élèves du district d'Abidjan
Zoumana MEITE, Moustapha SYLLA …….24-37

Les effets de l'orpaillage par drague sur la biodiversité aquatique de l'affluent Baoulé dans la commune rurale de Kémékafo, région de Dioila
Fatoumata Maiga, Abdoulkadri Oumarou Touré, Ahamadou Diya, Issa Ouattara, Sidiki Doumbia ……38-47

Prévalence et facteurs associés aux grossesses en milieu scolaire au Bénin en 2021
Félicité AKOHA, Joseph AKA, Théodore SOUSSIA, Issaka TIEMBRE, Edgard Marius D. OUENDO …….48-63

Active Dépistage actif vers dépistage passif de la Trypanosomiase Humaine Africaine en Côte d'Ivoire: impact sur l'efficacité de la lutte médicale
Débégnoun Marcelline SORO, Christelle MLAN Adjoua Elodie, Bamoro Coulibaly, Valentin Kouassi Nanan..64-75

Expansion urbaine et couverture en structures sanitaires dans la commune d'Abobo
Appoh Charlesbor KOBENAN ……76-87

Perceptions et pratiques à risque face au Covid-19 dans les milieux de coiffure et de tresse des femmes à Abidjan
Noel Kouadio AHI, Zoumana Coulibaly, N'cho Bertin TCHIEKOI, Dramane KABA ……..88-97

Mutations de l'habitat dans la ville de Divo (Côte d'Ivoire): L'évolution de l'habitat à Divo : des tendances anciennes aux tendances nouvelles
Deagai Parfaite DIHOUEGBEU …….…….98-112

« Moi j'ai pitié de moi-même ! » : le vécu ordinaire d'un enfant drépanocytaire à Bamako
Abdourahmane Coulibaly …….……..113-123

Abandon de famille par le père et maltraitance infantile en milieu urbain ivoirien : le cas de la commune d'Abobo (Abidjan-Côte d'Ivoire)
Goore Roland Kouame Bi ……..……..……..124-135

Gestion Des Dechets Menagers et Sante a Sebouafla dans la ville de Vavoua (Côte D'ivoire)
Moussa COULIBALY, Drissa TRAORE, DJALIAH FLORENCE AKE Epse. AWOMON……..…..136-151

Facteurs associés aux abandons ou changements de méthodes contraceptives modernes à Ouagadougou au Burkina Faso.
Smaïla Ouédraogo, Maurice Sarigda, Bouanga Parfaite Gaëlle Nzieffe …….……..152-162

Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Sante Publique, Volume 4 (1)
ISSN :1987-071X e-ISSN 1987-1023
Reçu, 21 décembre 2021
Accepté, 19 janvier 2022
Publiée, 26 janvier 2022
http://www.revue-rasp.org

Type d'article : *recherche* ***identifiant :ark:/00000/RASP.v4i1.154***

Analyse des facteurs environnementaux d'émergence et de développement de maladies en commune VI du District de Bamako

Aïssata IBRAHIM [1], Souleymane S. TRAORE [1, *]

[1] Enseignant-Chercheur, Département de Géographie, Faculté d'Histoire et de Géographie, Université des Sciences Sociales et de Gestion de Bamako

***Correspondance :** sstraore@yahoo.fr ; Tel : +223-64-36-33-91

Résumé :
L'urbanisation incontrôlée des villes africaines a engendré une dégradation du cadre de vie des citadins affectant ainsi leur état de santé notamment dans les zones dépourvues de système d'assainissement adéquat. Soumise à une forte croissance urbaine avec son corollaire de déficit de services d'assainissement, la commune VI du District de Bamako n'échappe pas à cette situation. On constate la propagation de nombreuses pathologies posant ainsi des problèmes de santé publique. Dans le but de mettre en exergue les interrelations entre facteurs environnementaux et la prévalence de certaines maladies, une enquête exploratoire a été menée auprès de 329 ménages en février 2018. Les données ont été analysées avec les méthodes de statistique descriptive. Les résultats montrent que la commune VI connait une insalubrité grandissante affectant l'environnement et la santé des populations. Le manque d'un système d'assainissement adéquat et l'insuffisance d'ouvrages sont à la base des problèmes d'hygiène en commune VI. Les principales maladies révélées par les enquêtes sont surtout le paludisme, les infections respiratoires aigües (IRA) et les maladies diarrhéiques. Ceci met en exergue le problème d'assainissement et son corolaire de maladies liées aux problèmes environnementaux affectant les populations. Le poids prépondérant des conditions environnementales dans l'occurrence de ces pathologies permet de conforter les conceptions sur les liens entre santé et environnement. Par ailleurs, ces interactions traduisent l'incidence des conditions de vie très précaire d'une marge importante de la population. Ces résultats suggèrent une approche intégrée des questions de santé, d'environnement et de pauvreté dans les politiques de développement urbaines.
Mots clés : Hygiène, maladie, environnement, santé, commune VI de Bamako.

Abstract
The uncontrolled urbanization of African cities has led to a deterioration in the living environment of city dwellers, affecting their state of health, especially in areas lacking an adequate sanitation system. Subject to a strong urban growth with its corollary of lacks of sanitation services, commune VI of the District of Bamako is not an exception of this situation. One notice the spread of many pathologies posing public health problems. In order to investigate the interrelationships between environmental factors and the prevalence of some diseases, an exploratory survey was carried out among 329 households in February 2018. The data were analysed using descriptive statistics methods. The results show that the commune VI is experiencing increasing insalubrity affecting the environment and the

health of the populations. The lack of an adequate sanitation system and the insufficiency of works are at the base of the hygiene problems in commune VI. The main diseases revealed by the surveys are mainly malaria, acute respiratory infections (ARI) and diarrheal diseases. This highlights the problem of sanitation and its corollary of diseases linked to environmental problems affecting populations. The preponderant weight of environmental conditions in the occurrence of these pathologies makes it possible to consolidate views on the links between health and the environment. Moreover, these interactions reflect the impact of the very precarious living conditions of a large margin of the population. These results suggest an integrated approach to health, environment and poverty issues in urban development policies.
Keywords: Hygiene, disease, environment, health, commune VI of Bamako

1. Introduction

L'urbanisation est l'un des phénomènes les plus marquants du 21ème siècle qui modifie la vie et l'environnement en milieu urbain. Elle s'impose à toute la planète et crée des inégalités au sein des villes et des citadins. Dans la plupart des grandes villes africaines on assiste à une prolifération de dépôts anarchiques d'ordures ménagères sur les voies et les espaces publics, le long des cours d'eau et près des habitations (Koné-Bodou-Possilétya et al., 2019 ; Bagalwa, 2013 ; Sy et al., 2011 ; N'Guettia, 2010 ; Dongo et al., 2008 ; Sané, 2002). Cette situation multiplie des conditions bioécologiques propices à l'amplification de germes pathogènes responsables de nombreuses maladies (Mouchet, 1991 ; Feachem et al., 1987).

De nombreuses études sur l'environnement urbain et la santé ont été réalisées dans plusieurs villes africaines : Brazzaville au Congo (Dorier-Apprill, 1993), Maradi au Niger (Salem et Jannée, 1989), Pikine (Salem, 1998) et Rufisque au Sénégal (Sy, 2006), Mopti au Mali (Dorier-Apprill, 2002), Abidjan en Côte d'Ivoire (Koné, 2008 ; Dongo et al., 2008). Ces études ont permis d'apporter d'importants éclairages sur les liens entre urbanisation, environnement et santé. Ces travaux ont articulé les risques sanitaires multiformes rencontrés avec les conditions environnementales des milieux de vie des communautés (Sy, 2006 ; Wyss et al., 2002). Malgré ce nombre de recherches conduites en la matière, de nombreux points d'ombres restent toujours à éclairer et aussi le problème santé urbaine en lien avec l'environnement et l'urbanisation reste assez complexe, ce qui nécessite toujours des études de cas pour mieux élucider le problème et proposer des solutions idoines. Ce qui a motivé le cas d'étude de la commune VI du District de Bamako, capitale d'un pays enclavé.

Bamako, la capitale du Mali, abritait une population de 2 488 641 habitants en 2019 selon les estimations de la Direction Nationale de la Population (DNP, 2018). Le rythme annuel de croissance démographique de Bamako est rapide soit 4% entre 1987 et 1998 et 5,4% entre 1998 et 2009 dépassants ainsi la moyenne nationale estimée à 3,6%. Le contexte démographique de la Commune VI du district de Bamako n'est pas une réalité isolée. Sa population était estimée à 221 258 habitants en 1998, elle est passée à 469 662 habitants en 2009 pour atteindre 645 627 habitants en 2019. Malgré cette forte augmentation de la population, la plupart des quartiers de la commune, ne dispose pas de système d'assainissement efficace et les ouvrages sont vulnérables à la pollution. La précarité des logements s'affiche dans bon nombre de ces quartiers. Ce qui n'est pas sans conséquences sur l'hygiène de l'espace domestique et la santé des ménages. La quantité de déchets produits en Commune VI était de 322 709m3 en 2016, elle augmente à 542 442 en 2017 (DRACPN, 2018). Malgré cette forte production de déchets, les infrastructures d'assainissement sont défaillantes pour la plupart, avec un déficit de conception et de réalisation. Les eaux usées sont déversées dans les rues et les caniveaux conçus pour le drainage sont devenus en même temps des déversoirs d'ordures pour certains ménages. Certains quartiers sont surpeuplés et ne disposent pas toujours d'infrastructures adaptées pour satisfaire une

demande sociale massive en termes d'hygiène et d'assainissement. Alors que l'absence de ces services de base engendre de mauvaises conditions d'hygiène favorables au développement des germes responsables de nombreuses maladies (Salem et Jannée, 1989). L'objectif de ce travail est donc de vérifier les interrelations entre facteurs environnementaux et la prévalence de certaines maladies en commune VI du district de Bamako.

2. Matériels et Méthodes

2.1. *Présentation de la zone d'étude*

La commune VI (Figure 1) est limitée au nord par le fleuve Niger, au sud et à l'est par la commune de Kalaban Coro et à l'ouest par la commune V. Elle couvre une superficie d'environ 8 882 ha soit 38% de la superficie de la ville avec dix (10) quartiers : Sogoniko, Faladié, Banankabougou, Magnambougou, Yirimadio, Sokorodji, Dianeguéla, Missabougou, Niamakoro et Sénou. Le relief est accidenté avec la présence de quelques collines et plateaux. Le climat est de type soudanien caractérisé par une saison pluvieuse qui va de juin à octobre et une saison sèche plus longue qui va d'octobre à mai. La température moyenne mensuelle varie entre 24,3°C en décembre et 32,2°C en mai ; avec une pluviométrie annuelle oscillant entre 800 et 1 000 mm par an. La végétation est la savane dominée par de grands arbres comme *Kaya senegalensis*, *Vitellaria paradoxa*, *Mangifera indica L.*, *Azadirachta indica, Parkia biglobosa, Eucalyptus globulus*... Les sols sont argileux ou limoneux sableux. La commune est arrosée par quelques cours d'eau qui sont le *Sogominko* et ses affluents *(Koflatié; Flabougou; Niamakoro*), le *Koumankou* et son affluent (*Boumboufala*) et le *Babla*. La commune est peuplée de 47 269 habitants répartis entre 76 436 ménages dont 231 763 femmes et 238 506 hommes avec un taux d'accroissement annuel de 9,4% (RGPH, 2009).

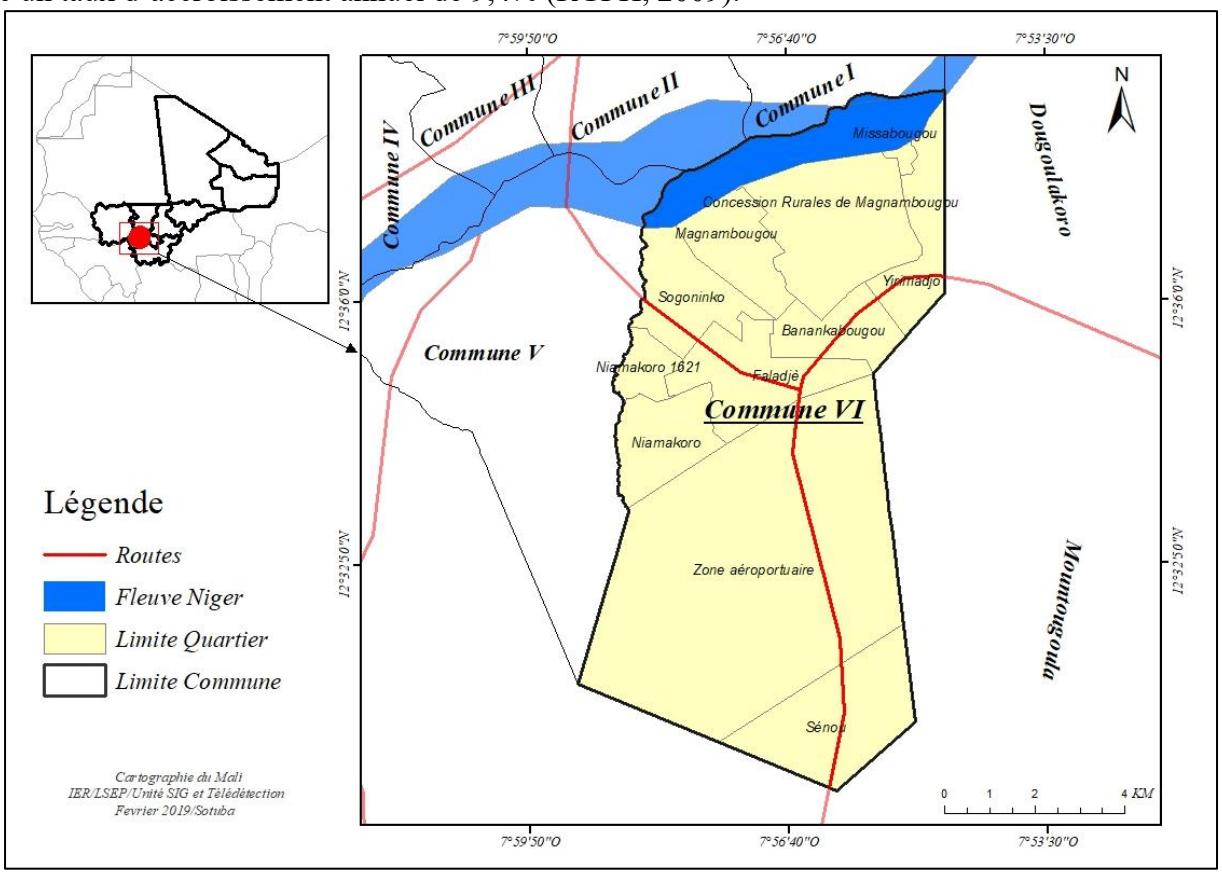


Figure 1: Carte de localisation de la commune VI du District de Bamako

2.2. Collecte des données

Les questions d'environnement et de santé relèvent des préoccupations des ménages. Dans ce cas, apprécier à partir des opinions les questions de santé et d'environnement revient à s'intéresser prioritairement aux ménages. Ainsi avec un objectif de toucher 10% des secteurs, sur 433 secteurs d'énumération selon les données cartographiques de l'INSTAT et du RGPH de 2009, un total de 43 a été retenu. Ensuite un travail de terrain a permis de dénombrer les concessions, secteur par secteur, ilot par ilot. Ceci a permis de dénombrer un total de 6 563 concessions pour l'ensemble des 43 secteurs. Un tirage aléatoire systématique de 5% des concessions dans les 43 secteurs retenus a permis d'obtenir 329 concessions pour les enquêtes. A l'intérieur de chaque concession, un ménage est retenu et une personne a été enquêtée (le chef de ménage ou son remplaçant). Cette méthode paraît appropriée du fait que les individus spatialement proches présentent les mêmes caractéristiques. Le déroulement de l'enquête a eu lieu au mois de février 2018 et s'est étalé sur deux semaines dans les différents secteurs concernés.

2.3. Analyse des données

Les données collectées ont été codifiées et saisies dans une base de données SPSS IBM version 20. Elles ont été ensuite soumises à différentes méthodes de traitements selon des questions d'analyse bien précises pour montrer les liaisons entre les différentes variables étudiées. Il est assorti de ces analyses, des tableaux de fréquence qui ont été interprétés en fonction des besoins et des objectifs de l'étude. La dernière partie a concerné la cartographie de répartition des cas de maladie en utilisant des outils de géomatique. Sur les 329 concessions enquêtées, seules les 182 concessions ayant signalé des cas de maladies durant les 30 jours précédant les enquêtes ont été considérées dans les analyses.

3. **Résultats**

3.1. Caractéristiques socio démographiques de la population

Le tableau (1) montre la structure par sexe et par âge des personnes enquêtées. Il peut être observé que la majorité des enquêtés est de sexe féminin 54,1% (178 femmes) du total contre 45,9% (151 hommes). Le nombre élevé de répondant féminin est lié au fait que le moment de déroulement des enquêtes (entre 8h et 13h) les hommes étaient absents de la maison à cause de leur occupation quotidienne. L'âge des répondants varie entre 17 ans et 81 ans avec une moyenne de 39 ans. Les jeunes de moins de 45 ans sont plus nombreux et constituent respectivement 35,9% des enquêtés. Ce qui signifie la jeunesse de la population de la Commune VI en particulier et du pays en général. En se référant sur les niveaux d'éducation, il peut être observé qu'environ 39,2% des enquêtés n'ont aucun niveau d'éducation formelle. Sur l'ensemble 12,5% ont été alphabétisés et 20,1% ont atteint le niveau fondamental de l'enseignement. Pour les autres niveaux, environ 11,6% ont atteint le niveau secondaire et 11,2% le niveau supérieur. Le tableau montre enfin que 50,5% des enquêtés vivent dans leur propre maison contre 45,9% qui sont en location.

Tableau 1: Structure socio démographique des enquêtés

Sexe	**Effectif (N=329)**	**Pourcentage**
Homme	151	45,9
Femme	178	54,1
Tranche d'âge		
Moins de 31 ans	100	30,4
31 ans à 44 ans	118	35,9
45 ans à 59 ans	57	17,3
Plus de 59 ans	54	16,4

Niveau d'instruction		
Aucun	129	39,2
Alphabétisé	41	12,5
Fondamental	66	20,1
Secondaire	38	11,6
Supérieur	37	11,2
Autre	14	4,3
Statut Concession		
Propriétaire	166	50,5
Locataire	151	45,9
Hébergé	12	3,6

Source : enquêtes A. Ibrahim, Fév.2018

3.2. Fréquences des cas de maladie en relation avec les tranches d'âge

Les fréquences avec lesquelles les symptômes et syndromes ont été mentionnés ont permis de catégoriser les principaux problèmes de santé publique ressentis par les ménages. Il s'agit du paludisme, les infections respiratoires aigües (IRA), les maladies diarrhéiques, les maladies chroniques, les maladies gastriques, l'anémie et autres maladies. Les autres maladies sont surtout des syndromes traumatologiques, des blessures, des affections oculaires, des affections dermatologiques et autres petites plaies. Parmi ces principaux problèmes de santé perçus, le syndrome paludisme et les IRA arrivent en tête avec respectivement 62% et 18% de cas de maladies déclarées (Tableau 2). Il ressort aussi des analyses que les jeunes de 0 à 31ans ont été plus nombreux à contracter une maladie pendant les 30 jours qui ont précédé les enquêtes. En effet sur un total de 182 cas de maladies signalés, 132 cas ont été signalés chez les jeunes avec 88 cas de paludisme, 26 cas d'IRA et 10 cas d'autres maladies (brûlures, mal de main, fractures de jambes…). Ils sont suivis par ceux qui ont entre 59 et 73 ans qui ont enregistré au total 15 cas de maladies dont 5cas de paludisme, 6 cas de maladies chroniques. Ceci nous amène à affirmer que les jeunes enfants et les vielles personnes sont les plus exposés aux maladies liées à l'environnement comme le paludisme.

Tableau 2: Fréquence des maladies dans les ménages ayant déclaré des cas de maladie

	Maladies							
Tranche d'âges	Anémie	Autres	Gastrique	IRA	Maladie chronique	Maladie Diarrhéique	Palu	Total
0-31	0	10	2	26	2	4	88	132
31-45	1	2	0	1	1	0	4	9
45-59	0	2	0	2	2	0	6	12
59-73	0	1	1	1	6	1	5	15
ND	0	1	0	2	0	1	10	14
Total	1	16	3	32	11	6	113	182
Pourcentage	0,5	8,8	1,6	17,6	6,0	3,3	62,1	100

Source : enquêtes A. Ibrahim, Fév.2018

3.3. Relation entre pathologie et cadre de vie en commune VI de Bamako

La prévalence de certaines maladies comme le paludisme et les IRA est logiquement liée aux conditions d'hygiène et d'assainissement qui favorisent le développement et la circulation des germes pathogènes. Le tableau (3) met en relation la présence des maladies et le cadre de vie en commune VI de Bamako. Une bonne partie des ménages ne dispose pas d'un système adéquat d'évacuation des ordures domestiques ; ils déversent systématiquement leurs déchets ménagers dans les recoins de la concession, sur les terrains vagues, voies publiques. En effet les résultats montrent que le paludisme et les IRA sont recensés en grande partie dans les ménages qui jettent les ordures et les eaux usées dans

la nature c'est à dire devant la maison ou dans la rue (52 cas de paludisme et 15 cas d'IRA) et ceux qui déversent les eaux usées dans les puisards creusés à l'intérieur de leur habitation (38 cas de paludisme et 16 cas d'IRA). Pour les types d'aisance utilisés, il peut être aussi remarqué que le grand nombre de cas de maladie a été enregistré dans les ménages utilisant des latrines communes (68 cas de paludisme et 16 cas d'IRA) et dans latrine privée traditionnelle, c'est-à-dire sans chasse d'eau (32 cas de paludisme et 9 cas d'IRA). Quoiqu'il en soit l'utilisation du type de toilette a un impact sur la santé des ménages. Ce qui implique que le type de toilette utilisée impacte sur la santé de l'individu. La latrine commune est utilisée par plusieurs personnes n'ayant pas les mêmes comportements hygiénistes, ce qui contribue à dégrader les conditions d'hygiène. En plus dans la plupart des concessions les latrines ne sont pas distantes des chambres habitées et les cuisines ; facteur générant les vecteurs de maladies qui sont invisibles à l'œil nu mais dangereux pour la santé de l'homme.

Tableau 3: Distribution des maladies selon le cadre de vie

	Anémie	Autre	Gastrique	IRA	Maladies chroniques	Maladies Diarrhéiques	Palu	Total général
Infrastructures de gestion des déchets (n=182)								
Autre	0	1	0	1	0	0	2	4
Caniveaux	0	0	0	0	0	0	12	12
Dans la nature	1	12	2	15	7	5	52	94
Fosse	0	2	0	0	0	0	8	10
Puisard	0	1	1	16	4	1	38	61
Réseau d'égout	0	0	0	0	0	0	1	1
Types d'aisance utilisée (n=182)								
Privée sans chasse d'eau	0	1	1	9	2	0	32	45
Commune avec chasse	0	2	0	4	0	0	8	14
Latrine privée	0	2	0	3	1	1	4	11
Latrine commune	1	11	2	16	8	5	68	111
Autres	0	0	0	0	0	0	1	1

Source : enquêtes A. Ibrahim, Fév.2018

3.4. Distribution spatiale des cas de maladies en commune VI de Bamako

La figure (2) montre la répartition spatiale des cas de maladie dans la commune. Les zones les plus touchées sont celles de Yirimadio qui a enregistré le plus grand nombre de cas de maladie avec une importance particulière dans les secteurs 11 (18 cas) ; 21 (11 cas) ; 51 (31 cas) et 361 (10 cas). Ensuite viennent les quartiers de Banankabougou secteur 341 (18 cas) ; de Sogoniko secteur 161 avec 15 cas ; de Niamakoro secteurs 221 et 201 avec respectivement 12 et 11 cas de maladie. Le quartier ayant enregistré moins de cas de maladie est celui de Faladié (secteurs 271 et 401, avec chacun 10 cas). A Sénou, des cas de maladie ont été signalés dans tous les secteurs enquêtés sans exception. Ainsi, il a été remarqué que toutes ces maladies sont liées à l'insalubrité spatiale.

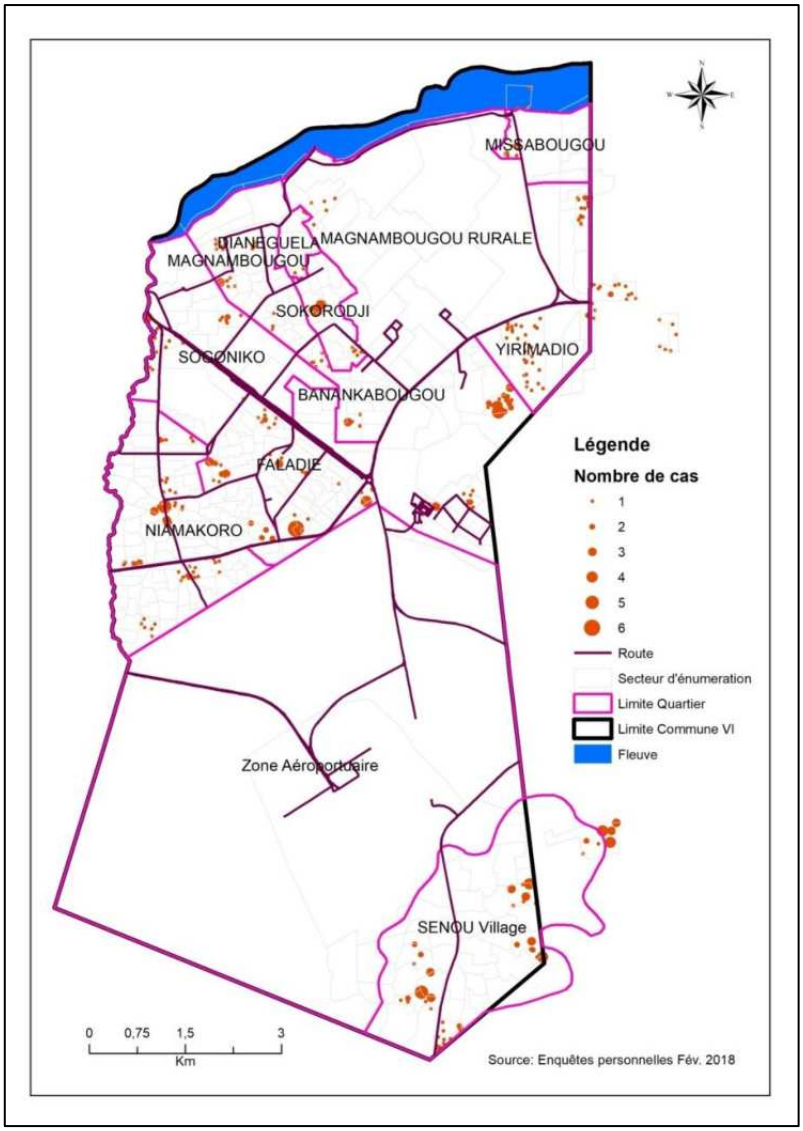


Figure 2:Carte de répartition des maladies par secteur en commune VI du District de Bamako

4. Discussion

L'analyse des résultats nous ont permis d'identifier les maladies les plus récurrentes relatives aux facteurs environnementaux. Le paludisme et les IRA sont les maladies les plus répandues dans la commune VI avec respectivement 34,35% et 10% de taux de prévalence sur l'ensemble des ménages ayant eu au moins un membre malade au cours du mois précédant les enquêtes. Chez les ménages ayant déclaré des cas de maladies, le paludisme vient en tête (62,1%), puis les IRA (17,6%) et en fin les maladies diarrhéiques. Ce sont les maladies les plus fréquentes dans la commune. Le paludisme est connu comme étant la première cause de morbidité et de mortalité au Mali et dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne (WHO, 2019). En 2018, selon le système d'information sanitaire, 2 614 104 cas de paludisme confirmés et 1001 décès ont été enregistrés et le paludisme constituait le premier motif de consultation avec un taux de 39% (Koné, 2020). Les travaux de Koné-Bodou Possilétya et *al.*, (2019) en Côte d'Ivoire et de Sy et *al.*, (2011) en Mauritanie concordent bien avec les résultats de cette recherche. Ces derniers ont trouvé que parmi les principaux problèmes de santé perçus dans la ville de Nouakchott, le paludisme arrivait en tête, puis suivait les maladies respiratoires et enfin en troisième position les maladies diarrhéiques. Les travaux de Somé et *al.*, (2014) ont également démontré que le paludisme était la maladie la plus récurrente et contractée le plus par la population

Burkinabè.

Les résultats de ce travail ont permis de mettre en exergue les conséquences d'une urbanisation non maîtrisée sur le cadre de vie des populations. La commune VI, tout comme le district de Bamako, a connu une extension accélérée. En effet la superficie bâtie de la commune est passée de 1198 ha en 1986 à 3364 ha en 2017 soit une augmentation de 2166 ha en 36 ans. Cette forte augmentation n'est pas accompagnée d'infrastructures d'assainissement adéquates et a engendré de mauvaises conditions d'hygiène dans toute la commune. Il existe 52 dépôts de déchets dans la commune VI parmi lesquels, un seul est sommairement aménagé contre neuf (09) non aménagés et 42 sont anarchiques (Bureau d'études « la soudanaise », 2011). Les déchets biomédicaux produits au niveau des différents centres médicaux sont traités à travers des incinérateurs. Toutefois, un bon nombre de ces incinérateurs ne sont pas appropriés. Ce qui fait qu'une bonne partie de ces déchets nocifs et dangereux se retrouvent dans les dépotoirs anarchiques. Il y a également deux centres de transformation des déchets organiques dans la commune qui sont aujourd'hui vétustes. En effet Les problèmes de santé révélés par les résultats de ce travail traduisent les conditions écologiques défavorables dans les zones étudiées notamment celles marquées par la pauvreté et la précarité. La propagation de maladies comme le paludisme, les IRA (infections respiratoires aigus), les maladies diarrhéiques s'explique par la présence de facteurs relatifs aux questions d'assainissement dans l'espace domestique et alentours ainsi qu'à la faible pratique de mesures d'hygiène. Les espaces les plus insalubres sont ceux qui sont plus exposés aux problèmes de santé. Ces résultats confirment les travaux de la Banque mondiale, 2018 a et 2018 b ; Koffi et *al.,* 2013 ; Kouadio et *al.,* 2006 qui liaient la prévalence des maladies à la précarité du cadre de vie. Ce qui fait que ces zones sont généralement confrontées à de sérieux problèmes de santé accentués par la pauvreté.

5. Conclusion

Cette étude a permis de mieux comprendre les interrelations entre les facteurs environnementaux et la prévalence de certaines maladies dans la commune VI du District de Bamako. La défaillance du système d'assainissement dans la commune a beaucoup contribué à la dégradation du cadre de vie. Cette situation impacte négativement la santé des populations. En effet, les problèmes de santé ressentis par les populations et les maladies les plus récurrentes illustrent une déficience dans les conditions d'hygiène de la majorité des ménages. Les principaux problèmes de santé signalés par les ménages sont principalement le paludisme, les IRA, et les maladies diarrhéiques. Les résultats des enquêtes ont montré que ces maladies répondent effectivement aux conditions écologiques défavorables dans les secteurs marqués par la précarité. La présence des maladies sus-indiquées s'explique par l'existence des facteurs relatifs à l'assainissement de l'espace domestique et alentours et la faible pratique de mesures d'hygiène. Les secteurs les plus insalubres sont ceux qui sont plus exposés aux problèmes d'assainissement et ce sont eux qui génèrent le plus de maladies. Donc, si l'apparition de certaines pathologies se mesure aux conditions d'hygiène, il y a là une preuve qu'il existe bien une interaction entre la santé et l'environnement en commune VI. Ainsi, ces résultats qui ont permis d'identifier les maladies liées à l'environnement dans la zone, constituent pour les autorités locales, des outils de prise de décision dans le cadre de l'aménagement urbain afin de créer un cadre de vie agréable aux populations. Dans cette perspective, une étude plus large sur tout le District de Bamako s'avère nécessaire afin de confirmer les tendances observées dans la commune VI.

Conflit of Intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

Références Bibliographiques

Bagalwa, M., Karume, K., Mushagalusa, N.G., Ndegeyi, K., Birali, M., Ziririane, N., Masheka, Z., et

Bayongwa, C., (2013). Risques potentiels des déchets domestiques sur la santé des populations en milieu rural : cas d'Irhambi Katana (Sud-Kivu, République Démocratique du Congo), VertigO – la revue électronique en sciences de l'environnement [En ligne], Volume 13, Numéro 2 | septembre 2013, URL : http://journals.openedition.org/vertigo/14085; DOI : 10.4000/vertigo.14085.

Banque mondiale, (2018a). Améliorer la collecte des déchets dans les quartiers pauvres de Maputo, [en ligne] URL : https://www.banquemondiale.org/fr/news/feature/2018/02/20/improving-service-delivery-in-maputos-poor-neighborhoods, consulté le 18 Octobre 2021.

Banque mondiale, (2018b). Moins de gâchis, plus d'économies : la gestion des déchets au cœur du développement durable, [en ligne] URL:https://www.banquemondiale.org/fr/news/feature/2016/03/03/waste-not-want-not---solid-waste-at-the-heart-of-sustainable-development, consulté le 18 Octobre 2021.

Bureau d'études « la soudanaise », (2011). Le plan d'urbanisme sectoriel de la CVI du district de Bamako, Rapport d'étude, 130p.

Dongo, K., Koffi Kouamé, F., Koné, B., Biém, J., Tanner, M., et Cissé, G., (2008). Analyse de la situation de l'environnement sanitaire des quartiers défavorisés dans le tissu urbain de Yopougon à Abidjan, Côte d'Ivoire, [VertigO] – La revue en sciences de l'environnement, Vol8 no3, 11p., [En ligne] URL : http://vertigo.revues.org/index6252.html.

Dongo, K., Kouamé, F.K., Koné, B., Biémi, J., Tanner M., et Cissé, G., (2008). Analyse de la situation de l'environnement sanitaire des quartiers défavorisés dans le tissu urbain de Yopougon à Abidjan, Côte d'Ivoire. VertigO - la revue électronique en sciences de l'environnement, [En ligne], Volume 8 Numéro 3 | décembre 2008, mis en ligne le 21 décembre 2008, URL : http://vertigo.revues.org/6252; DOI : 10.4000/vertigo.6252 DOI : 10.4000/vertigo.6252.

Dorier-Apprill, E., (1993). Environnement et santé à Brazzaville, de l'écologie à la géographie sociale. Thèse de Géographie, Université de Paris 10, 668p.

Dorier-Apprill, E., (2002). Enjeux environnementaux et risques sanitaires dans la ville. Berges, bas-fonds et îles de Mopti : des zones à risque, des espaces convoités. In Eau – Environnement – Santé, Editions ENSP, pp 221-235.

Feachem, R.G., Briscoe, J., et Mujibur Rahaman, M., (1987). Evaluation de l'effet sur la santé : approvisionnement en eau, assainissement et hygiène. UNICEF, ICDDR_B, CRDI (Centre de Recherchepour le Développement International), Ottawa, Canada, 86p.

Koffi, A., Téré, G., et Juvet, K.P., (2013). Problèmes environnementaux et risques sanitaires dans lesquartiers précaires d'Abidjan : cas de Yaosehi dans la commune de Yopougon, Revue de Géographie Tropicale et d'Environnement, n° 2, pp35-44.

Koné, B., (2008). Pollution lagunaire, risques sanitaires et environnementaux des populations riveraines de la lagune à Abidjan : cas de trois villages de la commune de Yopougon. Thèse de doctorat en Sciences et Gestion de l'Environnement de l'Université d'Abobo-Adjamé, Abidjan, Côte d'Ivoire, 305p.

Koné, C.D., (2020). Place du paludisme dans les consultations au centre de santé communautaire de Bancoumana dans le cercle de Kati, Mali, thèse de docteur en pharmacie, FPM, Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako, 78p.

Koné-BodouPossilétya, J., Kouamé, V. K., Fé Doukouré, C., Yapi, D. A. C., Kouadio, A. S., Ballo, Z. et Abiba Sanogo, T., (2019). Risques sanitaires liés aux déchets ménagers sur la population d'Anyama (Abidjan-Côte d'Ivoire). VertigO,19(1).

Kouadio, A.S., Cissé, G., Obrist, B., Wyss, K., et Zingsstag, J., (2006). Fardeau économique du paludisme sur les ménages démunis des quartiers défavorisés d'Abidjan, Côte d'Ivoire, VertigO - la revue électronique en sciences de l'environnement [En ligne], Hors-série 3 | décembre 2006, URL : http://journals.openedition.org/vertigo/1776; DOI : 10.4000/vertigo.1776.

Mouchet, J., (1991). Les maladies liées à l'eau dans la région Afrotropicale. Colloque pluridisciplinaire Géographie-Médecine sur l'eau et la santé en Afrique tropicale, Limoges, octobre, PULIM, pp. 47-59.

N'guettia, K. Y., (2010). Gestion des ordures ménagères d'Abidjan : Diagnostic, Mémoire de master spécialisé en génie sanitaire et Environnement, Fondation 2ie, Burkina Faso, 63 p.

Salem, G., (1998). La santé dans la ville. Géographie d'un espace dense : Pikine (Sénégal). Editions Karthala-ORSTOM, Paris, 360p.

Salem, G., et Jannée, E., (1989). Urbanisation et santé dans le Tiers-Monde : transition épidémiologique, changement social et soins de santé primaires. Collections Colloques et Séminaires, ORSTOM, Paris,548p.

Sané, Y., (2002). La Gestion des déchets à Abidjan : Problème récurrent et non Apparemment sans solution AJEAM /Ragee, 4 (1), pp. 13-22.

Some, Y.S.C., Soro, T. D., et Ouedraogo, S., (2014), Etude de la prévalence des maladies liées à l'eau et influences des facteurs environnementaux dans l'arrondissement de Nomgr-Masson : cas du quartier Tanghin (Ouagadougou-Burkina Faso), International Journal of Biological and ChemicalSciences, 8(1), pp. 289-303.

Sy, I., (2006). La gestion de la salubrité à Rufisque. Enjeux sanitaires et pratiques urbaines. Thèse dedoctorat de Géographie de la Santé à l'Université Louis Pasteur de Strasbourg, 563p.

Sy, I., Koita, M., Traoré, D., Keita, M., Lô, B., Tanner M., et Cissé, G., (2011). Vulnérabilité sanitaire et environnementale dans les quartiers défavorisés de Nouakchott (Mauritanie) : analyse des conditions d'émergence et de développement de maladies en milieu urbain sahélien. VertigO– la revue électronique en sciences de l'environnement [en ligne], Volume 11, No 2, 17p., URL :http://vertigo.revues.org/11174 ; DOI : 10.4000/vertigo.11174.

WHO, (2019). World malaria report 2019. Geneva: World Health Organization, ISBN 978-92-4-156572-1, 232p.

Wyss, K., Yemadji, N.D., Cissé, G., et Tanner, M., (2001). Gestion par leurs occupants d'environnements urbains défavorisés au Sahel. SIMPERVIRA n°10 Centre Suisse de Recherches Scientifiques (CSRS) Abidjan, 142 p.

© 2022 TRAORE, License Bamako Institute for Research and Development Studies Press. Ceci est un article en accès libre sous la licence the Créative Commons Attribution License (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0)

Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Sante Publique, Volume 4 (1)
ISSN :1987-071X e-ISSN 1987-1023
Reçu, 15 décembre 2021
Accepté, 26 janvier 2022
Publiée, 26 janvier 2022
http://www.revue-rasp.org

Type d'article : *recherche*

Croyances des enseignants du primaire sur le handicap et conditions favorisant l'inclusion scolaire d'enfants en situation de handicap au Niger

Ghaly Kadir Abdelkader [1,] *, Issa Evaristo Moussa [1]

[1] ENS (labo Edfordevin), Niamey, Niger

***Correspondance :** kader.galy@gmail.com

Résumé :
Au Niger, la scolarisation des enfants en situation de handicap est au centre des préoccupations des acteurs de l'école, malgré un contexte défavorable aux personnes handicapées (INS, 2015). Toutefois, les études sur cette question sont peu nombreuses. De plus, nous n'avons pas encore eu connaissance d'études publiées sur les perceptions du handicap chez les enseignants du primaire au Niger. Or, la connaissance de ces perceptions contribue à améliorer l'accès et la qualité de la scolarisation des enfants handicapés. Ce contexte nécessite donc d'identifier les croyances des enseignants sur le handicap et d'analyser leurs points de vue sur les conditions favorisant la scolarisation d'enfants handicapés. Cet article présente les résultats du volet quantitatif de d'une étude à travers un questionnaire administré à 83 enseignants représentant l'ensemble des enseignants des 8 écoles primaires pilotes accueillant des élèves en situation de handicap de la ville de Maradi. L'adaptation et la modification de l'enseignement que les enseignants disent mettre en œuvre constitue une condition favorable à la scolarisation des enfants en situation de handicap. L'interrogation consiste à chercher si la formation continue des enseignants joue un rôle favorable dans la transformation de leurs pratiques en faveur de l'inclusion.
Mots-clés : croyances, handicap, inclusion scolaire, conditions, adaptation de l'enseignement

Abstract

In Niger, the schooling of children with disabilities is a central concern for school stakeholders, despite an unfavorable context for people with disabilities (INS, 2015). However, there are few studies on this issue. Moreover, we are not yet aware of any published studies on the perceptions of disability among primary school teachers in Niger. However, knowledge of these perceptions contributes to improving access and quality of schooling for children with disabilities. In this context, it is necessary to identify teachers' beliefs about disability and to analyze their views on the conditions that promote the enrollment of children with disabilities. This article presents the results of the quantitative part of a study through a questionnaire administered to 83 teachers representing all the teachers of the 8 pilot elementary school for students with disabilities in the city of Maradi. The adaptation and modification of teaching that teachers say they implement is a favorable condition for the schooling of children with disabilities. The question is whether in-service training of teachers plays a favorable role in the

transformation of their practices in favor of inclusion.

Keywords : beliefs, disability, school inclusion, conditions, educational adaptation

1. Introduction

Au Niger, les lois fondamentales classent l'éducation au rang de priorité nationale et l'Etat a le devoir de garantir l'éducation de ses citoyens.
Dans ce cadre et pour atteindre les objectifs de la scolarisation primaire universelle (SPU) et offrir à tous les enfants une éducation de qualité, quels que soient leur milieu de provenance, leur sexe ou leur handicap (PSEF, 2014), le Niger, à travers sa politique éducative, a mis en œuvre plusieurs mesures et programmes (PDDE, 2003-2013 ; Lettre de politique éducative, 2013-2020 ; PSEF, 2014-2024). Cependant, d'importants obstacles freinent l'atteinte des objectifs liés à cette politique notamment l'accès effectif des couches défavorisées à la scolarisation (enfants issus des milieux ruraux, filles et enfants vivant avec un handicap entres autres) et la qualité de l'éducation offerte.
Depuis la déclaration de Salamanque (UNESCO, 1994) et les exhortations au niveau international pour la scolarisation des enfants en situation de handicap en milieu ordinaire, le système scolaire nigérien tend vers une école plus inclusive, à travers notamment l'amélioration de l'offre existante et la préparation des conditions nécessaires au développement d'une offre appropriée (PSEF, 2014).
Cette volonté politique de promouvoir la scolarisation des enfants handicapés, a conduit, la Direction des Enseignements de Cycle de Base 1 (DECP) du Ministère de l'Education Nationale, de l'Alphabétisation et de la Promotion des Langues Nationales, à travers sa Division Education Spécialisée (DES), à finaliser, en 2010, en collaboration avec les partenaires étatiques et la société civile œuvrant pour le droit à l'éducation pour tous, une stratégie nationale d'éducation des enfants en situation de handicap qui n'est jusque là pas encore mise en œuvre.
Toutefois, malgré ce contexte, les études sur le handicap sont peu nombreuses au Niger. En outre celles sur la scolarisation d'enfants en situation de handicap et les perceptions qui y sont attachées le sont encore moins.
A cet effet, étant donné que la légitimité de leur inclusion scolaire n'est plus remise en doute (Bélanger, 2006) et considérant la volonté ministérielle au Niger de scolariser ces enfants pour favoriser leur réussite scolaire et plus tard leur intégration sociale et professionnelle, la prise en compte des perceptions des enseignants dans le processus de scolarisation de cette catégorie d'élèves et le changement de pratiques pédagogiques en termes d'adaptation de l'enseignement aux besoins et capacités des élèves, constituent alors une voie à privilégier.
Dans le cas de cette recherche nous tenterons de comprendre comment ce phénomène est perçu par les enseignants des écoles primaires ordinaires du Niger accueillant ces enfants.
En Afrique, la stigmatisation voire la marginalisation dont sont victimes les personnes vivant avec handicap se trouvent être renforcées par leur statut économique précaire et les pesanteurs socioculturelles. L'origine du handicap se situe donc à travers une diversité de causes évoquées pour le justifier. Comme le confirme Heraud (2005), de nombreux présupposés préexistent sur les conditions du traitement des personnes handicapées dans les pays du sud.
Cependant, cette situation n'est pas uniquement propre au seul continent africain. Dans toutes les sociétés, la question du handicap suscite de nombreuses représentations et pratiques propres au milieu culturel. Ainsi, partout ailleurs, la différence par rapport à la norme sociale intrigue et fait peur. On observe alors souvent un certain rejet ou une méfiance vis-à-vis des personnes handicapées (Heraud, 2005). Et comme le rappelle Marion (2006), partout dans le monde, les comportements repérés face au handicap, relèvent de spécificités culturelles mais semblent ancrés dans des invariants, tel le rejet de l'altérité.

A partir des présupposés théoriques et des recherches sur le terrain, nous tenterons de présenter ce qui se pense et s'organise au tour du handicap selon les expressions de Gardou (2015).

Il s'agit en d'autres termes d'évoquer les croyances et les vérités admises; les images ou représentations du handicap, positives ou négatives ainsi que les stratégies adaptatives; les réponses en termes de dispositifs, structures et institutions éducatives.

Se rapportant à certaines des catégories sus-évoquées, beaucoup d'études se sont attelées à souligner les diverses croyances qui tournent autour de la personne handicapée et des causes supposées ou avérées du handicap. Plusieurs facteurs sont alors à prendre en compte dans l'explication des causes et conséquences du handicap

Dans le cadre de ses travaux au Sénégal, Diop (2012) montre que les causes du handicap issues des représentations des participants à l'étude sont d'ordre spirituel. Le handicap est alors attribué aux diables, aux mauvais esprits et aux génies.

En outre, ces causes relèvent aussi de l'ordre divin. Dans ce cas, l'arrivée d'un enfant handicapé serait due à une épreuve imposée par Dieu à quelqu'un pour mesurer le degré de sa foi. Là, il s'agit d'une conception qui relève de la fatalité et qui n'admet qu'une seule explication : la volonté divine.

Selon les cultures, plusieurs expressions ou proverbes sont utilisés pour exprimer cette volonté de Dieu. C'est ainsi qu'au Benin, comme le souligne Prévot (2011), un proverbe bien connu est : « le crayon de Dieu n'a pas de gomme ». Cette conception attribue au handicap un caractère irréversible et de ce fait, toute action envers l'enfant qui nait avec handicap demeure vaine.

Heraud (2005) rapporte que les causes du handicap sont classées dans six grandes catégories : la volonté de Dieu, le destin, l'action des génies, la colère des ancêtres, les caprices de jumeaux et les maladies résultant d'une attaque en sorcellerie.

Dans le même cadre, au Niger une étude similaire auprès des cadres de l'administration et autorités (Agbovi, 2009) souligne presque les mêmes schémas explicatifs du handicap. En effet, les représentations des participants à l'étude relèvent de 3 approches : traditionnaliste, religieuse et médicale.

Les points communs aux explications données sur les causes supposées du handicap tournent généralement autour de l'interdit et de la sanction.

Pour le cas de cette étude, nous procéderons par regroupement de l'ensemble des facteurs explicatifs du handicap en trois grandes catégories : les causes surnaturelles, naturelles et médicales.

Les croyances traditionnelles sont celles qualifiées de causes dites surnaturelles d'explication du handicap. Elles regroupent un ensemble de conceptions évoquant des forces extérieures, des entités surnaturelles se trouvant dans le monde invisible. Un monde où selon Heraud (2005) vivent les ancêtres, les esprits protecteurs ou persécuteurs. Dans le même sens, Reinberg (2014) précise qu'en Afrique, la liaison mystique avec les ancêtres divinisés est constante et active. Si les hommes les honorent, ils vivent dans la prospérité, mais s'ils les ont offensés ou négligés, les catastrophes, les maladies surviennent.

Cette négligence ou offense concerne la transgression des interdits, l'omission des sacrifices rituels recommandés, ou la profanation de certains lieux de culte (Agbovi, 2009).

Les explications se basant sur les causes surnaturelles du handicap ont trait au destin, aux génies, aux ancêtres, aux jumeaux, à la sorcellerie ou à l'envoûtement, etc. A ce niveau l'idée de sanction ou d'avertissement est très présente face à un mauvais comportement qu'aurait adopté un membre de la famille ou de la communauté.

Par ailleurs, comme l'affirme Poizat (2005), le discours, la pensée et les actes autour du handicap et de la vulnérabilité ne sont pas totalement dégagés de la sphère religieuse.

Les causes dites naturelles sont celles qualifiées de maladies de Dieu (Diop, 2012 ; Agbovi, 2009 ; Heraud, 2005). Elle relève de ce fait de l'ordre de la nature des choses. C'est la volonté de Dieu qui agit et par conséquent, on ne peut guère intervenir sur le cours de sa volonté. Il n'y a pas d'explication possible pour justifier sa maladie ou son handicap. Sa situation est juste considérée comme une épreuve que Dieu lui a envoyé et qu'il serait apte à surmonter.

Ainsi, contrairement aux causes surnaturelles, il n'y a pas d'idée de sanction, ni d'avertissement car la cause naturelle suffit à elle-même et la conduite sociale des individus n'est pas mise en cause (Heraud, 2005). Cette même idée est renforcée par Reinberg (2014) qui précise que la maladie, qu'elle soit somatique ou psychique est la manifestation à travers le malade d'une inconduite située à l'extérieur de ce dernier. Le malade subit une volonté qui s'impose à lui et devient le signe d'une faute échappant à sa conscience présente et donc à sa culpabilité.

Enfin, l'approche médicale, dite biologique aussi, explique le handicap d'un enfant par la malformation qui peut provenir de plusieurs facteurs : la transmission du handicap par hérédité, la négligence des consultations prénatales (CPN), la malnutrition, les maladies maternelles pendant la grossesse, la conséquence des tentatives d'avortement et de l'automédication. A cela s'ajoutent les erreurs médicales (accouchement, injection, etc.) et la poliomyélite.

Toutefois, dans les perceptions médicales, le handicap de la personne et les difficultés qui s'en suivent sont intrinsèquement attribués à sa déficience, à l'exclusion de tous les autres facteurs notamment sociaux et environnementaux qui peuvent constituer des obstacles ou facilitateurs à la réalisation des activités des personnes en situation de handicap ainsi qu'à leur participation sociale.

L'intégration d'élèves en situation de handicap nécessite également l'adaptation et la modification de l'enseignement pour compenser les effets de leur handicap. L'enseignant doit de ce fait tenir compte des particularités des élèves et de leurs besoins dans le choix des contenus, productions et outils (Touchard, 2012) dans le processus d'enseignement apprentissage. Bélanger (2006) et Gombert (2012) estiment qu'il existe un ensemble de stratégies que l'enseignant peut utiliser pour adapter son enseignement. Cette adaptation/modification de l'enseignement peut concerner l'adaptation du cadre de travail, des moyens et du contenu de savoir, la reformulation, la relecture, l'explicitation de la consigne orale, la simplification lexicale et syntaxique de la consigne écrite, l'enseignement coopératif (Gombert et al., 2008 ; Faure-Brac, Gombert et al., 2012)

Partant de ces considérations, nous formulons les questions suivantes :

Quelles sont les croyances des enseignants sur le handicap et sur les conditions favorisant la scolarisation d'enfants en situation de handicap au Niger ?

De façon spécifique, quelles sont les perceptions culturelles du handicap chez les enseignants du primaire au Niger ? Quel est le point de vue des enseignants sur les stratégies d'adaptation et modification de l'enseignement qu'ils mettent en œuvre? Quels liens existent-ils entre croyances sur le handicap et caractéristiques personnelles des enseignants ? Quels sont les facteurs qui influencent les stratégies d'adaptation et de modification de l'enseignement que les enseignants disent mettre en œuvre ?

Objectifs de la recherche

Cette recherche à pour objectif principal de comprendre les perceptions des enseignants sur le handicap et leurs appréciations des conditions favorisant la scolarisation d'enfants en situation de handicap du cycle primaire au Niger.

De façon spécifique, nous poursuivons les objectifs suivants :

- Identifier les perceptions du handicap chez les enseignants du primaire au Niger ;
- Analyser le point de vue des enseignants sur les stratégies d'adaptation et de modification de l'enseignement pour favoriser la scolarisation d'enfants en situation de handicap en milieu ordinaire du primaire ;
- Analyser les liens entre perceptions du handicap et caractéristiques personnelles des enseignants ;
- Identifier l'influence de la participation à la formation continue sur l'adaptation et de la modification de l'enseignement chez les enseignants.
-

1. Méthodologie

3.1 La détermination de la population d'étude

Notre étude concerne les écoles primaires de la ville de Maradi. Elles font partie des écoles ayant accueilli les premières expériences d'intégration et d'inclusion scolaire au Niger. Les participants à l'étude sont issus des 10 écoles pilotes partenaires de la mise en œuvre de l'inclusion/intégration scolaire dans le cadre du partenariat entre Handicap International, l'Unicef et le Ministère de l'enseignement primaire. Cependant, notre étude prendra en compte 8 écoles, étant donné que les 2 autres écoles relèvent du préscolaire. Au total, 83 enseignants sont concernés par l'étude.
Nous présentons dans le tableau ci-dessous la répartition de ces enseignants par école.

Tableau 1
Répartition des enseignants selon les écoles retenues

Ecoles	Effectifs	%
Ceinture verte	10	12,0
Festival 2	10	12,0
Lobit 1	2	2,4
Medersa quartier 1	11	13,3
Medersa Maïda Mamouda 2	19	22,9
Noma Kaka 1	11	13,3
Diori 1	16	19,3
Centre	4	4,8
Total	**83**	**100,0**

3.2 Les techniques de collecte de données

La collecte des données s'est réalisée à travers un questionnaire.
Pour Mongeau (2009), ce document peut être distribué selon différentes modalités : papier, courriel, page Web, etc. Pour notre cas, il s'agit d'un document papier sous forme de questionnaire individuel standardisé à travers lequel nous demandons aux participants de répondre par voie écrite.

3.3 Le déroulement de l'enquête

La collecte de données s'est faite au mois de mai 2018 après l'obtention des consentements des enseignants. Elle s'est effectué par l'administration d'un questionnaire à tous les enseignants participant à l'étude.
La passation du questionnaire s'est faite dans les écoles huit (8) retenues pour l'étude. A notre passage, nous avions distribué nous même les questionnaires aux enseignants et trois jours après, nous étions passé pour la collecte des questionnaires remplis.

3.4 Le dépouillement

Pour le traitement des données recueillies, le logiciel Statistical Package for Social Sciences 20 ([SPSS], version Windows) et Excel version Windows ont été mis à profit, ce qui a permis par la suite par la suite de procéder à l'analyse statistique des données collectées

2. Résultats

4.1 Caractéristiques socio-professionnelles des enquêtés

Cette partie présente la distribution des enquêtés selon leurs caractéristiques individuelles que sont le sexe, l'âge, le statut dans l'enseignement, le diplôme de qualification à l'enseignement, le nombre d'années de pratique de l'inclusion et la participation à la formation continue sur l'inclusion. Les données sont présentées dans le tableau ci-après.

Tableau 2
Caractéristiques socio-professionnelles des enquêtés

Caractéristiques socio-professionnelles des Enseignants enquêtés		n	%
Sexe	Féminin	74	90,2
	Masculin	8	9,8
Age	inf à 25	4	4,8
	26-30	10	12,0
	31-35	26	31,3
	36-40	21	25,3
	41-45	17	20,5
	46-50	3	3,6
	50 et plus	2	2,4
Statut	Fonctionnaire	42	51,2
	Enseignant contractuel	40	48,8
Diplôme de qualification à l'enseignement	CFEEN/IA	63	77,8
	CFEEN/I	11	13,6
	BEPC	6	7,4
	CAP/SS	1	1,2
Formation reçue sur l'inclusion	Enseignants formés	57	70,4
	Enseignants non formés	24	29,6
Nombre d'années de pratique de l'inclusion	Inf. à 5	61	74,4
	5-9	17	20,7
	Plus de 10	4	4,9

Les données liées au sexe des participants à l'étude font ressortir une forte proportion de la composante féminine représentée à 90,24%. En effet, on observe qu'en ville, les femmes occupent l'essentiel des postes dans les écoles.
Au niveau de l'âge, la classe d'âge modale est 31-35ans avec une fréquence de 31,33%. Une partie importe de nos enquêtés est relativement jeune, l'âge moyen étant de 36 ans.
La grande majorité des enseignants qui participent à l'étude sont qualifiés à l'enseignement car possédant un diplôme obtenu à l'école normale d'instituteurs. La répartition des enseignants selon le

diplôme est la suivante : 77,8 % ont un CFEEN/IA, 13,6 % possèdent un CFEEN/I et 1,2% possèdent un CAP/SS contre seulement 7,4% qui ont juste le Brevet d'étude du Premier Cycle (BEPC).
Quant au statut dans l'enseignement, les pourcentages sont presque équitablement repartis : 51,2% des enquêtés sont des fonctionnaires de l'enseignement contre 48,8 % qui sont contractuels de l'enseignement.
Le nombre d'années de pratique de l'inclusion est assez variable : 74,4% ont une expérience de moins de 5 ans, contre respectivement 20,7% des enseignants avec une expérience de 5 à 9 ans et 4,9% ayant plus de 10 ans d'expérience.
Enfin, la participation à la formation continue fait ressortir que 70,4% des enseignants ont reçu une formation au cours des trois dernières années contre 29,6% qui sont sans formation.

4.2 Croyances sur le handicap

Il existe une diversité de croyances sur le handicap chez les enseignants interrogés dans le cadre cette recherche. Le tableau 3 présente la répartition des répondants selon la fréquence de chaque croyance sur le handicap.

Tableau 3
La fréquence des croyances des enseignants sur le handicap

	Accord élevé		Accord faible	
	n	%	n	%
Le handicap est issu de la transgression des interdits par les parents	13	18,1	59	81,9
Une femme enceinte qui se balade à une certaine heure de la journée court le risque de mettre au monde un enfant handicapé	44	54,3	37	45,7
Le handicap est une épreuve imposée par Dieu à quelqu'un	73	93,6	5	6,4
Le handicap est lié à l'existence d'un esprit maléfique dans le foyer	34	45,3	41	54,7
Le mauvais œil ou la mauvaise langue peut provoquer le handicap	41	51,9	38	48,1
Le handicap est le fait d'un génie qui change le bébé en l'absence de sa maman	35	44,9	43	55,1
Le handicap découle d'un mauvais sort jeté par les ennemis ou la coépouse	36	45,6	41	54,4
Les rapports sexuels au moment de la menstruation peuvent donner naissance à un enfant handicapé	42	51,9	39	48,1
Le handicap découle du non respect du culte des ancêtres	29	36,3	51	63,7
Le handicap est le résultat d'une malformation	72	92,3	6	7,7
Le handicap est héréditaire (les parents handicapés ont tendance à transmettre le handicap)	42	56,0	33	44,0

Six types de croyances sur 11 ont obtenu un degré d'accord élevé, c'est-à-dire plus de 50% des enseignants sont d'accord au niveau des chacune des croyances. Il s'agit de « la balade à certaines

heures de la journée » (n= 44, 54%), « le handicap est une épreuve imposée par Dieu à quelqu'un » (n=73, 93,6%), « Le mauvais œil ou la mauvaise langue peut provoquer le handicap » (n=41, 51,9%), « Les rapports sexuels au moment de la menstruation peuvent donner naissance à un enfant handicapé » (42, 51,9%), « Le handicap est le résultat d'une malformation » (72, 92,3%) et « le handicap est héréditaire » (42, 56,0%). Les types croyances sur lesquelles les enseignants ont un accord faible sont au nombre de 5. Il s'agit de « Le handicap est issu de la transgression des interdits par les parents » (n=59, 81,9%), « Le handicap découle du non respect du culte des ancêtres » (51, 63,7%). « Le handicap est le fait d'un génie qui change le bébé en l'absence de sa maman » (n=43, 55,1%), « Le handicap est lié à l'existence d'un esprit maléfique dans le foyer » (n=41, 54,7%), « Le handicap découle d'un mauvais sort jeté par les ennemis ou la coépouse » (41, 54,4%). Lorsque ces croyances sont croisées avec certaines caractéristiques personnelles des enseignants, des liens forts apparaissent.

4.3 Liens entre les croyances sur le handicap et les caractéristiques personnelles des enseignants

4.3.1 Croyances des enseignants et statut dans l'enseignement

4.3.1.1 Statut dans l'enseignement et croyance sur la balade à certaines heures de la journée (vers 13h30- 14h30 ou crépuscule)

La relation entre les variables statut dans l'enseignement et une femme enceinte qui se balade à une certaine heure de la journée (vers 13h30-14h30 ou crépuscule) court le risque de mettre au monde une enfant handicapé est présentée dans le tableau suivant.

Tableau 4

Tableau croisé quel est votre statut dans l'enseignement? * une femme enceinte qui se balade à une certaine heure de la journée (vers 13h30-14h30 ou crépuscule) court le risque de mettre au monde un enfant handicapé

			une femme enceinte qui se balade à une certaine heure de la journée (vers 13h30-14h30 ou crépuscule) court le risque de mettre au monde un enfant handicapé		Total
			Degré d'accord élevé	Degré d'accord faible	
quel est votre statut dans l'enseignement?	Enseignants fonctionnaires	Effectif	16	26	42
		% compris dans quel est votre statut dans l'enseignement?	38,1%	61,9%	100,0%
	Enseignants contractuels	Effectif	27	11	38
		% compris dans quel est votre statut dans l'enseignement?	71,1%	28,9%	100,0%
Total		Effectif	43	37	80
		% compris dans quel est votre statut dans l'enseignement?	53,8%	46,2%	100,0%

A ce niveau, on peut conclure qu'il existe une association significative entre les variables statut dans l'enseignement et une femme enceinte qui se balade à une certaine heure de la journée (vers 13h30-14h30 ou crépuscule) court le risque de mettre au monde un enfant handicapé. Les enseignants fonctionnaires qui croient à cette assertion sont à 38% alors que les enseignants contractuels

représentent 71,1%. Ce lien est établi par : $\chi 2 = 8,71$; ddl = 1 ;
$p < 0.01$. La force de l'association est perceptible dans la valeur du coefficient du V de cramer : V de Cramer = 0.33 ; $p < 0.05$.

4.3.1.2 Relation entre statut dans l'enseignement et croyance sur le mauvais œil ou la mauvaise langue

Tableau 5

Tableau croisé quel est votre statut dans l'enseignement? * Le mauvais œil ou la mauvaise langue peut provoquer le handicap

			Le mauvais œil ou la mauvaise langue peut provoquer le handicap		Total
			Degré d'accord élevé	Degré d'accord faible	
quel est votre statut dans l'enseignement?	Titulaire	Effectif	17	24	41
		%	41,5%	58,5%	100,0%
	Contractuel	Effectif	24	13	37
			64,9%	35,1%	100,0%
Total		Effectif	41	37	78
			52,6%	47,4%	100,0%

A ce niveau, on peut on peut conclure qu'il existe une association significative entre les variables statut et le mauvais œil ou la mauvaise langue peut provoquer le handicap. Les enseignants fonctionnaires sont moins nombreux à croire à cette affirmation. Ils sont 41,5% contre 64,9% des enseignants contractuels qui y croient.
Ce lien st établi par : $\chi 2 = 4,27$; ddl = 1 ; $p < 0.05$.
La force de l'association est perceptible dans la valeur du coefficient du V de cramer : V de Cramer = 0.23 ; $p < 0.05$.

4.3.2 Croyances des enseignants et participation à la formation continue

4.3.2.1 Relation entre participation à la formation continue et croyance sur le mauvais œil ou la mauvaise langue

Tableau 6

Au cours des 3 dernières années avez-vous participé à une ou plusieurs formations concernant l'enseignement aux élèves en situation de handicap ou en difficultés ? * Le mauvais œil ou la mauvaise langue peut provoquer le handicap

			Le mauvais œil ou la mauvaise langue peut provoquer le handicap		Total
			Degré d'accord élevé	Degré d'accord faible	
Au cours des 3 dernières années avez-vous participé à une ou plusieurs formations concernant l'enseignement aux élèves en situation de handicap ou en difficultés ?	Oui	Effectif	19	34	53
		%	35,8%	64,2%	100,0%
	Non	Effectif	21	3	24
		%	87,5%	12,5%	100,0%
Total		Effectif	40	37	77
		%	51,9%	48,1%	100,0%

Il existe une association significative entre les variables participation à la formation continue sur le handicap et l'inclusion scolaire et le mauvais œil ou la mauvaise langue peut provoquer le handicap. Les enseignants ayant reçu une formation et qui y croient représentent 35,8% contre les enseignants non formés qui sont à 87,5%.
Ce lien est établi par : $\chi 2 = 17,655$; ddl = 1 ; $p < 0.001$.
La force de l'association est perceptible dans la valeur du coefficient du V de cramer : V de Cramer = 0,47 ; $p < 0.001$.

4.4 les conditions à la scolarisation des enfants handicapés

4.4.1 Appréciations des enseignants sur l'adaptation et modification de l'enseignement

Tableau 7
La fréquence d'utilisation des pratiques d'adaptation et modification de l'enseignement

	Utilisation fréquentes		Utilisation peu fréquentes	
	n	%	n	%
Je modifie cadre de travail (localisation de l'élève dans la classe, utilisation d'outils spécifiques et adéquats dans l'objectif de contourner le handicap)	79	97,5	2	2,5
Je fais recours à l'aide entre pairs (travail en groupes, mise en place de tutorat)	73	93,6	5	6,4
J'adapte les consignes orales et écrites	72	92,3	6	7,7
Je circule dans la classe, remobilise l'attention de l'élèves, donne des explications supplémentaires	71	91,0	7	9,0
Je renforce l'élève (revalorisation, motivation, valorisation de sa participation)	71	89,9	8	10,1
J'adapte l'évaluation (reformulation et ou explicitation des consignes, aménagement des supports, temps supplémentaire)	67	85,9	11	14,1
J'adapte les moyens de l'apprentissage pour compenser les difficultés de l'élève (typographie adaptée, réduction de l'activité de prise de notes, augmentation du temps de réalisation d'exercices, etc.)	66	84,6	12	15,4
J'individualise les contenus de savoirs et les démarches d'apprentissage (réduction de la somme des savoirs ou des notions à faire acquérir)	46	61,3	29	38,7

Il ressort ce tableau que toutes les pratiques rentrant dans le cadre de l'adaptation et modification de l'enseignement connaissent une utilisation fréquente par les enseignants enquêtés. Toutes les fréquences d'utilisation sont à plus de 50%. « Le cadre de travail », « l'aide entre pairs », « l'adaptation des consignes orales et écrites » et « la remobilisation de l'attention de l'élève » font l'unanimité car utilisées à plus de 90%. Par contre, la pratique la moins utilisée est « l'individualisation des contenus de savoir et les démarches d'apprentissage » avec 61,3%.

4.4.2 Liens entre caractéristiques personnelles de l'enseignant et adaptation et modification de l'enseignement

4.4.2.1 Liens entre statut de l'enseignant et adaptation des moyens de l'apprentissage

Tableau 8

Tableau croisé quel est votre statut dans l'enseignement? * J'adapte les moyens de l'apprentissage pour compenser les difficultés des élèves handicapés (aide à la prise d'indices

			J'adapte les moyens de l'apprentissage pour compenser les difficultés des élèves handicapés (aide à la prise d'indices, typographie adaptée, réduction de l'activité de prise de notes, augmentation du temps de réalisation d'exercices, etc.)		Total
			Utilisation fréquente	Utilisation peu fréquente	
quel est votre statut dans l'enseignement?	Enseignants fonctionnaires	Effectif	38	3	41
		%	92,7%	7,3%	100,0%
	Enseignants contractuels	Effectif	27	9	36
		%	75,0%	25,0%	100,0%
Total		Effectif	65	12	77
			84,4%	15,6%	100,0%

Il n'existe pas une association significative entre les variables statut de l'enseignant et j'adapte les moyens de l'apprentissage pour compenser les difficultés des élèves handicapés (aide à la prise d'indices). 92,7% des enseignants fonctionnaires utilisent fréquemment cette stratégie contre 75,0% des enseignants contractuels.

L'absence de lien est surtout constaté par : $\chi 2 = 4,55$; ddl = 1 ; $p > 0.01$.

La faiblesse de l'association est perceptible dans la valeur du coefficient du V de cramer : V de Cramer = 0,24 ; $p > 0.01$.

4.4.2.2 Liens entre participation à la formation continue et adaptation des moyens de l'apprentissage

Tableau 9

Tableau croisé Au cours des 3 dernières années avez-vous participé à une ou plusieurs formations concernant l'enseignement aux élèves en situation de handicap ou en difficultés ? * J'individualise les contenus de savoir et les démarches d'apprentissage

			J'individualise les contenus de savoir et les démarches d'apprentissage		Total
			Utilisation fréquente	Utilisation peu fréquente	
Au cours des 3 dernières années avez-vous participé à une ou plusieurs formations concernant l'enseignement aux élèves en situation de handicap ou en difficultés ?	Oui	Effectif	28	23	51
		%	54,9%	45,1%	100,0%
	Non	Effectif	17	6	23
		%	73,9%	26,1%	100,0%
Total		Effectif	45	29	74
		%	60,8%	39,2%	100,0%

Il n'existe pas une association significative entre les variables participation à la formation continue et j'individualise les contenus de savoir et les démarches d'apprentissage. 54,9% des enseignants ayant

reçu une formation sur le handicap et l'inclusion scolaire utilisent fréquemment cette stratégie contre 73,9% des enseignants non formés.
L'absence de lien est surtout constaté par : $\chi 2 = 2,40$; ddl = 1 ; $p > 0.01$.
La faiblesse de l'association est perceptible dans la valeur du coefficient du V de cramer : V de Cramer = 0,18 ; $p > 0.01$.

3. Discussion

Le handicap et les conditions de scolarisation des enfants en situation de handicap font l'objet d'appréciations diverses au niveau des enseignants des écoles primaires concernées par l'étude.
Les croyances sur le handicap sont partagées par les enseignants dans des proportions non négligeables. En effet, les croyances d'ordre traditionnel, religieux et biologique/médical existent dans des proportions importantes chez les enseignants.
A travers ces croyances, ils ressortent des perceptions qui constituent selon les enseignants des causes du handicap. Celles-ci tournent autour de la balade à certaines heures de la journée (13h-14h ou crépuscule), le regard et le dire des autres (mauvaise langue ou mauvais œil), la volonté de Dieu, l'interdit des rapports sexuels au moment de la menstruation, la malformation et l'hérédité.
En outre, ces croyances connaissent une variation lorsqu'elles sont croisées avec les caractéristiques personnelles des enseignants notamment le statut et la participation à la formation continue. En effet, il ressort que les enseignants fonctionnaires ont moins tendance à croire aux causes traditionnelles du handicap que les enseignants contractuels. La cause est peut-être liée au nombre d'années de pratique de l'inclusion qui est nettement supérieure chez les enseignants fonctionnaires, ce qui leur donne du coup une certaine expérience du handicap.
La participation à la formation continue fait varier également les croyances sur le handicap chez les enseignants. Les croyances traditionnelles sont plus présentes chez les enseignants n'ayant pas reçu de formation.
D'autre part, même si les enseignants dans leur écrasante majorité disent adapter l'enseignement, il ressort que les caractéristiques (statut de l'enseignant et formation continue suivie) ne jouent pas en faveur de cette adaptation et modification de l'enseignement. Ainsi, les enseignants formés n'adaptent pas mieux que ceux qui n'ont pas reçu de formation sur le handicap et l'inclusion scolaire.
Nous pouvons donc soutenir que la formation continue n'a pas joué son rôle de transformation des pratiques des enseignants. Cela est d'ailleurs justifié par le niveau élevé d'insatisfaction de la formation donnée sur le handicap et l'inclusion scolaire qui est de 63,5%.

Conclusion

Cette étude a pour but d'identifier les croyances des enseignants sur le handicap et d'analyser leurs points de vue sur les conditions favorisant la scolarisation d'enfants handicapés. Nous avons pu interroger 83 enseignants de la ville de Maradi où la question du handicap constitue une préoccupation du fait que les personnes handicapées prennent la voie de la mendicité au lieu de suivre une scolarisation ou une formation.
Les résultats de la recherche révèlent que les croyances traditionnelles, religieuses et médicales sont présentes chez les enseignants du primaire au Niger et sont influencées par certaines caractéristiques personnelles de ces derniers. Le statut et la participation à la formation jouent dans ce cadre un rôle important.
Il ressort également que la plupart des enseignants disent adapter leurs stratégies en faveur des enfants en situation de handicap, ce qui constitue des perspectives encourageantes pour la scolarisation des enfants vivant avec handicap. Cependant, cette adaptation n'est pas en lien avec leur formation continue, encore moins avec leur statut dans l'enseignement. Il est donc indispensable de déterminer les facteurs qui orientent les actions des enseignants envers cette catégorie d'élèves.

Bibliographie

Agbovi, K. (2009). Représentation et perception du handicap par les cadres de

l'administration publique et les autorités locales u Niger, Handicap international en Afrique de l'ouest.
Bélanger, S. (2006). Conditions favorisant l'inclusion scolaire: Attitudes des enseignants du primaire. Dans C. Dionne & N. Rousseau (dir). Transformation des pratiques éducatives. La recherche sur l 'inclusion scolaire (p. 63-87). Québec, CA: Presse de l'Université du Québec.
Diop, I. (2012). Handicap et représentations sociales en Afrique occidentale. Le français aujourd'hui 2012/2 (n°177), p. 19-27. DOI 10.3917/lfa.177.0019
Fougeyrollas, P. (2002). L'évolution conceptuelle internationale dans le champ du handicap: Enjeux socio-politiques et contributions québécoises. Pistes, 4(2), 1-26.
Gardou, C. (2015). Le handicap dans notre imaginaire culturel Variations anthropologiques 2. Toulouse, Erès
Gardou, C. (2006). « Handicap, corps blessé et cultures », Recherches en psychanalyse 2006/2 (n° 6), p. 29-40. DOI 10.3917/rep.006.0029
Heraud, M. (2005). Malédiction et handicap: à qui la faute? Handicap International France.
Mamane Sani, B., Malam Moussa, L. et Rabiou, R. (2010). Contractualisation et qualité de l'enseignement de base au Niger. EDUCI/ROCARE African Education Development Issues-ROCARE-, 2010, pp.69-84.
Mongeau, P. (2009). Réaliser son mémoire ou sa thèse. Côté jeans et côté tenue de soirée. Presses de l'Université de Québec.
Poizat, D. (2005). Religions et handicap: le trouble de l'alliance. Reliance (17), 19-26.
Prévot, A. (2011). La surdité et les sourds au Bénin. La problématique du handicap et l'exemple du Centre d'Accueil et d'Intégration des Sourds de Louho (Porto-Novo) comme facteur de changement des représentations sociales
République du Niger (2013). Programme Sectoriel de l'Education et de la Formation (2014-2024).
Rousseau et al, (2017). Conditions favorables et défavorables au développement de pratiques inclusives en enseignement secondaire : les conclusions d'une méta-synthèse. Revue canadienne de l'éducation.
Tremblay, Ph. (2012). Inclusion scolaire. Dispositifs et pratiques pédagogiques. Bruxelles : De Boeck.
Vienneau, R. (2006). De l'intégration scolaire à une véritable pédagogie de l'inclusion. Dans C. Dionne et N. Rousseau (dir.), Transformation des pratiques éducatives (p. 7- 32). Québec : Presses de l'Université du Québec.

© 2022 Ghaly, License Bamako Institute for Research and Development Studies Press. Ceci est un article en accès libre sous la licence the Créative Commons Attribution License (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0)

Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Sante Publique, Volume 4 (1)

ISSN :1987-071X e-ISSN 1987-1023
Reçu, 14 janvier 2022
Accepté, 02 février 2022
Publiée, 20 février 2022

http://www.revue-rasp.org

Type d'article : *recherche*

Représentations sociales des grossesses précoces chez les élèves du district d'Abidjan

Social representations of teenage pregnancies among students in the district of Abidjan

MEITE Zoumana[1,2]*, Moustapha SYLLA[1,2]

[1] Ecole Normale Supérieure d'Education Physique et des Sports (ENSEPS), Institut National de la Jeunesse et des Sports (INJS), Abidjan, Côte d'Ivoire

[2] Groupe d'Etudes et de Recherches sur les Représentations Sociales (GERS-Abidjan)

*Correspondance: Email: mzoumana@yahoo.fr; Tel:(00225) 05 05 71 94 24

Résumé

Plusieurs années après le lancement de la campagne « zéro grossesse en milieu scolaire » en Côte d'Ivoire, des cas grossesses sont toujours enregistrés dans le système scolaire ivoirien. L'objectif de notre étude est d'explorer les représentations sociales des élèves concernant les grossesses précoces. L'enquête, menée auprès de 186 élèves sélectionnés dans trois établissements secondaires d'Abidjan au moyen de la technique du choix raisonné intègre un guide d'entretien semi-structuré (n=36) et des questionnaires d'évocations hiérarchisées (n= 150) pour saisir le contenu et l'organisation interne des représentations sociales liées aux grossesses précoces. Les résultats indiquent une différence de représentation selon le sexe et une insuffisance des sources d'informations sur la Santé Sexuelle Reproductive (SSR). Les élèves indépendamment de leur sexe, posent un regard critique en termes d'accès aux informations sur la SSR. Il apparait nécessaire que les deux sources principales d'information des jeunes, famille et école, se rapprochent pour une éducation sexuelle complète, efficaces et respectueuse des élèves.

Mots-clés *: Représentations Sociales, grossesses précoces, élèves, Abidjan*

Abstract

Several years after the launch of the "zero pregnancy in schools" campaign in Côte d'Ivoire, cases of pregnancy are still recorded in the Ivorian school system. The aim of our study is to explore students' social representations of teenage pregnancies. The survey, conducted among 186 students selected in three secondary schools in Abidjan using the reasoned choice

technique, includes a semi-structured interview guide (n = 36) and hierarchical evocation questionnaires (n = 150) to grasp the content and internal organization of social representations linked to early pregnancy. The results indicate a difference in representation by sex and insufficient sources of information on Reproductive Sexual Health (SRH). Students regardless of their gender, take a critical look in terms of access to information on SRH. It appears necessary that the two main sources of information for young people, family and school, come together for a comprehensive sex education, effective and respectful of students.
***Keywords**: Social representations, early pregnancies, students, Abidjan*

1- Introduction

Les jeunes représentent plus de la moitié de la population des pays en développement situés en Afrique subsaharienne. Toutefois, cette frange importante de la population évolue dans une situation de vulnérabilité qui l'expose aux grossesses précoces, non désirées (INS, 2012 ; UNESCO, 2015). En effet, selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2012), chaque année, on dénombre 80 millions de grossesses non désirées, dont 97% sont enregistrés dans les pays en développement.

Selon l'APF (2013), les premières conséquences des grossesses non désirées sont les avortements clandestins, les complications de la grossesse et de l'accouchement qui sont parmi les principales causes de décès chez les jeunes filles âgées de 15 à 19 ans. En Côte d'Ivoire entre le CP1 et la Terminale, le taux de déperdition estimé à 77,6% (MENET-FP, 2017) est principalement dû à la maternité des filles. Les auteurs de ces grossesses se comptent dans toutes les couches sociales (Gogoua, 2015).

Les autorités éducatives, prenant en compte la précocité des premières menstruations ont opté pour la vulgarisation de l'éducation sexuelle dès la classe de CM1. De même, un plan accéléré de réduction des grossesses en milieu scolaire a été adopté en conseil des ministres le 2 avril 2014. Il comporte parmi ses actions stratégiques une campagne nationale « Zéro grossesse à l'école ». Celle-ci a été lancée le 28 février 2014 par la Ministre de l'Education Nationale et de l'Enseignement Technique, à Bondoukou (Nord-Est), une des régions les plus touchées. Elle prévoit notamment la création d'un club de lutte contre les grossesses et les infections sexuellement transmissibles dans chaque établissement. Au sein desdits clubs, les élèves, les parents d'élèves, les enseignants seront sensibilisés. L'offre de services de santé sexuelle et reproductive sera améliorée, ainsi que des sanctions disciplinaires et pénales plus fortes à l'encontre des auteurs de ces grossesses sont prévues. La Direction de la coordination du Programme national de la santé scolaire et universitaire quant à elle, a élaboré un plan d'action annuel et un plan de suivi-évaluation avec un chronogramme de travail pour réduire considérablement le phénomène des grossesses en milieu scolaire.

Au niveau des ONG, au cours de l'année scolaire 2014 -2015, l'ONEF a contribué à la campagne de lutte contre les grossesses en milieu scolaire. L'UNFPA s'est engagé à soutenir la Côte d'Ivoire. De même l'appui de l'UNICEF, a permis d'organiser des consultations sur les violences en milieu scolaire, des sessions de formation et des séances de sensibilisation dans 10 écoles et dans 46 localités.

En 2021, soit sept ans après la mise en œuvre de la campagne « Zéro grossesse à l'école », les filles qui contractent des grossesses durant leur parcours scolaire continuent d'être recensées avec acuité. Selon les rapports du Ministère ivoirien en charge de l'Education nationale, publiés chaque année par la Direction des Stratégies, de la Planification et des Statistiques (DSPS, 2019), le milieu scolaire a enregistré 5350 cas de grossesses en 2014 - 2015 ; 4875 cas de grossesses en 2015 - 2016 ; 4276 cas de grossesses en 2016 - 2017 ; 4767 cas de grossesses en 2017 - 2018 et 4959 cas de grossesses en 2018 - 2019. Ces chiffres sont certes en légère baisse de 33,53%, cependant, ce fléau demeure présent dans le système scolaire ivoirien.
Ainsi pourrions-nous interroger la vie sexuelle des élèves. Il est pertinent pour nous d'étudier les représentations sociales des élèves concernant les grossesses précoces.
En effet, les représentations sociales convoquées ici s'inscrivent dans le champ de la psychologie sociale et sont construites comme un ensemble de connaissances, d'attitudes et de croyances concernant un « objet » donné. Cette forme de connaissance spécifique est au final, une forme de pensée sociale qui permet aux groupes sociaux et aux individus d'interpréter et de construire leur réalité (fonctions cognitives); de créer un lien social tout en aidant les sujets à communiquer et à se diriger dans leur environnement pour agir (fonction d'orientation des conduites et des comportements); de situer les individus et les groupes dans le champ social (fonctions identitaires) et de justifier à posteriori, des prises de position et des comportements (fonctions de justification des pratiques) (Abric, 2003).
Dans cette perspective, l'objet social « grossesse précoce » peut être analysé sous l'angle des représentations sociales car il présente les cinq critères définis par Moliner (1993) :

1. *Les spécificités de l'objet* : L'objet « grossesse précoce » dispose d'un statut socio-culturel et économique particulier de sorte qu'il présente de l'importance pour les communautés (les élèves, les parents d'élèves et les autres acteurs de l'école). Son existence ou sa disparition en fait un objet spécifique ;
2. *Les caractéristiques du groupe* : Les communautés confrontées aux grossesses précoces développent des communications à ce propos ;
3. *Les enjeux* : Les grossesses précoces présentent à la fois un enjeu identitaire, de cohésion sociale, de développements socio-économiques pour l'ensemble des communautés et spécifiquement des familles confrontées aux grossesses précoces de leurs enfants ;
4. *La dynamique sociale* : Les différents acteurs du système éducatif interagissent autour de la question des grossesses précoces en vue de trouver des solutions.
5. *L'absence d'orthodoxie* : Les systèmes de pensée à propos des grossesses précoces ne sont pas identiques dans les différents groupes ou communautés socio-culturelles en interaction.

L'étude des représentations sociales des grossesses précoces chez les élèves est donc possible et bien indiquée pour comprendre la persistance du phénomène en milieu scolaire. Il s'agit de comprendre l'ensemble des connaissances, des attitudes et des croyances que les élèves du secondaire développent concernant les grossesses précoces.

2- Méthodologie

2.1- Terrain d'étude et échantillon

Les investigations sont menées au niveau du district d'Abidjan précisément dans les établissements publics des communes de Yopougon et d'Attécoubé. La population était constituée des élèves des établissements publics secondaires de ces deux communes. La participation s'est faite sur la base du volontariat et une sélection raisonnée a permis d'inclure une diversité de profils (âges, genre et école d'origine). Ces caractéristiques étaient déclarées par les participants via un questionnaire distribué avant le début du focus group. Ainsi, des élèves de 13 à 17 ans ont été identifiés, puis invités à participer à l'étude à travers le questionnaire d'évocations et le focus-group qui ont lieu au sein des établissements scolaires choisis. Le tableau suivant indique la répartition des élèves enquêtés selon le sexe et l'école.

Tableau 1: Répartition des élèves enquêtés selon le sexe et l'école

	Lycée Municipal Attécoubé (Mixte)	Lycée Pierre Gadié (Garçons)	Lycée Moderne Ehivet Gbagbo (Filles)	**Total**
Filles	31	0	62	93
Garçons	31	62	0	93
Total	62	62	62	186

Ainsi l'échantillon est constitué de 186 élèves. 150 élèves ont répondu aux questionnaires d'évocations et 3 groupes de 12 élèves chacun (soit 36 élèves) ont été constitués pour les focus-group. A ce niveau, les animateurs ont veillé à faire en sorte que les participants se sentent libres d'exprimer leurs points de vue et d'accepter ou de refuser ceux de leurs pairs (Mayer & al., 2000). Trois groupes de discussion ont été organisés (un pour les jeunes filles, un pour les jeunes garçons et un mixte. Les participants ont été invités à échanger en moyenne durant 1h15min.

2.2- Recueil des données

Avant chaque discussion de groupes, les élèves étaient invités à remplir des questionnaires d'évocations hiérarchisées. Dans un premier temps, il a été demandé aux participants de noter individuellement 5 ou 6 expressions ou mots qui leur viennent à l'esprit lorsqu'ils entendaient le mot inducteur « grossesses précoces ». Ils devraient ensuite procéder à une hiérarchisation de ces mots. La phrase inductrice était : « Quels sont les mots ou groupes de mots qui vous viennent à l'esprit lorsqu'on parle de grossesses précoces ? ». Ce questionnaire d'évocations hiérarchisées est utilisé pour identifier le contenu et l'organisation des systèmes représentationnels des élèves. Ceux-ci ont également été invités individuellement à fournir les informations concernant l'âge, la classe et le genre.

Le guide ayant servi à mener l'entretien aborde avec les élèves leurs connaissances, les offres de services, la signification des grossesses précoces, les facteurs qui les favorisent, les auteurs, les conséquences des grossesses précoces sur les plans individuel, scolaire et familial. Il met également l'accent sur les cas de grossesses recensés dans leurs écoles respectives, les mesures prévues pour prendre en charge et pour prévenir ces grossesses précoces. Enfin, les élèves sont

invités à faire des suggestions et des recommandations pour prévenir les grossesses précoces à l'école.

2.3- Traitement des données

L'analyse prototypique et l'analyse de similitude ont été utilisées pour les données des évocations. Concernant l'analyse prototypique et catégorielle, le logiciel EVOC (2005) a été utilisé et a pour objectif d'étudier comment s'organisent les associations-libres en différenciant les éléments centraux des éléments périphériques. L'analyse de similitude a été faite par SIMI (2005). Elle s'appuie sur les notions de saillance, de centralité et de périphérie et de relations entre les différents items pour décrire une représentation sociale.
Pour l'analyse de contenu des focus-group, le logiciel utilisé pour traiter les verbatims est Iramuteq. Les résultats sont finalement affichés par l'interface et nous permettent d'obtenir un nuage de mots et de faire une analyse factorielle des correspondances (AFC),

3- Résultats

3.1- Représentations sociales des grossesses précoces

3.1.1- Analyse de la structure globale des représentations sociales des grossesses précoces chez les élèves

Tableau 2 : Répartition des évocations en fonction du rang et de la fréquence chez les élèves en général

Cas ou la Fréquence > 8 et le Rang Moyen < 3			*Cas ou la Fréquence >= 8 et le Rang Moyen > 3*		
A			**B**		
Arret_étude	13	2,538	Avant_dix_huit_ans	9	3,111
Rapports_sexuels_précoces	10	2,300	Danger	8	3,625
			Echec_scolaire	10	4,300
			Maladies	9	4,000
			Mort	23	3,478
C			**D**		
Accouche_difficile	7	3,000	Chomage	3	4,333
Amour_precoce	3	2,333	Deformation_bassin	3	4,000
Enceinte	4	2,500	Enfant_premature	5	4,600
Sex._non_proteges	7	2,000	Jeune_fille	6	4,167
Rejet_parents	3	2,667	Sterilite	4	4,750
VIH_SIDA	3	1,667	Viol	3	3,333
Cas ou la Fréquence < 8 et le Rang Moyen =< 3			*Cas ou la Fréquence < 8 et le Rang Moyen > 3*		

Ce tableau nous donne la structure des représentations sociales (RS) des grossesses précoces chez les élèves enquêtés c'est-à-dire une hiérarchisation des connaissances et pratiques relatives aux grossesses précoces. Ainsi l'arrêt des études et les rapports sexuels précoces sont les éléments centraux (case A) que les élèves associent aux grossesses précoces. C'est autour de ces éléments qui font références aux causes (*rapports sexuels précoces*) et conséquences (*arrêt*

des études) des grossesses précoces que les élèves organisent leurs connaissances et leurs comportements en rapport avec les grossesses précoces. Quant aux éléments de la première périphérie (cases B et C), ils portent sur la définition des grossesses précoces (*avant 18 ans*) et également sur les conséquences (*danger, échec scolaire, maladie, mort, VIH/SIDA, rejet des parents, accouchement difficile, enceinte*) et causes des grossesses précoces (*rapports sexuels non protégés, amour précoces*). Les éléments de la seconde périphérie (case D) sont moins partagés par les élèves comme caractéristiques du phénomène des grossesses précoces. Il s'agit du *chômage, du viol, stérilité, déformation du bassin, enfants prématurés*, et que les grossesses précoces ne concernent que les *jeunes filles*.

3.1.2- Analyse de similitude des représentations des grossesses précoces chez les élèves

Pour permettre le traitement des données par le Logiciel SIMI (2005), nous avons regroupé les différents items de l'évocation hiérarchisée en différentes catégoriques sémantiques. Ainsi, avons-nous constitué douze (12) catégories qui sont : Définitions liées à l'âge (*Def_age*), Définitions basées sur le statut (*Def_statut*), autres définitions (*Def_autres*), causes intrinsèques (*Causes_intrinseq*), causes extrinsèques (*Causes_extrinseq*), conséquences sur la santé (*Csq_santé*), conséquences sur la scolarité (*Csq_scolarite*), conséquences sociales (*Csq_sociales*), conséquences entrainant la mort (*Csq_mort*), solutions personnelles (*Solutions_perso*), solutions d'ordre Etatique (*Solutions_Etat*), autres solutions (*Solutions_autres*). Nous avons effectué une analyse de similitude pour apprécier la qualité et la quantité des liens (connexions) entre les différents éléments des représentations sociales des grossesses précoces.

La figure suivante présente le graphe de similitude de la représentation sociale (RS) des grossesses précoces chez les élèves en général.

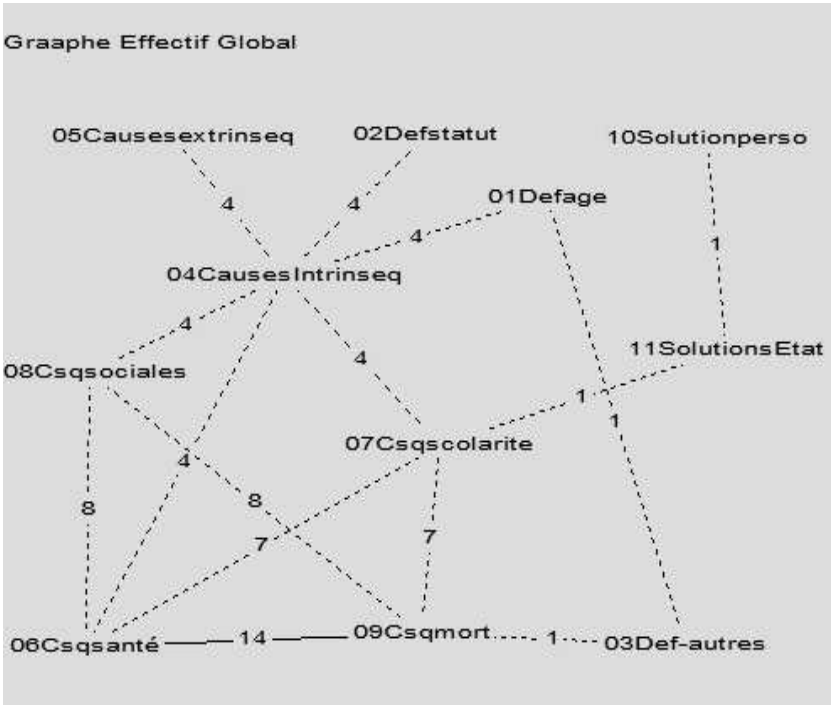


Figure 1 : Graphe maximum de similitude associée aux grossesses précoces chez les élèves.

Le graphe montre les liens entre les différentes catégories définies plus haut. Elle met en évidence l'organisation de le RS des grossesses précoces sur la base des catégories d'items. Ainsi l'élément qui structure la RS des grossesses précoces porte sur les *causes intrinsèque*s qui a 6 liens. Les conséquences des grossesses précoces sur la vie, la santé et la scolarité ont aussi des influences sur le rapport des élèves aux grossesses précoces. Les élèves considèrent les grossesses précoces comme un acte volontaire, causé par l'individu lui-même (la victime) dont les conséquences sont dangereuses pour sa vie, sa santé, et sa scolarité.

Que ce soit au niveau des items (tableau 2) qu'au niveau des catégories (graphe de similitude) les connaissances qui structurent le comportement des élèves portent prioritairement sur les conséquences et les causes des grossesses précoces. Elles portent moins sur les solutions, les initiatives en matière de lutte contre les grossesses précoces, les structures en charge des SSR, les lois, règlements et les structures qui protègent les personnes concernées par les grossesses précoces. Les connaissances qui structurent les RS des grossesses précoces sont donc insuffisantes.

3.1.3- Analyse comparative de la structure des RS des Grossesses précoces chez les filles et garçons

Tableau 3 : Répartition des éléments du noyau central de la RS des grossesses précoces chez les garçons et les filles.

Garçons			Filles		
Fréquence>= 8 et Rang Moyen<3			**Fréquence>= 8 et Rang Moyen>=3**		
Mots	**Fréquence**	**Rang Moyen**	**Mots**	**Fréquence**	**Rang Moyen**
Rapport_sexuel	**8**	2,625	**Arret_études**	4	2,545
Fréquence minimale des mots est 3					

Ce tableau comparatif nous montre que « *rapports sexuels précoces* » est l'élément structurant les connaissances des garçons sur les grossesses précoces. Pourtant chez les filles *« l'arrêt des études »* est l'élément qui structure leurs connaissances relatives aux grossesses précoces. La RS des grossesses précoces chez les filles est donc différentes des celle des garçons. C'est dire que filles et garçons n'ont pas les mêmes niveaux de connaissance et de rapport relatif aux grossesses précoces.

3.1.4- Analyse comparative de graphes de similitude des RS des Grossesses précoces chez garçons et filles

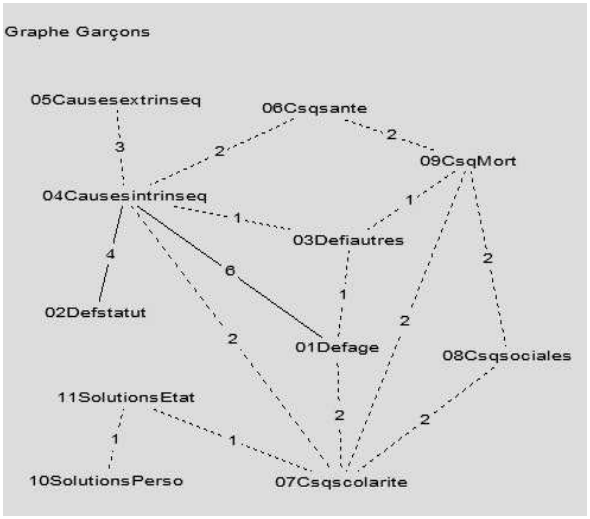


Figure 2 : Graphe maximum de similitude associé aux grossesses précoces chez les garçons

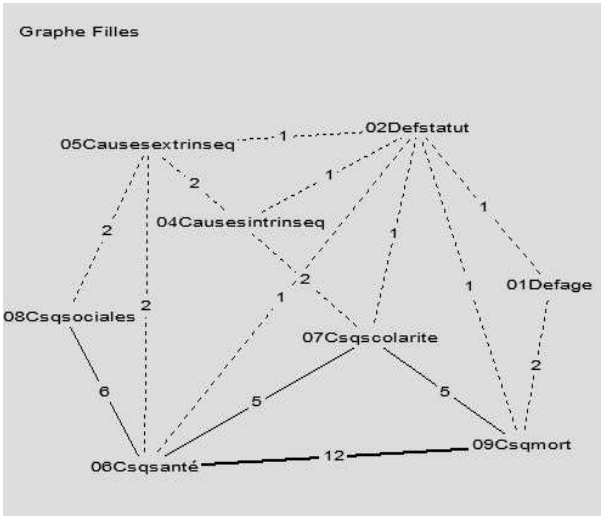


Figure 3 Graphe maximum de similitude associé aux grossesses précoces chez les filles

Le graphe de similitude de la RS des garçons (figure 2) montre que les catégories d'items *« causes intrinsèques », « la mort »* et *« conséquences sur la scolarité »* sont les éléments structurants de la représentation sociale des grossesses précoces. Pour les garçons il faut rechercher principalement les causes chez les victimes de grossesses précoces (rapports sexuels non protégés, sorties nocturnes, prostitution…). Ces conséquences sur la santé et la scolarité des élèves sont manifestes et peuvent entrainer la mort des filles concernées. Au niveau du graphe de similitude de la RS des grossesses précoces chez les filles (figure 3), les éléments structurants sont : *« définitions liées au statut », « causes extrinsèques », « mort »* et *« conséquences sur la santé et la scolarité »*. Contrairement aux garçons, pour les filles les causes des grossesses précoces sont liées à des influences extérieures telles que la misère, les conditions de vie difficiles, le chômage des parents.

L'analyse des graphes de similitudes confirme que les élèves garçons ont des représentations sociales des grossesses précoces différentes de celles des élèves filles. Ces différences dans les RS sont les preuves d'une différence dans la connaissance du phénomène et d'une incompréhension mutuelle entre filles et garçons au sein des écoles ; Toutes choses qui peuvent mettre à mal la lutte contre les grossesses précoces.

3.2- Résultats des focus group

3.2.1- Niveau de connaissances des élèves en général

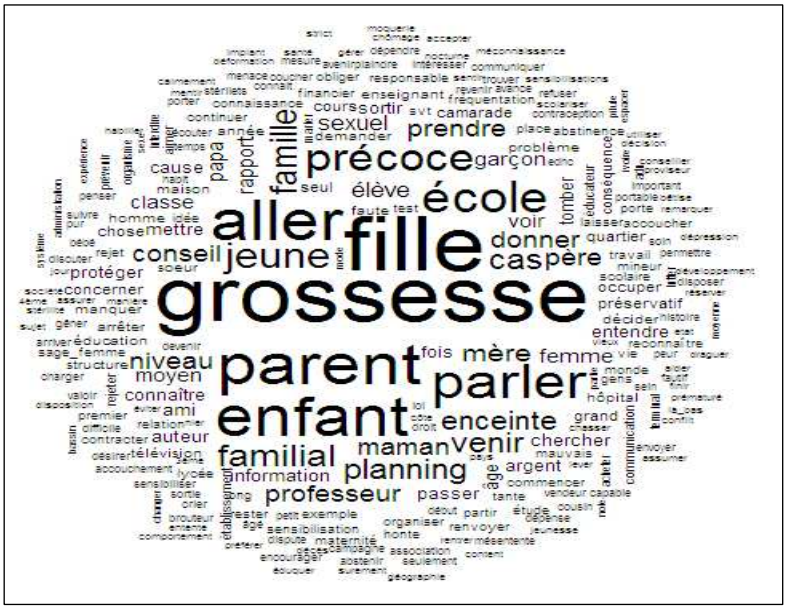


Figure 4 : Nuage de mots associé au corpus « grossesses précoces » chez tous les élèves enquêtés

Ce nuage de mots permet d'apprécier les connaissances des élèves sur leurs droits et obligations à la SSR, les besoins en termes de service (soins et conseils) en distinguant les filles des garçons.

Cette figure permet d'identifier en effet, chez les élèves investigués, les occurrences associées aux thèmes « grossesses précoces ». Les items les plus saillants sont entre autres des *« noms des acteurs et lieux »* intéressés par le sujet *« enfants, parent, maman, père, famille, jeune, fille, professeur, classe, école »*, les verbes d'actions liées au sujet *« aller, donner, venir, voir, chercher, prendre, demander, conseiller »*, les causes, et conséquences liées au sujet *« enceinte, conseil, rapport, sexuel, argent, préservatif, etc. »*.

L'extrait de discours issu du focus-groupe au seuil significatif de 7.42 de l'une des adolescentes nous situe davantage sur le point des grossesses précoces :

« Une grossesse précoce, c'est quand la grossesse intervient avant l'âge de 18 ans » (Enquêté 24).
Quant à l'enquêté 17*, « Rapport sexuel non désirée, la grossesse précoce est une grossesse aperçue avant l'âge de la maturité. L'âge de la maturité est 18 ans »*

3.2.2- Causes des grossesses précoces

En ce qui concerne les causes des grossesses précoces, les résultats indiquent que les élèves partagent les mêmes opinions car la variable « sexe » et le thème « causes » sont localisés en rouge au centre de l'espace vectoriel. Ils incriminent le déficit de *parenting* avec un manque de communication parent-enfant, le déficit d'informations sur les méthodes contraceptives chez certaines adolescentes, la naïveté de certaines jeunes filles, la réticence de l'usage des moyens contraceptifs.

« Le manque d'éducation, le manque de communications parents-enfants sont à la base des grossesses. Au niveau des fautifs en cas de grossesses précoces, on peut dire que c'est la jeune fille d'abord parce qu'elle est la première tentation de l'homme ». (Enquêté 6)

Les adolescents notent aussi le rôle « central » de la mère :

« A la maison c'est la mère qui participe plus à l'éducation de la jeune fille pourtant, ce n'est pas elle seule qui a mis la jeune fille au monde. » (Enquêté 4)

3.2.3- Recommandations d'actions pour améliorer lutte contre les grossesses précoces

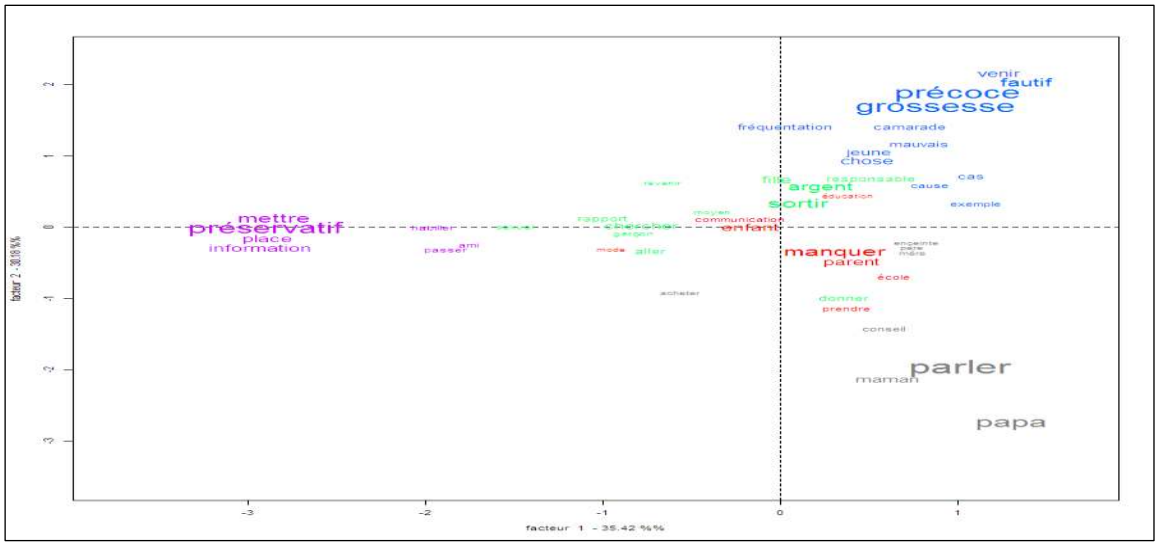


Figure 10 : AFC du verbatim associé à l'ensemble du corpus « recommandations sur les grossesses précoces et le planning familial » chez les adolescents enquêtés.

Les élèves de sexe masculin proposent de manière saillante :

- ✓ L'utilisation des méthodes contraceptives *« mettre préservatif »* et ;
- ✓ Les échanges de sensibilisation *« place, information ».*

« On ne peut pas venir dire actuellement aux élèves ici d'arrêter tout rapport sexuel mais on peut leur demander d'utiliser les préservatifs ». (Enquêté 3)

Parallèlement, les filles recommandent principalement :

- ✓ Que les filles écoutent leurs parents *« papa, maman, parler, etc. »* ;
- ✓ Que les filles se remettent en cause *« filles, responsables, argent, sortir, fréquentation, conseil, mère, enceinte, etc. ».*

« L'abstinence sexuelle est bien mais comme nous les filles, nous sommes têtues. Il vaut mieux nous parler des moyens de contraception. Les moyens de contraception sont les préservatifs masculins et féminins, les stérilets, le diaphragme, les pilules, les implants. » (Enquêté 5)

4- Discussion

L'objectif général de cette étude était d'explorer les représentations sociales des grossesses précoces chez les élèves. Il ressort de notre étude que l'entrée en sexualité active est liée aux conditions socio-économiques et culturelles dans lesquelles les élèves évoluent. En effet, dans certains milieux, les pratiques sexuelles des adolescents ne font plus l'objet de réprobation, à la condition d'être protégées contre le risque de procréation. Cela est soutenue par Cloutier (2003) qui affirme que les conditions socioéconomiques génèrent des normes sociales qui influencent les comportements sexuels.

Nos résultats ont montré également que l'expression inductrice *grossesses précoces* générait des patterns de réponses stéréotypées qui traduisent l'existence d'une représentation sociale structurée mais déséquilibrée dans le champ représentationnel recueilli auprès de notre échantillon. En effet, les représentations sociales recueillies présentent des variations significatives selon le sexe du fait des enjeux différentiels de l'objet « grossesses précoces » pour ces deux catégories. Ces résultats rejoignent ceux de Tajfel & al., (1971) qui soutiennent que la coprésence de plusieurs groupes est suffisante pour faire apparaitre des processus de discrimination intergroupes. De même, les travaux sur la menace du stéréotype basés sur l'expérimentation de Steele & Aronson (1995) font intervenir les rapports intergroupes mais aussi, la représentation de la situation et les stéréotypes sociaux.

La littérature fait ressortir qu'il existe deux sources principales d'information sexuelle des jeunes: l'éducation sexuelle en familiale et à l'école. Le modèle idéal en matière d'éducation à la sexualité se rapproche d'une complémentarité éducative entre parents et intervenants de l'école, garante d'une éducation sexuelle complète et respectueuse des valeurs morales de la famille (Brenot, 2007). Mais les études portant sur la communication parents/enfants observent que le silence est la règle dans beaucoup de familles particulièrement dans les milieux modestes (Mossuz-Lavau, 2001). Il n'est pas facile de parler de sexualité avec ses propres enfants, de trouver les mots justes, la bonne distance pour ne pas les choquer, les troubler (Knibielher, 1996). Les jeunes eux-mêmes ne cherchent pas à s'informer auprès de leurs parents (Levy, Chataigne, & *al*, 1992).

Concernant l'école, la lutte contre les maladies sexuellement transmissibles, mais aussi la lutte contre les grossesses non désirées ont conduit depuis longtemps les pouvoirs publics à mettre en place les conditions d'une information sexuelle dans les centres de planification.
L'analyse du discours des élèves rencontrés permet d'apporter des nuances à ces résultats. En effet, nos résultats mettent en évidence une éducation différenciée des élèves selon le genre. Ainsi, l'éducation, en tant que construction sociale, différencie garçons et filles pris dans une sorte de logique binaire. Pour obtenir la soumission des enfants à l'autorité parentale, l'éducation est coercitive en même temps qu'affective. L'éducation accorde encore une place importante aux châtiments corporels. Pour Labelle-Robillard (1972), il n'a jamais été d'usage d'échanger entre adultes et enfants ou adolescents sur les questions sexuelles. Dans les familles où la sexualité est discutée, certains jeunes se trouvent mal à l'aise pendant ces conversations. Par ailleurs, les élèves évoquent une insuffisance d'informations de l'école sur les questions de

sexualité. En conséquence, ils s'initient lors de conversations entre eux, et par auto-initiation à la sexualité.

En outre, le discours des élèves appuie l'idée que le manque de connaissances au sujet de la contraception n'est pas la cause première des grossesses précoces. Cette idée a déjà été avancée par plusieurs auteurs (Brown &Guthrie, 2010), qui expliquent qu'une grande partie des mères adolescentes étaient bien informées quant aux moyens de contraception avant de concevoir l'enfant.

Par ailleurs, certaines forces se dégagent de cette étude. Le choix d'une approche mixte a permis de pallier le dilemme méthodologique des recherches et, plus précisément, des recherches sensibles en permettant d'abord d'obtenir des données plus représentatives (Yount & Gittelsohn, 2008), ensuite d'avoir une vision plus compréhensive, élaborée et nuancée (Palo & *al*., 2009) et enfin d'avoir une nouvelle approche du sujet en prenant en considération les divers éléments à des niveaux de détails différents (Collins & Dressler, 2008). Cependant, cette étude comporte certaines limites au plan méthodologique. Une première objection peut être soulevée quant à la représentativité de l'échantillon interrogé. En effet, La taille de l'échantillon est faible et nous n'avons interrogé que des élèves âgés de 13 à 17 ans, ce qui représente une tranche d'âge assez étroite. Aussi, pour les prochaines recherches, il serait intéressant de s'intéresser à une plus large tranche d'âge.

5- Conclusion

La présente étude visait à saisir le sens que revêt les grossesses précoces pour les élèves.
La théorie des représentations sociales est véritablement l'approche globale et situationnelle privilégiée pour examiner les valeurs, croyances, normes et connaissances sur le sujet puisqu'elle tient compte de la singularité inhérente au domaine très privé de la sexualité humaine.
L'enquête, menée auprès de 186 élèves, met en évidence une différence de représentation selon le sexe et une insuffisance des sources d'informations sur la SSR. Les élèves indépendamment de leur sexe, posent un regard critique en termes d'accès aux informations sur la SSR. Par ailleurs, l'éducation sexuelle ou la communication parent-enfant n'est pas suffisamment ancrée dans les rapports familiaux tandis qu'au niveau institutionnel (école), les pratiques restent encore parcellaires sur la question. La diffusion des résultats et de leur analyse offre donc de nombreuses informations très utiles pour aider les éducateurs à adapter leurs interventions éducatives et préventives auprès des jeunes en les rendant plus signifiantes et plus efficaces.

Bibliographie

Abric, J.-C., (2003). La recherche du noyau central et de la zone muette des représentations sociales. In J.-C. Abric (éd.). *Méthodes d'étude des représentations sociales*, 59-80. Ramonville Saint-Agne: Erès

Brenot, P. (2007). *L'éducation à la sexualité*. Presses universitaires de France.

Brown, S. & Guthrie, K. (2010). Why don't teenagers use contraception? A qualitative interview study. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 15, 197-204.

Cloutier J. (2003). *Prévenir la grossesse à l'adolescence Défi ou illusion ? Prévention en pratique médicale*, Montréal : Direction de santé publique.

Collins C.C. & Dressler W.W. (2008), Cultural consensus and cultural diversity, *Journal of Mixed Methods Research,* n°2 (4), p. 362-387.

Gogoua R. (2015). Déscolarisation des filles en raison des grossesses précoces en Côte d'Ivoire. *Actes du colloque scolarisation des filles pour avancer, lever les obstacles dans le monde et même en France.* 5 octobre. https://www.partagider.com/public/2015/Colloque/RDF-Actes-Colloque.pdf consulté le 27 décembre 2021.

Institut National de la Statistique (2012). Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples (EDSCI-III) 2011-2012. *Rapport Préliminaire*, MEASURE DHS, ICF International Calverton, Maryland, USA

Knibiehler, Y. (1996). L'éducation sexuelle des filles au XX e siècle. *Clio*, 139-160.

Labelle-Robillard M. (2010). L'apprentissage du monde dans un village Guadeloupéen. In : Benoist J., *L'archipel inachevé.* Montréal : Les presses de l'université de Montréal, 1972, pp. 179-203.

Levy M., Chataigne C. & Guengant J.-P. (1993). Déterminants et conséquences immédiates des maternités chez les jeunes mères en Guadeloupe. In : *Colloque Fécondité et Insularité, Saint Denis de la Réunion, 1992*. Saint Denis de la Réunion : Conseil Général de La Réunion.

Mayer R. & Deslauriers J-P., 2000, *Quelques éléments d'analyse qualitative. L'analyse de contenu, l'analyse ancrée, l'induction analytique et le récit de vie*, in Mayer R., Ouellet F., Saint-Jacques M.-C. et Turcotte D. (dir.), *Méthodes de recherche en intervention sociale*, Montréal, Gaëtan, p. 159-189.

Ministère de l'Education Nationale, de l'Enseignement Technique et de la Formation Professionnelle/Direction des Stratégies, de la Planification et des Statistiques (2017). *Rapport d'analyse statistique du système éducatif 2016-2017, 106 p.*

Ministère de l'Education Nationale, de l'Enseignement Technique et de la Formation Professionnelle/Direction des Stratégies, de la Planification et des Statistiques (2019). *Rapport d'analyse statistique du système éducatif 2018-2019, 103 p.*

Moliner, P. (1993), Cinq questions à propos des représentations sociales. *Les cahiers internationaux de psychologie sociale*, *20,* 05-14.

Mossuz-Lavau J. (2001). Quand les mères se taisent. In : Knibiehler Y. (éd.)*, Maternité. Affaire privée, affaire publique.* Paris : Bayard Editions*,* , pp. 153-168.

OMS (2012). *Prévenir les grossesses précoces et leurs conséquences en matière de santé reproductive chez les adolescentes dans les pays en développement : les faits* (No. WHO/FWC/MCA/12.02). OMS.

Palo Stoller E.P., Webster N.J., Blixen C.E., McCormick R.A., Hund A.J., Perzynski A.T., Kanuch S.W., Thomas C.L., Kercher K., & Dawson N.V. (2009), Alcohol consumption decisions among nonabusing drinkers diagnosed with hepatitis C, *Journal of Mixed Methods Research,* n°3 (1), p. 65-86.

Steele, C. M. & Aronson, J. (1995). Stereotype threat and the intellectual test performance of African Americans. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(5), 797.

Tajfel, H., Billig, M. G., Bundy, R. P. & Flament, C. (1971). Social categorization and intergroup behaviour. *European Journal of Social Psychology, 1*(2), 149-178.

UNESCO (2015). Les violences de genre en milieu scolaire font obstacle à la réalisation d'une éducation de qualité pour tous. *Rapport mondial de suivi sur l'EPT*, Paris.

Yount, K. M., & Gittelsohn, J. (2008). Comparing reports of health-seeking behavior from the integrated illness history and a standard child morbidity survey. *Journal of Mixed Methods Research*, *2*(1), 23-62.

© 2022 MEITE, License Bamako Institute for Research and Development Studies Press. Ceci est un article en accès libre sous la licence the Créative Commons Attribution License (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0)

Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, Volume 4 (1)
ISSN :1987-071X e-ISSN 1987-1023
Reçu, 31 décembre 2021
Accepté, 8 mars 2022
Publié, 20 mars 2022
http://www.revue-rasp.org

Type d'article : Recherche

Les effets de l'orpaillage par drague sur la biodiversité aquatique de la rivière Baoulé dans la commune rurale de Kémékafo, région de Dioila

Fatoumata Maiga[1], Abdoulkadri Oumarou Touré[1], Ahamadou Diya[2], Issa Ouattara[3]*, Sidiki Doumbia[4]
[1]Faculté d'Histoire et de Géographie de l'Université des Sciences Sociales et de Gestion de Bamako, Mali ; [2]Institut National de Formation des Travailleurs Sociaux, Bamako, Mali ; [3]Institut de Développement Economique et Social, Bamako, Mali ; [4]Laboratoire Hommes-Peuplements-Environnements de la Faculté d'Histoire et de Géographie, Bamako, Mali

*Correspondance : issaouattara148@gmail.com, Tél : +223 - 73 – 16 - 68 - 24

Résumé
L'orpaillage traditionnel est une activité pratiquée dans la commune rurale de Kémékafo. L'envie de gagner plus d'or amène les orpailleurs à utiliser abusivement des produits toxiques (mercure, cyanure…) et divers moyens techniques (dragues, engins…). Il en résulte une détérioration du milieu naturel et en particulier la faune et la flore aquatiques. L'objectif de ce travail est d'analyser les effets de l'orpaillage traditionnel sur la biodiversité aquatique de la rivière Baoulé dans la commune de Kémékafo. La méthodologie s'est appuyée sur l'observation, la recherche documentaire et une enquête de terrain réalisée en décembre 2019. L'échantillonnage a concerné 75 personnes composées de dragueurs, de résidants de la commune, des membres de l'association des pêcheurs et d'agriculteurs, des agents du Service d'Assainissement et du Contrôle des Pollutions et des Nuisances de Dioila et des agents de la mairie. Les outils utilisés pour la collecte des données sont la fiche d'enquête et les logiciels SPSS et Word qui ont servi également à traiter et analyser les données. Les résultats montrent que le dragage dans le lit du Baoulé à Kémékafo est une activité récente dans la commune. La majorité des propriétaires des dragues (69,58%) ne résident pas dans la commune de Kémékafo. Toutes les dragues visitées fonctionnent avec d'anciens moteurs de voiture Mercedes, et utilisent sans exception, le gasoil. Il ressort que tous les exploitants de Kémékafo utilisent le mercure et le cyanure pour l'extraction du minerai du gravier aurifère, mais n'ont aucune idée sur la quantité utilisée. Les résultats révèlent que le dragage dans la commune entraine la pollution de l'eau du Baoulé et provoque la disparition de plusieurs espèces aquatiques (poissons, crocodiles, hippopotames, plantes…) en raison de l'utilisation du gasoil, des huiles vidangées et des produits chimiques très toxiques.
Mots clés : effet, dragage, biodiversité aquatique, Baoulé, Kémékafo.

Summary
Traditional gold washing is an activity practiced in the rural commune of Kémékafo. The desire to earn more gold leads the gold washers to abuse toxic products (mercury, cyanide...) and technical means

(dredges, machines...). The result is deterioration of the natural environment and in particular the aquatic fauna and flora. The objective of this work is to analyze the effects of traditional gold washing on aquatic biodiversity of Baoulé river in the commune of Kémékafo. The methodology was based on observation, documentary research and a field survey conducted in December 2019. The sampling involved 75 people composed of dredgers, residents of the commune, members of the fishermen's association and farmers, agents of the Dioila sanitation and pollution and nuisance control department and agents of the mayor's office. The tools used for data collection were the survey form and the SPSS and Word software, which were also used to process and analyze the data. The results show that dredging in the bed of the Baoulé River in Kémékafo is a recent activity in the commune. The majority of dredge owners (69.58%) do not reside in the commune of Kémékafo. All of the dredges visited are powered by old Mercedes car engines and use diesel fuel without exception. It appears that all the operators in Kémékafo use mercury and cyanide for the extraction of gold-bearing gravel, but they have no idea of how much is used. The results reveal that dredging in the commune leads to the pollution of the water of the Baoulé and causes the disappearance of several aquatic species (fish, crocodiles, hippopotamuses, plants...) due to the use of diesel, waste oil and highly toxic chemicals.
Keywords: effect, dredging, aquatic biodiversity, Baoule, Kémékafo.

1. Introduction

L'exploitation aurifère est une activité séculaire au Mali. Le riche patrimoine historique et culturel du Mali retrace de nombreux témoignages sur le rôle que l'or a joué dans l'épanouissement des grands empires qui se sont succédé dans la région, depuis le VII^{ème} siècle (Camara, 2017, p. 1). Une illustration de l'importance de la production aurifère de cette époque est le célèbre pèlerinage à la Mecque de l'empereur du Mali Kankou Moussa en 1325 (Keita, 2001, p. 2). De cette époque des grands empires (du Ghana, du Mali et du Songhay), où elle était essentiellement traditionnelle, à nos jours, cette activité a connu plusieurs types de pratiques. Pendant la période coloniale, en plus des procédés purement artisanaux et traditionnels, l'exploitation mécanisée par dragage de certaines alluvions sera introduite. Avec la chute des empires précoloniaux, on assiste à une certaine réorganisation de la production aurifère avec un fort intérêt sur les grands gisements (N'Diaye, 2016, p. 5). C'est ainsi que depuis plus de dix-ans, le métal jaune est le premier produit d'exportation du Mali (N'Diaye, 2016, p. 5). Le pays compte aujourd'hui quinze mines d'or en exploitation dont treize grandes mines (Sadiola, Morila, Yatela, Kalana, Loulo, Gounkoto, Ségala, Syama, Kodiéran, Nampala, Médinandi, Komana, Finkolo) et deux petites mines (Métédia, Kofoulatié) (DNGM, 2021). La production totale d'or pour l'année 2020 est de 65, 23 tonnes (DNGM, 2021, p.2).

Au Mali, comme dans la plupart des autres pays d'Afrique, depuis les années 2000, la technique de l'orpaillage traditionnel tend à disparaitre au profit de l'orpaillage mécanisé appelé dragage. On assiste à une prolifération des dragues artisanales. Le phénomène va prendre rapidement une telle ampleur qu'il n'a pas tardé à devenir un sujet d'intérêt général (N'Diaye, 2016, p. 6).

Selon l'étude de l'OCDE/ALG (2018, p. 6), le Mali décompte 09 mines industrielles avec une production croissante de 49,6 tonnes en 2017 à 65,2 tonnes en 2020. Environ 300 à 350 sites d'exploitation ont été répertoriés avec une production d'or artisanal et à petite-échelle d'environ 04 tonnes par an. Ces chiffres varient selon les années d'inventaire et selon les sources. En 2019, la Fédération Nationale des Orpailleurs du Mali (FNOM), qui procède régulièrement à l'inventaire des sites actifs dans le pays, a estimé le nombre de sites à 221 (29 à Koulikoro, 79 à Sikasso et 113 à

Kayes). Selon ce même rapport et à la même période, le nombre de sites actifs au Mali de l'Extraction Minière Artisanale et à Petite Echelle (EMAPE) est de 228, dont 104 à Kayes, 92 à Sikasso et 32 à Koulikoro (Sow et Diarra, 2019, p. 10).

L'étude, réalisée par Sow et Diarra (2019, p. 7) a estimé la population minière du Mali à 512 605 personnes (298 307 personnes travaillent dans la région de Kayes, 162 898 à Sikasso et 51 400 à Koulikoro) dont 34,70 % sont des étrangers, provenant principalement des pays limitrophes (Guinée, Burkina Faso, Côte d'Ivoire et Sénégal). De cet effectif, 400 000 personnes sont employées par l'Extraction Minière Artisanale et à Petite Echelle (EMAPE). Elle mentionne que 45 753 enfants (soit 09% de la main-d'œuvre) et 194 362 femmes (soit 38% de la main-d'œuvre) sont également fortement présents dans le secteur.

Depuis un certain temps au Mali, l'orpaillage par drague ou l'orpaillage mécanisé est pratiqué dans le lit des fleuves (Niger et Sénégal) ou sur leurs affluents. Selon l'étude de l'OCDE/ALG (2018, p.16), 400 dragues opèreraient actuellement sur la rivière Falémé (affluent du fleuve Sénégal qui marque la frontière sénégalo-malienne) et 150 sur la Bagoué (cours d'eau relativement petit à la frontière ivoirienne). La demande croissante pour ce type d'engins depuis les années 2010 a même conduit à la fabrication des dragues *« made in Bamako* » utilisant les moteurs des voitures Mercedes, très communes au Mali. On trouve également des dragues modernes à godet, appartenant majoritairement à des étrangers chinois ou indiens (OCDE/ALG, 2018, p. 16). Malgré les empreintes économiques visibles de l'orpaillage dans la société, sa pratique est aussi porteuse de nombreux risques sur les écosystèmes aquatiques en raison surtout de la forte utilisation des produits chimiques hautement toxiques, tels que le mercure et le cyanure. En guise de preuve, l'étude de Sow et Diarra (2019, p. 7) sur l'Extraction Minière Artisanale et à Petite Echelle (EMAPE) rapporte qu'environ 33,3 tonnes par an de mercure sont utilisées dans le secteur, soit environ 28 t/an dans la région de Kayes, 3,2 t/an à Sikasso et 2,1 t/an à Koulikoro.

Selon l'étude du PNUE (2012) citée par Cissé (2019, p. 45), environ 1 400 tonnes de mercure sont utilisées dans le monde dans les activités minières artisanales. Elle mentionne que le mercure utilisé dans les activités minières artisanales est en grande partie à l'origine des contaminations des ressources hydriques (eau de surface et souterraine) à l'échelle planétaire et représente le second plus grand pollueur de l'air après le charbon.

La commune rurale de Kémékafo située dans l'actuelle région de Dioila au Mali ne reste pas en marge. Elle est confrontée à l'orpaillage par drague depuis environ une décennie. Cette commune est devenue une destination très prisée par des centaines d'individus, qui y affluent et se consacrent de façon effrénée à l'orpaillage mécanisé dans la partie de la rivière Baoulé traversant la commune. L'activité a pris une telle proportion qu'elle a bouleversé les moyens de subsistance des communautés de pêcheurs de la zone. En menaçant la survie des espèces aquatiques (faune et flore), le dragage tend aujourd'hui à rendre impraticable l'activité de pêche dans la commune de Kémékafo. En plus de polluer la rivière Baoulé, le dragage à des fins d'extraction d'or est devenu une source de conflit entre les orpailleurs et les pêcheurs. Il entraine des dégâts matériels sur les mailles des filets, la diminution des quantités de prises de poissons dans les cours d'eau (en raison de la forte utilisation de mercure), la pollution de l'eau par les huiles de vidange et le gasoil et surtout, la disparition de la biodiversité dans les écosystèmes hydriques.

Les travaux sur l'orpaillage au Mali ont essentiellement porté sur l'état des lieux, les méthodes et outils d'exploitation ainsi que les impacts socio-économiques et environnementaux de cette activité. Aussi, une grande distinction n'est généralement pas faite entre l'orpaillage mécanisé pratiqué sur la terre

ferme et celui réalisé dans le lit du fleuve. L'objectif de cet article est d'analyser les effets de l'orpaillage par drague sur la biodiversité aquatique de la rivière Baoulé dans la commune rurale de Kemekafo pour la mise à disposition des autorités, d'informations utiles à la prise de décision, eu égard aux dommages environnementaux de l'activité.

2. Matériels et Méthodes

2.1. Présentation de la zone d'étude

Située sur le $13^{0}56'00''$ Nord et $5^{0}53'00''$Ouest, la commune rurale de Kémékafo est issue de l'ancienne subdivision de Dioïla au Sud du Mali (1932) et du canton de Kémé, d'où l'origine de son appellation Kémékafo (Canton de Kémé). Avec une superficie de 1122,71km², elle est limitée au Nord par la commune de N'Garadougou, à l'Est par la commune de Degnekoro et N'Golobougou, au Sud par la commune de Massigui et Domba et à l'Ouest par la rivière Baoulé qui la sépare de la commune de Méridjéla et Dogo (figure 1).

Avec un Taux d'Accroissement Naturel de 3,3%, la population de la commune s'élève à 29 104 habitats dont 14 595 femmes et 14 509 hommes (RGPH, DNP, 2014) repartie entre 32 villages et 104 hameaux.

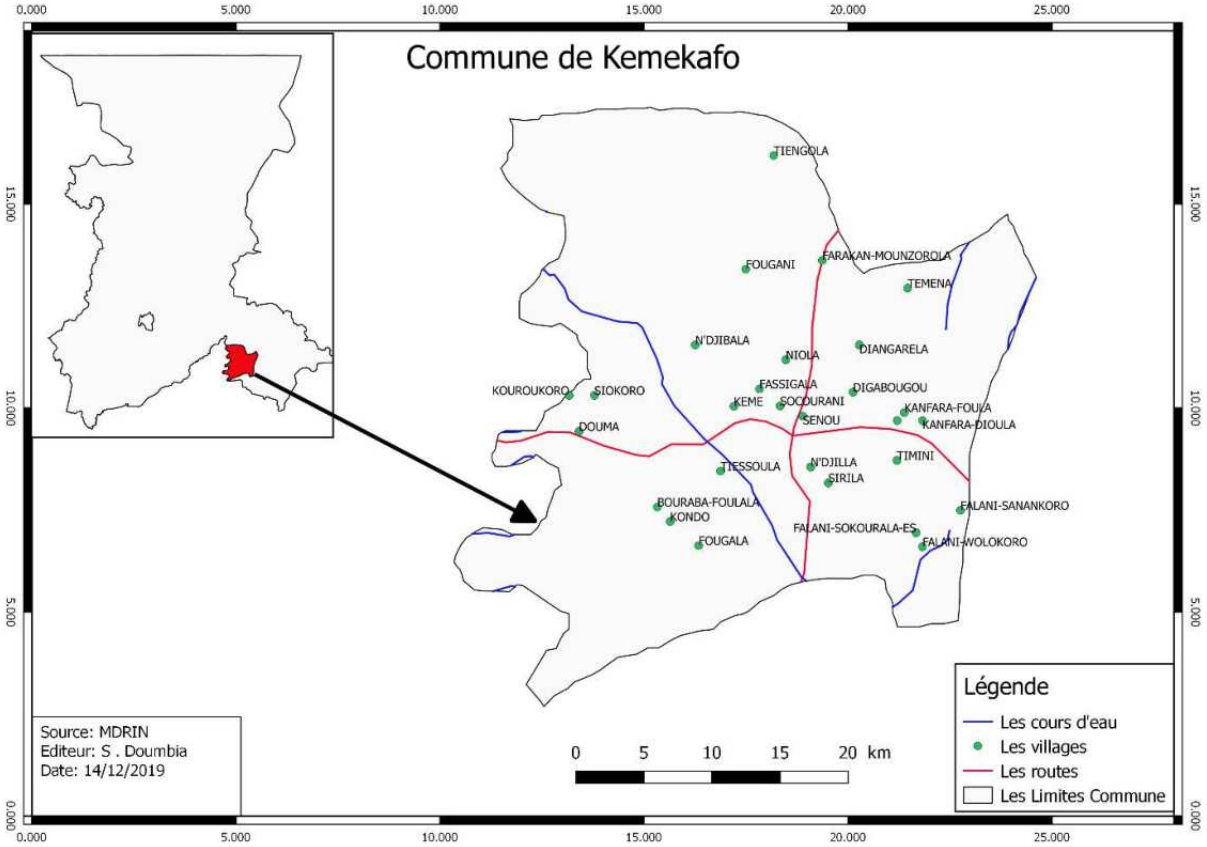


Figure 1 : carte de la commune rurale de Kémékafo

Sur le plan physique, la commune est un vaste plateau dominé par la colline de Koulikoro et les grandes plaines de N'Tiola, Somoni Diafara et Wolokoro. Le relief relativement plat est composé de plaines et de bas-fonds. On y rencontre de petites élévations et quelques formations rocheuses. Par endroit, on découvre les plateformes et autres formations rocheuses.

La commune a un climat soudanien caractérisé par l'alternance de deux saisons : une saison sèche dominée par un vent chaud et sec venant du Sahara (harmattan) s'étalant de novembre à avril et l'autre

pluvieuse de mai à octobre avec un vent humide provenant du golfe de guinée (mousson). La pluviométrie varie de 700 à 1000 mm par an.
La température moyenne annuelle est de 27°C. La végétation de type soudanien est composée de grands arbres et de savanes herbeuses. Elle a une bonne pluviométrie avec 6 mois sur 12 de saison pluvieuse. On y rencontre des sols limoneux, limono-sableux, latéritiques et rocheux, gravillonnaires, hydro-morphes et inondés. De nombreux cours d'eau arrosent la commune (le Baoulé sur 57 km, le Wourou qui se forme à Tièssoula par la rencontre du Koblé et du Wouroudiè, mares et ruisseaux). L'économie est basée sur l'agriculture, l'élevage, la pêche ainsi que l'orpaillage qui fit son apparition dans la commune il y a environ une décennie.

2.2. Démarche méthodologique

Pour la collecte des données, différentes méthodes ont été utilisées notamment la recherche documentaire, l'observation et les enquêtes de terrain.
La recherche documentaire a porté sur les ouvrages, les articles scientifiques, les rapports, les mémoires universitaires abordant la problématique de l'orpaillage, de la dégradation de l'environnement et les conséquences y afférentes. Ces documents ont été recueillis dans les bibliothèques (publiques et privées) et auprès des services techniques nationaux et municipaux (ministères, mairies, agences, etc). Afin de mieux appréhender le sujet, des sources internet ont également été mises à profit.
L'observation a consisté en des déplacements sur le terrain. Cela nous a permis de cerner tout le processus de l'activité et les aspects qui impactent l'environnement. Des visites ont été effectuées au niveau de la rivière Baoulé dans sa partie qui traverse la commune de Kémékafo où l'orpaillage par drague est pratiqué. L'observation a été l'occasion d'identifier les produits utilisés pour le dragage afin de mieux décrire leurs effets néfastes sur la faune et la flore aquatiques. Les enquêtes de terrain se sont déroulées durant le mois de décembre 2019. L'étude a concerné la commune de Kémékafo dans la région de Dioila.
L'enquête quantitative a consisté en l'administration de questionnaires auprès des orpailleurs, des agriculteurs et des pêcheurs. Elle a porté sur les causes et les manifestations de la destruction de la biodiversité aquatique due à la pratique de l'orpaillage traditionnel mécanisé, dans la commune de Kémékafo, suivant un choix raisonné. Le questionnaire a été adressé à des autochtones et/ou personnes ayant au moins 18 ans et résidant dans la commune depuis plus de 10 ans, afin de remonter facilement l'histoire de l'état de l'environnement biophysique du Baoulé.
L'enquête qualitative a été aussi réalisée au moyen de guides d'entretien adressés aux personnes ressources.
Compte-tenu de l'absence de base de sondage sur l'effectif des orpailleurs utilisant les dragues dans la commune, nous avons opté pour l'échantillonnage raisonné et retenu un échantillon de 75 personnes en raison de la faiblesse de nos ressources. L'inventaire effectué a permis de dénombrer 15 opérateurs de dragues dans la rivière Baoulé à Kémékafo. C'est ainsi que 30 exploitants de dragues ont été enquêtés, soit le propriétaire et/ou responsable et un employé de chaque drague. Aussi, 15 personnes parmi la population résidante de Kémékafo, 18 membres des corporations (10 pêcheurs et 08 paysans) subissant directement les effets du dragage et 07 agents de la mairie de la commune ont été inclus dans l'étude. A ceux-ci, nous avons ajouté 05 agents du Service d'Assainissement et du Contrôle des Pollutions et Nuisances de Dioila, compte-tenu de leur solide connaissance du sujet. La phase de terrain a été réalisée conformément à la disponibilité de la population cible.

2.3. *Matériels*

Les outils utilisés sont les fiches d'enquêtes, le téléphone et les logiciels SPSS et Word. Les données quantitatives ont été traitées et analysées à l'aide du logiciel SPSS 20.00. Pour la réalisation des cartes, nous avons fait recours au laboratoire Hommes-Peuplements-Environnements (HoPE) de la Faculté d'Histoire et de Géographie. L'analyse statistique a été descriptive. En ce qui concerne les données qualitatives, elles ont fait l'objet d'une analyse de contenu de discours. Ainsi, les discours de certains enquêtés en langue vernaculaire ont été fidèlement transcrits en français.

3. Résultats

3.1. Caractéristiques sociodémographiques et économiques des enquêtés

L'analyse des résultats montre que la majorité des personnes enquêtées sont dans la fourchette d'âge de 25 à 50 ans, soit 56,60% de l'échantillon. Les moins de 25 ans représentent 26% de l'échantillon et les plus de 50 ans constituent 17,40%. Les 63,10% vivent en union suivie des célibataires (32,60%), des divorcés (02,30%) et des veufs (ve) (02,00%). La plupart des personnes enquêtées (exploitants de dragues, usagers de l'eau, populations) ont le niveau secondaire (41,30%) ou sont non scolarisés (36,95%). Seulement, 8,60% ont le niveau supérieur, contre 13,15% alphabétisés. Cela montre que l'éducation semble être minimisée dans la commune de Kémékafo au profit de l'exploitation minière malgré qu'elle reste artisanale. Le corollaire de cette situation est le chômage et l'exploitation abusive de ressources environnementales pour la satisfaction des besoins vitaux.

3.2. *Caractéristiques spatio-temporelles du dragage et procédées d'exploitation*

3.2.1. Analyse spatio-temporelle du dragage

A la suite de nos observations sur le terrain, nous avons constaté que les sites de dragage de Kémékafo se localisent le long d'un bras du Bani, à savoir le Baoulé. Le dragage est une activité périodique (uniquement pendant la saison sèche) à Kémékafo. Il est pratiqué par 91,30% des enquêtés il y a seulement 5 ans, contre 8,69% des enquêtés qui affirment pratiquer l'activité, il y a 4 ans. Les résultats obtenus révèlent que la majorité des dragues appartiennent aux non résidants du village de Kémékafo, soit 69,58% selon les participants à l'étude. Il ressort également de nos enquêtes que 26,08% des dragues opérant dans le Baoulé dans sa partie traversant la commune de Kémékafo sont utilisées par leur propriétaire, contre seulement 4,34% de dragues qui font l'objet de location par des ressortissants de la commune.

La législation malienne autorise l'exploitation aurifère par dragues sur les cours d'eau. Le cadastre minier recense 60 permis d'exploitation aurifère par drague (référentiel en ligne 2018), plus particulièrement dans le cercle de Kangaba, en amont du fleuve Niger ; mais le nombre d'installations illégales serait au moins quatre fois supérieur à celui des dragues autorisées (OCDE/ALG, 2018, p. 16). En effet, il existe deux sortes d'exploitation minière : l'exploitation traditionnelle et l'exploitation par drague. L'exploitation par drague, qui est l'objet de cette étude se fait à l'aide d'une machine. Cette machine sert à extraire le gravier aurifère dans le bas fond du cours d'eau. Le dragage semble être autorisé par les autorités locales car, les orpailleurs affirment pour la plupart verser une redevance annuelle de 125 000 de FCFA aux autorités coutumières et de 25 000 de FCFA à la municipalité de Kémékafo.

3.2.2. Analyse des procédés d'exploitation

Suite à nos observations sur le terrain, nous avons constaté que pour le procédé d'exploitation, la

plupart des dragues sont de type traditionnel, avec un plongeur chargé de positionner le tuyau d'aspiration dans l'eau. Ces dragues sont généralement tenues par des ressortissants maliens ou de pays de la sous-région. Conséquence de la demande croissante pour ce type d'engins depuis les années 2010, des dragues « made in Bamako » commencent à être fabriquées localement, utilisant les moteurs des voitures Mercedes, très connues au Mali (entretien avec un opérateur de drague traditionnelle à Bamako, 2018).

Toutes les dragues ont comme moteurs les anciens moteurs de Mercedes. Les résultats confirment qu'ils utilisent toutes sans exception, le gasoil dont la quantité varie suivant la capacité de la machine et aussi la durée de travail.

Quant à l'analyse de la quantité de gasoil utilisée par jour, la majorité des personnes interrogées, soit 50% ont affirmé que la machine consomme entre 40 et 45 litres par jour. 21,75% des enquêtés ont déclaré qu'une drague consomme entre 45 à 50 litres de gasoil par jour, contre 28,25% qui n'ont aucune idée de la quantité journalière que les dragues consomment.

Sur la durée journalière du travail, suivant la capacité de la machine et la distance qui sépare le lieu de travail au domicile, 39,14% des travailleurs affirment qu'ils utilisent la machine (drague) pendant 10 heures par jour. Par contre, 28,26% font 09 heures de travail par jour, contre 32,60% des enquêtés qui déclarent utiliser les dragues 12 heures par jour.

Les matériels utilisés sont des pirogues, des bassines et des sceaux pour le transport du gravier aurifère, des pelles, des tamis et des calebasses pour la décharge, le tri et le lavage de celui-ci. Après l'extraction, les graviers aurifères sont transportés à la berge. Les procédés de lavage sont effectués par les femmes. Celles-ci tamisent le gravier aurifère pour trier les graviers simples et des sables afin de faciliter la procédure d'extraction du minerai.

L'analyse de nos résultats confirme que tous les exploitants de Kémékafo utilisent le mercure et le cyanure pour extraire le minerai du gravier aurifère. La majorité des exploitants, soit 52,17% savent comment utiliser le produit lors du procédé d'extraction, mais n'a aucune idée de la quantité utilisée. Cependant, 47,82% connaissent la quantité déployée selon la quantité de sable disponible. Les femmes sont chargées d'extraire l'or et le chef d'équipe donne la quantité de produits chimiques propice en fonction de la quantité du gravier aurifère disponible.

Il est à noter que ni la profondeur pour atteindre les graviers aurifères, ni la quantité du gravier extrait ne sont connues.

3.3. Analyse des effets du dragage à Kémékafo

3.3.1. Sur la population

Les résultats révèlent que la majorité des résidents de Kémékafo est contre l'activité compte tenu de ses nuisances sur les activités socio-économiques. 73,91% de la population enquêtée mentionnent l'abandon de l'école par les enfants au profit de l'activité d'orpaillage, contre 17,39% qui arrivent à concilier les deux. Pour les agriculteurs, 60,86% des paysans affirment que l'activité a des inconvénients sur l'agriculture, car les bras valides abandonnent le champ pour les sites d'orpaillage.

En plus de ces effets, 10,86% des personnes interrogées affirment que le dragage est devenu source de conflit entre les populations (orpailleurs, pêcheurs, paysans) de Kémékafo. Selon le Président de l'association des pêcheurs de la commune Kémékafo : « *Depuis plus de 3 ans, la pêche est impraticable dans la commune. Certains problèmes sont posés par les dragues, comme les dégâts matériels, la diminution de la quantité de poissons dans l'eau due à la forte utilisation des produits chimiques (mercure, cyanure) et la pollution de l'eau par les huiles de vidange et le gasoil utilisés lors*

des travaux ». La majorité des enquêtés (50%) affirme également que le dragage réduit l'accès de la population à l'eau potable puisée dans le Baoulé.

3.3.2. Sur l'environnement

Quant à l'environnement, la majorité (65,18%) de la population soumise à l'enquête affirme que l'activité de dragage a des effets sur toutes les eaux de surface même les plus lointaines comme les affluents Bagoé et Bafing. Le reste (34,82%) n'a aucune idée sur les effets de cette activité sur l'environnement.

3.3.3. Sur la biodiversité aquatique du Baoulé

Il ressort des résultats de l'étude que le dragage entraine la pollution de l'eau (44%) et des troubles sur l'eau (56%). Selon le représentant de la Mairie de Kémékafo, *« la pollution de l'eau du Baoulé à Kémékafo est due à l'énorme utilisation de gasoil et des huiles de vidange versées directement sur le lit du fleuve. A cela s'ajoute l'utilisation des produits chimiques comme le mercure et le cyanure »*.

L'analyse des résultats montre que le dragage provoque la disparition des espèces aquatiques dans la rivière Baoulé à Kémékafo. Elle révèle que plusieurs espèces de poissons (78%) et de crocodiles (22%) ont presque disparu ou sont en voie de l'être. Selon M.D, Président de l'Association des pêcheurs de la commune de Kémékafo : *« cette disparition des espèces aquatiques est la conséquence du dragage dans le fleuve, car les dragues tuent les poissons et empêchent leur reproduction ».* Il ressort également de nos investigations qu'il n'y a plus d'hippopotames dans le Baoulé.

La quasi-totalité des enquêtés trouve que l'activité de dragage impacte surtout sur trois plantes aquatiques, à savoir : *Cassia alata* (33%), *Mitragyna inermis* (22%), *N'kolokalan* (45%).

4. Discussion

En dépit de sa contribution à l'économie locale, le dragage entraine la pollution des eaux des bassins des fleuves (Niger et Sénégal), trouble le fonctionnement des écosystèmes, ensable les lits et réduit le débit des fleuves, surtout dans les pays en aval. L'étude de Diallo (2003, p.9) avait fait ces constats et confirme que les incidences provoquées par l'exploitation aurifère se manifestent sur la flore et sur le sol, par conséquent sur les eaux (souterraine et de surface) et sur la faune, à savoir : les bruits des orpailleurs, la perturbation et la destruction des habitats, etc. Il souligne aussi que ces incidences entraînent la raréfaction et/ou la disparition de certaines espèces, la destruction de l'aire de nidification et des ressources alimentaires des oiseaux, ce qui occasionne le déplacement de ces populations. Les études de l'ONUDI[1]/DNACPN[2] (2009, p. 12) et de l'OCDE[3]/ALG[4] (2018, p. 15) confirment ces constats. La première mentionne que les produits chimiques utilisés pour le traitement de l'or (mercure et cyanure) vont polluer les cours d'eau et les aquifères. En cas de présence de sulfures, le contact avec l'eau et l'air peut entraîner la formation des acides qui pourraient polluer également les nappes aquifères et les cours d'eau. La seconde souligne que le lessivage par les eaux de ruissellement favorise la mobilisation et la dispersion des métaux lourds dans l'environnement, notamment dans les eaux de surface (fleuves, rivières, lacs, barrages et retenues d'eau) et dans les eaux souterraines par infiltration.

Les résultats de ces études sont confirmés par ceux du Ministère de l'Environnement, de l'Assainissement et du Développement Durable (2018, p. 49) qui rapportent que les dragues utilisées

[1] Organisation des Nations-Unies pour le Développement Industriel
[2] Direction Nationale de l'Assainissement et du Contrôle des Pollutions et des Nuisances
[3] Organisation pour la Coopération et le Développement Economique
[4] Autorité de Développement Intégré de la Région du Liptako-Gourma

pour extraire l'or et le traitement manuel du minerai avec l'utilisation incontrôlée de mercure, de cyanure et autres métaux lourds contribuent à freiner l'écoulement des eaux, à combler les cours d'eau par des dépôts de stériles et au pire des cas, à réduire la scolarisation des enfants et à provoquer des maladies (humaines et animales) à travers la pollution des ressources en eau des zones exploitées. Plusieurs types de maladies sont provoquées par l'orpaillage à cause des poussières, de l'extrême humidité dans les galeries d'exploitation, mais aussi, de l'usage de produits chimiques (MECV, 2011, p. 43). Selon le Ministère de l'Environnement, de l'Assainissement et du Développement Durable (Ibid, p. 48), les eaux usées découlant des processus d'extraction contiennent des résidus de produits hautement dangereux aussi bien pour l'homme que pour l'environnement. Elles sont recueillies dans des bassins à ciel ouvert et constituent ainsi de graves menaces pour la faune terrestre et aviaire. L'étanchéité de ces bassins étant sujette à caution dans le long terme, ces menaces pèsent aussi sur les ressources en eau souterraine et par conséquent sur la santé des populations. L'étude de l'Organisation Mondiale de la Santé, citée par Cissé (2019, p. 45), indique que le mercure élémentaire et le méthyle mercure ont des effets toxiques sur le système nerveux central et périphérique. Il ajoute que l'inhalation de vapeurs de mercure, des poussières d'oxyde de fer et de silice peut également avoir des effets nocifs sur le système nerveux, l'appareil digestif et le système immunitaire, les poumons et les reins, et elle peut avoir une issue fatale.

5. Conclusion

Au terme de cette étude, il ressort que le dragage dans la rivière Baoulé dans la commune de Kémékafo a des effets tant sur l'environnement biophysique (faune, flore, ressources en eau) que sur l'environnement social (la scolarisation des enfants, la santé, l'économie, etc.). Le cadre méthodologique a eu pour axe de référence scientifique le développement rural lié à la question du changement social et la méthode qualitative a été privilégiée à travers les différents entretiens réalisés avec les acteurs clés. La question centrale étant de rechercher les effets de l'exploitation artisanale de l'or sur l'environnement naturel et sur les conditions de vie socio-économiques des populations, le structuro-fonctionnalisme a été retenu comme étant l'une des méthodes les plus appropriées pour appréhender les structures et leur fonctionnement afin de comprendre et d'expliquer les différents problèmes environnementaux et sociaux. Il ressort que le dragage est source de dégradation, de pollution, de raréfaction de certaines essences, ce qui entraine la perte de la biodiversité. L'analyse et l'interprétation des données indiquent également que l'activité d'orpaillage ancrée dans les habitudes des populations de la commune de Kémékafo, bien que génératrice de revenus et donc de développement local, est source de nombreux effets sur l'environnement, l'éducation des enfants et la santé des populations. En outre, l'activité est source de conflit entre les exploitants miniers et la population locale (agriculteurs, pêcheurs, autres usagers du Baoulé).

Face aux réalités dichotomiques (aspects positifs et aspects négatifs) que présente l'exploitation artisanale de l'or, les acteurs que sont les orpailleurs, les chefs coutumiers, la population riveraine et les décideurs doivent œuvrer pour une bonne organisation de cette activité afin d'atténuer et prévenir ses incidences néfastes sur l'homme et son environnement, car ses avantages ne devant pas conduire à perdre de vue ses conséquences graves. La mise en place d'une plateforme d'innovation pour l'activité aurifère est donc envisageable afin que tous les acteurs concernés par cette activité y compris la population puissent en tirer profit et sauvegarder l'environnement. Ceci est le gage d'un développement durable du secteur aurifère.

Conflit d'Intérêts : nous certifions que cet article n'a aucun conflit d'intérêts et n'a fait l'objet d'aucune publication non plus.

Références bibliographiques

- Camara, S. (2017). *Impacts de l'exploitation aurifère artisanale dans la commune rurale de Séléfougou, Cercle de Kangaba*. Mémoire de Master en Histoire et Géographie, Ecole Normale Supérieure, Bamako.
- Cissé F.B. (2019). *Etude des impacts de l'exploitation artisanale de l'or en République de Guinée (cas de la préfecture de Siguiri)*. Mémoire de Master, Université de Québec, Montréal.
- Diallo, A.I.P ; Wade, F ; et Kourouma, S. (2003). *Effets de l'exploitation artisanale de l'or sur les ressources forestières à Siguiri*, République de Guinée.
- Direction Nationale de la Géologie et des Mines du Mali. (2021). Rapport d'activités de 2020.
- Keita, S. (2001). *Etude sur les Mines artisanales et les exploitations minières à petite échelle au Mali,* Institut International pour l'Environnement et le Développement (IIED), Londres, disponible en ligne sur : https://pubs.iied.org/pdfs/G00727.
- Ministère de l'Environnement et du Cadre de Vie-MECV du Burkina Faso. (2011). *Projet Initiative Pauvreté Environnement (IPE), Analyse économique du secteur des mines liens pauvreté et environnement, Burkina Faso, Mali*, SBA/ECOSYS/CEDRES/UNPD/UNEP, Mali.
- N'Diaye, B.F. (2016). *L'orpaillage dans le Niger supérieur au Mali : entre l'économique et l'environnemental*. Saarbrücken : Editions Universitaires Européennes.
- Organisation des Nations-Unies pour le Développement Industriel/Direction Nationale de l'Assainissement et du Contrôle des Pollutions et des Nuisances. (2009). Atelier Sous-régional d'information des pays de l'Afrique de l'Ouest Francophone sur les problèmes liés à l'orpaillage, Bamako, rapport de synthèse.
- Organisation pour la Coopération et le Développement Economique et Autorité de Développement Intégré de la Région du Liptako-Gourma. (2018). *L'or à la croisée des chemins*, Étude d'évaluation des chaînes d'approvisionnement en or produit au Burkina Faso, Mali et Niger, UE/ALG, France, disponible en ligne sur :
- Ouédraogo, A.H. (2006). *L'impact de l'exploitation artisanale de l'or (orpaillage) sur la santé et l'environnement,* Suisse, Média terre, le système d'information mondial francophone pour le développement durable, disponible en ligne sur : https://www.mediaterre.org/afrique-ouest
- Sow, C ; Diarra, A. (2019). *Estimations initiales nationales du secteur de l'extraction minière artisanale et à petite échelle d'or au Mali conformément à la Convention de Minamata sur le mercure*, DNACPNDEEC/FEM/ONU/AGC, Mali.

© 2022 MAIGA, License Bamako Institute for Research and Development Studies Press. Ceci est un article en accès libre sous la licence the Créative Commons Attribution License (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0)

Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Sante Publique, Volume 4 (1)
ISSN :1987-071X e-ISSN 1987-1023
Reçu, 11 février 2022
Accepté, 17 mars 2022
Publiée, 21 mars 2022
http://www.revue-rasp.org

Type d'article : *recherche*

Prévalence et facteurs associés aux grossesses en milieu scolaire au Bénin en 2021

Félicité AKOHA[1,2,3]*, Joseph AKA[3], Théodore SOUSSIA[1], Issaka TIEMBRE[3], Edgard-Marius D. OUENDO[2].

[1]Institut National Médico-Sanitaire (INMeS), Université d'Abomey-Calavi (UAC), Bénin.

[2]Institut Régional de Santé Publique Comlan Alfred Quenum (IRSP/CAQ), Université d'Abomey-Calavi (UAC), Bénin.

[3]Département de Santé publique et Spécialités, Université Félix Houphouët-Boigny (UFHB), Cocody-Abidjan, Côte d'Ivoire.

***Correspondance**: fakohanouatin6@gmail.com ; Tel: +22995856860 / +2250140539595

Résumé :

L'éducation des filles, reconnue comme un pilier essentiel du développement durable, est parfois handicapée par le phénomène de grossesse en milieu scolaire. Dans le but de contribuer à contrôler le phénomène, l'objectif de notre étude est d'étudier la prévalence et les facteurs associés aux grossesses en milieu scolaire au Bénin en 2021. Il s'est agi d'une enquête transversale réalisée en 2021 et qui a concerné les élèves filles ayant bénéficié du projet Education à la Santé Sexuelle (ESS) au Bénin. Elles étaient sélectionnées selon une méthode probabiliste. Les variables explicatives comprenaient les caractéristiques sociodémographiques, comportementaux et l'histoire reproductive. Un modèle de régression logistique a été utilisé pour identifier les facteurs associés aux besoins non satisfaits. Le seuil de significativité était de 5%. L'étude a inclus 3652 filles. La moyenne d'âge était de 17,47 ± 2,35 ans avec les extrêmes 11 ans et de 24 ans. La prévalence des grossesses en milieu scolaire était de 5,61% chez l'ensemble des filles enquêtées et de 15,99% chez les filles sexuellement actives. Les facteurs associés au phénomène comprenaient l'âge ≥20 ans ; (OR=3,79 ; IC95% : 2,56-5,62), l'appartenance aux départements des collines (OR = 2,78 ; IC95% 1,10-7,02) et de l'atlantique (OR = 2,83 ; IC95% 1,13-7,10), le fait ne pas vivre avec les deux parents (OR = 0,57 ; IC95% 0,38-0,86), se prostituer souvent (OR = 3,10 ; IC95% 1,31-7,33) ou parfois (OR = 2,61 ; IC95% 1,13-6,00), le faible ou insuffisance de contrôle parental (OR = 2,42 ; IC95% 1,58-3,69) et le faible niveau socioéconomique du ménage d'appartenance (OR = 1,75 ; IC95% 1,02-3,01). Le phénomène de grossesse en milieu scolaire au Bénin est une réalité. La présente étude met à disposition des décideurs à différents niveaux des évidences pour une lutte efficiente.

Mots clés : Grossesses, milieu scolaire, facteurs, Bénin.

Abstract:
Girls' education, recognized as an essential pillar of sustainable development, is sometimes handicapped by the phenomenon of pregnancy in schools. The objective of our study is to study the prevalence and factors associated with school pregnancy in Benin in 2021. This was a cross-sectional survey conducted in 2021 and involved girls who benefited from Benin's Sexual Health Education (SHE) project. They were selected using a probabilistic method. Explanatory variables included sociodemographic, behavioral, and reproductive history characteristics. A logistic regression model was used to identify factors associated with school pregnancy. The significance level was 5%. The study included 3652 girls. The mean age was 17.47 ± 2.35 years with extremes of 11 and 24 years. The prevalence of school pregnancy was 5.61% among all girls surveyed and 15.99% among sexually active girls. Factors associated with school-based pregnancy included age ≥20 years; (OR=3.79; CI95%: 2.56-5.62) ,belonging to the collines (OR=2.78; CI95% 1.10-7.02) and atlantique departments (OR=2.83; CI95% 1.13-7.10), not living with both parents (OR=0.57; CI95% 0.38-0.86), frequent prostitution (OR=3.10; CI95% 1.31-7.33) or sometimes (OR = 2.61; CI95% 1.13-6.00), poor or insufficient parental control (OR = 2.42; CI95% 1.58-3.69), and low socioeconomic level of the home household (OR = 1.75; CI95% 1.02-3.01). The phenomenon of pregnancy in schools in Benin is a reality. This study provides evidence to decision-makers at different levels for an efficient fight.
Keywords: School-based, pregnancies, factors, Benin.

1. **Introduction**

L'éducation est universellement reconnue comme un pilier du développement durable. Elle est l'arme la plus puissante qu'on peut utiliser pour changer le monde (UNESCO, 2021). Tous les enfants, de ce fait, ont normalement droit à l'éducation, surtout que l'avenir des nations repose sur la jeunesse actuelle qui constitue plus de la moitié de la population mondiale (Banque mondiale, 2018). Un accent est souvent mis sur l'éducation des filles, facteur pouvant faciliter l'atteinte des premiers et cinquième Objectifs du Développement Durable qui prônent la réduction de la pauvreté, l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes. Toutefois, il s'avérerait difficile d'atteindre ces objectifs si une grossesse survenait au cours du processus de l'éducation. Or chaque année, on estime que 21 millions de filles âgées de 15 à 19 ans dans les régions en développement tombent enceinte et environ 12 millions d'entre elles accouchent (Darroch J et *al*., 2016). On estime que les complications de la grossesse et de l'accouchement sont la principale cause de décès chez les filles âgées de 15 à 19 ans dans le monde et les pays à revenu faible et intermédiaire représentaient 99% des décès maternels mondiaux chez les femmes âgées de 15 à 49 ans (Neal S et *al*., 2015). En outre, 3,9 millions d'avortements à risque chez ces filles sont enregistrés chaque année, contribuant à la mortalité, à la morbidité maternelle et à des problèmes de santé durables (Darroch J et *al*., 2016). De même, les mères adolescentes âgées de 10 à 19 ans sont exposées à des risques plus élevés d'éclampsie, d'endométrite puerpérale et d'infections systémiques que les femmes âgées de 20 à 24 ans (WHO, 2016).

Plusieurs facteurs y contribuent. En effet, dans de nombreuses sociétés, les filles subissent des pressions pour se marier et avoir des enfants tôt, meilleure option face aux immenses difficultés

de leur vie (WHO, 2013 ; WHO, UNICEF, UNFPA, 2016 ; Kozuki N et *al*., 2013). Dans les pays les moins avancés, au moins 39 % des filles se marient avant l'âge de 18 ans et 12 % avant l'âge de 15 ans (World Bank, 2017).

En Afrique subsaharienne, environ 60% des filles ont des relations sexuelles avant l'âge de 18 ans et la grossesse est l'une des conséquences qui peut en découler ; en outre, presque tous les pays africains sont impactés par ce phénomène et surtout en milieu scolaire (Biddlecom A et *al*.,2008).

C'est ainsi qu'au Bénin, le constat des grossesses en milieu scolaire est fait, favorisant la déscolarisation des filles. La situation au niveau des Collèges d'Enseignement Secondaire Général, Technique et de la Formation Professionnelle est telle que 8554 cas de grossesse ont été enregistrés entre 2013 et 2019 (Ministère de la Santé du Bénin, 2017).

Malgré les précautions prises par le gouvernement béninois et les Organisations Non Gouvernementales (ONG), à travers les actions de sensibilisation du Ministère des Affaires Sociales et des Microfinances, l'offre des services de planification familiale du Ministère de la Santé, le vote des lois préservant la santé sexuelle et reproductive (SSR) des adolescents et des jeunes, le phénomène perdure. Dès lors, le gouvernement de la République du Bénin a autorisé la mise en œuvre d'un projet dénommé « Education à la Santé Sexuelle (ESS) » dans les établissements de l'Enseignement Secondaire Général, Technique et de la Formation Professionnelle qui a débuté depuis l'année scolaire 2016-2017. Avec ce projet ESS, la régression du nombre de grossesses en milieu scolaire est significative mais reste en deçà des espérances bien que les efforts soient louables. En effet, il a été enregistré 3045 cas de grossesses dans la première année de mise en œuvre, 2912 cas l'année suivante, et 1122 cas la troisième année (INIFRCF, 2019). Ainsi, on demande alors sur quels facteurs pourrait-on agir pour contrôler ce phénomène ?

La présente étude se propose de déterminer les facteurs associés aux grossesses en milieu scolaire au Bénin en 2021 afin de guider davantage une prise de décision contextualisée sur le phénomène.

2. **Matériaux et Méthode**

2.1. *Type, population d'étude et échantillonnage*

Il s'est agi d'une recherche de type transversale et analytique et qui s'était déroulée dans les douze (12) départements du Bénin de janvier à avril 2021. Elle a inclus les élèves filles inscrites dans les établissements scolaires bénéficiaires du projet ESS, soit les filles âgées de 11 à 24 ans, présentes les jours de l'enquête et ayant consenti à participer aux entretiens. Le projet ESS s'est effectué dans 77 établissements secondaires, techniques et de la formation professionnelle des 12 départements du Bénin (tableau 1).

Tableau 1: Aperçu de la démarche du choix des cibles par départements du Bénin en 2021.
Légendes du tableau: I= Nombre établissements ayant bénéficié du projet ESS ; II= Nombre d'établissements tirés (tirage aléatoire) ; III= Etablissements tirés ; IV= Nombre total de filles inscrites en 2020-2021 par établissement tirés ; V= Nombre de filles ayant bénéficié de ce projet sur un an ; VI= Taux de grossesses en milieu scolaire par département au cours de l'année scolaire 2018-2019 selon les données de l'Institut National d'Ingénierie de Formation et de

Renforcement des Capacités des Formateurs (INIFRCR) du Bénin ; VII= Taille calculée par département (Formule de Schwartz) ; VIII= Allocation proportionnelle (Poids) ; IX= Nombre de filles théorique à enquêter ; X= Nombre de filles enquêtées par établissement tirés ; CEG= Collège d'Enseignement Général ; LJF= Lycée des Jeunes Filles ; LTCI= Lycée Technique Commercial et Industriel ; CSA= Collège Saint Antoine ; LT/EFS= Lycée Technique de l'Enseignement Familial et Social ; LTP= Lycée Technique et Professionnel ; EFMS= Ecole de Formation Médico-Sociale ; LTA= Lycée Technique Agricole ; LTI= Lycée Technique Industriel ; LTC= Lycée Technique Commercial.

N°	Départements	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X
1	Alibori	5	3	- CEG1 Kandi	616	87	0,17	219	0,35	77	80
				- LTCI Kandi	154	80			0,09	20	78
				- CEG Banikoara	984	192			0,56	123	117
2	Atacora	6	3	- CEG1 Natitingou	1183	259	0,54	385	0,61	235	128
				- CEG 1 Matéri	493	140			0,25	96	131
				- CSA Natitingou	275	97			0,14	54	59
3	Atlantique	8	4	- LT/EFS Akassato	341	96	0,20	248	0,11	28	80
				- LTP Ouidah	288	97			0,09	23	97
				-CEG2 Abomey-Calavi	1239	123			0,40	100	78
				- CEG1 Allada	1191	134			0,38	97	100
4	Borgou	8	4	- LTP INA	140	60	0,37	361	0,03	14	58
				- Lycée Mathieu Bouké	1756	173			0,47	169	95
				- CEG N'Dali	857	196			0,23	83	92
				- EFMS Parakou	987	100			0,26	95	84
5	Collines	5	3	- CEG Paouignan	536	135	0,78	266	0,47	126	120
				- LTA Kpataba	100	63			0,09	24	46
				- CEG1 Ouessè	499	164			0,44	117	150
6	Couffo	6	3	- CEG1 Azovè	969	133	0,14	187	0,66	124	48
				- LTI Djakotomè	165	67			0,11	21	58
				- CEG Toviklin	325	121			0,22	42	102
7	Donga	5	3	- CEG Ouaké	291	85	0,82	229	0,2	37	79
				- CEG2 Djougou	566	156			0,31	71	79
				- CEG1 Djougou	967	156			0,53	121	80

Source : Calculs à partir des données de l'Institut National d'Ingénierie de Formation et de Renforcement des Capacités des Formateurs (INIFRCR) du Bénin.

8	Littoral	9	5	- CEG Fiyègnon	1374	102	0,58	378	0,26	97	97
				- LTP Kpondéhou	118	80			0,02	09	77
				-Collège Catholique Père Aupiais	348	100			0,06	25	100
				-Verechaguine Cotonou	17	17			0,01	01	16
				- CEG Sègbèya	3499	321			0,65	247	116
9	Mono	7	4	- LTA Akodéha	88	52	0,31	332	0,04	14	48
				- LJF Lokossa	337	116			0,16	52	115
				- CEG1 Lobogo	559	98			0,26	86	86
				- CEG1 Lokossa	1164	196			0,54	180	106
10	Ouémé	8	4	- LTC Porto-Novo	912	162	0,46	385	0,39	151	112
				- CEG Damè-Wogon	239	134			0,10	40	79
				- LTI Porto-Novo	225	44			0,10	37	18
				- CEG Gomè-Sota	944	196			0,41	157	124
11	Plateau	5	3	- CEG Tchaada	726	163	0,28	313	0,29	90	114
				- LTP Pobè	384	125			0,15	47	118
				- CEG1 Pobè	1426	210			0,56	176	114
12	Zou	5	3	- CEG1 Djidja	436	123	0,18	229	0,40	92	45
				- CEG Kpozoun	449	125			0,41	95	102
				- CEG Oumbègamè	203	86			0,19	43	26
Total		**77**	**42**		**28 370**	**5364**	**4,83**	**3 532**	**12**	**3536**	**3652**

Source : Calculs à partir des données de l'Institut National d'Ingénierie de Formation et de Renforcement des Capacités des Formateurs (INIFRCR) du Bénin.

Dans chaque département, la moitié des établissements a été choisie de façon aléatoire, et en cas de nombre impair d'établissements, le chiffre de moitié avec décimale obtenu est arrondi au chiffre supérieur. Ainsi, le nombre total d'établissements sélectionné revient à 42. Le nombre de filles inclus a été déterminé à partir de la formule de Schwartz comme indiqué dans le tableau 1, soit une taille totale calculée de 3532 filles.

Une allocation proportionnelle (poids) de la taille de l'échantillon dans chaque département a été calculée afin d'obtenir le nombre théorique de filles à enquêter par établissement. Compte tenu des réalités pédagogiques de chaque établissement avec des situations de classes volantes,

nous avons opté pour la sélection exhaustive des filles éligibles présentes le jour de l'enquête. Le tableau 1 donne un aperçu de notre méthode d'échantillonnage.

2.2. *Variables d'étude, traitement et analyse des données*

Les variables d'étude étaient constituées des caractéristiques sociodémographiques et culturelles, les caractéristiques comportementales et l'histoire reproductive. Le niveau du bien-être socio-économique du ménage de l'élève a été déterminé à partir de la méthode d'analyse en composante principale décrite par Filmer et *al*. (Rutstein SO et *al*., 2004 ; Filmer D, Pritchett LH, 2001). Le contrôle parental a été évalué à partir des échelles utilisées pour mesurer les pratiques éducatives parentales (Claes M et *al*., 2010 ; Stattin H, Kerr M, 2000 ; Orpinas P et *al*., 2013). Pour l'influence des pairs, nous avons apprécié dans quelle mesure, les amis encouragent l'adolescente ou la jeune fille à adopter des comportements à risque ou responsables. Les échelles utilisées pour évaluer les pratiques éducatives parentales (Claes M et *al*., 2010 ; Stattin H, Kerr M, 2000 ; Orpinas P et *al*., 2013) ont également servi pour apprécier la qualité de la communication qui existe entre parents et enfants.

Les données ont été collectées à l'aide d'un questionnaire structuré et saisies grâce au logiciel Epi Data 3.1. Elles ont été apurées et analysées grâce à Stata SE 14. Les statistiques descriptives classiques de moyenne (ou médiane selon le cas) étaient utilisées pour décrire les variables quantitatives tandis que les fréquences étaient calculées pour les variables qualitatives. Nous avons utilisé un modèle de régression logistique simple en analyse univariée et multiple (stratégie pas-à-pas descendant) pour l'identification des facteurs associés aux grossesses en milieu scolaire. Les OR bruts et ajustés ont été utilisés pour tester la force des associations. Le seuil de significativité était de 5%. L'adéquation du modèle final obtenu a été testée grâce au test de Hosmer et Lemshow.

2.3. *Considérations éthiques et déontologiques*

Le protocole d'étude a reçu l'avis éthique du Comité Local d'éthique pour la recherche Biomédicale de l'Université de Parakou (Ref : 0334/CLERB-UP/P/SP/R/SA) du 09 Octobre 2020. Une autorisation du Ministre de l'Enseignement Secondaire, Technique et de la Formation Professionnelle (Ref : 010/MESTFP/INIFRCF/SA) du 14 Janvier 2021, pour la collecte des données dans les établissements a été obtenue avant l'enquête. De même, les enquêtés étaient rassurés quant à l'anonymat et à la confidentialité des informations collectées.

3. **Résultats**

3.1. *Caractéristiques générales*

Au total, 3652 filles en milieu scolaire ont été enquêtées dans les 12 départements du Bénin. La moyenne d'âge était de 17,47 ± 2,35 ans avec des extrêmes de 11 ans et de 24 ans. Les filles âgées de 14 à 19 ans représentaient 76,89% et 68,85% étaient au second cycle. Par ailleurs, 90% étaient célibataires sans enfant et 78,66% étaient de religion chrétienne. Les filles d'ethnie fon et apparentée étaient plus prédominantes (47,21%). Plus de filles ont été enrôlées dans le département du Littoral (11,12%). La majorité des filles enquêtées avaient des frères ou des sœurs (98,36%) et près de 20% vivaient avec leur mère seule.

Parmi les 3652 filles enquêtées, 1282 (35,10%) utilisaient une méthode contraceptive, dont principalement, l'abstinence pendant la période de fécondité (figure1).

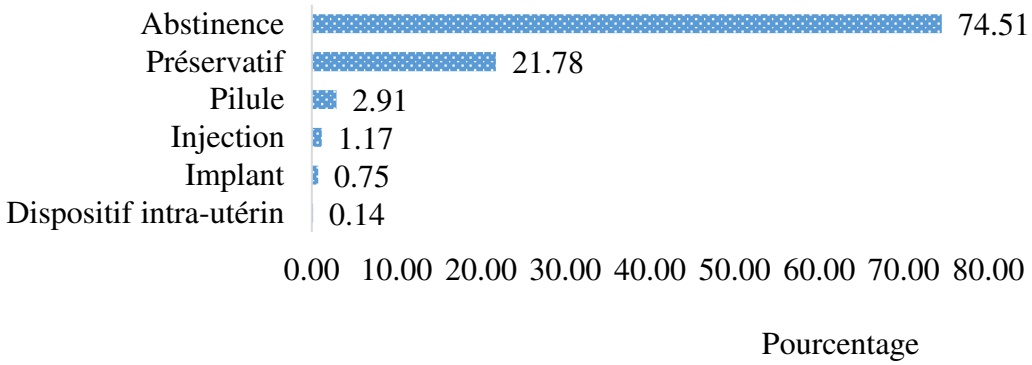


Figure 1 : Répartition des filles enquêtées selon les différentes méthodes contraceptives utilisées, milieu scolaire au Bénin en 2021 (N=1282).

Source : Résultats de notre enquête

Le port de vêtements très courts ou des tenues moulantes dessinant tout le corps a été évoqué par 20,08% des filles et près de 40% d'entre elles consommaient des substances psychoactives. Les substances psychoactives les plus consommées sont la bière, le thé et le café (figure 2).

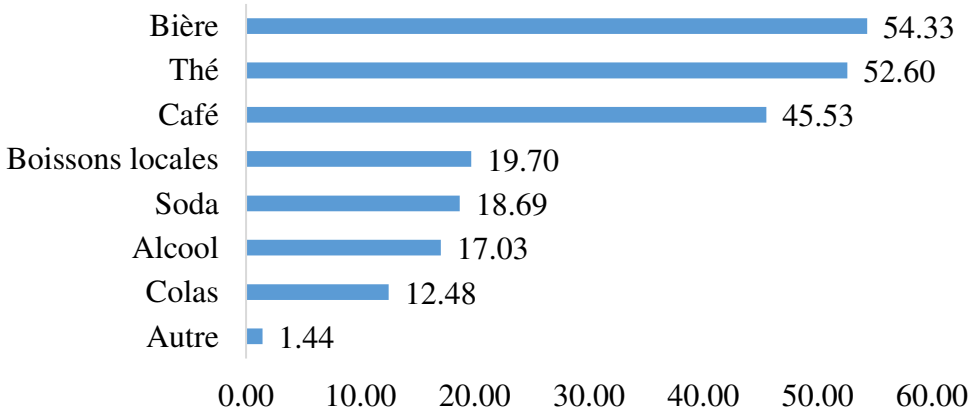


Figure 2 : Répartition des filles enquêtées selon les substances psychoactives consommées, milieu scolaire au Bénin en 2021 (N=1386).

Source : Résultats de notre enquête

L'exposition aux films à caractère pornographique a été évoquée par 1427 (39,09%) d'entre elles, soit occasionnellement dans 33,61% des cas ou au moins deux fois dans la semaine chez 5,48%. Ces films étaient suivis en absence de tout compagnon (seule) chez plus de la moitié d'entre elles (52,58%). Il faut noter que ces films sont également suivis avec des parents de même sexe (5,51%) ou de sexe opposé (2,02%). Parmi elles, 903 filles ont évoqué avoir des

rapports sexuels durant l'année scolaire (24,73%). Les principales raisons sont liées aux besoins d'affection ou sur l'insistance du partenaire tel que décrit sur la figure 3.

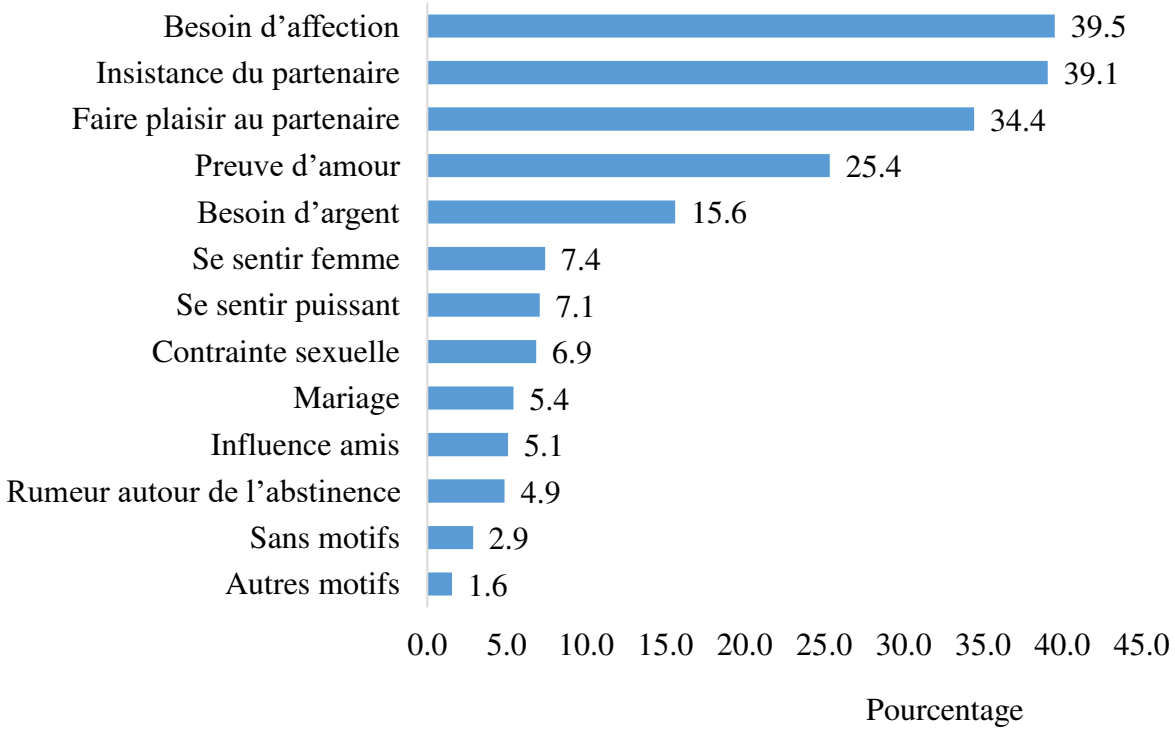


Figure 3 : Motifs des rapports sexuels durant l'année scolaire chez les filles enquêtées en milieu scolaire au Bénin en 2021 (N=903)
Source : Résultats de notre enquête

Une fille sur deux avait un faible niveau de communication avec ses parents et 28,15% ont évoqué recevoir des éducations sur la sexualité contraire à celles reçues à l'école. Près de 40% des filles n'avaient pas une bonne compréhension des modules enseignés sur la sexualité à l'école et 12,20% ne mettaient pas en pratique les enseignements reçus de ces modules. Près de la moitié des filles enquêtées avaient des mères revendeuses et 30% des pères étaient des salariés. Par ailleurs, le niveau de contrôle parental était faible ou insuffisant chez plus de la moitié des filles (55,11%). Près de 5% des filles ont été victimes de mariage forcé. Le harcèlement sexuel a été évoqué par 15,34% des filles et 60,64% étaient fortement influencées par leurs pairs.

3.2. *Prévalence des grossesses en milieu scolaire*
Sur les 3652 filles enquêtées, 1282 (35,10%) étaient sexuellement actives. On note une initiation sexuelle précoce chez 154, soit 12,01% des filles sexuellement actives. Au total, 205 filles ont évoqué être tombées enceintes. La prévalence des grossesses en milieu scolaire était de **5,61%** chez l'ensemble des filles enquêtées et de **15,99%** chez les filles sexuellement actives. Près de 24% de ces grossesses ont connu un avortement provoqué et 61,95% ont évolué à un accouchement. L'issue du reste des grossesses était pathologique.

3.3. *Facteurs associés aux grossesses en milieu scolaire*

A l'issue de l'analyse multivariée, il ressort que **l'âge, le département de résidence, la vie avec un des parents, les rapports sexuels précoces, la prostitution, le contrôle parental et le niveau socioéconomique des filles** étaient associés aux grossesses en milieu scolaire au Bénin en 2021 (tableau 2).

Tableau 2: Modèle multivarié final des facteurs associés aux grossesses en milieu scolaire au Bénin 2021.

	OR Ajusté	**p**
Tranche d'âge (année)		
<13	0,41 [0,12-1,32]	0,137
[13-20[	1	
≥20	3,79 [2,56-5,62]	**< 0,001**
Département		
Alibori	1,43 [0,47-4,30]	0,521
Atacora	2,56 [0,96-6,80]	0,060
Borgou	1,85 [0,69-4,96]	0,219
Donga	2,13 [0,74-6,14]	0,160
Collines	2,78 [1,10-7,02]	**0,029**
Plateau	1	
Zou	1,93 [0,64-5,74]	0,236
Couffo	1,47 [0,48-4,46]	0,494
Atlantique	2,83 [1,13-7,10]	**0,026**
Ouémé	2,38 [0,94-6,03]	0,067
Mono	1,92 [0,73-5,01]	0,179
Littoral	2,22 [0,85-5,80]	0,101
Vis avec un des deux parents		
Oui	1	
Non	0,57 [0,38-0,86]	0,007
Rapports sexuels précoces		
Oui	6,41 [3,64-11,29]	**< 0,001**
Non	1	
Prostitution		
Oui	3,10 [1,31-7,33]	**0,010**
Non	1	

	OR Ajusté	**p**
Parfois	2,61 [1,13-6,00]	**0,024**
Contrôle parental		
Faible/Insuffisant	2,42 [1,58-3,69]	**< 0,001**
Bon	1	
Niveau socioéconomique		
Quintile 1	1,75 [1,02-3,01]	**0,041**
Quintile 2	1,05 [0,5-1,89]	0,868
Quintile 3	1	
Quintile 4	0,82 [0,42-1,59]	0,568
Quintile 5	0,80 [0,41-1,56]	0,525

Source : Calculs à partir des résultats de notre enquête.

Après ajustement, il ressort que toutes choses égales par ailleurs, **les filles dont l'âge était ≥ 20 ans** avaient 3,79 fois plus le risque d'avoir de grossesse que celles âgées de 14 à 19 ans après ajustement sur les autres facteurs. **Les filles des départements de l'Atlantique** (OR=2,78) et **des Collines** (OR=2,78) avaient des risques plus élevés d'avoir de grossesse que les filles du département de plateau.

Il faut également noter que **les filles qui tenaient des rapports sexuels moyennant de l'argent** avaient 3,10 fois plus le risque de tomber enceinte que celles qui ne s'adonnaient pas à cette pratique. **Les filles chez qui le contrôle parental était faible ou insuffisant** étaient 2,42 fois plus susceptibles d'avoir de grossesse que celles dont le contrôle parental était bon.

Enfin, **les filles dont le score du niveau de bien-être social était inférieur au premier quintile** étaient 1,75 fois plus susceptibles d'avoir une grossesse que celles dont le score de bien-être social était inférieur au 3^{e} quintile.

4. **Discussion**

4.1. *Prévalence des grossesses en milieu scolaire au Bénin en 2021*

La présente étude rapporte une prévalence des grossesses en milieu scolaire au Bénin de **5,61%** en 2021 chez l'ensemble des filles enquêtées et de **15,99%** chez les filles sexuellement actives. Les principales raisons évoquées étaient le besoin d'affection dans 39,5% des cas, l'insistance du partenaire (39,1%) et pour faire plaisir au partenaire dans 34,4% des cas. Nous comprenons que les parents seraient interpelés en partie, ce qui pourrait influencer le moindre constat de grossesse chez ces élèves. Le but de la présente étude n'étant pas de comparer les prévalences de grossesses en milieu scolaire mais plutôt de trouver des moyens pour contrôler la moindre grossesse voir l'éliminer du milieu scolaire. A cet effet d'après les statistiques de l'Institut National d'Ingénierie de Formation et de Renforcement des Capacités des Formateurs (INIFRCF) du Bénin, le nombre de grossesses en milieu scolaire était passé de 3045 pendant l'année scolaire 2016-2017, la première année de mise en œuvre du projet à 1122 deux années

plus tard, soit une réduction d'environ de 60%. Un effort louable certes, mais qui ne devrait en aucun cas émousser la poursuite des recherches dans un pays en voie d'émergence.

4.2. *Facteurs associés aux grossesses en milieu scolaire au Bénin en 2021*

L'âge : il ressort que les filles dont l'âge étaient ≥ 20 ans avaient 3,79 fois plus le risque de tomber enceinte que celles âgées de 14 à 19 ans. Dans notre étude, les filles âgées de 14 à 19 ans représentaient 76,89% de nos enquêtées. Le constat des grossesses fait après cet âge (≥ 20 ans) pourrait s'expliquer par le fait que les filles pourraient penser qu'elles ont atteint l'âge de se marier et qu'elles pourraient se permettre d'avoir une grossesse sans être réprimandées. En effet au Bénin, la loi N°2002-07 du 24 août 2004 portant Code des Personnes et de la Famille en son article 123, fixe l'âge minimal au mariage à 18 ans. De plus, si l'évolution scolaire était constante, ces filles ne seraient plus au cours secondaire mais plutôt à l'université. Cela suppose que la sexualité au niveau de ces filles a commencé bien avant 20 ans, comme indiqué dans le rapport final de l'enquête démographique de 2017-2018 au Bénin, qui stipule que près de la moitié des adolescentes (48 %) sont sexuellement actives (INSAE, 2019). Ce constat se fait également ailleurs qu'au Bénin. Les études faites par Mmbaga et *al* en 2011 ont évoqué 14,60 ans puis Mulugeta et *al*. 16,46 ans en Tanzani (Mmbaga EJ et *al*., 2012 ; Mulugeta Y et *al*., 2014). De même Tilahun et *al*. en Ethiopie en 2012 (17,07 ans) (Tilahum M, 2013) l'ont également confirmées. Par ailleurs, plusieurs études effectuées en Afrique ont montré que, les adolescents ayant eu leur puberté à 13 ans ou moins étaient significativement plus à risque d'avoir une sexualité précoce que ceux dont les signes pubertaires sont apparus après 13 ans. Les mêmes observations ont été faites dans une enquête française où les adolescentes qui avaient commencé leur puberté avant 12 ans étaient plus à risque d'une sexualité précoce (Godeau E et *al*., 2008) que celles qui l'ont commencé après 12 ans. En effet, la puberté lorsqu'elle survient tôt augmente le risque d'une sexualité précoce compte tenu de la sécrétion précoce d'hormones sexuelles qu'elles occasionnent et qui ont une influence sur les comportements notamment sexuels. Comme la fréquence des rapports sexuels est un facteur important de l'exposition au risque de grossesse et que les filles n'ont souvent pas la facilité d'obtenir une méthode contraceptive efficace, elles contractent une grossesse.

Le département de résidence : les filles des départements de l'Atlantique (OR=2,78) et des Collines (OR=2,78) avaient des risques plus élevés d'avoir de grossesse. L'enquête démographique de 2017-2018 avait également notifié que les filles de ces départements avaient leurs premiers rapports sexuels à l'âge moyen de 16,5 ans. Les filles des autres départements ont commencé plus tard sauf seulement celles de l'Atacora qui ont commencé à 16,4 ans. Le rapport statistique des cas de grossesse en milieu scolaire pendant l'année scolaire 2019-2020, présenté par l'INIFRCF a notifié que les trois premiers départements qui ont enregistré plus de cas de grossesses entre octobre et juin étaient l'Atlantique (495), les Collines (351) et l'Atacora (266). Cela pourrait laisser présager qu'il y a eu des actions visant la réduction de grossesses en milieu scolaire dans le département de l'Atacora que dans les deux autres départements. Ce qui confirme notre constat de l'existence de plus de projets et ONG œuvrant à la réduction des grossesses précoces dans l'Atacora que dans les deux autres départements. Aussi, n'était-il pas important de noter que le département de l'Atlantique est le plus peuplé du Bénin ? En effet, sur une population de 10 008 749 habitants recensée en 2015 dans les 12 départements du Bénin, l'Atlantique compte à lui seul 1 398 229 habitants avec un taux d'accroissement

intercensitaire de 5,1% et une densité de 432 habitants par km² (Ministère du Plan et du Développement Bénin, 2018). Les collines ne comptent pas autant d'habitants mais les projets visant la réduction des grossesses précoces y sont limités. Les actions pourraient ne pas être équitablement réparties dans tous les départements.

La vie avec un des deux parents, les rapports sexuels précoces, la prostitution, le contrôle parental et le niveau socioéconomique des filles

Il pourrait avoir une interaction entre ces différents facteurs indépendamment associés à la grossesse en milieu scolaire au Bénin en 2021. Alors le cadre idéal et sécurisant de vie pour une jeune fille est avec ses géniteurs ; autrement, elle pourrait être exposée à tout risque. Le manque de contrôle parental pourrait amener ces filles à se livrer à elles-mêmes et à avoir des rapports sexuels précoces sous contrainte ou non, ou sous l'influence des pairs. Ce qui pourrait engendrer des conséquences énormes difficiles à gérer par la suite.

Dans notre étude, les filles qui avaient des rapports sexuels moyennant de l'argent avaient 3,10 fois plus le risque d'avoir de grossesse que celles qui ne s'adonnaient pas à cette pratique. Celles chez qui le contrôle parental était faible ou insuffisant avaient 2,42 fois plus le risque de tomber enceintes sur les bancs que celles dont le contrôle parental est bon. Les filles dont les pères sont sans emploi avaient 2,64 fois plus de risque de tomber enceinte sur les bancs que celles dont les pères étaient des salariés. Et le risque de grossesse était par contre, le moins élevé chez les filles dont les parents étaient professionnellement indépendants. En plus, les filles ayant signalé avoir eu des rapports sexuels durant l'année scolaire (24,73%), évoquaient comme principales raisons : le besoin d'affection (39,5%), l'insistance du partenaire (39,1%) et pour faire plaisir au partenaire (34,4%). Tout ceci pourrait amener à comprendre que si ces filles étaient sous le contrôle de leurs parents possédant socialement et économiquement des conditions de vie acceptables, avec qui elles vivaient, le risque de se prostituer se réduirait. Malheureusement, près de la moitié des filles enquêtées avaient des mères revendeuses. Une étude conduite chez les adolescentes dans une école au Cameroun a convenu que les adolescentes peuvent se livrer à des activités sexuelles en échange de biens, d'argent et d'expériences telles que prendre des repas dans des hôtels (Chen XK et *al*., 2007). Une autre au Malawi a révélé que 66% des adolescentes avaient accepté de l'argent ou des cadeaux en échange de relations sexuelles ; et dans certains cas, les parents peuvent encourager leurs filles à avoir des relations sexuelles avec des hommes pour des biens de consommation ; ou une fille peut sortir avec des hommes parce que ses parents ne peuvent pas lui assurer ses besoins de base (Chen XK et *al*., 2007). Ce qui confirme notre analyse de la situation.

Ce résultat pourrait aussi s'expliquer par le fait que certaines adolescentes de l'étude vivant hors du ménage parental pour des raisons scolaires, n'étaient soumises à aucun contrôle parental et pouvaient facilement subir l'influence des pairs indépendamment de l'effectivité de la communication entre parents et adolescentes. Ceci montre la complémentarité qui pourrait exister entre ces deux rôles parentaux que sont la communication et le contrôle.

Une autre éventualité évoquée par Kalambayi dans son étude est la théorie de la désorganisation sociale, le non-respect des normes traditionnelles et la perte d'intérêt à l'égard de l'initiation coutumière de la sexualité des jeunes. Selon cet auteur, l'introduction de valeurs et modèles étrangers en matière de sexualité offre aux jeunes des occasions de contacts favorisant l'activité

sexuelle comme par exemple celles de la vie des filles vivant à l'internat loin des parents (Kalambayi Banza B, 2021).

4.3. *Limites de la recherche*

La présente étude a permis d'obtenir des notions qui pourront être utilisées pour mener des interventions en faveur de cette cible et pourrait servir de base pour une autre étude à l'échelle nationale. Nous pensons que la démarche utilisée nous a permis d'approcher la réalité bien qu'il puisse y avoir quelques biais de sélection, d'informations et de désirabilité sociale, du fait de la sensibilité du sujet (sexualité) à l'étude. Les filles absentes le jour de l'enquête dans les établissements pourraient détenir des informations importantes à notre étude. Ces informations n'étaient peut-être pas recueillies dans nos résultats, ce qui pourrait constituer un biais à notre étude. Les biais de désirabilité pourraient entraîner une sous-estimation ou une surestimation de certaines caractéristiques étudiées. De ce fait une assistance physique pour clarifier tous les points d'ombre a été faite pour mettre les enquêtées à l'aise dans leurs réponses. Le type d'étude choisi ne permettait pas de mettre en évidence de façon exacte l'antériorité des différents facteurs par rapport à la survenue des grossesses. Ce qui aurait pu être possible avec une étude de cohorte. Cependant, les données recueillies sur place chez les filles sans une préparation préalable nous semblent sincères vu l'engouement des filles à répondre aux questions posées. L'analyse de ces données a permis de conclure à l'identification de ces facteurs associés aux grossesses en milieu scolaire au Bénin en 2021. Nous estimons que le taux de réalisation était satisfaisant et que les résultats de notre étude sont valides, de qualité et digne d'intérêt et les objectifs ont été atteints.

5. **Conclusion**

La prévalence des grossesses en milieu scolaire est relativement élevée au Bénin en 2021 chez les filles sexuellement actives. Les facteurs sociodémographiques et comportementaux comme l'âge, le rapport sexuel précoce, la prostitution et la vie avec un des deux parents ; puis les facteurs familiaux tels que le niveau socio-économique du ménage et le contrôle parental ont été associés à ces grossesses dans notre étude. Sous réserve d'autres facteurs non encore identifiés compte tenu des biais présentés par cette étude, ceux-ci pourraient déjà constitués la base de plus d'autres études.

Les interventions en faveur des adolescents et jeunes pourraient tenir compte de ces différents facteurs afin de retarder l'âge d'initiation aux relations sexuelles. Elles contribueront ainsi à la réduction des grossesses précoces et permettront aux adolescents et jeunes de vivre une sexualité responsable et épanouie tout en participant au développement durable de leur pays.

Reconnaissance

Les auteurs remercient toutes les personnes physiques et morales qui ont contribué à la réalisation de ce travail.

Conflit of intérêts

Les auteurs déclarent que la soumission et la publication de ce manuscrit ne présentent aucun conflit d'intérêts. Aucun des auteurs n'a aucune relation financière avec une entité commerciale qui aurait un intérêt dans le cadre du sujet de cet article.

Références Bibliographiques

UNESCO. Education au développement durable à l'horizon 2030. VADEMECUM 2020. Ed 2021. [Consulté en ligne]. Disponible sur internet URL: https://fr.unesco.org/themes/education-au-developpement-durable/comprendre-edd.

Banque Mondiale. A changing world population, [en ligne]. STORY Oct 08, 2018, [consulté le 14/01/2020]. Disponible sur internet : https://datatopics.worldbank.org/world-development-indicators/stories/a-changing-world-population.html.

Darroch J, Woog V, Bankole A, Ashford LS. Adding it up: Costs and benefits of meeting the contraceptive needs of adolescents. New York: Guttmacher Institute; 2016.

Neal S, Matthews Z, Frost M, et al. Childbearing in adolescents aged 12–15 years in low resource countries: a neglected issue. New estimates from demographic and household surveys in 42 countries. Acta Obstet Gynecol Scand 2012; 91: 1114–18. Every Woman Every Child. The Global Strategy for Women`s, Children`s and Adolescents` Health (2016-2030). Geneva: Every Woman Every Child, 2015.

WHO. Global health estimates 2015: deaths by cause, age, sex, by country and by region, 2000–2015. Geneva: WHO; 2016.

WHO. Global and regional estimates on violence against women: Prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Geneva: WHO; 2013.

WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division. Trends in maternal mortality: 1990 to 2015: Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division. Geneva: WHO; 2015. The International Bank for Reconstruction and Development / the World Bank; 2016 Apr 5. Chp 3.

Kozuki N, Lee A, Silveira M, et al. The associations of birth intervals with small-for-gestational-age, preterm, and neonatal and infant mortality: A meta-analysis. BMC Public Health 2013 ; 13 (Suppl. 3):S3.

World Bank. Economic impacts of child marriage: Global synthesis report. Washington, DC. World Bank; 2017.

Biddlecom A., Hessburg L., Singh S., Bankolé A., Darabi L. Protéger la prochaine génération en Afrique Subsaharienne : Apprendre des adolescents pour prévenir le VIH/sida et les grossesses non désirées. New York : Guttmacher Institute 2008.

Ministère de la Santé, Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant. Stratégie Nationale Multisectorielle de la Santé Sexuelle et de la Reproduction des Adolescents et Jeunes 2018-2022 ; Bénin ; sept 2017.

Institut National d'Ingénierie de Formation et de Renforcement des Capacités des Formateurs. Rapports d'activités 2019, Bénin.

Rutstein SO, Kiersten J. The DHS Wealth Index: DHS Comparative Reports. Maryland: ORC Macro; 2004. pp.77.

Filmer D, Pritchett LH. Estimating wealth effects without expenditure data-or tears : An application to educational enrollments in states of india. Demography. 2001; 38(1): 115-32.

Claes M, Debrosse R, Miranda D, Perchec C. Un instrument de mesure des pratiques éducatives parentales à l'adolescence : validation auprès d'adolescents du Québec et de France. Eur Rev Appl Psychol.2010; 60: 65-78.

Stattin H, Kerr M. Parental Monitoring: A Reinterpretation. Child Dev. 2000; 71(4): 1072-85.

Orpinas P, Rico A, Martinez L. Latino families and youth : A Compendium of Assessment Tools: Pan American Health Organization; 2013.

Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique. Cinquième Enquête Démographique et de Santé au Bénin 2017-2018 : Rapport de synthèse. Rockville, Maryland, USA : INSAE et ICF, 2019.

Mmbaga EJ, Leonard F, Leyna GH. Incidence and predictors of adolescent's early sexual debut after three decades of HIV interventions in Tanzania: a time to debut analysis. PLoS One. 2012; 7(7): e 41700.

Mulugeta Y, Berhane Y. Factors associated with pre-marital sexual debut among unmarried high school female students in bahir Dar town, Ethiopia: cross- sectional study. Reprod Health. 2014; 11(1): 40-6.

Tilahun M, Ayele G. Factors associated with age at first sexual initiation among youths in Gamo Gofa, South West Ethiopia: a cross sectional study. BMC Public Health. 2013; 13(1): 622-8.

Godeau E, Vignes C, Duclos M, Navarro F, Cayla F, Grandjean H. Facteurs associés à une initiation sexuelle précoce chez les filles : données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children. Gynecol Obstet Fertil. 2008; 36: 176-82.

Ministère du Plan et du Développement, Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique ; Cotonou, Bénin. Ed Rockville, Maryland, USA ; Juillet 2018.

Chen XK, Wen SW, Fleming N, Demissie K, Rhoads GG, Walker M. Grossesse chez les adolescentes et issues défavorables à la naissance : une vaste étude de cohorte rétrospective basée sur une population. *Int J Epidémiol.* 2007 ; 36 (2) : 368-373.

Kalambayi Banza, B. Sexualité des jeunes et comportements sexuels à risque à Kinshasa (R.D. Congo). Prom. : Ngondo a Pitshandenge, Séraphin ; Tabutin, Dominique http://hdl.handle.net/2078.1/4845 DIAL [Downloaded 2021/07/19 at 20:56:06

© 2022 AKOHA, License Bamako Institute for Research and Development Studies Press. Ceci est un article en accès libre sous la licence the Créative Commons Attribution License (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0)

Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Sante Publique, Volume 4 (1):
ISSN : 1987-071X e-ISSN 1987-1023
Reçu, 21 février 2022
Accepté, 11 avril 2022
Publié, 14 avril 2022
http://www.revue-rasp.org

Type d'article: Recherche

Dépistage actif vers dépistage passif de la Trypanosomiase Humaine Africaine en Côte d'Ivoire: impact sur l'efficacité de la lutte médicale

SORO Débégnoun Marcelline[1], MLAN Adjoua Elodie Christelle[2], Dr. Coulibaly Bamoro[3], Nanan Kouassi Valentin[4]

[1]Enseignante-Chercheure, Département d'Anthropologie et de Sociologie, Associée à la Chaire Unesco de Bioéthique, Université Alassane Ouattara (Bouaké Côte d'Ivoire), Chercheure associée à l'Institut Pierre Richet (Bouaké-Côte d'Ivoire).
[2]Doctorante, Département d'Anthropologie et de Sociologie, Université Alassane Ouattara (UAO).
[3] Chercheur, Géographe, Institut Pierre Richet (Bouaké).
[4] Doctorant, Département d'Anthropologie et de Sociologie, Université Alassane Ouattara (UAO).

***Correspondance : marcelinesoro@uao.edu.ci** ; Tel: +225 (0777085642/0142697542)

Résumé

La Trypanosomiase Humaine Africaine, constitue une menace en Côte d'Ivoire, malgré la déclaration de son élimination en 2021. La lutte médicale contre cette maladie a reposé d'abord sur le dépistage actif gratuit dans les localités puis sur le dépistage réactif et passif gratuit dans des structures sanitaires. A travers une posture sociologique, l'objectif de cette communication est de comprendre l'incidence du passage du dépistage actif au dépistage passif sur l'efficacité de la lutte médicale, notamment à Bonon et Sinfra dans le Centre-Ouest. L'analyse, s'appuie sur des données à la fois qualitative et quantitative collectées auprès d'acteurs intervenant dans la lutte contre cette maladie d'une part et d'un échantillon de 398 personnes. Les résultats révèlent que dans un contexte de baisse de la prévalence le passage du dépistage actif au dépistage passif s'est inscrit dans une logique d'économie d'échelle coût-efficacité. Cependant, ce changement d'approche a impacté négativement l'efficacité de la lutte médicale. Il a accentué le désintérêt des populations des activités de lutte. Ce désintérêt s'explique par le manque de communication autour du changement d'approche, la perception de l'inexistence de la maladie du fait de la rareté des cas, et les calculs coût-bénéfices entre le dépistage passif et le dépistage actif.

Mots clés

Trypanosomiase Humaine Africaine, Lutte médicale, Dépistage actif-passif, Participation communautaire, Côte d'Ivoire

Active screening to passive screening of Human African Trypanosomiasis in Côte d'Ivoire: impact on medical control efficacity

Abstract

Human African Trypanosomiasis is a threat in Côte d'Ivoire, despite the declaration of its elimination in 2021. The medical fight against this disease was first based on active screening in the localities and then on reactive and passive screening in health centers. Through a sociological approach, the objective of this paper is to understand the impact of the shift from active to passive screening on the efficacity of medical control, particularly in Bonon and Sinfra in the central-western region. The analysis is based on both qualitative and quantitative data collected from actors involved in the fight against this disease and from a sample of 398 peoples. The results show that in a context of declining prevalence, the shift from active to passive screening was based on a cost-effective economy of scale. However, this change in approach had a negative impact on the efficacity of medical control insofar as it increased the population's disinterest in control activities. This lack of interest can be explained by the lack of communication about the change of approach, the perception that the disease does not exist because of the rarity of cases, and the cost-benefit calculations between passive screening and active screening.

Key words: Human African Trypanosomiasis, Medical control, Active-passive screening, Community participation, Côte d'Ivoire

1. Introduction

La Trypanosomiase Humaine Africaine (THA), communément connue que le nom de « maladie du sommeil », est une maladie complexe et multifactorielle. Elle se caractérise en Côte d'Ivoire comme partout en Afrique, par un développement en foyers géographiquement limités (Laveissière & Challier, 1981; Laveissière et Hervouët, 1991; Hervouët et al., (2000). Causée par la glossine (mouche tsé-tsé), la THA est une maladie tropicale négligée qui sévit exclusivement en Afrique. Depuis des décennies, des actions de lutte ont été engagées par les organismes internationaux et nationaux en vue de combattre efficacement cette maladie (Hervouët et al., 2000 ; Lingué et al., 2015).

En Côte d'Ivoire, après les différentes phases épidémiques (Compaoré et al, 2020), les efforts en termes de riposte se sont focalisés sur deux approches:

- la lutte anti-vectorielle (LAV), un complément la stratégie de dépistage-traitement des cas de THA dans l'optique d'agir sur la densité des vecteurs en vue de réduire significativement le contact entre l'Homme et la glossine, donc le risque de transmission de la maladie par déploiement de leurres (écrans et pièges attractifs imprégnés et places à des endroits jugés comme étant à risque).
- la lutte médicale qui consiste au dépistage précoce ainsi que le traitement des personnes malades.

Ces approches ont été déployées dans le cadre du Programme National d'Elimination de la THA (PNETHA) en général et de projets de lutte spécifiquement. Les actions de luttes médicales intensives, principalement le dépistage systématique gratuit a permis de réduire la prévalence de la maladie et de positionner la Côte d'Ivoire au rang des pays enregistrant moins de 10 cas par an en 2018 (Jamonneau et al., 2020). Ces importants progrès ont abouti en 2021 à la déclaration de l'élimination de la THA en Côte d'Ivoire par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Cependant, malgré ce résultat satisfaisant, la THA quoique qualifiée de Maladies Tropicales Négligées (MTN), constitue tout de même une menace pour le pays, notamment dans les foyers endémiques de Bonon et Sinfra dans la

région du centre-ouest, où il existe encore des cas suspects et des personnes dépistées séropositives, non traitées car le parasite n'a pas été mis en évidence (Minayégninrin et al., 2020).

La lutte médicale contre la THA, axée sur le dépistage et le traitement gratuit des malades afin de réduire le réservoir humain de parasites, était jusqu'en 2015 essentiellement réalisée de manière active par des équipes mobiles spécialisées (Djé et al., 2002 ; Kaba et al., 2006 ; Koffi et al., 2016). Cependant, avec le faible nombre de malades rapportés depuis 2015 (9 cas dépistés de 2015 à 2019), ce dépistage actif a évolué vers un dépistage passif ciblé et une surveillance passive intégrée dans le système national de santé. En 2017, le dépistage passif dans des structures sanitaires devenait l'approche de dépistage dans le cadre de la lutte médicale contre la THA en Côte d'Ivoire. La stratégie est passée d'une approche verticale à une intégration à tous les niveaux du système de santé (Kaba et al., 2020 ; Compaoré et al., 2020). Notre question de recherche est donc la suivante : comment le changement d'approche a-t-il impacté la participation des populations aux activités de la lutte médicale contre la THA en Côte d'Ivoire ? Cette question en appelle d'autres : quelle est la logique qui a sous-tendue le passage de l'approche active à l'approche passive ? Comment ce changement d'approche a-t-il été introduit et comment fonctionne-t-il concrètement? Comment les populations perçoivent-elles ce changement ? A travers une posture sociologique, l'objectif était de comprendre l'impact du changement d'approche sur la participation des populations à la lutte contre la THA, spécifiquement dans les foyers endémiques de Bonon et Sinfra dans le Centre-Ouest. L'intérêt d'une telle réflexion, menée dans un contexte post-élimination de la THA, réside dans le fait que la participation communautaire demeure un enjeu essentiel pour l'atteinte de l'arrêt total de la transmission de la maladie à l'horizon 2025 Ce défi est particulièrement plus grand dans les zones d'étude où l'on enregistre une baisse au fil des ans de l'intérêt des populations face aux activités de lutte contre cette maladie. Les résultats de cette recherche pourraient éclairer les décideurs publics notamment le Programme National d'Elimination de la THA dans la mise en œuvre de stratégies de communication plus efficace ciblant davantage non seulement les populations des zones à risque mais aussi le personnel de santé devenu aujourd'hui des parties prenantes clé dans la stratégie de lutte médicale.

L'argumentaire se structure autour de trois points majeurs. Le premier aborde les raisons du changement du passage du dépistage actif au dépistage passif. Le second apporte des éclairages sur l'approche du dépistage passif ainsi que les dispositifs mis en place pour son déploiement dans les centres de santé. Le dernier points traite des facteurs entravant la participation des populations cibles au dépistage passif dans les structures sanitaires.

2. Matériaux et Méthodes

La recherche a été effectué entre septembre et octobre 2020 à Bonon et à Sinfra, deux localités situées dans la région de la Marahoué dans le Centre-Ouest de la Côte d'Ivoire (Figure 1)

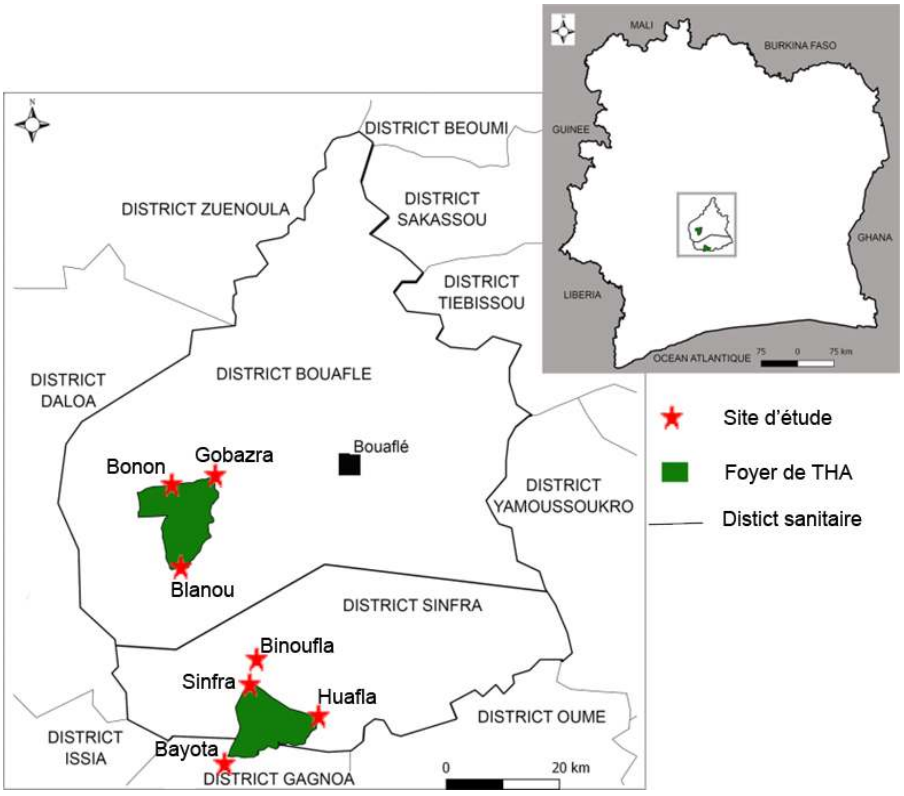


Figure 1 : Localisation des sites d'étude, Source: Coulibaly Bamoro, IPR

Le choix de ces localités se justifie par le fait que les foyers de Bonon et Sinfra constituent des zones endémiques qui fournissent encore des cas depuis 2015.

Bonon et Sinfra sont localisés en zone de forêt mésophile, au niveau du contact forêt-savane. Ces localités évoluent sous l'influence d'un climat de type équatorial à deux saisons de pluies (de mai à mi-juillet et d'août à octobre). Mais, cet équilibre est quelque peu perturbé depuis quelques années par une forte variabilité pluviométrique. La pluviométrie moyenne y est d'environ 1200 mm/an.

Ces sites d'étude sont des zones d'immigration agricole. Dès 1960 pour Sinfra et vers le début des années 1970 pour Bonon, ces localités ont enregistré des arrivées massives de migrants agricoles en provenance des pays voisins (Mali et Burkina Faso), mais aussi d'autres régions de la Côte d'Ivoire, notamment du centre et du nord pour la création de plantation de café et de cacao. Cet apport migratoire fait aujourd'hui de Bonon et Sinfra des zones de peuplement cosmopolites. C'est le cas de Bonon où l'on enregistrait une cinquantaine d'ethnies (Courtin, 2007). La population de Bonon était estimée à 92 523 habitants selon le dernier Recensement Général de Population et de l'Habitat (RGPH, 2014) et celle de Sinfra à 80 658 habitants selon cette même source.

La collecte des données s'est faite aussi bien en zone rurale qu'urbaine. Les données reposent sur des sources documentaires et primaires. L'approche de l'étude était à la fois quantitative et qualitative. Les données quantitatives ont été collectées à partir d'un questionnaire administré auprès d'un échantillon de 399 personnes (254 Hommes et 145 femmes) pour les deux sites concernés. Le choix de cet échantillon s'est de manière aléatoire suivant les critères de disponibilité et de volonté à participer à l'enquête. Les données qualitatives ont été produites à partir d'entretiens avec des acteurs parties prenantes dans la lutte médicale. Ce sont : le personnel de santé (3 infirmiers), les Agents de Santé Communautaires (ASC) 9 au total, des chercheurs de l'équipe médicale du projet (2), soit 14 entretiens.

3. Résultats

3.1. Lutter autrement contre la THA: pourquoi du dépistage actif au dépistage passif?

Selon la littérature ivoirienne sur la THA, de 2000 jusqu'en 2012, la lutte médicale a reposé sur des activités de dépistage actif exhaustif et gratuit tant en zone urbaine que rurale de toutes les populations à risque des foyers de Bonon et Sinfra. Mais, en raison de la baisse de la prévalence de la maladie d'une part, et de la baisse progressive de présentation des populations à risque aux séances de dépistage parce que ressentant de moins en moins la maladie comme une menace) d'autre part, des stratégies de dépistage actif ciblé ont été mises en place. Le dépistage actif ciblé a reposé sur l'approche du suivi spatialisé des cas pour identifier la population à risque (Courtin et al., 2010). Concrètement, cela consistait à faire du porte-à-porte afin permettait d'examiner la famille et les populations partageant les mêmes espaces que les personnes dépistées séropositives à la THA (Koffi et al., 2016). Le dépistage actif peut aussi cibler un choix de villages considérés comme les plus à risque dans une zone donnée sur la base de données historiques, épidémiologiques et géographiques. Cette approche va connaître une évolution avec l'adoption et l'opérationnalisation du dépistage passif et de la surveillance passive dans les foyers endémiques de Bonon et Sinfra.

Deux raisons sont évoquées pour justifier le passage du dépistage actif gratuit qui se fait autant en ville que dans les villages ou dans des points de regroupement s'agissant des populations résidant dans des campements de culture. La première est d'ordre épidémiologique. En effet, les localités de Bonon et Sinfra ont connu selon les témoignages des populations de grandes et sévères phases endémiques. Lors des phases épidémiques, des équipes médicales étaient déployées dans les villages avec pour mission de procéder au dépistage systématique des populations. Du point de vue des équipes médicale, cette approche a été très efficace dans la mesure où elle a permis de diagnostiquer des cas de THA précocement et de prendre en charge rapidement des personnes dépistées positives. Ces actions de proximité ont ainsi contribué à faire baisser le niveau de prévalence. Par conséquent, avec l'amélioration de la situation épidémiologique, le déploiement d'un dispositif de riposte lourd était donc de moins en moins justifié.

> *« C'est à partir des indicateurs épidémiologiques comme la prévalence de la maladie, les données qui sont collectées avec le Programme National d'Élimination de la THA que nous avons fait le changement. On appelle ça une transition épidémiologique. (...). On s'adapte par rapport au système, à la variation de la maladie c'est-à-dire par rapport à la gestion de la prévalence. Cela veut dire, une zone où on a dépisté 100 cas les moyens de lutte dans cette zone ne sont pas les mêmes que dans une zone où on a dépisté 2 cas sur 5 ans ». Extrait entretien, MK. Chercheur Projet Trypa NO, octobre 2020.*

La deuxième est d'ordre économique. Les activités de lutte contre la THA reposent largement sur des financements extérieurs, sous forme de projet. En fonction de l'évolution de la situation épidémiologique, la baisse des financements est allée de pair avec celle de la prévalence de cas de THA. Ainsi, pour la continuité de la lutte médicale nécessitait de procéder à des ajustements financiers dans la mesure où cette approche mobilise beaucoup d'importantes ressources tant matérielle, humaine que financière.

> *« (...). La prospection médicale a permis de dépister un grand nombre de populations pendant la surveillance active; ce qui a permis de réduire de manière spectaculaire la prévalence de la maladie. Actuellement nous ne sommes plus en phase de grandes endémies. Du coup, l'équipe mobile enregistre moins de nouveaux cas de maladie à chaque passage dans les localités. En fait, on avait remarqué que depuis 2009, toutes les activités qui étaient menées sur le terrain, que ce soit en passif ou en actif, chaque année on n'arrive pas à apporter plus de 10 cas par an. Donc, c'est ce qui a fait dire aux gens* [PNLTHA] *qu'il fallait intégrer cette surveillance-là* [dépistage passif]. *C'est-à-dire donner la main aux structures fixes de mener la lutte contre la*

maladie au lieu de déplacer à chaque fois une équipe ». Extrait entretien, CB. Chercheur Projet Trypa NO, octobre 2020.

Le dépistage gratuit dans les centres de santé s'est donc positionné comme une solution pragmatique en vue de poursuivre la lutte contre cette maladie (Mathurin et al., 2016, Minayégninrin et al, 2020). En somme, dans la stratégie générale de la lutte médicale, le dépistage passif est vu comme une approche d'allocation optimale des ressources financières de plus en plus rares tout en préservant les acquis.

« (…). Il est vrai que la prévalence a baissé mais la maladie existe toujours. La lutte continue, la surveillance passive est une façon de pérenniser le dépistage, de détecter tous les cas et les soignés. (…) c'est *une occasion de rapprocher le dépistage des populations* ». MK. Chercheur Projet Trypa NO, octobre 2020.

3.2. Rendez-vous désormais à l'hôpital: mécanisme d'introduction du changement

Pour se maintenir dans la durée, tout système a besoin d'avoir une vision, un contenu, des acteurs pour l'animer et une stratégie d'action. Cette section décrit donc le dispositif institutionnel et organisationnel mis en place pour poursuivre la lutte médicale. L'approche de dépistage passif met en interaction différents acteurs aux attributions spécifiques.

Le schéma ci-après montre la structure organisationnelle et les liens fonctionnels entre les parties prenantes impliquées dans le processus.

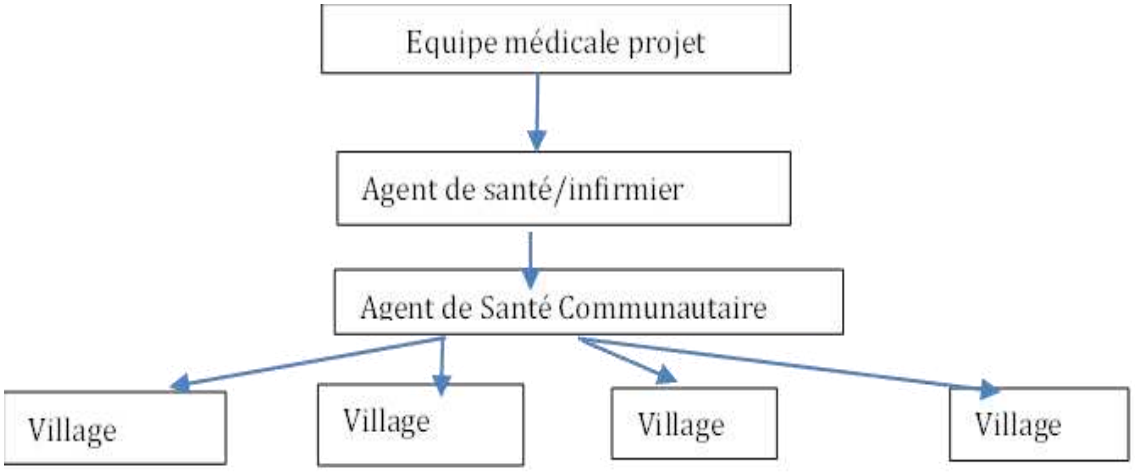


Figure 2 : Schéma organisationnel du dépistage passif

Source: Enquête de terrain, 2020

Le rôle de l'équipe du projet est de mettre à la disposition des centres de santé ciblés tout le nécessaire pour le dépistage (les kits de dépistage, les registres). Dans chaque centre de santé, un point focal THA est choisi, généralement un infirmier ou un médecin, dont le rôle est de veiller au dépistage de cas suspects et de rendre compte au responsable de l'équipe médicale du projet. Dans chaque centre de santé, il existe déjà des Agents de Santé Communautaires (ASC) qui servent d'interface entre les populations et les structures de soins. L'ASC THA, désigné par le point focal THA de la structure sanitaire, a pour rôle d'accompagner les équipes médicales dans la réalisation de toutes les activités dans les villages. Il assure la circulation des informations aux niveau communautaire.

Les populations, quant à elles, ont pour rôle d'aider l'équipe médicale à identifier les cas suspects et à se rendre dans la structure sanitaire pour se faire dépister. Pour le bon fonctionnement du

système, des formations de renforcement de capacités sont délivrées par l'équipe projet au bénéfice du personnel de santé (point focal THA et ASC) sur la THA. Ces acteurs sont formés à la suspicion clinique et au dépistage sérologique et parasitologique de la maladie (tests de diagnostic rapide, recherche parasitologique par observation microscopique, échantillonnage etc.) par les équipes spécialisées. Au niveau communautaire, la stratégie de communication repose sur des sensibilisations (projection de films, réunions avec des groupes d'intérêt, spots dans des radios de proximité, affiche de prospectus, etc.).



Figure 3 : CD du film realisé sur la trypanosomiase pour la sensibilisation

Source: Archives de l'Institut Pierre Richet, enquête de terrain, octobre 2020

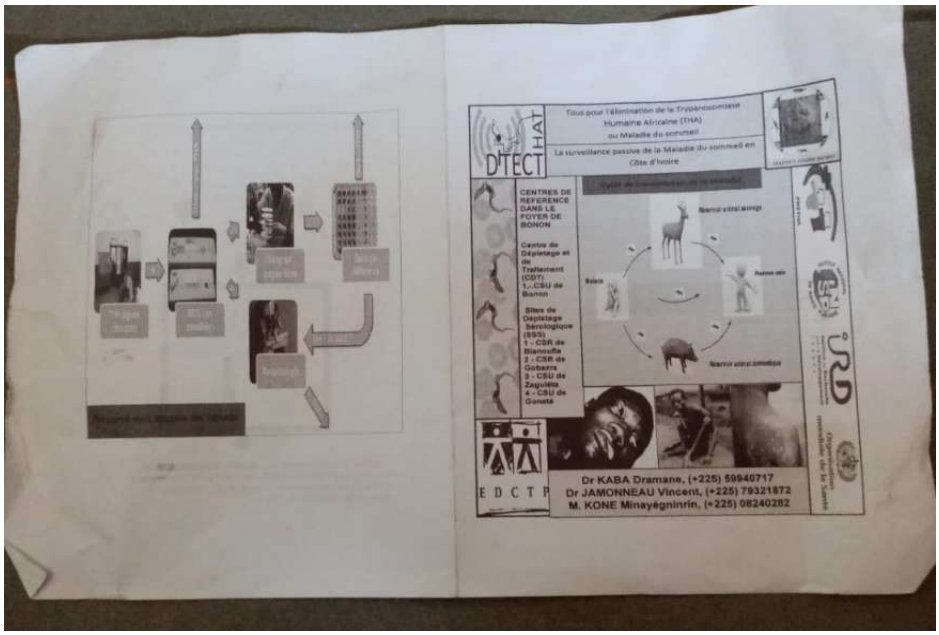


Figure 4: Une brochure indiquant l'itinéraire thérapeutique

Source: Enquête de terrain, septembre et octobre, 2020



Figure 5 : Kit de test SD Bio line

Source : Enquête de terrain, octobre, 2020. Image prise au CSU de Gobazra (Bonon)

3.3. Dépistage actif versus passif: quel bilan de la mise en application?

3.3.1. Un dispositif fonctionnel, mais moins efficace comparativement au dépistage de masse

Tableau 1 : Evolution du nombre de test réalisé par le personnel de santé

FOYERS	CENTRES DE SANTÉ	NOMBRE DE PATIENTS DÉPISTÉS			Total
		2017	2018	2019	
BONON	CSR BLANOUBLA	25	167	80	392
	CSR GOBAZRA	20	121	131	272
	CSU BONON	55	147	80	272
SINFRA	CSR HUAFLA	33	159	90	282
	CSR BINOUFLA	73	121	129	323
	CSU BAYOTA	25	133	149	307
	HG SINFRA	13	106	441	560
TOTAL		**244**	**954**	**1100**	**2418**

*CSU: Centre de Santé Urbain/ CSR: Centre de Santé Rural/ HG: Hôpital Général.

Source: Statistiques, projet Trypa-NO, Institut Pierre Richet.

Sur la période 2017 à 2019, le nombre de tests réalisés par les agents de santé sur des malades venus en consultation générale est en nette évolution, avec cependant des variations suivant les localités. De 244 cas en 2017, les chiffres sont passées à 954, puis a 1100 tests réalisés soit un total de 2418 tests réalisés. Malgré le maintien de la gratuité des prestations de dépistage, ces chiffres sont largement en deçà de ceux enregistrés au cours des phases de prospections de masse (voir tableau 2 ci-après).

Tableau 2 : Evolution du nombre de personnes dépistées par la méthode active

Année	Population attendue	Population examinée	Taux (%)
2000	33150	18046	54,4
2002	24896	8284	33,3
2003	2502	1369	54,7
2004	16251	10878	66,9
2006	ND	4285	ND
2007	8000	6738	84,2
2008	ND	3276	ND
2011	ND	3126	ND
2012	ND	3919	ND
2015	7570	5744	75,9
Total		**66723**	

Source: Institut Pierre Richet, 2020.

3.3.2. Des populations de plus en plus désintéressées de la lutte médicale

Afin de mieux comprendre l'impact du changement d'approche sur les comportements des populations en matière de recours au centre de santé en cas de personnes suspectées de THA, nous avons d'abord questionné leur niveau de connaissance de l'existence du dispositif de dépistage passif avant de les amener à se prononcer sur leur perception du passage du dépistage actif au dépistage passif.

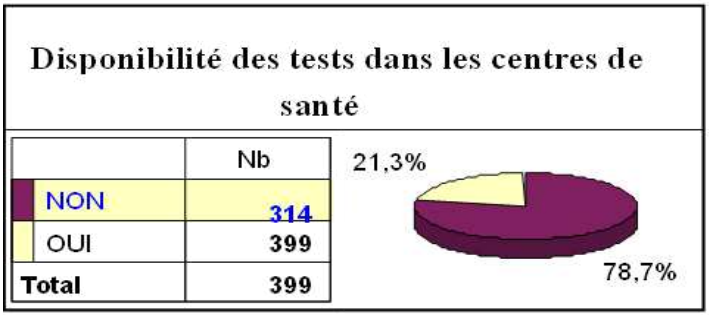


Figure 6: Evaluation du niveau de connaissance des populations de la disponibilité des tests dans les centres de santé

Source : Enquête de terrain, octobre, 2020

La figure ci-dessus montre que sur 399 enquêtés, seulement 85 (21%) ont connaissance de l'existence des tests dans les centres de santé, contre 314 enquêtés soit une proportion de 78,7% des enquêtés qui déclarent ne pas être informés du changement d'approche, donc de l'existence du dispositif de dépistage mis en place dans les centres de santé. En partant du postulat selon lequel la perception du coût du dépistage pourrait être une entrave à l'utilisation des services de santé nous avons tenté d'évaluer leur connaissance sur le coût du dépistage et du traitement qui pour rappel demeurent entièrement gratuits.

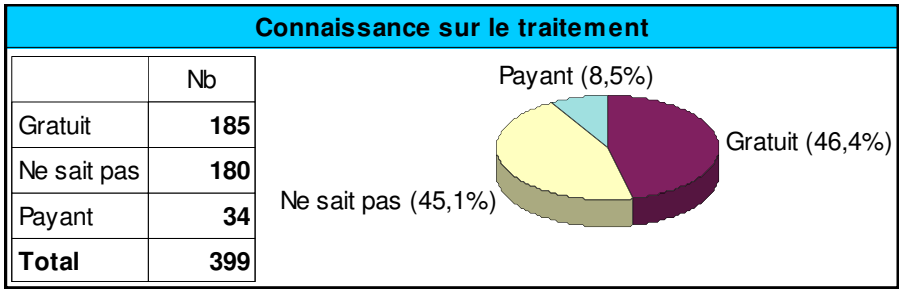


Figure 7 : Connaissance sur le coût du traitement de la THA

Pour des enquêtés 46%, le traitement de la THA est gratuit contre 8,5% qui estiment qu'il est payant. Une proportion non négligeable des enquêtés soit 45% déclare ne pas disposer d'information sur la nature des prestations offertes dans le cadre de la lutte contre la THA. Les 46% ayant connaissance de la gratuité du dépistage et de la prise en charge ont eu accès à l'information à travers différentes sources.

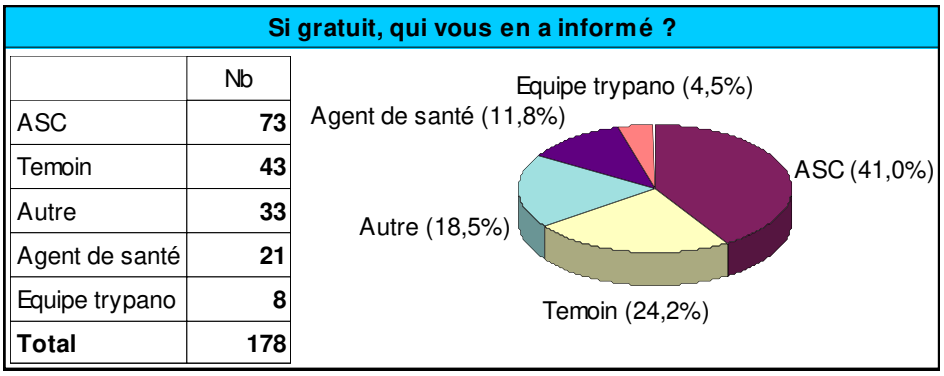


Figure 8 : Source d'accès à l'information sur la gratuité des tests pour le dépistage

Source: Enquête de terrain, octobre, 2020

Selon le graphique, sur un effectif de 178 répondants sur les 185 (voir graphique 2) ayant répondu que le dépistage et le traitement de la THA étaient gratuits, la majorité des enquêtés a eu accès à l'information à travers les parties prenantes intervenant dans le dispositif du dépistage passif (41%, par le biais des ASC, 11,8% par les agents de santé et 4,5% par l'équipe du projet Trypa No). Une autre catégorie soit 24% a eu l'information en tant que témoin ayant participé à une séance de dépistage de masse. Enfin, 18,5% a reçu l'information grâce à une victime de la maladie, un proche ou un ami ou encore une personne de son entourage.

3.3.3. De la déconstruction de la logique du coût-efficacité contre celle du coût-bénéfice

Amenées à se prononcer sur les effets de ce changement, il ressort des entretiens auprès des populations que ce changement risque d'impacter négativement la lutte contre la THA. Ce changement alimente le désintérêt pour les activités de lutte contre la THA surtout dans un contexte où les cas de personnes atteintes de la maladie du sommeil sont quasi rares d'une part, même pour les cas de maladies actuelles graves l'hôpital ne constitue pas toujours le premier recours de soin, d'autre part. Quelques arguments avancés extraits des entretiens réalisés sont présentés ci-après.

> *« Il n'y a pas hôpital dans notre village ici, les voitures ne passent pas ici. Quand quelqu'un est gravement malade on demande moto des gens pour envoyer la personne à l'hôpital à Gobazra ou à Bonon. La route vous voyez là, quand il pleut comme ça là, c'est difficile chaque jour on*

pousse voiture ici. (…) Tu vois non, c'est difficile les hôpitaux sont loins ». Agriculteur, Village de Gblokouakoukro (Bonon).

« *Au temps de Laveissière et même après lui, les gens venaient ici, partout dans les villages. Ils venaient s'assoir sous un arbre au village. C'est vrai que des gens pouvaient aller au champ, mais en ce temps-là, les gens étaient obligés de faire le dépistage. Quand quelqu'un même est bizarre, eux-mêmes ils le voyaient et pouvaient le convaincre de faire son test. Ils allaient même parfois passer de maison en maison. C'est comme ça que des gens ont pu être sauvé. Les gens n'étaient pas toujours contents, mais au moins ils ne dépensaient pas de l'argent pour dire qu'ils vont se déplacer ». Mais si, aujourd'hui, on dit aux gens d'aller à l'hôpital (…), Ah, ça décourage (…). On se connait (…), quand on est malade, on ne pense pas tout de suite à aller à l'hôpital. On va aller en brousse d'abord chercher des feuilles pour se traiter (…), ou bien même chercher les guérisseurs. Parfois même quand la maladie est bizarre on va consulter le charlatan pour y voir clair (…). C'est quand tu as tout essayé et que tu vois que la mort n'est pas loin que tu vas maintenant là-bas.* Extrait d'entretien avec un ancien ASC THA, Village Akromiabla (SINFRA).

Discussion

La présente section résume et analyse les principaux résultats obtenus. En termes de résultats clés, nous retenons que le passage du dépistage actif au dépistage passif s'est inscrit dans une logique d'économie d'échelle de calcul coût-efficacité. Même si, grâce aux efforts soutenus de lutte, la prévalence a considérablement baissé, le dépistage, garde toute sa pertinence surtout dans un contexte de transition épidémiologique définit comme étant « *le passage d'un régime permanent ancien à un nouveau régime permanent après une transition vers une mortalité plus faible* » selon Abdel Omran cité par Vallin & Meslé, p. 262).

Dans la logique d'intervention en Côte d'Ivoire, le dépistage actif répond à un besoin de maintien de la stratégie de lutte avec un système de fonctionnement a minima sur la base de ressources humaines et économiques limitées. La vision est que même si les cas déclarés officiellement sont devenus rares, la menace de résurgence de la maladie est réelle, parce qu'il y a toujours des porteurs sains, c'est-à dire de personnes dépistées positives à la sérologie mais où l'agent pathogène n'a pas encore pu été mis en évidence et donc ne peuvent être mises sous traitement par rapport au protocole en vigueur en Côte d'Ivoire. Ainsi, la mise en place d'un dispositif dans les structures sanitaires de proximité devrait permettre de maintenir la surveillance passive par le personnel de santé qui procédera au dépistage de certains patients venant en consultation, mais présentant des signes cliniques semblables aux symptômes de la THA.

Selon Kaba et al, (2020), « dans le contexte actuel ivoirien de faible incidence et d'élimination de la THA, la surveillance passive intégrée dans les centres de santé périphériques des zones d'endémie en Côte d'Ivoire semble être l'une des meilleures stratégies. Selon cet auteur, elle permet le dépistage et le traitement des malades par les agents de santé, qui doivent se souvenir des symptômes cliniques permettant d'orienter le diagnostic biologique ». Les enquêtes réalisées à Bonon et Sinfra montrent que le dispositif de surveillance passive semble quelque peu éprouvé par le terrain. Même si les données statistiques présentées dans le texte prouvent que le nouveau dispositif de dépistage est fonctionnel, le nombre de personnes dépistés annuellement demeure cependant très faible. Ce constat est similaire à celui de Mulenga-Cilundika et al., (2020) qui démontraient dans une analyse sur la

situation de la THA en RDC qu'en 2018, c'était seulement 25% des cas qui avaient été rapportés par la détection passive via les services des soins de santé primaires contre 51% des cas par la détection active. Ils concluaient donc que la détection passive s'est finalement avérée être une stratégie précaire pour le contrôle de la maladie du sommeil dans le contexte du système de santé dans ce pays. Leur conclusion peut aisément s'appliquer au contexte ivoirien. Les raisons évoquées par le personnel de santé interviewé dans nos localités d'étude pour justifier ce faible taux de dépistage se résument au manque de connaissance des populations de la disponibilité des tests dans leurs centres de soin. Pour nous ces motifs semblent trop simplistes dans la mesure où, en tant que partie prenante dans le dispositif de lutte médicale, ces acteurs devraient jouer un rôle dans la communication pour le changement de comportement autour de cette maladie. Un questionnement plus poussé sur la part de responsabilité du personnel de santé permettrait de rendre plus intelligible un tel constat. Ce questionnement est fondé d'autant plus que déjà dans les conclusions d'une publication sur l'évolution des stratégies de lutte contre la trypanosomiase humaine africaine dans le contexte de transition épidémiologique en Côte d'Ivoire, Compaoré et al. (2020, p. 61) attiraient l'attention sur le fait que « plus le temps passe plus les capacités de lutte diminueront probablement avec comme conséquence la perte du « réflexe trypano » par les agents de santé qui seront de moins en moins motivés à déployer leur énergie pour rechercher les quelques cas d'une maladie infectieuse qui aurait quasiment disparu ». Parallèlement, toujours selon ces auteurs, l'adhésion des populations aux stratégies de lutte, nécessaire pour garantir l'efficacité et la pérennité des acquis, risquait aussi de diminuer.

La question de la participation ou de l'intérêt des populations a été étudiée particulièrement dans les documents dont fait usage cette recherche : les résultats obtenus confirment les prédictions des auteurs suscités. Les données montrent que, le passage au dépistage passif a accentué la baisse d'intérêt des populations pour les activités de la lutte de manière générale et au dépistage dans les centres de santé spécifiquement. Selon Laveissière et al., (2003), diverses raisons peuvent pousser des populations à ne pas recourir aux services de santé pour se faire dépister de la THA. Ces raisons peuvent être selon lui propres aux populations humaines et peuvent être liées au fait qu'elles acceptent mal soit la contrainte des visites médicales, soit la peur du traitement ou encore la simple ignorance qui peut être une cause de l'absentéisme et de la non adhésion au programme de lutte.

En appliquant ces postulats à nos contextes d'étude, la variable « manque de connaissance » apparaît comme étant la plus déterminante dans la mesure où, effectivement, nos données ont démontré qu'environ 79% des personnes interrogées ignoraient que les activités de dépistage se poursuivaient, et surtout qu'il fallait désormais se rendre dans un centre de santé. Mais, l'analyse des données d'enquête montre que les personnes ayant eu accès à l'information n'affichent pas une attitude favorable à l'égard de cette nouvelle approche. Les raisons évoquées sont principalement d'ordre géographique (éloignement de certains villages des centres de santé) et économique (manque de moyens pour couvrir les frais de déplacement et autres frais annexes non maîtrisés, ce qui est nouveau pour eux depuis les différentes phases de lutte). Pour des auteurs, la distance peut être certes une contrainte, mais elle ne peut constituer un facteur explicatif majeur de non recours aux centres de dépistage. Par exemple Munyamahoro et al., (2012) traitant des déterminants de l'utilisation des services de santé par les ménages en RDC Congo, montrent que l'accessibilité géographique ne constituait pas une barrière pour ces ménages d'autant plus que 68,7% des malades faisaient moins d'une heure de marche pour atteindre la structure de soins et seuls 10% des malades dépassaient plus d'heure et 30 minutes. Pour lui, ce sont plutôt les raisons financières qui constituaient la raison

principale de non recours aux soins. Pour Mpanya et al., (2012), en s'appuyant toujours sur des observations faites en RDC, ce sont plus des facteurs d'ordre socioculturels (perception de l'origine de certaines maladies) qui constituent un frein au dépistage de la THA dans les centres de santé. On retrouve cette dimension culturelle de la représentation de la maladie chez les populations enquêtées dans les foyers endémiques de Bonon et Sinfra. Par exemple, la folie qui est l'une des manifestations neuropsychiatriques de la THA est généralement considérée comme un sort par certains acteurs. Cette perception les éloigne ainsi des centres de santé au profit d'autres structures de soins parallèles tels que les camps de prière et guérisseurs/tradipraticiens. Le recours aux structures sanitaires devient donc l'ultime solution de quête de la guérison. Pour les besoins d'efficacité de la lutte médicale contre la THA, telles représentations ont besoin d'être déconstruites par un travail de fond autour de certaines croyances et pratiques de soins des populations.

Conclusion

Au terme de cette étude, l'on retient que la lutte contre la THA en Côte d'Ivoire depuis sa résurgence dans les années 1970 a reposé principalement sur le dépistage actif de masse. Cette stratégie a fait ses preuves dans les années épidémiques. En effet, elle a permis de diagnostiquer de façon précoce les malades dans les populations cibles et de baisser de façon drastique les prévalences en rendant possible l'élimination de cette maladie centenaire comme problème de santé publique. La maladie étant devenue moins apparente, cette stratégie devient obsolète pour cette raison, marquée par un désintérêt des populations par leur manque d'adhésion. En réaction et pour maintenir une surveillance de la THA, on assiste à une transition stratégique vers une méthode de surveillance passive, basée sur le système conventionnel de santé publique. Si cette stratégie semble palier à l'inefficacité du dépistage de masse (actif), elle limite elle aussi l'efficacité de la lutte médicale dans la mesure où elle est confrontée à des défis non plus économiques mais plutôt sociaux. Le principal défi surtout dans le contexte actuel post-élimination et de quête de l'atteinte de l'éradication de la THA à l'horizon 2030, demeure au niveau de la participation qualitative des populations aux actions de lutte. S'il est avéré que l'intérêt à combattre une maladie tend à décroître lorsque le nombre de cas tend vers zéro alors, le levier à actionner devra être la communication.

Dans un contexte post-élimination de la maladie, il est donc nécessaire de réinventer des approches de communication plus efficaces avec la contribution de tous les acteurs locaux. L'un des leviers est le repositionnement des relais communautaires dans l'éducation sanitaire. Spécifiquement dans les zones rurales, plus à risque face à la THA, le ciment communautaire est généralement plus fort. Une approche de sensibilisation communautaire semble plus efficace pour la mobilisation des populations. Cette mobilisation pourrait se faire à travers des canaux traditionnels tels que les assemblées générales villageoises, les leaders religieux (prêtres, pasteurs imams), ou encore les crieurs publics communément appelés griots. Ces acteurs jouissent parfois d'une certaine légitimité auprès des populations et leur appui et accompagnement serait très utile dans la stratégie globale de la lutte médicale si la Côte d'Ivoire veut atteindre l'éradication à l'horizon 2025.

Remerciements

Cette recherche s'inscrit dans le cadre des activités du projet Trypa-NO conduit en partenariat par l'Institut Pierre Richet sise à Bouaké et l'Institut de Recherche pour le Développement (IRD). Elle a été entièrement financée par le projet Trypa-NO. Les auteurs remercient tous les chercheurs impliqués dans le Projet, les partenaires financiers et les relecteurs.

Conflit d'intérêts

Aucun

Références Bibliographiques

Compaoré C., Kone M., Camara O., Courtin F., Kaboré J., Bucheton B., Kaba D., Brice Rotureau., Camara M., Koffi M., Solano P., Bart J M., Lejon V., Jannin J., Jamonneau V. (2020). Évolution des stratégies de lutte contre la trypanosomiase humaine africaine dans un contexte de transition épidémiologique. AAEIP, TRYPANOSOMIASES AFRICAINES, Volume 62, N° 240, pp. 57-63.

Courtin F, Dupont D G, Zeze V, Jamonneau V, Sané B., 2005. Trypanosomiase humaine africaine: *transmission urbaine dans le foyer Bonon* (Côte d'Ivoire), Tropical Medicine & International Health 10 (4), article 340-346 pp. http://www.sleeping-sickness.ird.fr/pdf/00538.pdf

Courtin F, Jamonneau V, Camara M, Camara O, Coulibaly B, Diarra A, Solano P, Bucheton B., 2010. A geographical approach to identify sleeping sickness risk factors in a mangrove ecosystem. *Tropical Medicine & International Health: TM & IH*, *15*(8), 881-889. https://doi.org/10.1111/j.1365-3156.2010.02559

Djé, N. N., Miezan, T. W., N'Guessan, P., Brika, P., Doua, F., & Boa, F. (2002). Distribution géographique des trypanosomés dépistés en Côte d'Ivoire de 1993 à 2000. *Bulletin de la Société de Pathologie Exotique*, 359-361. https://pathexo.societe-mtsi.fr/documents/articles-bull/T95-5-2346.pdf#

Hervouët J-P, Laffly D, Cardon L., 2000. Côte d'Ivoire: *à la recherche d'indicateurs de risque.* Maladies émergentes et reviviscentes *in* Espace Populations Sociétés, article, 209-225 pp. http:/horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins_textes/divers19-04/10075103.pdf

Jamonneau V., Kaba D, Koffi M., 2020. Maladie du sommeil: une bataille de gagnée, mais la lutte continue…*the Conversation France,* 13octobre, en ligne [4p.]*http://www.documentation.ird.fr/hor/fdi:010080124*

Kaba D., N'Gouan K E., Djohan V., Berté D., Blé S L., Kouakou Lingué., Jamonneau V., Rotureau B. (2020). Diagnostic clinique et traitement de la trypanosomiase humaine africaine dans le contexte d'élimination, AAEIP, TRYPANOSOMIASES AFRICAINES, Volume 62, N° 240, pp. 48-56. https://www.documentation.ird.fr/hor/fdi:010080751

Kaba, D., Dje, N. N., Courtin, F., Oke, E., Koffi, M., Garcia, A., Jamonneau, V., & Solano, P. (2006). L'impact de la guerre sur l'évolution de la THA dans le centre-ouest de la Côte d'Ivoire. *Tropical Medicine & International Health*, *11*(2), 136-143. https://doi.org/10.1111/j.1365-3156.2005.01549.x

Koffi, M., N'Djetchi, M., Ilboudo, H., Kaba, D., Coulibaly, B., N'Gouan, E., Kouakou, L., Bucheton, B., Solano, P., Courtin, F., Ehrhardt, S., & Jamonneau, V. (2016). A targeted door-to-door strategy for sleeping sickness detection in low-prevalence settings in Côte d'Ivoire. *Parasite (Paris, France)*, *23*, 51. https://doi.org/10.1051/parasite/2016059. https://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins_textes/divers16-12/010068724.pdf.

Laveissière C, Garcia A, Sane B., 2003. Lutte contre la maladie du sommeil et soins de santé primaire. Marseille, IRD Edition, collection, Didactiques, 243p. https://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins_textes/divers10-06/010031048.pdf.

Laveissière C., Hervouët J. P., 1991. Trypanosomiase humaine en Afrique de l'Ouest: épidémiologie et contrôle. Didactique, ORSTOM.

Laveissière, C., & Challier, A. (1981). *La répartition des glossines en Côte d'Ivoire.* Notice explicative ORSTOM.https://horizon.documentation.ird.fr/exldoc/pleins_textes/pleins_textes_5/notexp/00388.pdf.

Lingué K et al., 2015. Rapport sur les activités de lutte contre la trypanosomiase humaine africaine en Côte d'Ivoire de 2013 à 2015.

Minayégninrin K., Kouassi N E, Kaba D, Koffi M, Lingué K, Ndri L, Kouamé C M., 2020. Le parcours complexe de recherche de santé d'un patient atteint de la trypanosomiase humaine africaine en Côte d'Ivoire souligne la nécessité de mettre en place des systèmes de surveillance passive, PLoS Negl Trop Dis 14 (9). https://journals.plos.org/plosntds/article?id=10.1371/journal.pntd.0008588.

Mpanya A, Hendrickx D, Vuna M, Kanyinda A, Lumbala C., 2012. Dois-je subir un dépistage de la maladie du sommeil? une étude qualitative dans la province du Kasaï, république démocratique du Congo, *PLoS Negl Trop Dis* 6 (1) : e1467. https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0001467.

Mpanya K A, 2015. Facteurs socioculturels et contrôle de la Trypanosomiase humaine africaine en République Démocratique du Congo, Université de Kinshasa,

Mulenga-Cilundika P., Bart C., Maotela J K., Mukalenge F C. (2020). Complémentarité « Détection passive - Détection active » dans la perspective de l'élimination de la maladie du sommeil en R.D. Congo: une nécessité maintenant plus que jamais. Note de Politique n°06 Mai 2020, 13p. Downloads/ccsc_note_de_politique_06_final.pdf.

Munyamahoro M, Ntaganira J., 2012. Déterminants de l'utilisation des services de santé par les ménages du district de rubavu. The Rwanda Medical Journal, 69, 24-31. http://www.bioline.org.br/pdf?rw12012

Tshimungu K, Okenge L N, Mukeba J N, Kande V B K, De Mol P., 2009. Caractéristiques épidémiologiques, cliniques et sociodémographiques de la trypanosomiase humaine africaine (THA) dans la région de Kinshasa, République démocratique du Congo, *Cahiers d'études et de recherches francophones/santé*, volume 19, numéro 2, avril-mai-juin.

Vallin J, Meslé F., 2013. De la transition épidémiologique à la transition sanitaire: de l'improbable convergence générale In Ralentissement, résistances et ruptures dans les transitions démographiques. Actes de la Chaire Quetelet [2010], Presses universitaires de Louvain.

© 2016 nom de l'auteur, License Bamako Institute for Research and Development Studies Press. Ceci est un article en accès libre sous la licence the Créative Commons Attribution License (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0)

© 2022 SORO, License Bamako Institute for Research and Development Studies Press. Ceci est un article en accès libre sous la licence the Créative Commons Attribution License (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0)

Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Sante Publique, Volume 4 (1):
ISSN : 1987-071X e-ISSN 1987-1023
Reçu, 8 mars 2022
Accepté, 13 avril 2022
Publié, 16 avril 2022
http://www.revue-rasp.org

Type d'article: Recherche

Expansion urbaine et couverture en structures sanitaires dans la commune d'Abobo

Urban expansion and coverage in health structures in the municipality of Abobo

Appoh Charlesbor KOBENAN[1,*]

[1]Enseignant-Chercheur, Equipe de Recherche Espace-Système et Prospective (**ERESP**), Institut de Géographie Tropicale (**IGT**), Université Félix Houphouët-Boigny Abidjan (Côte d'Ivoire)

*Correspondance: E-Mail : appohcharlesbor@yahoo.fr; Tel : (+225) 07 08 63 11 39/ 05 55 85 08 40

Résumé

Cette étude fait l'inventaire physique de toutes les structures sanitaires de la commune d'Abobo, commune périphérique nord de la métropole d'Abidjan et confronte la dynamique urbaine et l'implantation des structures de soins modernes sur le territoire communal. Une méthodologie axée sur quatre techniques de collecte des informations la recherche documentaire, l'observation de terrain, l'inventaire et les entretiens ont été utilisées, afin de réunir toutes les informations se rapportant à ces objectifs. Les résultats obtenus montrent que la commune d'Abobo connaît une urbanisation galopante qui n'est pas accompagnée de l'implantation des centres de santé adéquats. Seul, les quartiers centraux sont bien dotés de structures sanitaires publiques et privées. Quant aux quartiers périphériques, souvent précaires, ils sont couverts à 100% par des offres de santé privées. Ces résultats soulèvent la problématique de l'adéquation entre l'expansion urbaine et la couverture en équipements socio-collectifs, en particulier en structures sanitaires de la commune d'Abobo.

Mots clés : Abobo, adéquation, couverture, expansion urbaine, structures sanitaires

Abstract

This study takes a physical inventory of all health structures in the municipality of Abobo, a northern peripheral municipality of the Abidjan metropolis, and compares the urban dynamics and the location of modern health care structures in the municipality. A methodology based on four techniques for collecting information (documentary research, field observation, inventory and interviews) were used, in order to gather all the information relating to these objectives. The results obtained show that the municipality of Abobo is experiencing rampant urbanization which is not accompanied by the establishment of adequate health centers. Only the central districts are well endowed with public and private health structures. As for the outlying districts, which are often precarious, they are 100% covered by private health services. These results raise the issue of the matching between urban expansion and coverage of socio-collective facilities, in particular health facilities in the municipality of Abobo.

Keywords: Abobo, adequacy, coverage, urban expansion, health structures

1. Introduction

La croissance urbaine est un fait majeur auquel la plupart des villes ivoiriennes font face ces dernières années. Elles s'urbanisent à un rythme assez inquiétant (S. S Dembélé, 2017, p. 1). Selon les écrits de K. Diby, (2018, p. 30), « À peine 12% en 1960, le taux moyen d'urbanisation en Côte d'Ivoire est passé successivement à 32% en 1975, 39% en 1988, 43% en 1998 et 51% en 2014 (INS, 1975, 1988, 1998 et 2014). C'est-à-dire qu'en moins de 60 ans, le taux d'urbanisation de la Côte d'Ivoire a plus que quatriplé ». Face à cette forte croissance urbaine la couverture de ces espaces en services et équipements, notamment en structures sanitaires urbains est autant de défis auxquels les autorités étatiques doivent faire face. La commune d'Abobo, l'une des dix communes de l'agglomération d'Abidjan, n'échappe pas à cette réalité. De 70 hectares en 1965, sa superficie urbanisée est passée successivement de 1 101 hectares en 1979, 2 680 hectares en 1989, 8 575 hectares en 2000, 11 320 hectares en 2009 et à plus de 13 700 hectares en 2020, soit 21% de la superficie urbanisée de la métropole d'Abidjan (INS : 79, 89, 00, 09, 20 ; Ministère de la Construction, du Logement, de l'Assainissement et de l'Urbanisme, 2017, p. 3). Sur cet espace urbanisé, les équipements s'étendent sur 10% du territoire communal. Ce sont principalement des équipements éducatifs (45%), les équipements pour les réseaux et les cimetières (15,5%), des infrastructures de transport avec la zone de la Société Internationale de Transport Africain par Rail (SITARAIL), la gare routière privée (7%), les marchés formels et informels (15%) et les structures sanitaires (10%), (K. Diby, 2018, p. 31).

Cette rapide extension spatiale de la commune d'Abobo, marquée par le développement de grands quartiers sans aucune centralité, dépasse les capacités de l'Etat et des autorités locales (Gouverneur, Maire) à mettre en œuvre les services et équipements nécessaires pour le bien-être des populations, surtout dans le domaine de la santé. L'inadéquation entre l'expansion spatiale et la couverture en structures sanitaires du territoire communal d'Abobo est une préoccupation majeure qui mérite d'être étudiée. L'objectif de cette étude est donc d'analyser la relation entre l'extension spatiale, l'étalement de la commune d'Abobo et la distribution au sol des structures de soins modernes. Ainsi, comment se présente la dynamique spatiale de la commune d'Abobo ? Quel est son niveau de couverture en structures sanitaires ?

2. Matériaux et Méthodes

2.1. Localisation de la zone d'étude

Située à la périphérie nord de la ville d'Abidjan, à la latitude 5 de degré 26'00" nord et à la longitude 4 de degré 01'00" ouest, la commune d'Abobo est le cadre spatial sur lequel porte cette étude. Elle est limitée par les communes Adjamé au sud, Attécoubé et Songon à l'ouest, Cocody à l'est et Anyama au nord. Elle est subdivisée en 28 quartiers (Figure 1).

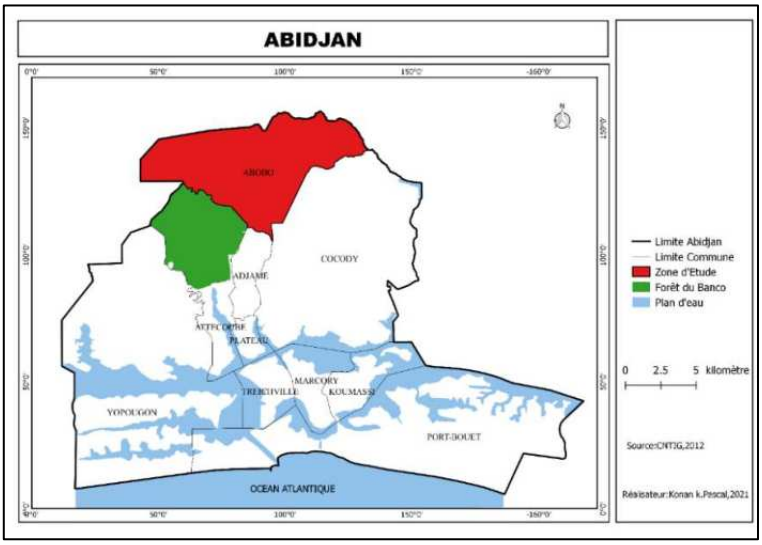


Figure 1 : Localisation de la zone d'étude

2.2. Techniques de collecte de données

Pour la réalisation de cette étude, quatre techniques de collecte des informations ont été utilisées. Il s'agit de la recherche documentaire, de l'observation de terrain, de l'inventaire et des entretiens. Elles ont été complétées avec des outils géographiques (cartes d'évolution spatiale et de répartition des structures sanitaires).

La recherche document a porté sur une référence bibliographique obtenue dans les bibliothèques de l'Institut de Géographie Tropicale (IGT), de la Direction Régionale de la Construction et de l'Urbanisme, du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, de la Direction de l'Information de la Planification et de l'Evaluation (DIPE), de la Direction Régionale de la Santé des Lagunes 2, des Districts Sanitaires d'Abobo Sud et d'Abobo Nord et sur l'internet. La plupart de ces consultations ont porté sur des ouvrages généraux, des mémoires de maîtrise et de thèse, des annuaires statistiques sanitaires de 2006 à 2017.

Les résultats de ces consultations ont permis de retracer les différentes phases de l'extension spatiale de la commune d'Abobo, mais également son niveau de couverture en structures sanitaires (publiques, parapubliques, confessionnelles ou privées lucratives). Des sorties de terrain, couplées de l'inventaire des différentes offres de centres de santé que compte la commune d'Abobo ont été réalisés. Pour y parvenir, une démarche classique de la géographie des équipements a été utilisée. A l'aide d'un GPS (Global Positionning System). La position de chaque structure (latitude et longitude) a été enregistrée et a permis de déterminer leur distribution au sol (concentration, dispersion, etc.).

Pour comprendre la dynamique urbaine de la commune d'Abobo et son niveau de couverture en centre de santé, des échanges ont été réalisées avec différents Directeurs centraux et de services : Directeur Régional de la Santé des lagunes 2, Directeur du District Sanitaire (DDS) d'Abobo sud, Directeur du District Sanitaire (DDS) d'Abidjan nord, Directeur de l'informatique et de l'information sanitaire, Directeur Technique de la Mairie d'Abobo, etc. Toutes les données obtenues ont été traitées à l'aide de l'outil informatique (Word 2013, Excel, Adobe Illustrator). L'exploitation de ces méthodes et matériels ont permis d'analyser la dynamique spatiale de la commune d'Abobo et de déterminer le niveau de couverture du territoire communal en structures sanitaires.

3. Résultats

3.1. Evolution et principales caractéristiques de la tache urbaine de la commune d'Abobo

3.1.1. Une forte expansion de la tache urbaine de la commune d'Abobo

Petit hameau en 1900, l'origine et le développement d'Abobo (nom qui vient du mot, a bor bor, veut dire «c'est beaucoup» en Ébrié remontent au démarrage des travaux de construction du chemin de fer reliant Abidjan à Ouagadougou (Burkina Faso) en 1903, au percement du canal de Vridi en 1950 et à l'ouverture du Port Autonome d'Abidjan en 1951. Modeste concentration d'habitations autour de la gare qui est une des premières stations de trains sur la ligne Abidjan-Niger, Abobo s'est développé rapidement pour constituer, avec la commune de Yopougon sur le plan spatial, l'une des deux plus importantes communes de la ville d'Abidjan (Ph. Antoine et Al., 1987, p.123). En effet, en 1965, Abobo couvrait déjà une superficie de 70 hectares. Entre 1971 et 1979, sa superficie va passer de 291 hectares à 1 101 hectares.

À partir des années 1980, accueillant un nombre important de populations, du fait de son caractère de quartier populaire et populeux, l'espace bâti connaît une croissance fulgurante. De 2 170 hectares en 1984, il est passé à 2 680 hectares en 1989, à 8 575 hectares en 2000 et à 11320 hectares en 2009 (K. Diby, 2018, p. 31). Loin de s'estomper, la dynamique spatiale d'Abobo continue. Il va phagocyter la plupart des villages comme Akéikoi, Agbékoi, Agnissankoi, Avocatier, Anonkoi-kouté, Abobo-Té, Abobo-Baoulé qui étaient à sa périphérie. Le rythme soutenu de cette expansion spatiale a conduit à l'épuisement des réserves foncières de la commune. Aujourd'hui, le front d'urbanisation d'Abobo a rattrapé les communes limitrophes de Cocody (15 km) et de Yopougon (19,7 km) et la ville d'Anyama (12 km). La superficie urbanisée couvre plus de 13 700 hectares, soit 21% de la superficie de l'agglomération d'Abidjan (Ministère de la Construction, du Logement, de l'Assainissement et de l'Urbanisme, 2017, p. 3). Le territoire communal se subdivise en 28 grands quartiers (figure 2).

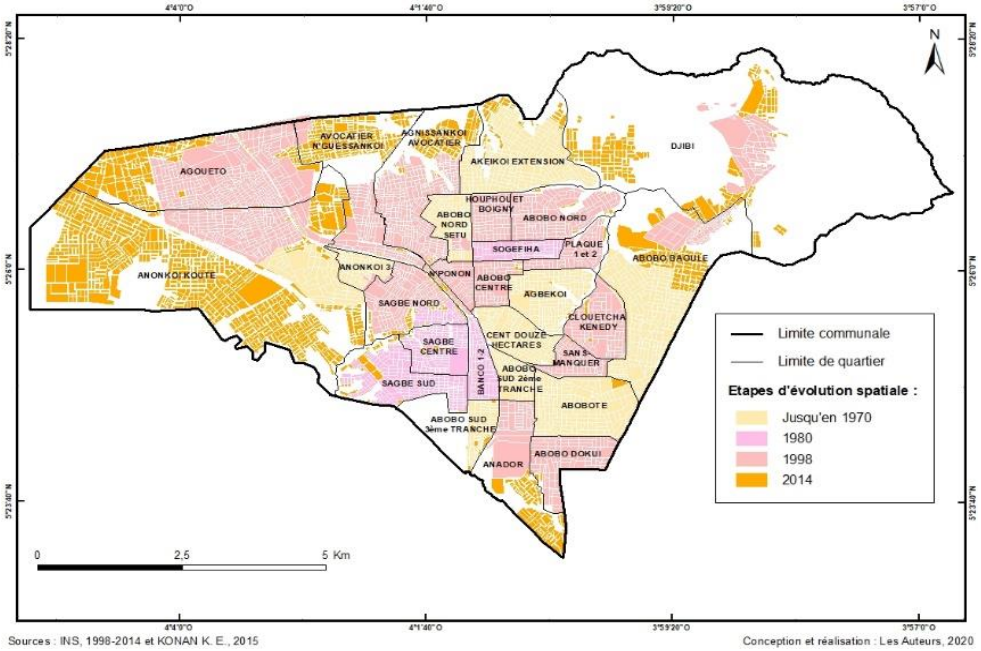


Figure 2 : Tache urbaine de la commune d'Abobo de 1998 à 2014

Cette extension démesurée de la commune d'Abobo est à l'origine de l'augmentation des besoins des populations en services urbains, en particulier en structures sanitaires.

3.1.2. Principales caractéristiques de l'espace urbain de la commune d'Abobo

Située sur un vaste plateau de 125 mètres d'altitude, la commune d'Abobo représente la zone la plus élevée de la ville d'Abidjan. Elle est bordée par des talwegs couvrant près de 2 460 hectares de sa superficie, soit 17,95%. Il est composé de 28 quartiers (ONU-HABITAT, 2012, p. 9 ; P. Tuo, 2018, p. 19). Parmi ces quartiers, on distingue cinq enclaves villageoises : Abobo baoulé, Anonkoua Kouté, Akeikoi, Agbekoi, Aboboté.

Anonkoua Kouté, Abobo Baoulé et Avocatier N'Guessankoi, constituent les plus grands quartiers de la commune. Ils s'étendent respectivement sur 193,46 hectares, 138 hectares et 115.46 hectares, soit 11%, 8% et 6% de la tache urbaine de la commune (Ministère de la Construction, du Logement, de l'Assainissement et de l'Urbanisme, 2017, p. 4).

Spatialement, la commune d'Abobo se présente en trois parties distinctes et spécifiques. Dans la partie ouest se dresse une zone d'habitat récente avec le développement de nouveaux quartiers : N'Dotré, PK 18 Extension, Abbebroukoi sur la route d'Anyama avec quelques activités économiques dominées par la restauration. Au centre, s'étend la zone urbaine constituée, en grande partie, d'habitat, d'équipements et de zones d'activités économiques dominées par les commerces. À l'est, s'étend le nouveau front d'urbanisation de la commune. La disparition de plus de 50% du couvert végétal (6 167,35 hectares) en moins d'un demi-siècle au profit de la ville est un élément important pour caractériser la croissance urbaine de la commune d'Abobo (K. Diby, 2018, p. 31).

Aussi, l'habitat est-il l'élément dominant et la principale caractéristique de l'espace urbain abobolais, car il s'étend sur environ 9 000 hectares, soit 65,69% de la superficie de la commune. Le type d'habitat dominant est l'habitat économique et évolutif, qui occupe la quasi-totalité de la surface affectée à l'habitat, soit 66%. Cet habitat est en général un habitat sur cour, qui se caractérise par un ensemble de concessions bâties autour d'une cour commune. C'est un habitat de type populaire à caractère très familial (Ph. Antoine et Al., 1987, p. 6). Quant à l'habitat de type résidentiel ou habitat individuel de standing et l'habitat des opérations groupées des sociétés étatiques et privées, ils occupent respectivement 23% et 7% de la superficie bâtie de la commune. L'habitat de type précaire (baraques et cases) est marginal. Il occupe seulement 4% de la surface de la commune (tableau 1) (Ph. Antoine et Al., 1987, p. 6 ; K. Diby, 2018, p.31 et F. Zoro, 2007, p. 83 et p.84).

Tableau 1 : Type d'habitat dans la commune d'Abobo en pourcentage (%) en 2020

Habitat sur cour	Habitat individuel de standing	Habitat des opérations groupées des sociétés étatiques et privées	Habitat précaire
66	23	7	4

Source : Ph. Antoine et Al., 1987, p. 6 ; K. Diby, 2018, p. 31

Selon ONU-Habitat (2012, p. 8), la commune d'Abobo « est une cité dortoir cosmopolite qui ne bénéficie pas de grands centres industriels et commerciaux. Par conséquent, l'activité économique de la commune est basée sur le secteur informel (81,82%), principalement le commerce, le transport et l'artisanat ».

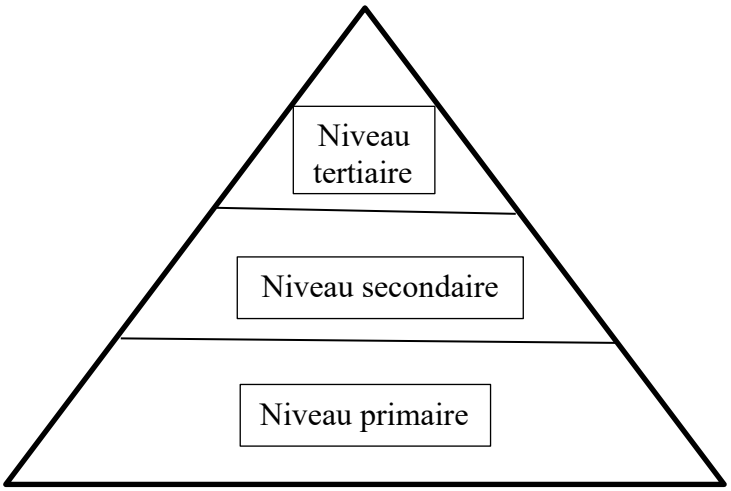
Somme toute, à la différence des neuf autres communes de la ville d'Abidjan, l'urbanisation accélérée de la commune d'Abobo est non planifiée. C'est une commune conçue sans un véritable projet urbain. Les constructions, dans certains quartiers sont réalisées de manière anarchique. La plupart des quartiers de la commune ne sont pas viabilisés, à l'exception des quartiers Habitat et Sogéfiha. Ils sont totalement dépourvues d'infrastructures routières, d'assainissement ou autres avec,

tout au plus, quelques branchements en eau et en électricité (Fraternité Matin, 1978-1979, p. 36). Les habitants des quartiers précaires ou bidonvilles vivent dans des conditions très difficiles, sans électricité, sans eau, sans assainissement, dans un environnement pollué. Dans cette grande commune, les difficultés y sont loin de disparaître. Sa croissance spectaculaire et anarchique pose des problèmes d'équipements et de qualité de la vie dans nombre de ses quartiers (K. Atta, 1994, p. 26).

3.2. Niveau de couverture et répartition spatiale des structures sanitaires de la commune d'Abobo

3.2.1. Une offre des services de santé dominée par le secteur privé dans la commune d'Abobo

À l'image de la Côte d'Ivoire, l'offre de soins de la commune d'Abobo se compose d'un secteur public et d'un secteur privé en plein développement, obéissant aux mêmes critères de classification. Selon le décret N° 96-876 du 25 octobre 1996, elle est de type pyramidal comprenant trois niveaux : le niveau primaire, le niveau secondaire et le niveau tertiaire, auxquels sont rattachés différents plateaux techniques (ressources humaines, matérielles), (figure 3).



Source : Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (MSHP), Direction de l'Informatique et de l'Information Sanitaire (DIIS), 2018, p. 28)

Figure 3 : Structuration de l'offre de soins en Côte d'Ivoire

Tous ces trois niveaux sont sous la direction du District Sanitaire qui a la responsabilité de rendre opérationnel la politique nationale de santé.

La commune d'Abobo, subdivisée en deux Districts Sanitaires, compte 319 structures de soins, dont 20 pour le secteur public et 299 pour le secteur privé (Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (MSHP), Direction de l'Informatique et de l'Information Sanitaire (DIIS), 2018, p. 206).

Au niveau du secteur public, les 20 structures se retrouvent dans les trois (3) niveaux de la pyramide sanitaire de la commune, mais à des proportions variables.

D'abord, *le niveau primaire* qui comprend tous les Etablissements Sanitaires de Premier Contact (ESPC), qui assurent une fonction de premier contact avec les usagers pour dispenser des prestations de type curatif, préventif, éducatif et promotionnel. Ces ESPC représentent le point d'entrée dans le système de santé et font intervenir des techniques simples qui n'intègrent pas d'hospitalisation. Ils se composent des Centres de Santé Urbains (CSU), des Centres de Santé Urbains Spécialisés (CSUS) et des Formations Sanitaires Urbaines (FSU), et sont plus nombreux (17 centres), soit 85%. « De plus, ils sont plus représentés dans l'espace abolais, soit dans 46,42% des quartiers (figure 4). Chaque ESPC

dessert en moyenne 1,64 quartier. Ils sont dispersés dans le territoire et plus rapprochés, d'où des aires de chalandise les plus restreintes. Tous les types de quartiers (modernes, populaires, périphériques, centraux,…) en disposent. Ce mode de répartition est lié à leur charge démographique. Ils ne couvrent que 10 000 habitants selon la norme de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) » (K. N'guessan et Al., 2019, p. 9099).

Ensuite, *le niveau secondaire* qui constitue le point de référence immédiat ou de premier recours du niveau primaire. Il comprend tous les établissements de soins publics qui assurent une fonction de premier recours pour les usagers et qui possèdent une capacité technique de diagnostic et de traitement pour les cas ne pouvant pas être pris en charge par le niveau primaire. Ce niveau renferme les Hôpitaux Généraux (HG), les Centres Hospitaliers Régionaux (CHR) et les Centres Hospitaliers Spécialisés (CHS) qui n'ont pas de statut d'Etablissement Public National (EPN), Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (MSHP), Direction de l'Informatique et de l'Information Sanitaire (DIIS), (2018, p. 29).

A Abobo, ce niveau n'est réduit qu'à deux Etablissements Sanitaires de Premier Recours (ESPR), soit 10% des services de soins publics (figure 4). Il s'agit de l'Hôpital Général Abobo Sud, situé au quartier Cent Douze Hectares et de l'Hôpital Général Félix Houphouët-Boigny, situé quartier Abobo Nord Félix Houphouët-Boigny (planche 1).



Prise de vue : A. Kobenan, février 2020

Planche 1 : Une vue de l'Hôpital Général d'Abobo Sud et de l'Hôpital Félix Houphouët-Boigny

« Ces Etablissements Sanitaires de Premier Recours (ESPR) ont une représentativité spatiale de 7,14%, comparés aux Etablissements Sanitaires de Premier Contact. Ils représentent en moyenne 1 ESPR pour 14 quartiers. De plus, leur site se situe en bordure des voies internes les plus fréquentées de la commune. La norme de l'Organisation Mondiale de la Santé d'un ESPR pour 150 000 habitants, traduit que ces services ont un rayonnement très élargi ; d'où leur rareté », (K. N'guessan et Al., 2019, p. 9099).

Enfin, *le niveau tertiaire* constitué de toutes les structures sanitaires publiques, assure une fonction de second recours pour les usagers et possède une capacité technique de diagnostic et de traitement pour les cas ne pouvant pas être pris en charge par le niveau secondaire. Ce niveau comprend les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU), l'Institut de Cardiologie d'Abidjan (ICA), l'Institut Raoul Follereau de Côte d'Ivoire (IRFCI), l'Institut National d'Hygiène Publique (INHP), l'Institut National de la Santé Publique (INSP), l'Institut Pasteur de Côte d'Ivoire (IPCI) et le Service d'Aide Médicale d'Urgence (SAMU). Dans la pyramide sanitaire de la commune d'Abobo, cette offre de soins sanitaire apparaît avec un seul service : l'Antenne de l'Hygiène Publique (AHP). Située à Abobo Baoulé, il

représente 5% des services de soins publics de la commune, malgré, le nombre important de sa population et a une représentativité spatiale plus faible, soit 3,57%, (K. N'Guessan et Al., 2019, p. 9100).

Au niveau du secteur privé, les 299 établissements sanitaires que compte la commune d'Abobo sont de types médicaux, paramédicaux ou socio-sanitaires. Ce secteur est dominé à 66,22% par les établissements paramédicaux. Chaque quartier de la commune dispose en moyenne sept. Ils assurent à 75% les soins d'infirmiers, de pansements, d'injections, (K. N'Guessan et Al., 2019, p. 9100). Environ 95% de ces structures sont très peu outillés et fonctionnent dans la clandestinité, car ne disposant pas d'autorisation de fonctionnement émanant du Ministère de tutelle.

Plus équipés que les structures paramédicales, les centres médicaux sont peu nombreux. Ils représentent 33,77% des services de soins privés de la commune. Ils se déclinent sous la forme de polyclinique, clinique, centre et cabinet médicaux. La majorité des quartiers de la commune, soit 89,28%, abrite un centre médical.

Disposant de prestations les plus qualifiées et couvrant plusieurs branches de la médecine moderne, les polycliniques sont moins nombreuses. La commune n'en abrite que deux, (K. N'Guessan et Al., 2019, p. 9100).

Au total, la couverture du territoire communal d'Abobo en offres sanitaires publiques est faible, car près de 93,73% de l'ensemble des établissements relèvent du secteur privé. Un secteur dominé par les structures de soins paramédicaux, qui sont illégalement constitués à 85%.

3.2.2. Une inégale répartition spatiale de l'offre des services de santé dans la commune d'Abobo

Dans la commune d'Abobo, environ 75% des structures sanitaires, qu'elles soient du public ou du privé, sont localisées dans les vieux quartiers centraux (figure 4).

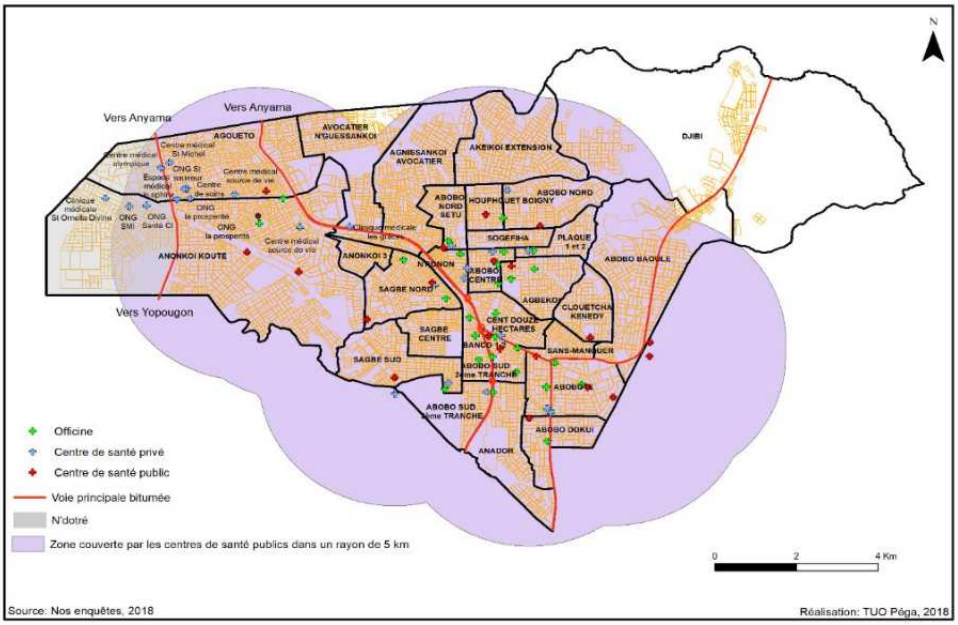


Figure 4 : Distribution spatiale des services de soins dans la commune d'Abobo

L'analyse de la figure 4 montre une inégale répartition de l'offre de soins, entre, mais également au sein des quartiers. On observe une polarisation des établissements sanitaires dans les quartiers centraux. La plupart des nouveaux et grands quartiers, tels que N'Dotré à l'ouest, Avocatier-N'Guessankoi, Avocatier-Agnissankoi et Belle Cité (BC) au nord et Abobo-sud extension, Samaké, Abobo-té, au sud,

sont totalement dépourvus de structures sanitaires publiques. Ces zones sont plutôt couvertes à 100% par le secteur privé qui a trouvé dans ces quartiers des espaces propices pour se développer. Selon A. Coulibaly et Al., 2018, p. 172, ce relais pris par le secteur privé s'inscrit dans une logique de rentabilité qui prospère dans un contexte de quasi absence de régulation susceptible de garantir la qualité des services offerts à la population. C'est à juste titre que ces structures privées sont plus disponibles et se retrouvent plus dans les quartiers périphériques, souvent précaires. Leur répartition et distribution spatiale, plus dispersée, suit le mieux la dynamique spatio-démographique de la commune.
À la différence des structures privées, observe-t-on que l'offre publique de structures sanitaires peine à rattraper l'urbanisation. Faiblement représentés dans l'espace urbain abobolais, les services de ce statut sont plus distants et plus éloignés des limites communales. Ils ont un taux de représentativité spatiale de 53,57%. Cela s'explique par le fait que depuis 1980, face à la crise économique que traverse le pays et aux exigences des Programmes d'Ajustement Structurel (PAS) imposés par les structures de Breton-Wood, l'État ivoirien s'est désengagé de la mise en place des centres de santé en vue d'une prise de responsabilité plus accrue des acteurs locaux. Ainsi, devant cette réalité, et les moyens ayant faiblement suivi, il n'y a presque plus de constructions sanitaires publiques dans la commune d'Abobo. En conséquence, celles qui existent déjà, ont des sites très sélectifs : leur implantation est au mieux maximisée (K. N'Guessan et Al., 2019, p. 9101).

4. Discussion

4.1. De la dynamique urbaine de la commune d'Abobo

Il ressort de l'analyse que le rythme d'extension urbain de la commune d'Abobo est devenu de plus en plus soutenu. En un demi-siècle d'existence, les surfaces urbanisées sont passées de 10,31% à plus de 126%. Comme le note S. Dembélé, (2017, p. 75), cette expansion est-elle devenue encore plus rapide qu'elle est passée du simple au double entre 27,45% en 2009 et 51,25% en 2020 et cela pour plusieurs raisons, en particulier la forte démographie. En effet, selon P. Tuo, (2018, p. 19), la disponibilité des terrains dans la partie nord d'Abidjan, la saturation de la partie sud a vite orienté les populations surtout démunies vers la commune d'Abobo. A cela s'ajoute la forte immigration des populations liée aux différentes crises socio-politiques entre la période de 2002-2011 que la Côte d'Ivoire a connu. De 638 237 habitants en 1998, selon le Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH), la population de la commune d'Abobo est passée à 938 424 habitants en 2011. Dans cette mouvance de croissance, elle a atteint 1 030 658 habitants en 2014, soit 23,4% de la population abidjanaise qui est 4 395 243 habitants, faisant d'Abobo, la deuxième commune la plus peuplée de la métropole d'Abidjan après celle de Yopougon (INS-RGPH, 2014, p. 1 et P. Tuo, 2018, p. 20). Par conséquent, avec une telle démographie, la commune d'Abobo connaît une croissance spatiale galopante.
Cependant, cet essor urbain de la commune d'Abobo se fait au détriment des espaces agricoles et naturels environnants, mais également des localités voisines notamment la ville d'Anyama, d'Azaguié et de Brofouédoumé. Le rythme actuel de la croissance urbaine d'Abobo dépasse la capacité des autorités à mettre en place les services nécessaires pour répondre aux besoins de la population, notamment, l'offre publique de structures sanitaires. Cette réalité est comparable à celle dépeinte par A. Kobenan (2019, p. 301) quant il montre que « les espaces bâtis augmentent et la ville s'étend de plus en plus. La vitesse à laquelle s'effectue l'urbanisation de Bingerville n'est pas proportionnelle au rythme de construction des équipements ».

4.2. La tendance de distribution globale des structures sanitaires

L'analyse de la tendance de distribution spatiale permet d'apprécier la disposition des structures sanitaires au sein de la commune d'Abobo. Comme le souligne, S. Dembélé, (2017, p. 95), elle apporte une dimension statistique et spatiale à l'analyse en déterminant la tendance au regroupement des centres de santé. Pour y parvenir, cette analyse de la distribution a été faite à partir de la méthode du plus proche voisin. Les résultats montrent « bien que l'offre de soins ait globalement suivi l'étalement urbain, […] elle met en évidence l'existence d'espaces privilégiés » (A. Meunier-Nikiema et Al., 2015, p. 9). On note une concentration de l'offre de soins dans les anciens quartiers centraux au détriment des quartiers périphériques. En effet, les services de santé ont difficilement suivi l'expansion rapide de la commune vers le nord avec les quartiers d'Akéikoi-extension et Avocatier-N'gusssankoi et nord-ouest avec le quartier de N'dotré. Ces quartiers nouvellement aménagés à la périphérie laissent plus d'espace à l'habitation, qu'aux équipements sociaux en particulier aux services de santé (M. Ymba et K. Anoh, 2015, p.207). On note donc une discrimination spatiale entre les quartiers centraux de la commune et les quartiers périphériques ou nouveaux quartiers.

Somme toute, les résultats obtenus se rejoignent en bien des points à ceux des études antérieures relatives à la dynamique ou l'expansion urbaine et couverture en infrastructures socio-collectives des villes. C'est le cas des études de E. Cadot et M. Harang, (2006, p. 337), P. Poné, (2018, p. 13), S Dembélé, (2017, p. 89), A. Tuo, (2018, p. 26). Pour ces différents auteurs, la dynamique spatiale de la plupart des villes est en déphasage avec leur couverture en équipements socio-collectifs. A l'échelle du territoire de la ville, de la commune, il y a une forte inégalité dans la distribution des infrastructures socio-collectives, surtout les structures sanitaires. A. Coulibaly et Al., (2018, p. 156), ne disent pas le contraire. Pour ces derniers, « il y a une mauvaise distribution spatiale des établissements de santé à Anyama. D'abord, on observe une localisation des établissements de santé le long de la voie express qui structure la ville. Ensuite, une zone de polarité des établissements de santé dans le centre de la ville où l'on observe les densités les plus élevées de la ville. Cette zone correspond au noyau urbain historique structuré autour de la gare ferroviaire ». L'analyse de S. Albe-Tersiguel et C. Mangeney, (2011, p. 17), portant sur les Équipements et services : une offre disparate, aborde dans le même sens. Ils observent qu'en « Île-de-France, les services sont inégalement répartis dans l'espace ». Ils sont « concentrés au cœur de l'agglomération et autour de la petite couronne, en doigts de gant autour des principales infrastructures ferroviaires ou regroupés autour de centres anciens (Meaux, Fontainebleau, …).

5. Conclusion

L'analyse de la dynamique spatiale de la commune d'Abobo montre qu'elle s'urbanise à un rythme sans cesse croissant. Sa tache urbaine dépasse aujourd'hui de loin la limite fixée par le Schéma Directeur d'Urbanisme du Grand Abidjan (SDUGA) de 2030. Dans cette expansion démesurée de la commune d'Abobo, on note une forte disparité dans la répartition des structures sanitaires à l'intérieur des quartiers d'une part et d'autre part dans l'espace territorial communal. L'implantation des structures sanitaires, en particulier l'offre sanitaire publiques, ne suivent pas le processus d'urbanisation de la commune. La grande partie des structures de santé sont localisés dans les anciens quartiers ou quartiers centraux de la commune, notamment Abobo-Centre, Cent-Douze-Hectares, Banco, etc. Aussi, faut-il noter que l'offre de soins est dominée par les centres de santé du secteur privé. Ainsi donc, cette étude géographique relative à l'offre sanitaire dans la commune populaire et populeuse d'Abobo laisse transparaitre une urbanisation galopante et une dynamique de fragmentation spatiale entre d'un côté les quartiers centraux bien équipés et de l'autre les quartiers périphériques sous

équipés et dominés par l'offre de soins privés. Pour donner solutions à cet état de fait, les différents niveaux de services de santé doivent intégrer les spécificités des quartiers de la commune. Le non-respect de ces réalités entrainerait une nouvelle problématique liée à l'étalement de la commune d'Abobo et à l'accès des populations aux structures sanitaires.

Conflit d'intérêt

En notre qualité d'auteur de ce manuscrit, nous déclarons sur l'honneur qu'il ne présente aucun conflit d'intérêts.

Référence bibliographique

Albe-Tersiguel S. et Mangeney C., (2011). Équipements et services : une offre disparate, dans Équipements et services : la métropole au quotidien, in Les Cahiers de l'Institut Aménagement et d'Urbanisme Île-De-France, n° 157, pp 17-19.

Antoine P., Dubresson A. et Manou-Savina A., (1987). Abidjan : Côté Cours, Pour comprendre la question de l'habitat, in Éditions de l'ORSTOM, Paris, 279p.

Barton H. et Tsourou C., (2004). Urbanisme et santé, Un guide de l'OMS pour un urbanisme centré sur les habitants, in S2D/Association internationale pour la promotion de la Santé et du Développement Durable (Rennes-France), 194p.

Cadot E. et Harang M., (2006). Offre de soins et expansion urbaine, conséquences pour l'accès aux soins : l'exemple de Ouagadougou (Burkina Faso), in Espace, Populations, Société, N°2-3, pp 329-339.

Coulibaly A., Brenoum K. D., Kobenan A. C. et Atta K., (2018). Le défi des équipements socio-collectifs dans les villes périphériques d'Abidjan : l'exemple d'Anyama, in TRAJECTOIRES, Revue Groupe de Recherches en Sciences Humaines et Sociales *(GRESSO)*, n°3, pp 145-174.

Dembélé S., (2017). Dynamique Socio-spatiale de la ville de Bamako et Environs, thèse de géographie, Université de Caen Normandie, 343p.

Diby K. M., (2018). Pauvreté urbaine et émergence d'initiatives économiques informelles de survie à Abobo, une commune de l'espace périphérique nord d'Abidjan en Côte d'Ivoire, in Revue canadienne de géographie tropicale, Vol. (5) 1, pp 30-38.

Fraternité M., (1978-1979). Abidjan Métropole moderne, Edition spéciale, 198p.

Hugh B. et Catherine T., (2004). Urbanisme et santé, un guide de l'OMS pour un urbanisme centré sur les habitants, Achevé d'imprimer par les presses de l'imprimerie des Hauts de Vilaine (Château bourg-France), 194p.

Institut National de la Statistique, (1975). Recensement Général de la Population, Rapport, Abidjan, Vol. 1, 155p.

Institut National de la Statistique, (1998). Recensement Général de la Population et de l'Habitation, Rapport, Abidjan, Vol. 1, 165p.

Institut National de la Statistique, (2014). Principaux résultats préliminaires, Rapport du Secrétariat Technique Permanent du Comité Technique du Recensement Général de la Population et de l'Habitat (INS-RGPH) de Côte d'Ivoire, Abidjan, 26p.

Kobenan A. C., (2019). Dynamique urbaine et équipements socio-collectifs dans la ville de Bingerville (Côte d'Ivoire), in Revue Les cahiers de l'ACAREF, Vol. 1, No. 2, pp 280-303.

Meunier-Nikiema A., Fatou K., Daouda K. et Fournet F., (2015). Ville et dynamique de l'offre de soins :

Bobo-Dioulasso (Burkina Faso), in Revue Francophone sur la Santé et les Territoires, 16p.

Ministère de la Construction, du Logement, de l'Assainissement et de l'Urbanisme (MCLAU), (2017). Actualisation des Etudes Techniques et d'Impact Environnemental et Social (EIES) pour l'aménagement des cuvettes de Bocabo, Akeikoi et Clouetcha, dans la commune d'Abobo/ /Projet d'Urgence de Renaissance des Infrastructures de Côte d'Ivoire (PRI-CI), Crédit IDA, N° 5893-CI, 43p.

Ministère de la Santé et de l'Hygiene Publique (MSHP), Direction de l'Informatique et de l'Information Sanitaire (DIIS), (2016). Rapport Annuel sur la Situation Sanitaire (RASS), Edition 2017, 351p.

Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (MSHP), Direction de l'Informatique et de l'Information Sanitaire (DIIS), (2017). Rapport Annuel sur la Situation Sanitaire (RASS), Edition 2018, 451p.

Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (MSHP), Direction de l'Informatique et de l'Information Sanitaire (DIIS), (2018). Rapport Annuel sur la Situation Sanitaire (RASS), Edition 2019, 407p.

Mukalenge C., Van Der Vennet J., Pérignon D., Numbi L., Ilunga K. et Bart C., (2010). La carte sanitaire de la ville de Lubumbashi, République Démocratique du Congo, Partie I, problématique de la couverture sanitaire en milieu urbain congolais, in IUHPE-Global Health Promotion, Vol.17, n°3, pp 63-74 ; http://ghp.sagepub.com, DOI: 10.1177/1757975910375173

N'guessan K. K. D., Atta K. L. et Brenoum K. D., (2019). Impact de la distribution-répartition spatiale des services de soins sur leur accessibilité dans la commune d'Abobo (Côte d'Ivoire), in Journal Africain de Communication Scientifique et Technologique, Série Sciences Sociales et Humaines, n°70, pp 9095-9108.

ONU-Habitat, (2012). Côte d'Ivoire : Profil urbain d'Abobo, Rapport général, Programmes des Nations Unies pour les Etablissements Humains, Nairobi, Kenya, 28 p.

Poné P. I. L. F., (2018). Dynamique spatiale et évolution des structures sanitaires à Bouaflé (Côte d'Ivoire), in Revue Espace, Territoires, Sociétés et Santé, Vol. 1, N°1, pp1-14.

Tuo P., (2018). Dynamique Urbaine et Accès aux Soins de Santé à N'dotré (Nord-Ouest de la Commune d'Abobo, Abidjan), in Revue Espace Territoires Sociétés et Santé, Vol.1, n°1, pp 15-29.

Yacouba K., (2017). Abobo, adoland d'hier et d'aujourd'hui, de Boeck Supérieur, in Afrique contemporaine, n° 263-264, pp 341-364.

Ymba M. et Anoh K. P., (2015). Expansion urbaine et dynamique de l'offre de soins moderne : source d'inégalité physique d'accès aux soins à Abidjan (Côte d'Ivoire), in Revue de Géographie Tropicale et d'Environnement, n° 1, pp 102-117.

Zoro F. O., (2007). Dysfonctionnements urbains et mobilité des pauvres à Abidjan, thèse de doctorat, Institut d'Urbanisme de Paris, Université de Créteil Paris XII, 421p.

© 2022 KOBENAN, License Bamako Institute for Research and Development Studies Press. Ceci est un article en accès libre sous la licence the Créative Commons Attribution License (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0)

Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, Volume 4 (1)
ISSN :1987-071X e-ISSN 1987-1023
Reçu, 12 avril 2022
Accepté, 17 mai 2022
Publié, 19 mai 2022
http://www.revue-rasp.org

Type d'article : Recherche

Perceptions et pratiques à risque face au Covid-19 dans les milieux de coiffure et de tresse des femmes à Abidjan.

Noel Kouadio AHI[1,2]*, Zoumana COULIBALY[3], N'cho Bertin TCHIEKOI[1,2], Dramane KABA[1,2]

[1.] Institut National de Santé Publique (INSP), Abidjan, Côte d'Ivoire
[2.] Institut Pierre Richet (IPR), Bouaké, Côte d'Ivoire
[3.] Département de sociologie, Université Peleforo Gon Coulibaly de Korhogo, Côte d'Ivoire
*Correspondance : (+225) 0709059097, E-mail: noelahi@yahoo.fr

Résumé
Le Covid-19 est une maladie qui affecte les populations de tous les milieux de la société, notamment les zones de grande affluence. C'est une préoccupation pour le monde vu la complexité de sa maitrise due aux résistances des populations face aux mesures barrières. Ce texte a pour objectif d'analyser les perceptions et pratiques sociales à risque face au Covid-19 dans les milieux de coiffures et de tresses de femmes à Abidjan. C'est une étude mixte (qualitative et quantitative) qui a mobilisé un questionnaire administré à 90 femmes, un guide d'entretien qui a permis de faire des interviews avec 15 personnes et une grille d'observation. Les résultats ont montré une multiplicité des interprétations du Covid-19, un risque accru de transmission et de propagation de ce fléau dans ces milieux et un usage de pratiques locales face à cette maladie. Également, l'étude révèle que la lutte contre le Covid-19 peut avoir un impact sur les relations sociales au sein des communautés. Ainsi, le non-respect des mesures barrières lié aux normes sociales peut-il influencer négativement la lutte contre cette pandémie en Côte d'Ivoire.
Mots clés : perceptions, pratiques, risques, Covid-19, Côte d'Ivoire

Abstract
Covid-19 is a disease that affects people from all walks of life, especially high-traffic areas. This is a concern for the world given the complexity of its control due to the resistance of the populations in the face of barrier measures. This text aims to analyze the perceptions and social practices at risk in the face of Covid-19 in women's hairstyles and braids in Abidjan. It is a mixed study (qualitative and quantitative) which mobilized a questionnaire administered to 90 women, an interview guide which made it possible to carry out interviews with 15 people and an observation grid. The results showed a multiplicity of interpretations of Covid-19, an increased risk of transmission and spread of this scourge in these environments and the use of local practices in the face of this disease. Also, the study reveals that the fight against Covid-19 can have an impact on social relations within communities. Thus, the disrespect of barrier measures linked to social standards can negatively influences the fight against this pandemic in Côte d'Ivoire.
Key words: perceptions, practices, risks, Covid-19, Ivory Coast

1. Introduction

La pandémie du Covid 19 est à l'origine d'une crise sanitaire mondiale (OMS, 2020). Parue officiellement dans le courant de Novembre–Décembre 2019 en Chine, elle est présente dans les cinq continents et sévit dans 180 pays du monde (Bouyer, 2020). En effet, le Covid-19 a fait plus de 1,45 million de morts dans le monde. Quelques 62,1 millions de cas ont été officiellement comptabilisés, dont plus de 39,5 millions ont été guéris. Les Etats-Unis comptent le plus de morts (266.074), devant le Brésil (172.561), l'Inde (136.696), le Mexique (105.459) et le Royaume-Uni (58.030) selon un bilan établi par l'AFP le 01 décembre 2020 (Les Echos, 2020). Selon l'OMS, la quasi-totalité des pays (90 %) ont connu des perturbations de leurs services de santé, les pays à revenu faible et intermédiaire rapportant les difficultés les plus graves (OMS, 2020).

En côte d'Ivoire, le premier cas a été notifié le 11 mars 2020 à Abidjan (MSHP, 2020). Dès-lors, le nombre de personnes atteintes ne cesse de croitre chaque jour. La Côte d'Ivoire enregistre à ce jour du 9 décembre 2020, **21547** cas confirmés avec 21176 cas de guérisons et 133 décès liés à la maladie à coronavirus (MSHP, 2020). A l'instar des autres pays touchés par cette maladie, elle a adopté des mesures pour faire face à ce fléau mondial. Il s'agit du port de masque, des mesures d'hygiène, de la distanciation physique, du confinement, de la restriction de la mobilité des populations, de l'instauration d'un couvre-feu nocturne et de l'interdiction d'entrée sur le territoire ivoirien aux voyageurs non ivoiriens en provenance des pays ayant plus de 100 cas confirmés de Covid-19. Également, l'état a instauré la mise en quarantaine des cas suspects, des ressortissants ivoiriens et les résidents permanents dès leur entrée sur le territoire ivoirien et le renforcement du contrôle sanitaire aux frontières. Puis, il a décidé de la fermeture de tous les établissements du système éducatif, de l'interdiction de grands rassemblements et de la fermeture des lieux de rassemblement, etc.

Cependant, les mesures prises par le gouvernement ivoirien pour freiner la propagation du virus rencontrent des résistances ou oppositions de la population. L'on a noté la destruction de certains sites de dépistage du Covid-19, le refus d'isolement temporaire de voyageurs venus d'Europe dans une institution étatique destinée pour ces cas, etc. En outre, une enquête exploratoire menée dans les communes d'Abidjan, a permis de constater une inobservance des mesures barrières par une partie de la population relativement importante surtout dans certains milieux de grande affluence.

Cette étude a pour objectif d'analyser les perceptions et pratiques à risque face au Covid-19 dans les milieux de coiffures et de tresses de femmes. Il s'agit spécifiquement d'identifier les imaginaires sociaux de la population liés au Covid-19, de relever les comportements à risques de transmission de la maladie à Covid-19 dans ces milieux et de montrer les mesures endogènes de prévention de cette maladie énoncée.

2. Matériels et méthodes

2.1. Site et population de l'étude

L'étude s'est déroulée à Abidjan en Côte d'Ivoire dans les communes d'Abobo, d'Adjamé et de Yopougon. Elle a concerné les femmes dans les lieux de tresse ou de coiffure. L'enquête s'est tenue du 13 au 30 décembre 2020 où l'on constate une affluence des femmes dans ces milieux. En effet, le mois de décembre annonce les fêtes de Noël et de premier janvier, reconnu par la population comme une période d'affluence de femmes dans ces endroits de beauté. Le choix de ces communes est motivé par leur forte densité en population et l'activité de coiffure et/ou de tresse de femmes élevée qui s'y déroule en cette période.

2.2. Production de données

Cette étude est de type qualitatif et quantitatif qui a nécessité un questionnaire, un guide d'entretien et une grille d'observation, élaborés à l'aide d'ouvrages de Quivy et Campenhoudt (2017) et de Berthier

(2010) pour la collecte des données.
Nous avons reparti ces communes en secteurs. La sélection des secteurs et des enquêtées s'est faite au choix raisonné en tenant compte de l'affluence des femmes pour les tresses et coiffures à ces endroits. Ainsi, avons-nous retenu 15 secteurs d'enquête en raison de cinq par commune. Précisément, il s'agit des marchés (avocatier, cité policière et Akéikoi), du grand marché et de la gare de transport non loin de la mairie pour la commune d'Abobo. Dans la commune d'Adjamé, c'est la zone de la grande mosquée d'Adjamé, le site de Roxy, le grand marché, le marché Gouro et le quartier Renold qui été retenus. Concernant la commune de Yopougon, la zone du carrefour Académie, les marchés de (Sicogi, Wassakara, Bagnon et camp militaire) ont été choisis.
Pour chaque secteur, nous avons privilégié deux lieux (un lieu de coiffure et un lieu de tresse) où l'on y trouve des tresseuses, des coiffeuses et des clientes. Nous avons retenu au total 10 lieux de recueil des données par commune soit 30 lieux au total.
Les données quantitatives ont été recueillies à l'aide de questionnaires adressés aux clientes (tresse ou coiffure) avec des thématiques sur le Covid-19. Il s'agit des : perceptions, mesures barrières contre cette maladie, mesures locales de lutte et propositions pour une meilleure lutte contre cette maladie. Ainsi, avons-nous choisis trois clientes au hasard et par consentement pour chaque lieu d'enquête soit 30 par commune et 90 au total.

Les données qualitatives ont été obtenues à la suite d'interviews réalisées avec des tresseuses et coiffeuses à partir d'un guide d'entretien comportant les thématiques suivantes : les représentations sociales du Covid-19, les mesures de lutte admises par les autorités sanitaires, les pratiques pour la prévention et les suggestions pour une meilleure lutte. Nous avons sélectionné par choix raisonné une coiffeuse ou tresseuse selon leur disponibilité dans 5 secteurs par commune. Cela nous a permis de réaliser des entretiens avec 07 coiffeuses et 08 tresseuses soit un total de 15 enquêtées. Ces entretiens ont été enregistrés à l'aide de dictaphones.

Egalement, nous avons observé l'environnement social de ces lieux en se servant d'une grille pour apprécier le comportement des enquêtées en matière de respect des mesures de prévention de cette maladie et de relever les risques de propagation de cette maladie. Notamment, le respect de la distanciation physique, le port de masque, la disponibilité du dispositif de lavage des mains et son utilisation, la manière de saluer et l'usage de gel hydro alcoolique.

2.3. Traitement et analyse des données
Les données ont été saisies, retranscrites sur ordinateurs, traitées et analysées à l'aide de l'analyse thématique de contenu (Negura, 2006 ; Bardin, 2013). Elle a permis de disséquer les discours, les idées et d'établir des liens entre eux afin d'appréhender ce qu'ils révèlent de communs et de divergents. Quand aux données quantitatives, elles ont été traitées avec le logiciel SPSS. Cela a aboutit aux résultats ci après.

3. Résultats

3.1. Caractéristiques sociodémographiques des enquêtées
L'étude a concerné 90 femmes clientes dont l'âge varie entre 16 et 61 ans. Parmi elles, il y a 17,77% d'analphabètes, 23,33% de niveau d'instruction primaire, 26,67% de niveau secondaire et 32,22% de niveau supérieur. On note que, 26,66% sont des ménagères, 23,33% exercent des activités libérales, 13,33% sont des élèves, 6,67% sont enseignantes, 2,22% des agents administratifs et 27,78% sont des étudiantes. En outre, 43,33% pratiquent la religion musulmane et 56,67% sont chrétiennes.
Les tresseuses et coiffeuses interviewées ont un âge compris entre 23 à 47 ans. Elles sont à 53,33% musulmanes et 46,67% chrétiennes. Leur niveau d'instruction est de 46,67% pour les analphabètes, de 26,67% pour celles de niveau primaire et de 26,66% pour celles de niveau secondaire.

3.2. Multiplicité d'interprétations du Covid-19

L'étude a révélé que les enquêtées ont des idées diverses sur le Covid-19. Pour 86,66 % des enquêtées, le Covid-19 est une maladie grave et dangereuse vu les images des chaines de télévision montrant des malades en état critique dans les hôpitaux et le nombre élevé de décès annoncés en Europe et en Amérique. Une coiffeuse [40 ans, niveau secondaire], a élucidé ce fait dans les propos ci à près :

« Cette maladie est dangereuse et fait peur parce qu'elle tue beaucoup de personnes. Tout ce qui entraine mort d'homme dans la vie est mauvais ».

Mais, des enquêtées (63,33%) ont annoncé qu'elle n'existe pas en Côte d'Ivoire. Comme l'a affirmé une tresseuse [27 ans, niveau primaire] dans les propos suivants :

« Il fait très chaud ici, donc le microbe qui donne cette maladie là ne peut pas résister chez nous ».

D'ailleurs, certaines femmes (71,11 %) ont affirmé que le Covid-19 ne concerne que les "blancs". Quand d'autres (54,44%) estiment que c'est une "maladie de riches" ou encore ne touche que les personnes qui vont chez les "blancs" (36,66%). Cette idée est soutenue par une tresseuse [34 ans, analphabète] à travers cette parole:

« La maladie est chez les blancs. Nous n'avons pas les moyens pour aller chez eux, ce sont les grands types qui ont l'argent qui vont la bà. Donc s'il y a cette maladie ici c'est qu'ils sont à la base de cà ».

Egalement, des enquêtées (57,78%) ont dit que le Covid-19 est l'œuvre de scientifiques occidentaux qui l'ont fabriqué dans un laboratoire dans le but de diminuer la population vieillissante mondiale. Comme l'a indiqué une coiffeuse [28 ans, niveau primaire] dans ce qui suit :

«Vous voyez, il y a beaucoup de vieilles personnes chez les blancs. Donc pour moi, ils ont envoyé cette maladie contre ces gens là. Quand on regarde la télévision, ce sont les vieilles personnes qui meurent beaucoup».

En outre, certaines lient l'apparition de la Covid-19 à un enjeu économique (31,11%). Comme l'a indiqué cette coiffeuse [40 ans, niveau secondaire] dans ce témoignage:

«Actuellement, les gens disent qu'il n'ya pas de médicament pour soigner cette maladie, mais vous allez voir d'ici peu, ils vont trouver un médicament pour venir nous le vendre pour s'enrichir».

Enfin, l'étude a montré que Dieu est à l'origine de cette maladie selon les enquêtées (17,78%). Cette idée est soutenue par une coiffeuse [40 ans, niveau secondaire, chrétienne] dans ces propos :

« Dieu est fâché contre nous, il ya trop de morts innocents, l'homosexualité, les filles qui se mettent nues dans les rues. C'est pour toutes ces mauvaises choses que Dieu a envoyé cette maladie ».

De même, coiffeuse [42 ans, niveau secondaire, chrétienne] a affirmé ceci:

« Il est écrit dans la Bible qu'à la proche de la fin du monde, il va y avoir des guerres, des tremblements de terre, des famines, des pestes et des phénomènes effrayants. Un moment, il y a eu le Sida qui a tué beaucoup de personnes, après il y a eu Ebola et Corona aujourd'hui. Cela montre qu'on est plus loin de la fin du monde ».

3.3. Risques d'exposition au Covid-19

L'enquête a montré un risque de transmission et de propagation du Covid-19 dans les zones d'étude car les mesures barrières contre cette pandémie ne sont pas respectées par les femmes. En effet, l'on a observé au cours de l'enquête, un attroupement et un long temps d'attente[1] des clientes et le non-

[1] Temps d'attente varie selon le type de tresse ou de coiffure. Selon les enquêtées, il faut en moyenne 2 à 4 heures pour une tresse ou 2

respect de la distanciation physique par les enquêtées. Egalement, on note des causeries entre les femmes, des éclats de rire sans port de masque, des salutations avec les mains. Ces faits sont évoqués dans les propos d'une tresseuse [analphabète, 29 ans] qui a dit ceci :

« On ne peut pas respecter ces mesures parce qu'il n'y a pas assez d'espace pour tout ce monde. On cause entre nous pour supporter l'attente. C'est pour çà qu'on ne peut pas se séparer ».

En outre, des enquêtées (87,78%) ont affirmé un usage irrégulier des masques comme l'a indiquée une coiffeuse [36 ans, analphabète] qui a affirmé ceci :

« Le cache-nez n'est pas facile à utiliser tout le temps, il fait chaud et les cordes serrent les oreilles. On ne peut pas le garder pendant longtemps ».

De même, une coiffeuse [40 ans, niveau secondaire] a indiqué ceci :

« C'est difficile, c'est maintenant qu'on nous demande de porter le masque, on n'est pas encore habituée à l'avoir sur nous tout le temps et on peut l'oublier facilement à la maison ».

Toutes les enquêtées ont dit l'utiliser surtout à des endroits où il est exigé comme l'a indiqué des dames dans ces propos :

« Nous utilisons le cache nez avant d'entrer dans les super marchés, à l'hôpital, et dans les autobus de la SOTRA[2] parce que c'est obligé».

Aussi, note-t-on un faible respect de l'interdiction de se serrer les mains (27,78%) comme l'a indiqué cette tresseuse [29 ans, analphabète] :

« C'est difficile de voir un proche et ne pas le saluer avec les mains. On le fait mais pas tout le temps. On n'est pas habituée à cela ».

Par ailleurs, des coiffeuses et tresseuses (73,33%) disposaient de gel hydro alcoolique dont 46,67% parmi elles ont dit l'utiliser irrégulièrement en témoignent les propos d'une tresseuse [27 ans, niveau primaire]:

« J'utilise ce produit quand je tresse les femmes. Mais on oublie souvent, on n'est très occupée. Et puis, c'est pas facile pour nous parce que les cheveux glissent dans nos mains quand on l'utilise ».

Enfin, l'on a noté une absence de dispositif de lavage des mains dans les lieux d'enquête. Ces données montrent un risque accru d'exposition du Covid-19 dans ces milieux puis dans la société. Car, les personnes exposées et contaminées constituent des sujets à risque de propagation du Covid-19 dans leur famille, leur entourage ou au sein de la population.

3.4. Pratiques locales de prévention du Covid-19

L'étude a montré l'utilisation d'autres mesures de lutte contre cette affection en plus de celles utilisées irrégulièrement par les femmes. Il s'agit de l'usage de plantes médicinales (les feuilles de "neem" ou "acacia" ou "Amagnrin" ou "Kinkéliba")[3] pour 78,89 % des enquêtées. Ces feuilles sont bouillies avec de l'eau dans un récipient et le contenu sert à boire et/ou à faire des lavements selon 12,22% des répondantes. Egalement, 66,67% des enquêtées utilisent ces plantes bouillies ou de la naphtaline ou encore des cristaux de menthe pour des bains à vapeur contre le Covid-19. Une coiffeuse [40 ans, niveau secondaire] a révélé comment elle se protège contre cette maladie à travers ces propos :

« *A la maison, nous buvons régulièrement l'eau des feuilles de "neem" bouillie ou*

à 3 heures pour une coiffure. Les clientes passent parfois toute une journée avant d'être satisfaites.

[2] Société des Transports Abidjanais

[3] Nom scientifique des plantes : Neem = Azadirachta indica (Méliacées) ; Amagnrin ou Basilic = Ocimum gratissimum (Lamiacées) ; Acacia = Cassia siamea (Fabacées) ; Kinkéliba = Cassia occidentalis (Fabacées).

on fait des bains à vapeur pour enlever tout ce qui est "sale" dans le corps pour éviter cette maladie».

Une tresseuse [27 ans, niveau primaire] a affirmé :

« Nous avons nos plantes ici pour traiter toutes sortes de maladies avec l'aide de Dieu. Donc "Corona" est géré !!! ».

En plus, elles consomment régulièrement des aliments comme de l'oignon, de l'ail, du gingembre (23,33%), du citron ou de l'orange (53,33%) ou de la boisson notamment du thé (16,67 %) pour éviter d'avoir le Covid-19. Ces faits sont évoqués dans les propos d'une tresseuse [27 ans, niveau primaire] qui a affirmé ce qui suit :

« Il faut consommer tous les matins du citron, du thé chaud et manger assez de l'ail. Ils nous donnent la force pour lutter le "Corona". Et puis les gens disent que le virus ne résiste pas à la chaleur, il faut donc boire tout ce qui est chaud pour le tuer. Tout ce qui brule est bon contre cette maladie ».

Enfin, pour 45,55% des enquêtées, il faut beaucoup de prière pour être épargné de cette maladie. Ce regard religieux des enquêtées sur le Covid-19 est évoqué dans les propos d'une tresseuse [29 ans, analphabète, musulmane] qui a dit ceci :

« Pour toutes les maladies graves qu'on ne peut pas soigner, seul Dieu a la solution. Sinon, c'est la mort. Regardes comment les gens meurent chez les "blancs" la bà. Il faut Dieu pour les sauver ».

4. Discussion

Elle est structurée autour de trois points. A savoir, les perceptions sur le Covid-19, des résistances face aux mesures de lutte contre cette maladie et l'impact du Covid-19 sur les rapports sociaux dans la société.

4.1. Perceptions sur le Covid-19 dominées par des imaginaires sociaux

L'étude a mis en relief deux catégories d'enquêtées avec des regards différents sur le Covid-19. D'abords, il y a celles qui croient à l'existence et à la gravité du Covid-19 dans le monde, mais estiment qu'elle n'est pas encore présente en Côte d'Ivoire. Ce point de vue est avancé par le fait qu'elles n'ont pas encore vu de cas dans les communautés. Cette idée est soutenue aussi bien par des enquêtées de niveau d'instruction analphabète que celles qui ont un niveau secondaire ou supérieur. Ensuite, il y a celles qui ne croient pas du tout à l'existence de cette maladie surtout dans leur pays. Dans les deux cas, il y a une similitude des perceptions du Covid-19. D'une part, ces enquêtées pensent que les conditions climatiques (température élevée) ne sont pas favorables à la résistance du corona virus responsable de cette maladie. Par conséquent, il n'y a que chez les "blancs" où il fait trop froid que cette affection peut sévir. D'autre part, elles ont une interprétation pluridimensionnelle sur l'origine du Covid-19 en lien avec des enjeux démographique et économique. Pour les enquêtées, la responsabilité de ce fléau est attribuée aux occidentaux qu'elles soupçonnent de machination pour diminuer la population africaine ou de création du Covid-19 pour des intérêts économiques. Ces faits mettent en doute l'origine et l'existence de cette maladie selon les enquêtées. Ces arguments évoqués vont dans le même sens que ceux révélés dans l'étude d'Amalaman, Gakuba et Ouattara (2017) qui a monté l'existence d'enjeu économique autour de la maladie à virus ebola et de celle de Ahi, Droh et Adou (2018) qui a indiqué que les populations lient la survenue du virus Ebola à une machination des "blancs"pour s'approprier de leurs richesses. De ce fait, il existerait des transactions financières autour d'ébola, semblables à du business appelé "ebola business" (Amalaman, Gakuba et Ouattara, 2017). Cette responsabilité des occidentaux dans la survenue du Covid-19 est également évoquée par des repondantes qui soutiennent l'idée de création du virus mal maitrisé qui s'est propagé par la suite dans la nature.

Par ailleurs, du faite de sa gravité et de l'absence de traitement, l'origine du Covid-19 est liée à la spiritualité car la maladie est vécue comme une punition divine. Ce fait va dans le sens de celui évoqué dans l'étude de Herzlich et Auge (1984) qui a révélé que la cause d'une maladie peut être d'origine surnaturelle et spirituelle surtout en Afrique de l'ouest. Aussi, le caractère spirituel de la maladie est-il évoqué par les répondantes en référence à un passage de la Bible. Le Covid-19, considéré comme une calamité, est un signe annonciateur de la "fin du monde" selon des enquêtées chrétiennes.
Ces notions s'apparentent aux représentations sociales qui sont socialement élaborées et partagées par les populations à travers la communication (Jodelet, 1994). Elles sont une manifestation de la pensée sociale et que, dans toute pensée sociale, un certain nombre de croyances, collectivement engendrées et historiquement déterminées, ne peuvent être remises en question car elles sont les fondements des modes de vie et qu'elles garantissent l'identité et la pérennité d'un groupe social (Abric, 2003). Les représentations sociales du Covid-19 orientent les conduites des enquêtées concernant le respect ou non des mesures barrières.

4.2. Résistances face aux mesures de lutte contre cette maladie liées aux habitudes sociales
Les mesures de lutte contre le Covid-19 sont vues comme des contraintes par un nombre très significatif de femmes dans les zones d'étude car non conformes aux normes et valeurs sociales (Durkheim, 1894). D'où, l'observation de résistances des populations face à leur application qui sont en partie liées aux habitudes sociales. En effet, les masques appelés communément "cache-nez" ne seraient pas appropriés et conformes à leurs conditions de vie habituelle c'est-à-dire à leur habitus (Bourdieu, 1980). En ce sens que les conditions atmosphériques (la chaleur) du pays rendent difficile son utilisation qui provoque des réactions gênantes comme la transpiration au niveau du visage, une sensation d'étouffement ou la toux chez les utilisatrices ou encore des allergies au niveau des oreilles chez certaines interviewées. A cela, s'ajoute son oubli très souvent en sortant de la maison. Donc, les actions (le port irrégulier ou non) des enquêtées envers le masque sont fonctions des perceptions à son égard.

En outre, l'inobservance de la distanciation physique est la conséquence de l'étroitesse des espaces servant de mener ces activités et des relations amicales qui se nouent entre ces femmes. Ils deviennent des cadres de rencontres et d'échanges où se déroule le partage d'objets de toutes sortes entre elles. Cela influence négativement l'application de cette mesure barrière. Ces faits sont semblables à ceux observés lors de l'épidémie Ebola en 2014 en Afrique de l'Ouest, évoqués dans les études d'Anoko (2015); Amalaman, Gakuba et Ouattara (2017) et d'Ahi, Droh et Adou (2018). Ces études ont révélé que les pratiques culturelles ont influencé l'application des mesures de lutte contre ébola en Guinée et en Côte d'Ivoire.

Face à ces situations de détresse ou d'angoisse ou de banalisation du Covid-19, les enquêtées ont développé des pratiques locales de prévention avec une priorisation de pratiques médicinales traditionnelles et religieuses. En effet, la complexité de la gestion du Covid-19 est la conséquence de sa dangerosité et de l'absence de traitement efficace telle qu'évoquée dans les médias ou de bouche à oreilles et a favorisé l'adoption de stratégies de résilience par les enquêtées. Si certaines utilisent le gel hydro alcoolique et/ou les masques obligatoirement dans des endroits où ils sont exigés, d'autres utilisent des pratiques traditionnelles locales basées sur l'usage de plantes médicinales et/ou la consommation d'aliments. Ces pratiques de soins sont courantes en Côte d'Ivoire car ce sont environs cinq millions de malades qui sont suivis et traités par les tradipraticiens à l'aide de plantes chaque année selon le Directeur du Programme National de Promotion de la Médecine Traditionnelle (Kouadio, 2014). En plus de ces dispositions prises, ces femmes s'adonnent à la prière pour éviter ce fléau. Pour elles, toute maladie grave comme le Covid-19 a une dimension spirituelle qui nécessite une attitude particulière avec Dieu. L'évitement de cette maladie est conditionné par une forte relation envers Dieu à travers des moments réguliers de prière.

4.3. Structuration de rapports sociaux par le Covid-19 dans la société

L'étude a montré la présence de rapports sociaux en lien avec les perceptions et les mesures préventives du Covid-19 dans la société. L'on note que les perceptions sur le Covid-19 évoquées ci-haut amènent les enquêtées à avoir des positions conflictuelles envers les occidentaux, considérés comme responsables de cette crise sanitaire mondiale. Cela met en lumière une catégorisation sociale dans la société où il y a d'un côté ceux qui sont appelés les "riches" et/ou "blancs" qui sont accusés de propager le Covid-19 et de l'autre coté, les communautés locales que représentent ces femmes considérées comme des victimes de cette "invention". Egalement, les mesures barrières sont vues comme des éléments de souffrance, de privation de liberté et portant atteinte aux relations sociales. Ainsi, le masque a-t-il une influence sur la dimension humaine car empêchant l'identification immédiate d'une personne. C'est un élément de déconstruction sociale entrainant une perte d'identité et ayant une incidence sur la beauté des femmes selon les enquêtées. Donc, il est vu comme un obstacle à l'appréciation de la femme à travers son invisibilité. Les mesures barrières sont confrontées à la volonté de ces femmes de se rendre belle, se divertir et de maintenir l'équilibre sociale. L'on assiste à une priorisation de l'épanouissement, de tissage de relations d'amitié et de solidarité au détriment de la prévention du danger. Aussi, l'accentuation des moments de prières renforce-t-elle la consolidation de leur foi à Dieu. Cela met en évidence une supposée "domination" de la religion sur la science médicale pour la maitrise de cette maladie. Cette notion fait référence à la dimension religieuse de la maladie évoquée par Herzlich et Auge (1984) et Mémel (1998) dans leurs différentes études qui ont mis en lumière l'importance de la religion pour les africains en général et les ivoiriens en particulier dans la maitrise de leurs problèmes de santé. En fin, la préférence des thérapies endogènes par rapport aux conseils et soins médicaux face à cette maladie est le reflet de leur confiance à la médecine traditionnelle.

5. Conclusion

La gestion du Covid-19 est complexifiée par son caractère mortel et l'absence de médicament contre cette maladie. De ce fait, il est nécessaire d'avoir l'intervention de spécialistes de différentes disciplines scientifiques pour la compréhension des différentes facettes qui l'entourent à fin de maitriser ce fléau. Notre étude a pour objectif d'appréhender les perceptions du Covid-19 ainsi que les comportements à risque et les stratégies utilisées par les femmes des milieux de tresses et de coiffures à Abidjan pour éviter cette maladie. Elle a montré des interprétations diversifiées du Covid-19 par les enquêtées qui ont évoqué sa dangerosité, son origine qui est lié en partie à une invention et à la spiritualité et sa présence discutable en côte d'Ivoire. Elle a mis en relief une application des mesures barrières plus ou moins conformes à celles recommandées par les autorités sanitaires. Aussi, note-t-on la structuration de rapports sociaux dans la société qui sont les conséquences de la lutte contre ce fléau. Les représentations sociales du Covid-19 influencent les conduites et le développement d'attitudes face à cette pandémie dans ces milieux. Cela peut favoriser la transmission et la propagation de cette affection dans la société. Les données de cette étude peuvent être un atout de développement de stratégies pour la sensibilisation du public cible en particulier et la population en général sur le respect des recommandations face au Covid-19 en Côte d'Ivoire.

Conflits d'intérêts

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

Bibliographie

Abric J.C. (2003). L'approche structurale des représentations sociales: développements récents. *Psychologie et société, 4,* 81-103. https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/34799735/_Abric_-_Unknown_-_Lapproche_structurale_des_representations_sociales_developpements_recents-with-cover-page-v2.pdf? consulté le 4 avril 2021 à 13 h 57.

Ahi N. K., Droh A. et Adou D. (2018). Conséquences sociales des mesures de lutte contre le virus Ebola en Côte d'Ivoire, Revue Ivoirienne de Philosophie et de Sciences Humaines, Vol. 8 (15), Juin 2018, ISSN : 2313-7908

Amalaman D. M., Gakuba T-O. et Ouattara S. (2017). Les enjeux socio-culturels de la lutte contre l'épidémie d'Ebola dans la Préfecture de Forécariah en Guinée Conakry, *LONNIYA* Revue du Laboratoire des Sciences Sociales et des Organisations de l'Université Jean Lorougnon Guédé de Daloa, Sciences Sociales et Humaines, Vol.1(1), 2017, ISSN : 2434-561X.

Anoko J. N. (2015). Communicaton lors d'épidémie de Maladie à Virus Ebola avec des communautés révoltées en Guinée : approche anthropologique. [en ligne], Colloque EBODAKAR 2015, Dakar, 19 - 21 mai 2015. https://f.hypotheses.org/wp-content/blogs.dir/2225/files/2014/10/150520-Communication-Julienne-N.-Anoko.pdf

Bardin L. (2013). L'analyse de contenu, Presses Universitaires de France, « Quadrige », 2013, 296 pages, ISBN : 9782130627906. DOI : 10.3917/puf. bard.2013.01. [En ligne], URL : https://www.cairn.info/l-analyse-de-contenu--9782130627906.htm, Consulté le 15 mars 2021.

Berthier N. (2010). Les techniques d'enquête en sciences sociales. Méthodes et exercices corrigés, Paris, Armand Colin (4e ed.)

Bourdieu P. (1980). Le sens pratique, Paris, éditions de Minuit http://www.leseditionsdeminuit.fr/livre-Le_Sens_pratique-1955-1-1-0-1.html, consulté le 14 mars 2021

Bouyer S. (2020). CARTE. Face au coronavirus, quels pays ont adopté le confinement ? https://www.ouest-france.fr/sante/virus/coronavirus/carte-face-au-coronavirus-quels-pays-ont-adopte-le-confinement-6797588, consulté le 20 novembre 2020 à 13 h16.

Durkheim E. (1894). Les règles de la méthode sociologique, Paris: Les Presses universitaires de France, 16e édition, 1967, 149 pages. Collection: Bibliothèque de philosophie contemporaine.

Herzlich C. et Auge M. (1984). Le *Sens du mal*. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie, Archives contemporaines, 1984. https://docs.eclm.fr/pdf_annexe/Intelligence%20interculturelle_Chapitre%205.pdf, consulté le 28 septembre 2021

Jodelet D. (1994). Les représentations sociales, Paris, PUF. https://imaginariosyrepresentaciones.files.wordpress.com/.../djodeletrepresentationss

Kouadio **T. (20**14). Médecine traditionnelle: La Côte d'Ivoire, pionnière en Afrique, https://www.scidev.net, consulté le 28 septembre 2021 à 11 h 35 min.

Les Echos (2020). Covid-19 : ce qu'il faut retenir de la journée du 30 novembre, https://www.lesechos.fr, consulté le 01 décembre 2020 à 14 h 24 min.

Mémel H.F. (1998). Les représentations de la santé et de la maladie chez les ivoiriens, Paris, Editions Le Harmattan « collection société africaine et diaspora », 206 pages.

MSHP (2020). Rapport journalier Covid-19, Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, Côte d'Ivoire, 09 décembre 2020.

Negura L. (2006). L'analyse de contenu dans l'étude des représentations sociales. https://www.researchgate.net/.../30454058_L'analyse_de_contenu_dans_l'etude_des_r...

OMS (2020). Journée de la médecine traditionnelle africaine 2020, https://www.google.com/search?q=medecine+traditionnelle+en+Afrique&oq=medecine+traditionnelle+en+Afrique&aqs=chrome.69i57.31123j0j7&sourceid=chrome&ie=UTF-8#, consulté le 28 septembre 2021 à 11 h 20 min.

OMS(2020), Enquête mondiale sur le Covid-19 https://www.who.int/fr/news/item/31-08-2020-in-who-global-pulse-survey-90-of-countries-report-disruptions-to-essential-health-services-since-covid-19-pandemic, consulté le 2 septembre 2020

Quivy R. et Campenhoudt L. V. (2017). Manuel de recherche en sciences sociales, © Dunod 5e édition entièrement revue et augmentée. https://www.dunod.com/sites/default/files/atoms/files/9782100765416/Feuilletage.pdf

© 2022 AHI, License Bamako Institute for Research and Development Studies Press. Ceci est un article en accès libre sous la licence the Créative Commons Attribution License (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0)

Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, Volume 4 (1)
ISSN :1987-071X e-ISSN 1987-1023
Reçu, 14 avril 2022
Accepté, 19 mai 2022
Publié, 24 mai 2022
http://www.revue-rasp.org

Type d'article : Recherche

Mutations de l'habitat dans la ville de Divo (Côte d'Ivoire)

Housing changes in the city of Divo (Côte d'Ivoire)

Deagai Parfaite **DIHOUEGBEU**
Enseignante- chercheure, Equipe de Recherche Espace-Système et Prospective (ERESP)
Institut de Géographie Tropicale (IGT) Université Félix Houphouët-Boigny, Abidjan (Côte d'Ivoire)
E-Mail :parfaitedeagai@yahoo.com

Résumé
L'habitat réalisé dans les villes ivoiriennes présente une évolution traduite par un changement des tendances prisées en matière de construction. Au fil du temps, la typologie dominante hier dans le tissu urbain n'est plus celle d'aujourd'hui. Le présent article vise à mettre en exergue les facteurs de l'évolution de l'habitat dans la ville de Divo. L'approche méthodologique adoptée s'appuie sur la recherche documentaire, l'observation directe et l'enquête menées de Décembre 2020 à Février 2021. Il ressort de l'étude un changement des tendances immobilières à Divo au fil du temps. Si l'habitat moderne se présente comme étant la tendance générale, de façon spécifique jusqu'en 1998, les maisons basses simples, représentant 33,2% des constructions, constituaient le type prisé et dominant. Elles sont construites principalement dans les quartiers anciens de la ville. De 1998 à nos jours, la tendance nouvelle constitue les concessions (soit 33%) et les logements en bande (soit 32%) prédominants dans les nouveaux quartiers. Passés de 22% à 32% de 1998 à 2014, le logement en bande très en vogue de par cette montée fulgurante s'avère frappant au regard de ce rythme d'évolution dans la ville. Ce changement dans la production de l'habitat à Divo s'explique par la hausse des loyers et les conditions socio-économiques drastiques qui influencent les demandes d'une population essentiellement constituée de la classe inferieure. 59% de la population ayant un salaire inférieur à 100 000 f CFA dont 42,6% avec un revenu en dessous du SMIG (60 000 f CFA), les demandes de logement visent principalement les concessions et surtout les logements en bande présentant les loyers les moins élevés. L'habitat urbain étant essentiellement locatif, les types les plus demandés étant les plus construits, la forte demande de ces types à la fin des années 1990 explique ce changement dans le paysage urbain à Divo.
Mots-clés: Divo, habitat, mutation, tendance, loyer , conditions socio-économiques

Abstract
The habitat made in the Ivorian cities presents an evolution translated by a change of the popular trends in terms of construction. Over time, the dominant typology yesterday in the urban fabric is no longer that of today. This article aims to highlight the factors of the evolution of housing in the city of Divo. The methodological approach adopted is based on documentary research, direct observation and the survey carried out from December 2020 to February 2021. The study shows a change in real estate trends in Divo over time. If modern housing is the general trend, specifically until 1998, simple low houses, representing 33.2% of constructions, were the popular and dominant type. They are built mainly in the old quarters of the city. From 1998 to the present day, the new trend constitutes concessions (33%) and condominiums (32%) predominant in the new districts. Having risen from 22% to 32% from 1998 to 2014, band housing, very fashionable due to this meteoric rise, is striking in view of this rate of change in the city. This change

in the production of housing in Divo is explained by the rise in rents and the drastic socio-economic conditions which influence the demands of a population essentially made up of the lower class. 59% of the population having a salary of less than 100,000 CFA francs, including 42.6% with an income below the SMIG (60,000 CFA francs), housing requests are mainly aimed at concessions and especially strip housing with rents the lowest. Urban housing being essentially rental, the types most in demand being the most built, the strong demand for these types at the end of the 1990s explains this change in the urban landscape in Divo.
Keywords: Divo, habitat, change, trend, rent, socio-economic conditions

1. Introduction

L'urbanisation fulgurante dans le monde est plutôt récente et accélérée en Afrique. Dans le domaine du logement, de façon générale, l'habitat urbain évolue selon les époques (Havel J.E, 1957) et donc au fil du temps. Marquée par des techniques du bâtiment en plein essor, l'évolution de l'habitat est nette, perceptible dans le paysage urbain et se traduit par l'apparition de typologies nouvelles (Havel J.E, 1957) voir de tendances nouvelles et des modifications de l'habitat (Dihouegbeu et al, 2018, p 295). Si la terre reste certainement l'un des matériaux de construction les plus anciens de l'histoire de l'humanité (Boat P et al, 1985,p9),on assiste plutôt dans les pays africains à la disparition progressive des constructions en terre et des techniques de maçonnerie traditionnelle (A.Cissé cité par Coulibaly S. et al, 2021, p115).

La Côte d'Ivoire n'est pas en marge de ce phénomène. Avec un taux d'urbanisation ayant presque quadruplé de 1960 à 1998, le pays totalise plus de 400 villes reflétant une évolution de l'habitat au fil du temps La ville devant être la vitrine du développement, l'habitat urbain devra être bâti au moyen de matériaux modernes conformément à la politique de logement définie au lendemain de l'indépendance (Manou S,A,1985, p66). Produit principalement par l'Etat jusqu'aux années 1980 l'habitat urbain relève désormais essentiellement du privé (Banc et al, 1991, p12) . Au fil du temps, l'habitat produit dans les villes ivoiriennes en général dans le cadre de l'urbanisation connait des innovations. L'habitat traditionnel connait un recul au profit de l'habitat moderne (Coulibaly S. et al ; 2021, p115). L'architecture moderne simplifiée d'antan (Fadeuilhe J, J, 1970) fait place à des architectures de plus en plus recherchées ou nouvelles (Dihouegbeu D.P.,2012,p219) . Une typologie et des caractéristiques nouvelles sont perceptibles dans le tissu urbain. Cette évolution se traduit également par les changements des tendances dans la l'habitat produit.

Les tendances prisées depuis l'indépendance dans les villes ivoiriennes ne le sont plus ces dernières décennies. Cette évolution de l'habitat soulève la problématique de l'accessibilité au logement de manière directe ou indirecte. L'accessibilité difficile au logement a conduit à des stratégies résidentielles qui impactent l'habitat urbain. L'habitat étant majoritairement locatif (INS, 2014) en milieu urbain, la demande de logement qui dépend des finances de la population influence la production de l'habitat. Avec le contexte économique de plus en plus défavorable, cette situation induit des changements dans l'habitat produit au fil du temps dans les villes ivoiriennes en général. Divo, capital de la région du Loh djiboua n'est pas en marge de cette réalité. La ville affiche un paysage urbain présentant des contrastes. Divo n'ayant pas fait l'objet d'une étude sur l'évolution de l'habitat, il s'avère opportun de se pencher sur la situation de ladite ville. Comment peut-on expliquer les mutations de l'habitat dans la ville de Divo ? Cette question principale induit les questions subsidiaires suivantes :

Quels sont les tendances anciennes et nouvelles d'habitat produit dans la ville de Divo ?

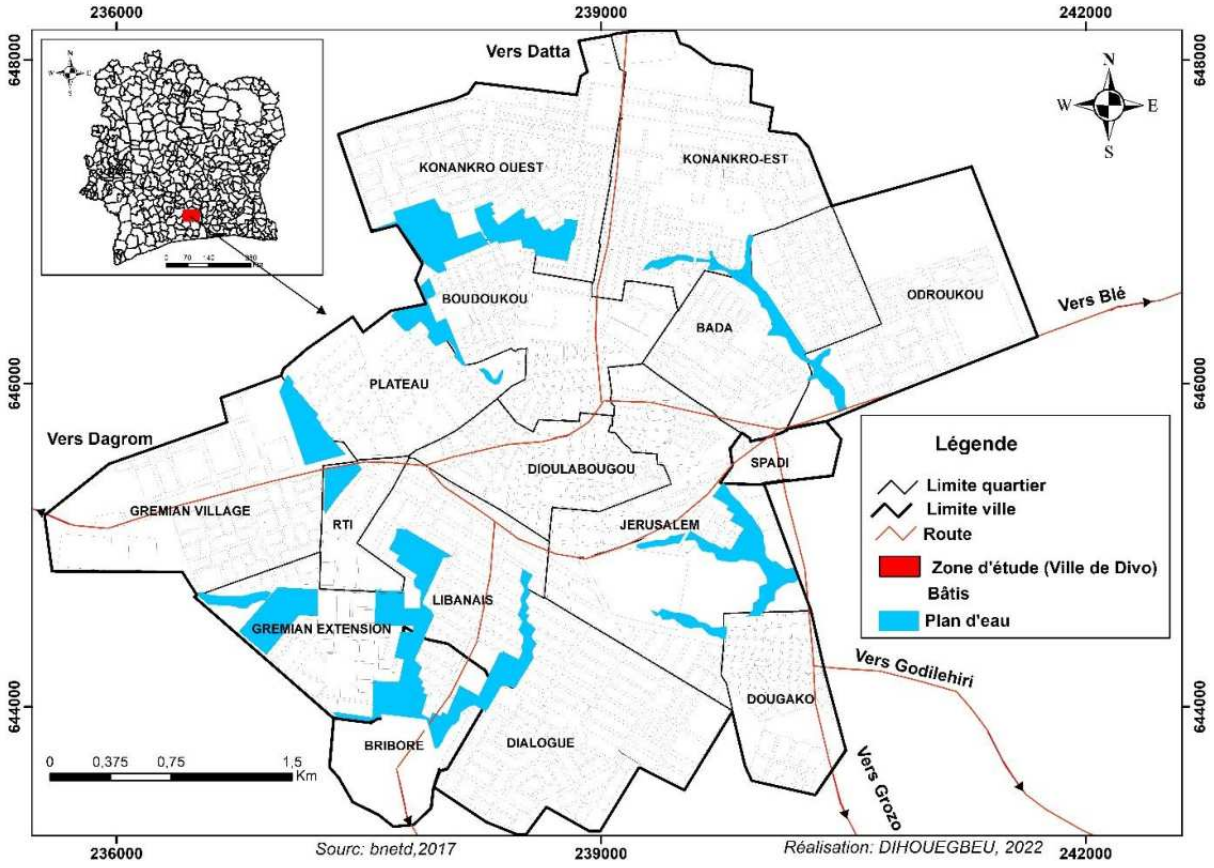
Quelles sont les facteurs de ces mutations de l'habitat dans la ville de Divo ?

L'objectif de cette étude est de mettre en évidence les facteurs des mutations de l'habitat dans la ville de Divo. L'hypothèse émise stipule que les mutations de l'habitat à Divo sont liées à une demande de logement influencée par les coûts et les conditions socio-économiques de la population. Pour mener à bien cette étude, il sera question de présenter la méthodologie, ensuite les résultats suivis de la discussion et enfin une conclusion.

2. **Matériels et méthodes**

2.1. *Présentation de la zone d'étude*

Capitale de la région du Loh-Djiboua, Divo est située au sud-ouest de la côte d'Ivoire à 5°35 de longitude ouest et 5°55 de latitude Nord sur un plateau granitique ondulé et disséqué par un réseau de vallons secs ou drainés par de petites rivières. Limitée par Oumé au nord, Lakota à l'Ouest, Tiassalé a l'Est, Fresco et grand-lahou au sud , Divo s'étend sur 8900 km2. La ville se subdivise en 16 quartiers dont 6 anciens (Bada, Boudoukou, Dougako, Gremian village, Jerusalem et Briboré) et 10 nouveaux (voir carte).Divo compte une population de 105 589 habitants (RGPH, 2014) essentiellement jeune (soit 55% de la population, RGPH, 2014) . La dynamique démographique dans la ville est remarquable. De 40 022 habitants en 1975 (RGP, 1975), la population de la ville de Divo est passée à 86 569 habitants en 1998 (RGPH, 1998) pour atteindre 105 589 habitants en 2014 (RGPH. 2014). Cosmopolite, cette population est composée de nationaux représentant 77,6% (RGPH, 2014) essentiellement composés d'autochtones Dida et des immigrés issus principalement de la sous- région ouest-africaine. Ces populations comptent 29,2% d'actifs (RGPH,2014) exerçant principalement dans le secteur privé et particulièrement dans l'informel.



Carte 1 : Présentation de la zone d'étude

2.2. *Approche méthodologique*

La collecte des données dans le cadre de cette étude repose sur la recherche documentaire, l'observation directe et l'enquête.

La recherche documentaire a consisté à la consultation des documents relatifs au recensement Général de la population et de l'habitat (RGPH). Les données recherchées n'étant pas spécifiées dans le RGP de 1975 et le RGPH de 1988, nous nous sommes contentés des RGPH de 1998 et 2014 sur la ville de Divo. Lesquels ont permis d'obtenir les statistiques relatives à la population, à l'habitat, à la répartition par quartier et aux données sur la typologie des habitations et la structure socio-professionnelle afin de caractériser la population, l'habitat et définir les tendances dans la ville. La consultation de documents cartographiques réalisés par le CIGN/BNETD (Centre d'Information Géographique et du Numérique / Bureau National d'Etude Technique et de Développement) à l'échelle 1/200000eme a servis à circonscrire la zone d'étude et servis de fond de carte pour la conception des cartes relatives à l'étude. L'observation directe à travers une visite de la ville a contribué à caractériser les logements et à les localiser.

L'enquête se résume à un entretien et une enquête par questionnaire. L'entretien est mené à la Direction de l'habitat et de la copropriété du Ministère de la construction en vue d'obtenir les données relatives à la demande de logement au fil du temps à Divo. L'enquête par questionnaire s'est adressée aux locataires et aux propriétaires des logements dans la ville afin de connaitre les caractéristiques de l'habitat, les facteurs des mutations de tendances à Divo.

Dans le cadre de l'enquête auprès des locataires, un échantillon de 376 ménages a été retenu sur la base de la formule de Fisher ci-dessous :

$$\mathrm{n} = \frac{z^2(\mathrm{PQ})\mathrm{N}}{[e^2(\mathrm{N}-1) + \mathrm{Z}^2(\mathrm{PQ})]}$$

Avec : **n** = taille de l'échantillon, **N** = taille de la population mère. Dans ce cas précis, nous nous sommes intéressés au total de ménage dans la ville de Divo qui s'élève à 17459 (RGPH 2014), **Z** = niveau de confiance selon la loi normale centrée réduite 3, **e** = marge d'erreur et **P** = proportion estimée de population (ménage dans notre cas) supposée. Cette proportion qui varie de 0,0 à 1 est une probabilité d'occurrence d'un événement. Dans le cas où l'on ne dispose d'aucune valeur de la proportion, celle-ci est fixée à 50% (0,5), ce qui correspond au cas le plus défavorable, c'est-à-dire la dispersion la plus grande.

On sait que : **Q** = 1 – P, alors si on présume que P = 0,5 donc Q = 0,50. Par ailleurs, à un niveau de confiance de 95 %, Z = 1,96 et la marge d'erreur e = 0,05.

$$\mathrm{n} = \frac{1{,}96^2 \times 0{,}5 \times 0{,}5 \times 17459}{[0{,}05^2(17459-1) + 1{,}96^2(0{,}5 \times 0{,}5)]} = 376$$

La ville de Divo étant structurée en 16 quartiers, les 376 chefs de ménages sont repartis proportionnellement au nombre de locataire par quartier de Divo sur la base de la méthode de *"la règle de trois"*.

Exemple du quartier Konankro-ouest :

$$17459 \longrightarrow 376 \qquad 1627 \longrightarrow \qquad X \quad \frac{1627 \times 376}{17459} = 35$$

Les quotas à enquêter par quartier sont consignés dans le tableau ci-dessous

Tableau 1 : Échantillons du nombre de chef de ménages par quartier de Divo

Quartiers	Nombre total de ménages	Echantillons
Konankro-ouest	**1627**	**35**
Bondoukou	**361**	**8**
Spadi	**115**	**3**
Jérusalem	**1788**	**38**
Badalegbreville	**1032**	**22**
Odroukou	**175**	**4**
Konankro-Est	**861**	**18**
Plateau	**350**	**8**
Dioulabougou	**1067**	**23**
Gremian (village et extension)	**1330**	**29**
Residentiel RTI	**324**	**7**
Libanais	**794**	**17**
Dialogue	**5283**	**113**
Dougako	**1160**	**25**
Bribore	**1192**	**26**

Source : INS, 2014

Au sein des différents quartiers, ces ménages ont été choisis selon la méthode des itinéraires (une méthode consistant à tracer un itinéraire sur la carte de la zone d'étude sur lequel des points sont placés et les ménages habitants les logements rencontrés à ces endroits sur le terrain sont ceux qui sont enquêtés). L'enquête a porté sur les fonctions des locataires, leurs niveaux d'instruction, leurs revenus mensuels, le coût des loyers, le nombre de pièces et les raisons de leurs choix de location.
Concernant les propriétaires, procédant par la méthode des choix raisonnés, l'ensemble des propriétaires de logement identifiés auprès des locataires enquêtés a constitué l'échantillon à enquêter. Ainsi, un échantillon de 188 propriétaires a été obtenu vu que certains propriétaires disposent de plusieurs propriétés. Ces propriétaires ont été enquêtés sur les facteurs du choix de construction, la date de construction des logements, la superficie des lots, les types de matériaux de construction, les loyers des logements, les différentes fonctions des propriétaires.
Le traitement des données recueillies est d'ordre statistique, cartographique, photographique et analytique. Ce traitement à conduit à différents résultats.

3. Résultats

L'approche adoptée a abouti à des résultats axés autour des mutations de tendances de l'habitat à Divo et des facteurs dans la ville.

3.1. *L'évolution de l'habitat à Divo : des tendances anciennes aux tendances nouvelles*

Devenue chef-lieu de sous-préfecture en 1960, Divo arbore un habitat ayant évolué au fil du temps avec deux tendances nettement distinguées. Les données du recensement général de la population (RGP) de 1975 n'ayant pas pris en compte l'habitat et celui du recensement général de la population et de l'habitat (RGPH) de 1988 ne donnant pas les spécificités sur la typologie de l'habitat, nous nous sommes appuyés dans le cadre de cette étude sur les données du RGPH de 1998 et du RGPH de 2014. L'habitat réalisé dans la ville de Divo jusqu'en 1998 présente une typologie variée.

De sa création à nos jours, la ville affiche des changements marqués par un passage de l'habitat traditionnel à l'habitat moderne en général.

Cet habitat majoritairement moderne (soit 98%) produit est spécifiquement marqué par des tendances changeantes au fil du temps. La mutation de l'habitat se traduit par un passage des tendances anciennes jusqu'en 1998 aux tendances nouvelles après 1998.

3.1.1. La tendance anciennement prisée : les maisons basses simples

L'habitat réalisé dans la ville de Divo jusqu'en 1998 présente une diversité de type observée à travers le tableau ci-après qui dégage une tendance dans le logement produit. Les quartiers Bada, Jerusalem, Dialogue et Dioulabougou étant subdivisés en différents secteurs dans les données de l'INS, leurs statistiques sont des cumuls de leurs subdivisions respectives.

Tableau 2 : Répartition des habitations par quartier selon la typologie à Divo en 1998

Répartition des habitations par quartier selon la typologie										
Quartier	Total	Villa moderne	Maison simple	Logement en bande	Apt dans immeuble	Concession	Case traditionnelle	Baraque	Autre à préciser	Non défini
Total	14630	1222	4851	3229	61	4587	282	57	16	325
ODROUKOU	28	20	6	2	0	0	0	0	0	0
BADA	1323	94	458	436	3	228	18	4	4	18
BOUDOUKOU	445	136	219	70	0	7	4	2	1	6
BRIBORE	36	142	160	0	141	6	1	0	23	509
DIALOGUE	3222	117	945	726	6	1341	11	9	0	67
DIOULABOUGOU	2400	58	740	565	7	941	33	13	1	42
DOUGAKO	355	42	164	43	0	90	5	1	1	9
GREMIAN EXTENSION	134	8	23	99	0	0	1	0	0	3
GREMIAN VILLAGE	197	18	86	75	0	2	3	3	1	9
SPADI	25	58	15	0	30	0	0	1	0	129
LIBANAIS	15	90	100	0	141	0	3	0	10	359
JERUSALEM	2829	309	770	687	27	1008	15	17	0	62
KONANKRO-EST	874	46	489	167	0	108	34	2	1	27
KONAN-OUEST	1430	242	384	193	2	556	15	5	3	30
PLATEAU	323	76	158	51	0	22	1	2	4	9
RTI	9	4	3	0	0	0	0	0	0	2
Non défini	708	16	299	67	2	155	136	2	0	31

Source: INS 1998

Au regard du tableau , en 1998 Divo enregistre 14630 logements constitués de villas, de maisons simples, de concessions ,d'appartements, de logements en bande de cases traditionnelles ,de baraques et d'habitations non définies. Sur l'ensemble de l'habitat, les maisons simples prédominent avec 4851 logements soit 33,2%. Ce type est suivi des concessions avec 4587 unités soit 31,3% , puis des logements en bande représentant 22%, viennent ensuite les villas (8,5%)et les cases traditionnelles (1,9%), les appartements (0,4%) et les baraques (0,3%). Dans l'ensemble, l'habitat traditionnel est en perte de vitesse au profit d'un habitat moderne (soit 98%) avec une primauté des maisons basses simples qui se profilent comme étant la tendance prisée jusqu'en 1998 dans la production immobilière. Ce type comporte des logements de trois, quatre, cinq pièces dotés d'une cour et sans clôture en général. Quant à l'état actuel de ces maisons, elles sont toutes vieillissantes et dégradées pour certaines (voir photo1 à 3).



Photo 1 : une maison basse simple à Bada , cliché DIHOUEGBEU, 2021

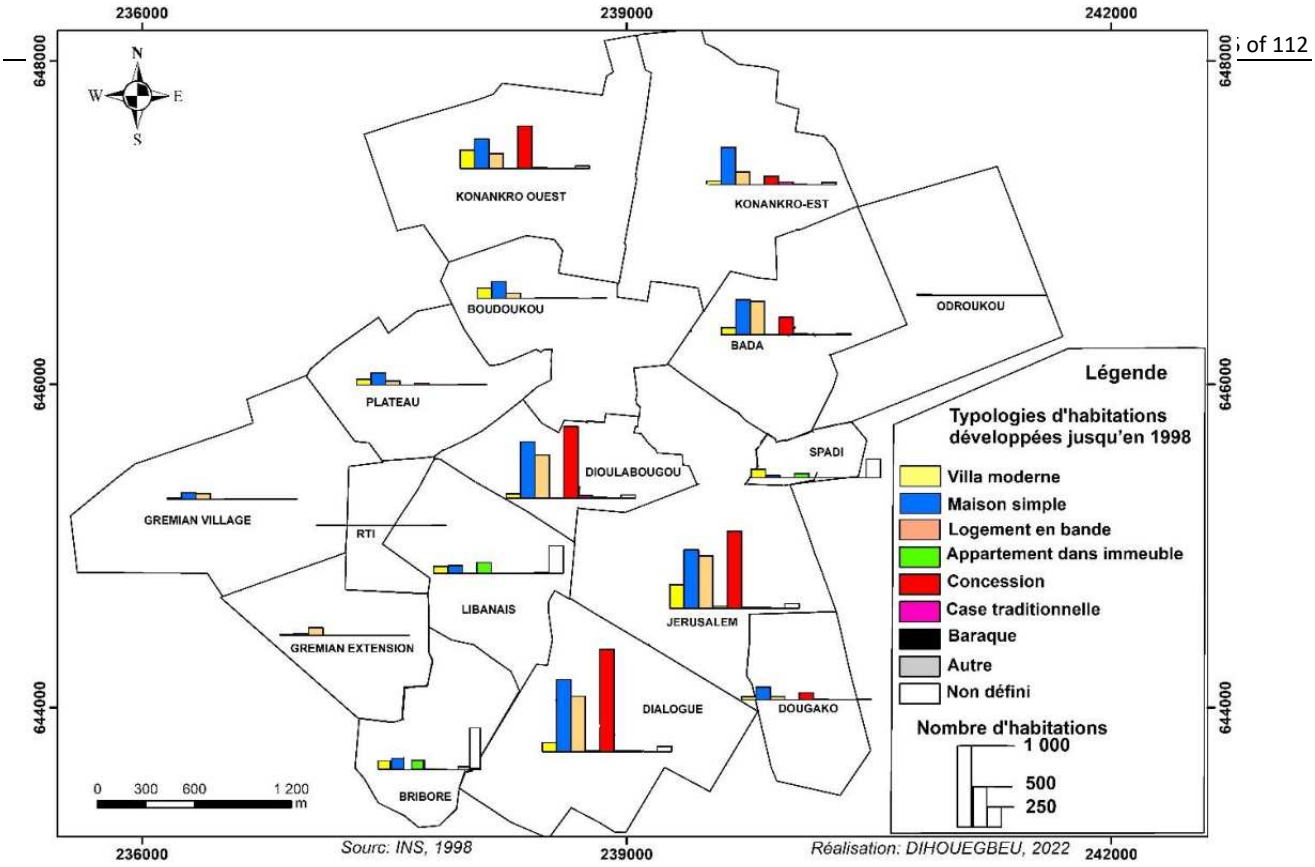


Photo 2 : une maison basse simple à Jerusalem, cliché DIHOUEGBEU, 2021



Photo3 : une maison basse simple à Dougako, cliché DIHOUEGBEU, 2021

Au regard de la répartition des habitations par quartier, les proportions de maisons basses simples s'avèrent les plus fortes dans la quasi-totalité des quartiers.



Carte 2 : Distribution spatiale des types d'habitat à Divo en 1998

En effet 7 quartiers sur 16 enregistrent des quotas de maisons simples supérieurs aux autres types sur l'ensemble des logements (voir carte 2). Majoritaire dans l'habitat de Divo, ce type de construction anciennement prisé est principalement densifié dans 2 nouveaux quartiers (Konankro-est et Plateau) et les quartiers les plus anciens de la ville. Sur les totaux de logements dans chacun de ces quartiers, les proportions de maisons simples sont les plus élevées. Les quartiers Konankro-est et Plateau par exemple, détenant les plus grands quotas de maisons simples soit respectivement 489, 158, les pourcentages sont respectivement 56%, 49%. Cinq anciens quartiers sur les 6 (Boudoukou, Jerusalem, Gremian village, Dougako , Briboré et Bada) que compte la ville enregistrent une prédominance des maisons basses simples sur leur parc immobilier hormis Jerusalem. Les maisons simples culminent en tête à Bada avec 458 unités soit 34,6%, Boudoukou avec 219 unités représentant 40, 2%, avec 164 unités soit 46,2% à Dougako, avec 160 unités soit 33,8% à Briboré, et dans le quartier Gremian village avec 86 unités soit 43,3%. En marge de ces 7 quartiers, deux autres nouveaux quartiers Dialogue et Dioulabougou enregistrent une présence importante de ce type même s'il occupe le second rang dans ces secteurs avec respectivement 945 unités soit 29,3% et 740 unités soit 30,8%.

Au regard de ce qui précède, dans cette tendance générale orientée sur l'habitat moderne, les maisons basses simples constituent la tendance prisée à Divo jusqu'en 1998 vu sa prédominance dans la ville. Les années suivantes marqueront une nouvelle tendance.

3.1.2. Les tendances nouvelles : les concessions et les logements en bande

L'habitat à Divo après 1998 présente la même typologie une primauté de l'habitat moderne avec une tendance changeante. Le tableau ci-dessous présente bien les réalités relatives à cet habitat en 2014.

Tableau 3 : **Répartition des habitations par quartier selon la typologie à Divo en 2014**

		Type d'habitation								Total
		Villa	Maison simple	Logement en bande	Appartement dans un immeuble	Concession	Case traditionnelle	Baraque	Autre à préciser	
Non du quartier	KONANKRO OUEST	130	298	213	3	210	0	0	0	854
	DIALOGUE	100	556	500	8	1421	0	2	0	2587
	KOUDOUKOU COMMERCE	17	163	77	2	65	5	0	0	329
	BRIBORE	94	458	175	0	288	1	1	4	1021
	BADA KEGBEVILLE	94	497	328	1	296	0	2	1	1219
	KONANKRO EST	139	308	248	0	207	0	0	2	904
	ODOUKROU	38	72	37	0	58	0	0	0	205
	GREMIAN Extension	20	189	210	1	833	1	1	0	1255
	PLATEAU	78	162	135	0	36	0	0	0	411
	RESIDENTIEL RTI	79	87	93	2	121	0	0	0	382
	LIBANAIS	88	193	259	11	380	0	1	0	933
	DIOULABOUGOU	268	1232	2236	19	2445	4	2	6	6212
	DOUGAKO	80	476	502	0	303	0	2	1	1364
	GREMIAN village	17	39	50	1	20	1	1	0	126
	SPADI	34	15	33	0	30	0	0	1	113
	JERUSALEM	133	411	100	1	472	4	2	1	1124
Total		1332	4556	5588	44	5906	11	10	11	17459

Source : RGPH, 2014

Au regard du tableau, l'habitat à Divo après 1998 présente une continuité dans la typologie et de la primauté de l'habitat moderne (soit 99%). Constitué de 17459 logements, cet habitat se compose notamment de villas, de maisons simples, de logement en bande, d'appartements dans les immeubles, de cases et de baraques. Dans ce brassage, deux types prédominent avec une ampleur quasi-équilibrée : les concessions et les logements en bande. Nous avons un total de 5906 logements de type concession représentant 33,8 % de l'habitat et 5588 habitations pour les logements en bandes soit 32%. Ensuite viennent les maisons basses simples avec 4558 unités soit 26%, suivies des villas avec 1332 unités soit 7,6 % , les appartements avec 44 unités soit à 0,2%, puis les Cases, les baraques et autres non définis représentant moins de 1% de l'habitat.

Dorénavant les nouvelles tendances constituent les concessions et les logements en bande au regard des statistiques de loin supérieures dans le tableau. Mais au regard du rythme d'évolution, il ressort clairement en 2014 une hausse vertigineuse des logements en bande. Les logements en bande passent de 22% en 1998 à 32% en 2014 soit une grande hausse de 10%. Quant aux concessions, elles passent de 31% à 33,8% de 1998 à 2014 soit une hausse légère de 2%. Vu le rythme, les nouvelles tendances d'habitat à Divo sont plus marquées par les logements en bande. Il ressort même de nos enquêtes de terrain des modifications de logement de type maisons basses simples transformées en logement en bande, ce qui explique le passage de 4851 maisons simples en 1998 à 4556 pour ce type en 2014.

Les logements en bande regroupent en leurs seins plusieurs des constructions de dimensions généralement beaucoup plus réduites, accolées, disposées en bande unique ou 2 bandes se faisant face. Il s'agit des logements d'une pièce à savoir les entrer-coucher, des studios, des logements de 2 et de 3 pièces (voir photos 4 à 7). Les concessions sont des maisons basses assez grandes, uniques sur le terrain, de 3 à 5 pièces munies d'une cour.



Photo 4: un logement de 3 pièces à odroukou, cliché DIHOUEGBEU, 2021



Photo 5: des studios disposés en bande au quartier Dialogue, cliché DIHOUEGBEU, 2021

Photo 6 : Gremian-Extension, cliché DIHOUEGBEU, 2021



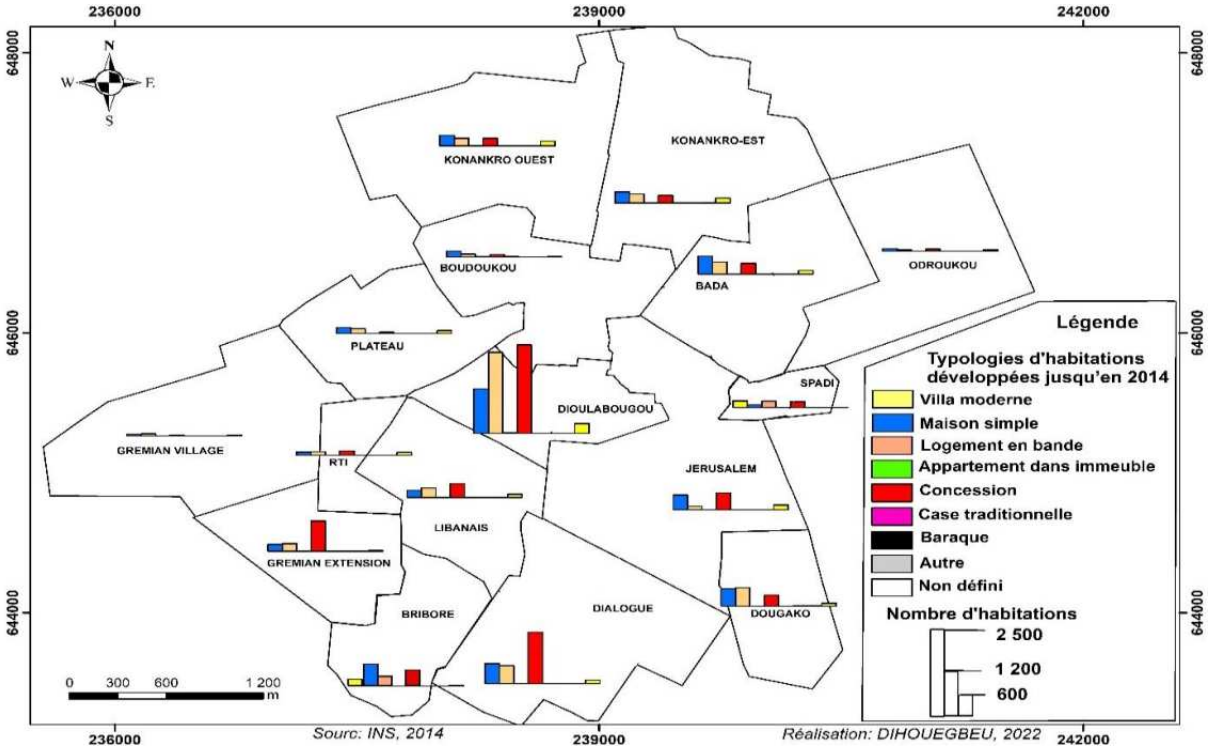
Photo 7 : des studios et des logements de 2 pièces disposés en 2 bandes se faisant face au quartier Gremian-Extension, cliché DIHOUEGBEU, 2021

Au regard de la répartition par quartier selon la typologie, cette nouvelle tendance d'habitat est plus affichée dans les nouveaux quartiers de la ville. Les concessions et les logements en bande sont principalement concentrés dans 7 quartiers de la ville dont 5 nouveaux et 2 anciens quartiers. Cette prédominance s'observe soit au niveau de la répartition par quartier soit par typologie.

En effet, dans les nouveaux quartiers, ces 2 types sont fortement représentés à Dioulabougou avec 2445 unités pour les concessions soit 41,3% de ce type dans la ville et 39,3% des logements dudit quartier. Concernant les logements en bande 2236 unités sont enregistrées soit 40% de ce type dans la ville et 36% des logements à Dioulabougou. Il est suivi du quartier Dialogue avec 1421 concessions soit 24% de ce type dans la ville et 55% des logements dudit quartier. 500 logements en bande sont dénombrés dans ce quartier soit 9% de ce type dans la ville et 19,3% des logements au quartier Dialogue. Ensuite vient le quartier Gremian extension avec 833 concessions soit 14% total et 66,3% des logements dudit quartier. Le quartier Libanais enregistre 380 concessions et 259 logements en bande soit respectivement 40,7% et 31,6% des logements du quartier. Le quartier Résidentiel suit avec 121 concessions et 93 logements en bande soit respectivement 31,6% et 24,3% des habitations du quartier. Contrairement aux autres anciens quartiers, cette nouvelle tendance est remarquable à

Photo 7 : des studios disposés en bande au quartier Dialogue

Dougako et Jerusalem. Dougako en effet totalise 502 logements en bande et 303 concessions soit respectivement 36,8% et 22,2% de l'habitat dudit quartier. A Jerusalem la nouvelle tendance est représentée par les concessions qui constituent 41% des habitations dans ce quartier (voir carte). Dans l'ensemble en 2014, les concessions et logements en bande inégalement répartis dans les différents quartiers de Divo, sont principalement concentrés dans les nouveaux quartiers comparés aux anciens.



Carte 3 : Distribution spatiale des types d'habitat à Divo en 2014

Les changements intervenus dans l'habitat à Divo, matérialisés par le changement des tendances prisées au fil du temps, traduisent une mutation de l'habitat dans la ville. Si la tendance générale est axée sur l'habitat moderne, spécifiquement les maisons basses simples constituent la tendance ancienne et les tendances nouvelles représentées par les concessions et logements en bande. Cette mutation s'explique par différents facteurs.

3.2. *Les mutations dans de l'habitat : l'influence d'une demande de logement étroitement liée aux conditions d'accessibilité des populations résidentes*

L'habitat urbain est essentiellement locatif (INS, 2014). Par conséquent, la demande de logement est d'une influence sur l'habitat réalisé. Au regard de l'enquête menée, cette demande est principalement tributaire des conditions socio-économiques des populations et des coûts des logements.

3.2.1. La demande de logement à Divo : caractéristiques et influence des conditions d'accessibilité

La demande annuelle de logement jusqu'en 1998 n'a pu être disponible. La demande dans les années 2000 est estimée à 2000 logement à Divo à l'instar des autres villes de l'intérieur du pays. Relativement aux caractéristiques, l'enquête auprès des ménages relève des types prédominants selon les périodes dans les demandes quoique tous les types fussent recherchés. Jusqu'en 1998, la demande est prédominée par les maisons basses simples. Après 1998, les demandes sont majoritairement orientées sur les concessions et les logements en bande (soit 79% des enquêtés). Avec la crise économique moins accentuée jusqu'en 1998 et la moins cherté des coûts de location des logements, les demandes sont principalement axées sur les logements spacieux, de plusieurs pièces dotés d'une cour. Les loyers des logements de 2 pièces étaient compris entre 8 000F-10 000F CFA, les 3 pièces variaient entre 15 000F,

17 000F, 25 000F et 30 000fcfa selon les quartiers. L'on disposait même des 4 pièces et plus à 18 000F, 20 000F, 25 000F, 30 000F et 40 000F (Nos enquêtes). Vu ces différents prix évidemment à la portée des populations, celles-ci ne pouvaient que réclamer des logements selon leurs choix. Selon l'enquête, les familles africaines étant nombreuses, les locations étaient plus portées sur les habitations de plusieurs chambres. La majorité des ménages enquêtés (soit 52,1%) évoquant des revenus mensuels supérieurs à 100 000fcfa à cette époque, affirme avoir porté principalement leur choix sur les maisons basses simples offrant plusieurs pièces et à leur portée.
La période après 1998, est celle d'une crise économique très accentuée. La majorité des populations (soit 42,6%) enregistre des revenus mensuels de moins de 60 000fcfa selon nos enquêtes. Il s'agit en effet des populations praticiens de petits métiers et commerces. 16,3% des ménages enquêtes évoquent un revenu mensuel compris entre 60 000f CFA et 100 000F CFA. Seulement 9,6 % de cette population a un revenu moyen compris entre 100 000F CFA et 200 000F CFA, 14,4 % à un salaire compris entre 200 000f CFA et 300 000f CFA et 17,1% perçoivent un salaire supérieur à 300 000F CFA (la plupart les fonctionnaires de l'Etat).
En marge de cette situation économique drastique, les coûts de location des logements connaissent une hausse inouïe avec une cherté graduelle en fonction des caractéristiques du logement. Plus le logement est spacieux, plus les coûts sont élevés. Selon l'enquête, désormais, les logements spacieux disposant de 4 pièces sont cédés à des coûts oscillant entre 80 000f et 150 000FCA. Les logements d'une pièce, de 2 et 3 pièces sont cédés respectivement à un coût allant de 15 000f à 25000, 25 000 à 40 000 et 35 000 à 75000 selon la taille de logement et le quartier.

Dorénavant, les demandes des populations sont majoritairement (soit 60% des enquêtés) portées sur les logements aux coûts moins élevés dans la ville. IL s'agit des logements peu spacieux aux pièces limitées notamment les studios et les 2 pièces disposés en bande et les concessions de 3 pièces, des logements qui constituent d'ailleurs les nouvelles tendances dans la ville. Dans l'ensemble, les demandes de logement dans la ville sont tributaires des conditions socio-économiques des populations et des coûts locatifs dans la ville. L'habitat urbain étant essentiellement voué à la location, les caractéristiques de la demande influencent sa production et même son évolution.

3.2.2. Les mutations de l'habitat : la contribution des conditions d'accessibilité à travers la demande de logement

Selon INS 2014, plus de 70% de l'habitat produit en ville est majoritairement locatif. Les propriétaires qui produisent alors pour faire louer sont très attentifs aux demandes. Ainsi, la production de l'habitat est donc conditionnée par la demande. Jusqu'en 1998, les maisons basses simples représentaient la tendance prisée autrement dit le type le plus produit à Divo. Les demandes sont majorées par les maisons basses simples en raison de leurs coûts accessibles aux populations. D'après l'ensemble des propriétaires enquêtés, dans le but de faciliter la location, les types les plus demandés sur le marché sont donc les plus construits. En conséquence, ce type a été majoritairement produit d'où la tendance observée jusqu'en 1998.
Après 1998, il est observé une nouvelle tendance vertigineusement axée sur les logements en bande au regard du rythme d'évolution. La demande accrue de ce type et des concessions, par les populations contraintes à s'intéresser de plus en plus aux logements moins spacieux dont les coûts sont moins élevés, induit leur grande production. Selon les propriétaires, ces nouvelles tendances sont liées à la demande sur le marché immobilier. Par conséquent, il ressort que la demande induite par les coûts de logement a une influence sur l'évolution de l'habitat. Les conditions d'accessibilité par leur influence sur la demande impactent l'habitat produit et par ricochet les mutations de l'habitat à Divo.

4. Discussion

Nos résultats découlent d'une démarche appropriée. Toutefois, l'indisponibilité des données

spécifiques sur la typologie de l'habitat du RGP de 1975 et du RGPH de 1988 est à déplorer. Il a fallu se contenter des données des RGPH de 1998 et de 2014. Ces aléas n'entachent en rien la qualité de ces résultats. Les mutations de l'habitat à Divo sont une réalité irréfutable.De nombreuses études antérieures corroborent les mutations dans cette ville et bien d'autres sous différents angles de même que les facteurs.

L'habitat évolue en fonction des époques. Les changements dans les modes de vie influencent le logement (HAVEL J.E ,1957). Il convient de produire des logements qui répondent aux Civilisations modernes et aux niveaux sociaux aussi divers soient-ils. A partir du XIII eme siècle, en Europe, il commence à disparaître du paysage urbain les petites maisons au profit d'immeubles locatifs qui tendent à se faire massifs (Havel J.E, 1975).L'habitat ne cesse d'évoluer jusqu'à nos jours et prend des dimensions encore plus vastes notamment dans sa typologie et dans les conditions de vie de ceux qui la tiennent au quotidien de leur existence.

En France, on assiste à un repli de logement pavillonnaire individuel au profit d'appartements dans les immeubles. L'évolution de l'habitat dans ce pays s'exprime également par la modification de la morphologie de l'habitat voire de la ville avec l'étalement urbain (AFEDIM, 2022, p2).

Les villes africaines connaissent de façon générale les mutations traduites par l'apparition de nouveaux modes d'habiter. Avec la modernité, l'habitat africain traditionnel disparaît progressivement au profit de l'habitat moderne recommandé par les gouvernements dans le milieu urbain. L'on assiste à « la mort lente des techniques de construction de maçonnerie traditionnelle (A. Cissé cité par Coulibaly et al, 2021, p115).

Dans le sud de l'Algérie par exemple « *les premiers changements sociaux dans les espaces oasiens datent de la colonisation dont le mode de vie occidentale et les normes de construction ont commencé peu à peu à s'incruster dans la vie des hommes au Sahara* » (Badr –Eddine Yousfi, 2013, p 4). Les migrations temporaires de travail avaient permis d'améliorer l'habitat. L'habitat s'améliore avec l'usage de nouveaux matériaux de construction introduits pour la consolidation des constructions et par des modifications remarquables faites sur les maisons (Bisson cité par Badr –Eddine Yousfi, 2013,p4). « *Après l'indépendance, cette tendance s'accélère et la population fuit peu à peu les anciennes habitations vers d'autres plus nouvelles, adaptées aux normes, construites par l'État ou par les habitants eux-mêmes dans les nouveaux lotissements* ». C'est le cas des anciens *ksour* dans la Saoura, qui sont abandonnés au profit d'un nouveau mode d'habitat comme à Taghit, Igli, Beni-Abbès. A contrario, les *ksour* du gourara, du Touat et de Tidikelt-occidental sont plutôt modifiés et habités (Badr –Eddine Yousfi, 2013, p 4).

Dans les villes ivoiriennes, la mutation de l'habitat impressionne. « *on assiste à Abidjan à une mutation très spectaculaire de l'habitat africain dans les quartiers légalement lotis* »(Haeringer p, 1982, p89) . En effet, le ciment et la tôle ont succédés aux matériaux périssables dans la production immobilière (Haeringer p, 1982, p 89). A Divo, l'habitat précolonial constitué de cases et de grandes maisons à impluvium fait de terre battue et de pailles est en pleine mutation avec une perte de vitesse de l'habitat traditionnel (17%) et une prédominance de l'habitat moderne (80%) depuis 1990 (Coulibaly S. et al, 2021, p120).

Les modifications de logements sont aussi une autre caractéristique de cette mutation. A la rue des jardins dans la commune de Cocody, 56,9% des logements sont transformés partiellement ou totalement en magasins de commerce (Abeto et al, 2020, p 234). Même l'habitat moderne planifié fait l'objet de mutation à Yopougon-SICOGI (Dihouegbeu et al, 2019, p 295). L'habitat moderne ayant succédé à l'habitat africain subit en son sein des changements de tendances.

Toutes ces mutations émanent de divers facteurs. En Afrique, les politiques de l'habitat urbain entreprises par les Etats recommandant l'habitat moderne constituent un facteur déterminant de l'évolution de l'habitat. En Algérie et en Côte d'Ivoire par exemple, l'exigence de l'habitat moderne et l'implication de ces Etats dans la production immobilière ont induit une nette évolution de l'habitat urbain (Badr –Eddine Yousfi, 2013, p 2), (Haeringer P , 1982, p89).

Du point de vue économique, la mutation de l'habitat relève de l'explosion des prix de l'immobilier

en ville. La cherté du logement urbain avec les prix qui grimpent au détriment des catégories socioprofessionnelles les plus modestes conduit à des changements dans les stratégies résidentielles en France (AFEDIM, 2021 , p). Par ailleurs, l'émergence d'une classe sociale aisée acteur de l'immobilier favorise la production de l'habitat moderne et le recul de l'habitat traditionnel africain (Coulibaly S. et al, 2021, p120). Les transformations de l'habitat sont aussi liées à la recherche du profit dans ce contexte de crise économique. Les modifications de logements à Yopougon-Sicogi et Cocody rue des jardins avec création des pièces supplémentaires cédées en location par exemple ont lieu dans le but de générer des fonds au propriétaires et arrondir leurs fins de mois (Dihouegbeu et al, 2018, p), (Abeto B.C. et al, 2020,p243).
Par ailleurs, les facteurs sont également d'ordre démographique. L'urbanisation accélérée induisant des besoins colossaux de logements entraîne une production massive de l'habitat urbain (Coulibaly S. et al, 2021, p128). Dans l'ensemble, les mutations de l'habitat se présentent comme un fait général. Les facteurs de cette réalité sont d'ordres politique, économique, démographique et culturel.

5. **CONCLUSION**

Cette étude vise à mettre en lumière les facteurs des mutations de l'habitat dans la ville de Divo. L'analyse confirme l'hypothèse émise. L'habitat à Divo connaît des mutations. L'habitat traditionnel est en perte de vitesse au profit de l'habitat moderne dans cet espace urbanisé. Cet habitat moderne aux types variés connaît des mutations traduites par des tendances changeantes au fil du temps. Jusqu'en 1998, les maisons basses simples (33%) constituaient la tendance prisée. Les nouvelles tendances au lendemain de 1998 sont les concessions (33%) et les logements en bande (32%). Ces changements dans l'habitat à Divo émanent de l'évolution des coûts de logements et des conditions socio-économiques qui influencent la demande de logement et impactent l'habitat produit. En effet, L'habitat urbain étant essentiellement dédié à la location, les types les plus demandés sur le marché sont les plus construits par la quasi-totalité des propriétaires. Les mutations de l'habitat sont une réalité propre à maintes villes voire générale dans le monde urbain. En plus des facteurs économiques, les causes sont aussi d'ordres politique, démographique et culturel.

Conflit d'intérêt

En notre qualité d'auteur de ce manuscrit, nous déclarons sur l'honneur qu'il ne présente aucun conflit d'intérêt.

Références Bibliographiques

Abeto B.C, Dakouri G.D.F, Ouattara S, Nassa D, Yao H , Juin 2020, « Les mutations du complexe immobilier résidentiel de la rue des Jardins Cocody deux Plateaux » in revue de l'Université de Moundou, pp 231-258

AFEDIM, 1970-2020 :50 ans d'évolution de l'habitat, 02/10 /2021, on line :https:// www.afedim.fr /actualités et conseils/1970-2020 -50 ans- d'-évolution- de- l-habitat.html , 10/02/2022

Badr –Eddine Y, 04/2013, Mutation de l'habitat : normalisations techniques et implications sociales dans les villes du sud-ouest algériens in le sociographe, n° 44 , pp 45-52

Boat P, Hays A, Houben H, Matuk S, Vitoux F, 1985, Construction en terre , 287 P

Coulibaly S., Djah J.A., Yapi A.C, Gogbe T., Atta K. ;Juillet 2021, « Urbanisation et mutation de l'habitat traditionnel dans les villes de Divo et Lakota (Côte d'Ivoire » in European scientific journal, pp113-132

Dihouegbeu D. P, 2012, Le logement économique à Abidjan,Thèse de doctorat unique, Abidjan, 311p

Dihouegbeu D.P., Brenoum K.D., Toure M., Atta K.L, 2018 « Transformation de l'Habitat planifié à Youpougon-SICOGI » in acte de colloque en hommage au professeur Hauhouot Asseypo, tome 4 :Geographie et Developement, Aménagement et Developpement, harmattan, pp 290-303

Fadeuilhe J.J., 1970 opération d'habitat économique en pays en voie de développement : un exemple à Abidjan, Bordeaux, université de bordeaux, 159p.

Haeringer P., Juillet 1982 « l'habitat à Abidjan : Quitte ou double , les chances de l'agglomération abidjanaise » in revue française Urbanisme, n° 111-112, Paris, pp 89-94

Havel J. E, 1957, Habitat et logement , collection Que sais-je, n°763, PUF, 125p

Manou S.A, 1985, politiques et pratiques urbaines à Abidjan, T1, T2, Paris université de Paris I Panthéo Sorbonne, 455p

© 2022 AHI, License Bamako Institute for Research and Development Studies Press. Ceci est un article en accès libre sous la licence the Créative Commons Attribution License (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0)

Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Sante Publique, Volume 4 (1)
ISSN : 1987-071X e-ISSN 1987-1023
Reçu, 7 Avril 2022
Accepté, 10 Juin 2022
Publié, 14 Juin 2022
http://www.revue-rasp.org

Type d'article : Recherche

« Moi j'ai pitié de moi-même ! » : le vécu ordinaire d'un enfant drépanocytaire à Bamako

Abdourahmane Coulibaly[1]

[1]Enseignant – chercheur ; Faculté de Médecine et d'odontostomatologie (Mali).

* **Correspondance :** coulibalyabdourahmane@gmail.com ; Tel : +22369315393 ;

Résumé :

La drépanocytose est une maladie qui affecte la qualité de vie de beaucoup de jeunes maliens. Certains travaux en science sociale se sont intéressés aux représentations populaires de cette maladie. Cependant, on ne sait presque rien de la façon dont la drépanocytose affecte la vie des adolescents notamment du point de vue des relations avec l'entourage familial. L'ambition de ce travail est de contribuer à combler ce vide. Nous avons décidé de collecter les données de cette recherche en nous basant sur les récits biographiques recueillies auprès d'une adolescente et de son entourage familial. Au total, nous avons réalisé 10 entretiens entre les mois de juin et juillet 2018. Tous les entretiens ont été retranscrits et soumises à une analyse de contenu. Les résultats de l'étude montrent que la drépanocytose est une maladie handicapante. Elle crée des tensions entre les frères et sœurs d'un côté, les parents et les autres enfants de l'autre essentiellement à cause des « privilèges » accordées » à l'enfant et découlant des recommandations médicales (exemption partielle des tâches domestiques, plats individuels, etc.). Les jeunes patients s'engagent dans des stratégies d'adaptation pour préserver les liens sociaux. Note étude a permis de mettre en évidence la situation particulièrement difficile de l'enfant drépanocytaire qui fait face à un double défi : la souffrance de la maladie et la souffrance psychologique. Une prise en charge complète doit tenir compte de cette double souffrance.

Mots clés : vécu – enfant – drépanocytose – Bamako

Abstract :

Sickle cell disease is a disease that affects the quality of life of many young Malians. Some social science research has focused on popular representations of this disease. However, almost nothing is known about how sickle cell disease affects the lives of adolescents, particularly in terms of their relationships with their families. The ambition of this work is to contribute to fill this gap. We decided to collect data for this research based on biographical accounts collected from an adolescent girl and her family circle. In total, we conducted 10 interviews between June and July 2018. All interviews were transcribed and subjected to content analysis. The results of the study show that sickle cell disease is a disabling disease. It creates tensions between siblings on the one hand, parents and other children on the other mainly because of the "privileges" granted to the child with sickle cell disease and resulting from medical recommendations (partial exemption from domestic chores, individual dishes, etc.). Young patients engage in coping strategies to preserve social links. Our study has highlighted the particularly difficult situation of the sickle cell child who faces a double challenge: the suffering of the disease and the psychological suffering. Compréhensive care must take into account this double suffering.

Keywords : Experience - child - sickle cell disease - Bamako

1. Introduction

La drépanocytose est une maladie chronique et handicapante qui affecte lourdement la qualité de vie du patient notamment du fait des interprétations et des significations qui ont une incidence sur les rapports sociaux. Il s'agit d'une infortune qui oblige à opérer une mise en sens pour être expliquée (Sindzingré, 1984). Les données épidémiologiques de la drépanocytose sont disponibles mais les dimensions sociales ont été beaucoup moins interrogées. Les chiffres sont certes importants du fait qu'ils permettent de définir les liens entre la maladie et les variables socio démographiques mais dans le même temps, ils ne permettent pas de questionner les attitudes et les pratiques les plus courantes en milieu de soins et en milieu familial, les systèmes de sens au sein desquels prennent place les agissements des acteurs. A travers cet article, notre ambition est de contribuer à une meilleure compréhension de ces contextes signifiants pouvant expliquer les raisons d'agir des patients ainsi que des autres acteurs impliqués dans une quelconque relation avec les enfants drépanocytaires.

La drépanocytose met le patient et sa famille face à défis thérapeutiques et socio – économiques. C'est un révélateur du social du fait qu'elle interroge les liens entre parents et enfants, entre frères et sœurs à l'intérieur d'une même fratrie, les relations de voisinage, les solidarités familiales, les relations de couple, les choix éthiques. Isabelle Baszanger (1986) souligne ainsi cette expérience collective de la maladie chronique : […] *« C'est au travers d'interactions prolongées dans différentes sphères de la vie sociale quotidienne que tous les acteurs de ces interactions façonnent la réalité de la maladie chronique. »* (p. 24). La drépanocytose affecte l'adaptation au quotidien: physique, émotionnel, récréatif, éducatif et professionnel (Barrett et al, 1988). Elle a une incidence sur l'individu, la famille, la communauté élargie et la société (Radcliffe, 2006). Comme l'adulte, l'enfant drépanocytaire doit faire face à un réel se traduisant par la douleur inscrite dans son corps et par la souffrance qui relève plus de la dimension sociale. Les plaintes les plus courantes des patients drépanocytaires concernent la douleur ressentie dans les os d'où la tendance à désigner cette maladie comme la « maladie des os » (Diarra, 1998 ; Lainé et al, 2012). Dans la littérature, elle est souvent désignée sous le nom de « syndrome osseux ». Le lien entre religion, spiritualité et santé a été exploré par certains travaux (Hummer et al, 2004; Koenig, 2009; Koenig et al, 2012; Seeman et al, 2003).

Les recherches ont montré que les enfants atteints de maladies chroniques sont soumis à un stress important et connaissent des problèmes comportementaux pouvant nuire à l'observance du traitement (Compas et al, 2012). Ils sont également confrontés à de multiples conséquences de la maladie sur le plan social notamment la stigmatisation, le rejet et même des ruptures d'alliance (Bonnet, 2001 ; Bonnet, 2005). Les recherches évaluatives portant sur la qualité de vie des patients drépanocytaires se multiplient dans le monde. Elles soulignent en général une qualité de vie inférieure chez ces personnes comparativement à la population générale (McClish et al, 2005 ; Dampier et al, 2010 ; Trzepacz et al, 2004 ; Panepinto, 2005).

D'une manière générale en Afrique, les malades ont des difficultés d'accès aux soins spécialisés et consultent seulement au stade des complications (Ema et al, 2000). L'analyse des travaux effectués sur les maladies chroniques montrent que la prise en charge de ces maladies chez les enfants met à l'épreuve le système de santé (Desclaux, 1997), les solidarités familiales (Attané & Ouedraogo, 2008) et entraîne des déstructurations familiales (Dago-Akribi, 2007). La découverte d'une maladie chronique constitue par ailleurs une rupture biographique (Bury, 1982).

Dans le domaine des sciences sociales, plusieurs travaux ont questionné l'expérience de la maladie chez les enfants en Europe (Raimbault, 1982 ; Peter, 1996 ; Rey ,1993 ; Baszanger ,1995 ; Cook & Tursz, 1998). Ces genres de travaux sont beaucoup plus rares pour ce qui est du continent africain. En Afrique de l'Ouest, certains travaux anthropologiques ont mis la question de l'accès aux soins des enfants au centre de leur questionnement (Jaffré et Guindo, 2013 ; Kane, 2016 ; Kane 2018). Ce bref parcours de la littérature montre qu'au-delà de l'approche médicale, le besoin de développement d'une approche humaine se pose avec acuité pour aboutir à une amélioration de la qualité de vie des drépanocytaires. Cette situation a été soulignée par certains acteurs impliqués dans la prise en charge de cette maladie (Diallo, 2008). Au Mali, entre 5000 et 6000 enfants naissent chaque

année avec un taux de létalité de 50% avant l'âge de 5 ans (Diallo, 2008). Nous nous appuyons ici sur un récit de vie pour rendre compte de l'expérience vécue de la maladie par les enfants touchés par cette affection.

2. Matériaux et Méthodes

Notre démarche méthodologique a été structurée autour du récit biographique de S.D., une jeune patiente de 10 ans, résidant à Bamako. Le recueil de ce récit a été rendu possible grâce à une série d'entretiens semi – directifs. En parallèle, nous avons mené plusieurs entretiens semi – directifs avec l'entourage familial ou encore les membres du voisinage. Les guides d'entretien comportaient des questions sur la perception de la maladie, les relations avec les parents, les frères et sœurs, le voisinage, le vécu du handicap lié à la maladie, les difficultés scolaires, les relations avec les soignants. Les récits biographiques sont particulièrement adaptés pour comprendre le vécu lié à la maladie sur la longue durée. La présente recherche fait partie d'une étude multisite qui concerne 6 pays de l'Afrique de l'Ouest (Mali, Sénégal, Burkina, Niger, Togo, Bénin) et qui a été conduite par l'UMI « Environnement, Santé, Sociétés » dans le cadre de son Programme « Enfance, Soins, pédiatrie » (ENSPEDIA). La démarche d'enquête et les outils de collecte des données ont été uniformisés. Ainsi, Au Mali, nous avons mené les enquêtes pendant le mois juillet 2018. Les données ont été collectées au domicile des deux jeunes patients d'autre part. Pour choisir les familles des deux patients à enquêter conformément aux consignes données dans le protocole de recherche, nous nous sommes adressés au psychologue du Centre de Recherche et de Lutte contre la Drépanocytose qui connait la plupart des familles fréquentant le centre et qui est apprécié par celles – ci pour sa capacité à rassurer les enfants. C'est ainsi que le choix a été porté sur deux familles (dont celle de S.D.) pour leur disponibilité et leur fréquence dans le CRLD. Quand nous avons appelé la mère de S.D. pour fixer un RDV, elle nous a fait comprendre que le psychologue du centre lui avait déjà fait part de l'enquête qu'on comptait mener. Elle nous a indiqué au téléphone l'adresse de leur maison qui est située dans un quartier populaire situé au Sud est de Bamako à 30 mn du centre –ville. Un seul axe routier dessert plusieurs quartiers dont celui où habite S.D. Les minibus sont le moyen de transport le plus répandu sur cette route. Pour ce premier RDV, nous sommes arrivés au marché du quartier où nous attendait la mère de S.D.. C'était notre première fois de la voir car on s'était juste parlé au téléphone. Elle nous conduit ensuite à la maison située en face de la mosquée. Le thermomètre affichait 40 degré. Dans la cours, nous avons trouvé une dame en train de préparer le repas (l'aide-ménagère nous a-t-on appris) et deux enfants jouant ensemble. La mère de S.D. nous invita à prendre place sur une chaise dans un coin de la cours donnant la possibilité de voir tout ce qui s'y passait. Les deux enfants s'arrêtèrent un moment de jouer pour nous regarder avec un regard interrogateur puis continuèrent leur besogne. Après les salutations d'usage, la mère de S.D. invita l'une des deux enfants qui jouaient ensemble à nous rejoindre pour nous écouter. Elle avait déjà été informée de l'objet de notre visite mais cela ne nous a pas empêché de lui rappeler que nous sommes venus discuter avec elle de sa maladie, de ses amies, de l'hôpital et de sa vie à l'école. Au moment où on l'a rencontrée pour la première fois, S.D. était dans la cour de leur maison en train de jouer avec sa sœur. De prime abord, c'est une fillette qui est souriante mais aux dires de sa mère, elle est plutôt belliqueuse. Ce qui fait qu'elle se dispute souvent avec les autres enfants. Le père de S.D. accuse souvent sa mère d'être à l'origine de la maladie des enfants parce qu'il est au courant que celle - ci souffre de la même maladie et a des douleurs intenses durant ses accouchements.

L'enquête a démarré par deux questions. Comment t'appelles-tu ? – S.D. -, Quel est ton âge ? – J'ai 10 ans – Pour ce premier RDV, l'entretien dura près d'1h30 mn. Quand nous avons senti la fatigue chez notre interlocutrice, nous avons décidé d'arrêter tout en promettant de revenir une prochaine fois. Ainsi, entre le 28 juin et le 30 juillet 2018, nous avons réalisé une série de 10 entretiens : 3 entretiens avec S.D., 1 entretien avec la mère de S.D., 2 entretiens avec ses sœurs, 2 entretiens avec ses amies et 2 entretiens avec les voisins de la famille.

En nous appuyant sur ce récit biographique, nous comptons mettre en évidence d'une part cette

complexité relationnelle autour de l'enfant drépanocytaires et d'autre part interroger les implications de ces interactions sociales sur la qualité de vie. Cette mise en récit singularise l'expérience de la maladie enracinée dans des régimes de subjectivité spécifique en l'incorporant dans une histoire à la fois individuelle et collective. Elle permet d'objectiver un ordinaire fait de contradictions et marqué par une multitude de choix et de stratégies d'acteurs.

3. Résultats

Le diagnostic du mal et les explications causales

La mère a commencé par remarquer certains signes chez la sœur aînée de S.D. sans savoir de quoi il s'agissait. Selon elle, ce sont les articulations (*tugudaw*) de cette dernière qui enflaient, les orteils du pied, les doigts. C'est dans ces conditions que les enfants ont été amenés par leur mère chez un docteur qui a déclaré qu'elles souffraient de déficit de vitamines (vitamine ko dèsè). Il s'agit de B., un praticien de la médecine chinoise qui résidait à Dianguinèbougou, un quartier populaire de Bamako. Il y a des jours où la maladie se manifestait chez les deux enfants en même temps. Malgré la confirmation que les enfants souffrent de drépanocytose, la mère n'a pas cessé d'être hantée par l'idée que les crises des enfants étaient également l'œuvre des génies. Pour elle, la maladie est un agencement de deux causes : la drépanocytose et les génies comme le soulignent les propos suivants :

> *« Oui, c'est lui qui a dit qu'il a le koloci, il a donné ses médicaments qui n'ont pas été utiles. Nous avons fait plusieurs années dans cette situation avec les enfants, nous n'avons pas été capables de continuer avec les médicaments des docteurs et on a fini par se tourner vers les guérisseurs. On s'est fatigué les médicaments des guérisseurs aussi et a fini par les amener chez les guérisseurs qui soignent avec le coran. Eux, ils ont montré que c'est une maladie de satan (sitanè bana).*

Les recours thérapeutiques

Après le premier diagnostic de la drépanocytose dans une clinique privée, la mère de S.D. ne voyait pas d'amélioration de l'état de sa fille malgré les traitements proposés. C'est ainsi qu'elle a multiplié les recours et s'est tournée vers les guérisseurs. Les explications données au Centre de lutte et de recherche contre la drépanocytose (CLRD) sur la maladie, l'incitent à présent à déclarer que son enfant souffre de drépanocytose et non de koloci. Elle fait clairement la différence entre le sang qui cale (manifestation de la drépanocytose) et la maladie de l'os qui se fendille » (manifestation de koloci).
La mère de S.D. a mis en place différentes formes de thérapie autour de la maladie. Même si elle reconnait que les soins reçus au CLRD ont beaucoup aidé à atténuer la survenue des crises, elle continue à faire des traitements parallèles parce qu'elle reste convaincue qu'au-delà de la drépanocytose, l'interférence des génies est une réalité. Certes, elle a beaucoup diminué les consultations chez les maitres coraniques au profit des visites au CLRD mais en cas de crise elle continue à faire recours aux cassettes des guérisseurs avec des incantations préenregistrées et à une eau qu'ils ont préparée pour faire face aux crises. Il lui arrive aussi de réciter elle-même des incantations à partir de ses savoirs sur le coran.

Face aux crises chez la petite, elle fait recours aussi aux prières qui l'aident à surmonter les moments difficiles :

> *« Il y a des moments où je me mets à penser à la maladie et à me soucier sérieusement, quand je me lève pour faire les ablutions et prier pour appeler Dieu, lui montrer ma situation, je vois que j'oublie le problème…. J'oublie, je deviens légère, et j'arrive à évacuer le problème de ma tête. Et puis dans ces prières que j'adresse à Dieu, il te donne toujours une porte de sortie.*

Cette mixité thérapeutique récurrente s'explique par le fait que la drépanocytose n'a pas une mais plusieurs explications causales. Le fait de s'engager dans une démarche de pluralisme médical s'explique par l'incertitude qui entoure le diagnostic qui lui-même est fortement dépendant des interprétations causales de la maladie.

Les univers socio affectifs autour de l'enfant drépanocytaire

Le milieu familial

La drépanocytose bouscule les repères habituels en matière de vécu de la maladie à cause de ses manifestations qui peuvent amener une personne non informée des signes à douter de la réalité de la souffrance. Elle devient d'autant plus étrange qu'entre l'état de santé et l'état de maladie, la frontière est loin d'être nette comme le soulignent les propos de la mère de S.D. :

« Mais même maintenant, la maladie dont il s'agit, la souffrance qu'il entraine… elle vient brusquement, tu verras la personne à l'instant en train de jouer, elle ne souffre de rien. »

Face à la grande instabilité de l'état de santé de l'enfant drépanocytaire marquée par le passage brusque du jeu à la plainte, les proches ont du mal à comprendre une variation rapide qui les fait douter de la réalité de la plainte. Dans tous les cas, il s'agit d'une situation qui est négativement perçue. Avant de comprendre la nature de la maladie, K.D. (15 ans), la sœur de S.D. voyait les attitudes de celle – là comme de l'effronterie.

Les frères et sœurs ainsi que les habitants du voisinage n'hésitent pas souvent à commissionner S.D. pour acheter divers objets à la boutique ou au marché. Elle est la seule disponible pour cela puisque les autres enfants se trouvent à l'école pendant une bonne partie de la journée. Il s'agit d'une situation qui est gênante pour sa mère qui sait qu'elle prend des risques quand elle se fatigue mais qui a peur en même temps d'être accusée de mieux traiter S.D. que les autres enfants. Selon la mère de S.D., les mesures prises pour faire respecter les consignes médicales créent souvent des tensions :

> *« Celui qui est en bonne santé, quand tu le commissionnes souvent, ça entraine la jalousie chez les autres (a bè donin koniya). Ils gardent cette méchanceté dans le cœur (ka juguya ta ka siri dusukun la), se mettre en colère contre lui et dès fois ils lui font des choses comme si tu le mets au-dessus d'eux. C'est comme cela qu'ils comprennent. »*

Face à toutes ces réactions d'hostilité et d'incompréhension de la part des autres enfants, la mère de S.D. entend jouer son rôle de mère et estime que dans une telle situation, il est important de se donner le pouvoir de supporter et d'être patient. Elle est d'autant plus consciente de ce rôle qu'elle assure la garde des enfants de sa coépouse, et donc un risque de voir sa réputation ternie si jamais elle était soupçonnée de favoriser ses propres enfants. Parmi les propos qui lui ont fait particulièrement mal et qu'elle continue de garder à l'esprit, il y a le fait de se voir dire par exemple : « tu confies le boulot aux enfants des autres et tu épargnes ton propre enfant. »

Après avoir été informés sur la maladie de S.D., ses proches ont changé d'attitudes envers elle. Si auparavant, on la percevait comme une enfant gâtée, une personne qui a tendance à simuler la maladie, des attitudes plus positives sont souvent manifestées par les autres enfants du fait qu'il leur arrive de prendre en compte la maladie de S.D. dans leurs relations avec cette dernière. Une telle attitude qui traduit une meilleure compréhension de sa situation intervient dans des contextes variés. La pitié est le sentiment dominant de la part des proches

> *« Ils ont été au courant à cause de la fréquence de nos visites à l'hôpital et puis à cause du fait quand on rentre de l'hôpital, on vient causer de la maladie. Et puis la fraternité (balimaya), c'est ce n'est pas de la blague. Il y a des moments où quand la douleur devient intense, quand les autres enfants sont présents, ils les prennent en pitié. »*

Le traitement spécial dont bénéficie S.D. sur le plan alimentaire est une autre dimension des relations entre S.D., sa mère et les autres enfants. Quant à la mère, elle se gêne de faire cette espèce de « discrimination positive » sans compter qu'il s'agit d'un privilège qui a son cout sur le plan financier :

> *« Elles refusent beaucoup de plats. Chaque plat que tu leur proposes, '' je n'aime pas ceci, je n'aime pas cela". Tu te laisses aller à l'achat des plats préférés (négéla) jusqu'à ce que tu finisses*

ton argent complétement. Dans un lieu où il y a beaucoup d'enfants, toi tu achètes des mets préférés pour celle-là, celui qui est assis là-bas, lui aussi il veut, demain si tu achètes, pareil, celui qui est assis là-bas, il veut lui aussi. Ça devient difficile, tu ne peux pas acheter pour tout le monde, tu finis par dire que si c'est comme ça, qu'il aille manger ce que les autres sont en train de manger. »

La préparation de ces plats découle des consignes qui favorisent la santé des enfants drépanocytaires mais il s'agit de « privilèges » souvent mal vécus par les autres enfants et particulièrement sa sœur Ata qui a le même âge qu'elle et avec laquelle elle partage ses journées de jeux. S.D. est consciente que ce traitement privilégié à son égard crée des jalousies même si elle l'a difficilement avoué. Elle éprouve une certaine gêne face à cela et pour éviter d'être mal à l'aise, elle invite souvent ses autres frères et sœurs à partager avec elle le plat « spécial ». Très souvent, les autres déclinent cette invitation.

Tout ce qui précède concourent à démontrer que chez les enfants drépanocytaires, il existe une tension permanente dans les relations sociales verticales (relation avec les adultes) et horizontales (relation avec les autres enfants). En effet, le respect des consignes médicales va à l'encontre d'un des rôles sociaux de l'enfant qui est celui de servir de coursier pour les adultes. Pour les parents qui accordent un traitement « préférentiel » à l'enfant drépanocytaire, un tel positionnement peut être à l'origine de multiples frustrations et exacerber les tensions déjà existantes notamment dans les ménages polygamiques.

Les amies

En dehors de sa sœur Ata, les deux amies connues de S.D. sont Koro (6 ans) et Aiché (6 ans) qui sont toutes les deux moins âgées qu'elle mais qui ont la même taille. Elles forment un trio de jeu. Le plus souvent, elles jouent ensemble à des jeux collectifs comme se lancer le ballon, le jeu d'achat des maisons communément appelé « ba jeu », les courses poursuites, les jeux de cache – cache, le saut à la corde, la vente simulée des condiments qui est un jeu plus facile à réaliser pour elle que les autres types de jeux. Elles regardent également la télé ensemble. Elles ont la réputation de ne pas s'entendre et de se livrer régulièrement à des bagarres.

Pour éviter que ses amies ne lui fassent courir des risques préjudiciables à sa santé, la mère a pris la décision de les réunir afin de les informer de la maladie dont souffre S.D. Cette information ainsi que le fait d'avoir attiré leur attention sur l'importance de respecter les consignes semblent avoir déclenché chez les amies de S.D. des réactions « positives » à son égard. C'est ainsi que pour la protéger, elles n'hésitent pas à l'exclure de certains jeux jugés inappropriés pour elle parce qu'exigeant des efforts. C'est le cas par exemple du « ba jeu », des jeux avec le ballon ou encore des jeux de cache – cache. Sa sœur Ata déclare à ce propos : *« Certains jeux, quand on veut faire des courses et autres, on l'écarte. »*

Face aux réactions des autres enfants ou aux moqueries qui lui sont souvent adressées, S.D. répond par le rire comme le souligne l'extrait suivant :

« Il y en a un qui se moquent de moi en disant « oueeeeh S.D., nous on se plait et toi tu es à l'intérieur de la maison seulement, tu es à l'intérieur de la maison. Malgré tout ça, je ris. »

La maladie de S.D. affecte ses amies malgré les disputes et les bagarres auxquelles elles se livrent. Quand elle va à l'hôpital, à son retour elle remarque que ses amies ne sont pas dans leur état habituel. Voici ce qu'elle déclare à ce sujet : *« Parce que quand je tombe malade et que je vais à l'hôpital, avant que je ne revienne, elles sont toutes découragées dès fois (u bè fari bè faga)… Oui, elles n'ont plus de vivacité (a bè fari bè faga u kan). Quand je les vois, j'ai souvent pitié d'eux. »*

Une scolarité en dent de scie

S.D. a été obligée d'arrêter l'école à cause des crises fréquentes. Cette année elle n'est restée à l'école que trois mois. Elle explique à ce propos : *« Si je pars aujourd'hui, demain si je pars, après je tombe malade et je reste à la maison. Mon père m'a dit d'arrêter et que si je vais mieux, je vais reprendre. »*

La mère de S.D. est très préoccupée par les difficultés scolaires que connaissent les deux enfants parce qu'elle imagine difficilement une vie réussie sans de bonnes études. Elle explique à propos des filles :

« Leurs études ont été enterrées (u ka kalanko dona bogo la). Or, dans la vie quelqu'un qui n'est pas allé à l'école, il y a quelque chose qui manque à ta vie parce que tu auras une connaissance limitée. Quelqu'un qui n'est pas instruit, tu auras une connaissance limitée. Quelqu'un qui n'est pas instruit, on ne peut pas t'appeler animal mais tu es proche de l'animal. La recherche de la connaissance a donc été sérieusement réduite chez elles, ça c'est mon plus gros souci. »

4. **Discussion**

L'explication du mal fait souvent référence à plusieurs registres de savoir déterminant les diverses formes de recours au soin : biomédical, confessionnel, guérisseur. Les acteurs sont en situation et construisent leurs propres systèmes d'interprétations en fonction de l'idée qu'ils se font des caractéristiques des interactions et à partir des « outillages affectifs et sociaux » (Febvre 1992). Ces constats montrent que « les recours à un système médical ne sont pas exclusifs, qu'on observe des syncrétismes, et que les malades ne mettent pas en scène des conduites pré-déterminées par un bagage cognitif univoque et homogène. » (Hours, 1999, p.3).

La découverte de la maladie intervient au moment où divers symptômes conduisent la famille à multiplier les consultations médicales. Sur le plan socio - affectif, l'analyse de toutes ces données que nous avons recueillies montrent qu'en contexte familial, les attitudes et les comportements à l'égard de S.D. sont marquées par une certaine ambivalence. D'un côté les amies de S.D. montrent de la compassion et de la solidarité envers elle mais il arrive des moments aussi où elles n'hésitent pas à lui rappeler qu'elle est différente et vont jusqu'à l'écarter de certains jeux qu'elles estiment risqués pour sa santé. Ses frères et sœurs ont également des attitudes ambivalentes alternant des moments de compassion et de solidarité mais aussi des moments de colère face à ce qu'ils perçoivent comme un traitement de faveur réservé à leur soeur. L'histoire de S.D. montre que les enfants drépanocytaires sont confrontés à une rupture identitaire du fait des nombreuses restrictions qui les empêchent d'agir comme les autres enfants. Dans les interactions quotidiennes, le statut de patient structure ses relations avec les autres membres de la famille et ses amies qui n'hésitent pas à lui rappeler la nécessité de se conformer à ce statut. Les relations avec le voisinage sont marquées par une tension entre deux logiques avec d'un côté la volonté de garder le silence autour de la maladie dont souffre S.D. et de l'autre la difficulté de se dérober quand les voisins l'appellent pour l'envoyer en commission comme les autres enfants. La drépanocytose construit donc un double étiquetage pour expliquer les attitudes de la mère d'un côté et de l'enfant de l'autre. La première est perçue comme une éducatrice laxiste pendant que la seconde souvent traitée d'enfant paresseuse ou roublarde. Les données recueillies ne nous permettent pas d'affirmer que les enfants souffrant de drépanocytose connaissent une diminution du nombre d'amis comme cela a été souligné pour d'autres contextes (Noll, 2007).

Les relations entre S.D. et ses proches montrent que la jeune patiente fait face à des réactions contradictoires de la part de l'entourage social. Selon les périodes et les individus, les sentiments peuvent varier entre l'incompréhension et l'acceptation, l'affection et l'hostilité. Ces sentiments variés et souvent contradictoires ont été mis en évidence par des recherches menées ailleurs dans d'autres contextes (Hamza, 1999). Tout ceci souligne que la drépanocytose est une maladie chronique qui renvoie à une réalité construite collectivement. Tous ces acteurs engagés dans une relation sociale avec S.D. construisent au quotidien des ensembles d'interactions.

Les résultats de certaines recherches ont permis de comprendre que la drépanocytose est associée à une diminution du fonctionnement social et récréatif (Fuggle et al, 1996). L'évaluation de la qualité de vie des enfants atteints de cette maladie a révélé des limites dues aux complications de la maladie et aux exigences du traitement (Barakat, 2002). Sur le plan psychologique, la douleur a été associée à une diminution de l'humeur positive et une augmentation du stress (Benton et al, 2007). L'anxiété, la dépression et le stress parental était ont été associés à une baisse de la qualité de vie (Barakat et al, 2008). Certains travaux ont souligné que sous sa forme vaso – occlusive, la douleur est associée à une déficience accrue dans les activités quotidiennes notamment l'école (Shapiro et al, 1995 ;

Raudsepp, 2006).

Nous avons observé que devant les crises de S.D., la religion est un recours majeur pour les parents. Plusieurs études ont souligné les avantages salutaires découlant de la participation religieuse et spirituelle à un certain nombre de problèmes de santé (Hummer et al, 2004; Koenig, 2009; Koenig et al, 2012; Marques, 2005; Seeman et al, 2003).

La précarité économique oblige souvent la mère de S.D. à opérer des choix qui influence négativement les prescriptions thérapeutiques. Certains travaux ont montré que la précarité économique a une influence sur la régularité du traitement ainsi que celle des consultations, notamment pour les maladies chroniques comme le sida qui mêlent contraintes thérapeutiques et sociales (Chesnay et al 2000, Gordillo et al. 1999 ; Morin 2001). Il a été également démontré qu'un revenu familial inférieur était associé à une intensité de la douleur plus intense (Barakat et al, 2007; Hoff, 2005) ou encore à une pensée plus négative chez les adolescents atteints de drépanocytose (Barakat et al, 2007). Les recherches ont en outre souligné que la détresse socioéconomique conduisait à la déficience fonctionnelle et de la qualité de vie des enfants sur la plan physique et psychosocial (Palermo et al, 2008).

Dans ses relations avec les autres, S.D. met en place des stratégies lui permettant de réussir un jeu d'équilibre entre d'un côté son rôle social d'enfant et de l'autre son statut de patients soumis au respect des consignes thérapeutiques. En matière d'alimentation, quand on lui apporte son plat personnel, elle est souvent gênée par ce privilège. Pour atténuer cette gêne, elle propose souvent de partager le plat avec les autres. Ceux-ci refusent en général cette proposition. A l'école, S.D. s'impose une règle qui consiste à ne pas sortir de la classe pendant la récréation. Elle attend le retour des autres camarades pour aller s'acheter de la nourriture. Selon elle, une telle mesure est destinée à la protéger contre d'éventuelles bousculades pouvant provoquer des blessures.

Conclusion

Nous pouvons affirmer que d'un point de vue médical, la drépanocytose se présente comme une maladie du sang due à une mutation génétique affectant l'hémoglobine de l'adulte (hbA). Mais en même temps, l'analyse du vécu de la maladie chez l'enfant nous incite à affirmer que la réalité est beaucoup plus complexe et renvoie à de multiples autres dimensions mêlant le social, l'affectif, l'économique, le religieux. Face à cet ensemble pluriel, l'enfant drépanocytaire est dans une logique d'adaptation permanente qui l'incite à mettre en place de multiples stratégies. La multiplication des études anthropologiques autour de ces questions permettra de mieux comprendre comment se construit la qualité de vie chez les jeunes patients.

Remerciements

Conflit d'Intérêts

Les auteurs de l'article déclarent qu'il n'existe aucun conflit d'intérêt lié à ce travail

Références Bibliographiques

Attané A. et Ouédrago R., (2008). Le caractère électif de l'entraide intrafamiliale dans le contexte de l'infection à VIH », Science et Technique, HS, 1, 101-106.

Barrett D.H, Wisotzek I.E, Abel G.G, Rouleau J.L, Platt A.F, Jr, Pollard W.E, Eckman J.R., (1988). Assessment of psychosocial functioning of patients with sickle cell disease. South Med J, 81, 745–750. [PubMed]

Barakat L.P, Smith-Whitley K., Ohene-Frempong K., (2002). Treatment Adherence in Children with

Sickle Cell Disease: Disease-Related Risk and Psychosocial Resistance Factors. Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 9, 201–209.
Barakat L.P, Schwartz L.A, Simon K, Radcliffe J., (2007). Negative thinking as a coping strategy mediator of pain and internalizing symptoms in adolescents with sickle cell disease, J Behav Med, 30,199–208. [PubMed]
Barakat L-P, Patterson C-A, Daniel L-C and Dampier C., (2008). Quality of life among adolescents with sickle cell disease: Mediation of pain by internalizing symptoms and parenting stress, Health and Quality of Life Outcomes, **6**, 60. doi:10.1186/1477-7525-6-60

Baszanger I., 1995. Douleur et médecine, la fin d'un oubli. Paris, Éditions du Seuil.
Benton T.D, Ifeaqwu J.Q, Smith-Whitley K., Anxiety and depression in children and adolescents with sickle cell disease. (2007). Curr Psychiatry Rep, **9, 2,** 114-121.
See discussions, stats, and author profiles for this publication at: https://www.researchgate.net/publication/23160120
Bonnet D. (2001). Rupture d'alliance contre rupture de filiation, le cas de la drépanocytose. In Dozon J.- P. & Fassin D. (dir.), Critique de la Santé Publique. Paris, Balland, 257-280
Bonnet D. (2005). Diagnostic prénatal de la drépanocytose et interruption médicale de grossesses chez les immigrantes africaines, Sciences sociales et santé, 23, 2, 49-65.
Bury M. (1982). Chronic illness as biographical disruption. Sociology of Health & Illness, 4, 2, 167-182. DOI : 10.1111/1467-9566.ep11339939
Cook J. & Tursz A. (1998). L'enfant et la douleur, Paris, La découverte & Syros.
Chesnay M., Morin M., Sherr L. (2000). Adhérence to HIV contamination therapy.
Soc. Sci. Med., 50, 11, 1599-1601.
Compas B.E., Jaser S.S., Dunn M. J., Rodriguez M.E., (2012). Coping with Chronic Illness in Childhood and Adolescence, Annu Rev Clin Psychol, 8, 455–480. doi:10.1146/annurev-clinpsy-032511-143108.
Dago-Akribi H. A., (2007). Enfant et VIH: du somatique au psychologique. Expériences à Abidjan, Côte d'Ivoire, Face à face. Regards sur la santé, 10 [en ligne], https://journals.openedition.org/faceaface/85 (page consultée le 18/06/2018).
Dampier C., Lieff S., LeBeau P., Rhee S., McMurray M., Rogers Z., Smith-Whitley K. et al. (2010). Health-related quality of life in children with sickle cell disease: A report from the Comprehensive Sickle Cell Centers Clinical Trial Consortium, Pediatr Blood Cancer; 55(3):485-94. This article on PubMed
Desclaux A., (1997). L'épidémie invisible. Anthropologie d'un système médical à l'épreuve du sida chez l'enfant à Bobo Dioulasso, Burkina Faso. Thèse, Aix-en-Provence: Université Paul Cézanne.
Diallo D., (2008). La drépanocytose en Afrique : problématique, stratégies pour une amélioration de la survie et de la qualité de vie du drépanocytaire, *Bull. Acad. Natle Méd*., 192 7, 1361-1373.
Diarra A., (1998). Importance des données anthropologiques dans la prise en charge de la drépanocytose. Thèse de la Faculté de médecine, de pharmacie et d'Odontostomatologie (Mali).
Febvre L. 1992 [1930], Combats pour l'histoire, Paris, Armand Colin
Ema E., Effa P., Masso M., Ndobo P., Kouda Z.E., (2000), Disparités d'accès aux soins de santé en Afrique , J. Int. Bioéthique , *11* , 31-39.
Fuggle P, Shand P.A, Gill L.J, Davies S.C., (1996). Pain, quality of life, and coping in sickle cell disease". Arch Dis Child, 75, 3, 199-203.

Gordillo V, del Amo J, Soriano V, Gonzalez-Lahoz J., (1999). Socio demographic and psychological variables influencing adherence to antiretroviral therapy", PMED AIDS, 13: 1763-9. 10.1097/00002030-199909100-00021.et suiv.

Hoff A.L, Palermo T.M, Schluchter M, Zebracki K, Drotar D., (2005). Original Research Article: Longitudinal Relationships of Depressive Symptoms to Pain Intensity and Functional Disability Among Children with Disease-Related Pain". *J Pediatr Psychol* [PMC free article] [PubMed].

Hours B., (2005). Vingt ans de développement de l'anthropologie médicale en France , Socio-anthropologie [En ligne], 5 |, mis en ligne le 15 janvier 2003, consulté le 25 mai 2022. URL : http://socio-anthropologie.revues.org/50

Hummer, R. A., Ellison, C. G., Rogers, R. G., Moulton, B. E., & Romero, R. R. (2004). Religious involvement and adult mortlaity in the United States: Review and perspective", Southern Medical Journal, 97, 1223–1230.

Jaffré Y. & Guindo A., (2013). « On ne s'occupe pas assez d'eux », Anthropologie d'un dispositif de soins pédiatriques en Afrique de l'Ouest, Anthropologie et Société, Ethnographies hospitalières – vol 37, 3, 157-177

Kane H., (2016). Négocier la guérison du petit malade. Configurations d'enfance et accessibilité des soins à Nouakchott (Mauritanie) Thèse EHESS

Kane H., (2018). L'expérience de la maladie dans le contexte d'une faible accessibilité des soins médicaux. Le parcours d'un jeune drépanocytaire à Nouakchott (Mauritanie) , Anthropologie & Santé [En ligne], 17 | 2018, mis en ligne le 25 juin 2018, consulté le 26 mai 2019. URL : http://journals.openedition.org/anthropologiesante/3490 ; DOI : 10.4000/anthropologiesante.3490

Koenig, H. G., (2009). Research on religion, spirituality, and mental health: A review", Canadian Journal of Psychiatry, 54, 83–291.

Koenig, H. G., King, D., & Carson, V. B., (2012). Handbook of religion and health, New York: Oxford University Press.

Lainé A., Dorie A. (2009). Perceptions de la drépanocytose dans les groupes atteints , Journée «Drépanocytose et périnatalité, entre maladie et société», 2 octobre –Bourse du travail –Seine St-Denis. hal-00432661

Lainé A., Diallo D., Traoré B., (2012). De Koloci à la drépanocytose, Savoirs et traitement social d'une maladie héréditaire en temps de mondialisation, Anthropologie et santé, 4, Varia[En ligne], 4 | mis en ligne le 23 mai 2012, URL : http://anthropologiesante.revues.org/884

McClish D.K, Penberthy L, Bovbjerg V, Roberts J , Aisiku J , Levenson J, Roseff S et al., (2005). Health related quality of life in sickle cell patients: The PiSCES project, Health Qual Life Outcomes, 3, 50. This article on PubMed

Morin M., (2001). De la recherche à l'intervention sur l'observance thérapeutique : contributions et perspectives des sciences sociales ». In, L'observance aux traitements contre le VIH/sida. Mesure, déterminants, évolution. *ANRS*, 5-20.

Noll R.B, Reiter-Purtill J, Vannatta K, Gerhardt CA, Short A., (2007). Peer relationships and emotional well-being of children with sickle cell disease: a controlled replication. Child Neuropsychol, 13, 173–187. [PubMed]

Palermo T.M., Riley C.A., Mitchell B.A., (2008). Daily functioning and quality of life in children with sickle cell disease pain: Relationship with family and neighborhood socioeconomic distress, J Pain, 9, 9, 833–840, doi: 10.1016/j.jpain.2008.04.002.

Panepinto J., O'Mahar K., DeBaun M., Loberiza Fausto L., Scott J –P., (2005). Health-related quality

of life in children with sickle cell disease: child and parent perception., Br J Haematol 130, 3, 437-44. This article on PubMed
Peter J-P., (1996). Connaissance et oblitération de la douleur dans l'histoire de la médecine. In De la violence, séminaire de Françoise Héritier, Paris, Odile Jacob, 369-396
Radcliffe J, Barakat L.P, Boyd R.C., (2006). Family Systems Issues in Pediatric Sickle Cell Disease. In Brown RT, editor. Comprehensive Handbook of Childhood Cancer and Sickle Cell Disease: A Biopsychosocial Approach. New York, NY: Oxford University Press, 496–513.
Raimbault G., (1982). Clinique du réel. La psychanalyse et les frontières du médical, Paris, Seuil
Raudsepp L, (2006). The relationship between socio-economic status, parental support and adolescent physical activity, Acta Paediatr, 95, 93–98. [PubMed]
Rey R., (1993). Histoire de la douleur, Paris, Edition La Découverte, Coll. Histoire de Sciences
Seeman, T. E., Dubin, L. F. et Seeman, M., (2003). Religiosity/spirituality and health:
A critical review of the evidence for biological pathways, American Psychologist, 58, 53–63.
Shapiro B.S, Dinges D.F, Orne E.C, Bauer N, Reilly L.B, Whitehouse W.G, Ohene-Frempong K. et al. (1995). Home management of sickle cell-related pain in children and adolescents: natural history and impact on school attendance, Pain ;61:139–144. [PubMed]
Sindzingré N., (1984). La nécessité du sens, 1'expérience de 1'infortune chez les Senoufo. In M. Augé & C.Herzlich. (dir.), Le sens du mal : anthropologie, histoire,sociologie de la maladie. Paris, Editions des Archives contemporaines, 93-122.
Trzepacz A., Vannatta K., Gerhardt C., Ramey C., Noll R., (2004). Emotional, social, and behavioral functioning of children with sickle cell disease and comparison peers. J Pediatr Hematol Oncol, 26, 10, 642-8. This article on PubMed

© 2022 COULIBALY, License Bamako Institute for Research and Development Studies Press. Ceci est un article en accès libre sous la licence the Créative Commons AttributionLicense (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0)

Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, Volume 4 (1)
ISSN :1987-071X e-ISSN 1987-1023
Reçu (Received), 24 juin/june 2021
Accepté (Accepted), 21 juin/june 2022
Publié (Published), 22 juin/june 2022
http://www.revue-rasp.org

Type d'article : Recherche

Abandon de famille par le père et maltraitance infantile en milieu urbain ivoirien : le cas de la commune d'Abobo (Abidjan-Côte d'Ivoire)

Abandonment of the family by the father and child abuse in Ivorian urban environment: the case of the commune of Abobo (Abidjan-Côte d'Ivoire)

KOUAME BI GOORE Roland[1]
[1]UFR Criminologie, Université Félix Houphouët Boigny, Abidjan, Côte d'Ivoire.
Correspondance : gooreroland@yahoo.fr

Résumé
Cet article vise à examiner le lien entre l'abandon de famille par le père et les mauvais traitements subis par les enfants. L'hypothèse stipule que le départ du père fragilise le filet de sécurité offert par la famille à l'enfant, ce qui conduit à sa maltraitance. Ce travail s'inscrit dans la théorie des activités routinières de Cohen et Felson (1979). Au plan méthodologique, durant 5 mois, l'étude documentaire, l'observation, les entretiens semi-directifs ont permis de recueillir des données auprès de l'échantillon d'enquête composé de 127 individus. Ces données analysées qualitativement et quantitativement indiquent que l'infidélité de la mère, les violences conjugales, l'immigration, les conduites adductives du père, etc. favorisent l'abandon de famille par ce dernier. Les familles victimes, en perdant leur principal pourvoyeur de ressources, se précarise. Ayant un faible pouvoir d'achat, surchargée de tâches parentales, la mère éprouve des difficultés psychologiques. Ce contexte parentifie les enfants, les déscolarise, les expose à la négligence, à l'exploitation, à la violence conjugale, psychologique et physique.
Mots-clés : Abandon de famille, Abandon d'enfants, Maltraitance infantile, Monoparentalité.

Abstract
This article aims to examine the link between father abandonment of the family and child abuse. The hypothesis states that the departure of the father weakens the safety net offered by the family to the child, which leads to his abuse. This work fits into the theory of routine activities of Cohen and Felson (1979). Methodologically, for 5 months, the documentary study, observation, semi-structured interviews made it possible to collect data from the survey sample made up of 127 individuals. These data, analyzed qualitatively and quantitatively, indicate that infidelity of the mother, domestic violence, immigration, adductive behavior of the father, etc. promote the abandonment of the family by the father. The victim families, by losing their main provider of resources become precarious. With very little purchasing power, overloaded with parental tasks, the mother suffering from psychological difficulties. This context parentifies children, takes them out of school, exposes them to negligence, to domestic, psychological and physical violence.
Keywords: Family abandonment, Child abandonment, Child abuse, Single parenthood

1. Introduction

Mucchielli (2001) se référant à Lefaucheur (1997) apprend que l'absence du père au sein de la famille est un sujet ancien de la littérature scientifique. Exploré dans les champs psycho-pédagogique et psychanalytique, il concerne une représentation de la « mort du père » de son « effacement » réel ou symbolique, de sa dissolution dans l'indifférenciation sexuelle. Cependant, le nombre croissant des divorces, la garde des enfants dans la plupart des cas par les mères, l'évolution du droit de la famille, ont amplifié ce sujet dans les années 1980 et 1990 (Mucchelli, 2001).

Quels sont les impacts de l'absence du père sur les enfants ? Selon la théorie psychanalytique le père a une fonction psychologique importante : la fonction de triangulation. En effet, il permet à l'enfant de passer d'une relation dyadique (mère-enfant) à une relation triadique (mère-enfant-père). La présence du père amène l'enfant à sortir de la fusion avec la mère, à couper symboliquement le cordon ombilical. Cette coupure permet au petit d'entrer dans le monde du langage, de la culture, de comprendre qu'il a deux parents donc d'identifier la différence des sexes, de reconnaître le tabou de l'inceste. Par conséquent, l'absence du père met en cause la construction fondamentale de l'enfant, sa maturation, son individuation, son équilibre affectif et sexuel (Mucchieli, 2001 ; Noël et Cyr, 2012).

Cette absence est associée par plusieurs chercheurs aux comportements anormaux et à des pathologies chez l'enfant (délinquance, déviance sexuelle, toxicomanie, maladies mentales, conduites suicidaires, etc.) (Disashi, 2015, Mucchieli, 2001). Elle est également liée à la maltraitance infantile. Pour l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (2020), parmi les facteurs de risques de la violence envers les enfants, il y a la mauvaise pratique du rôle parental, le dysfonctionnement familial et la séparation des parents. Le rapport sur la violence et la santé de l'OMS (2002) souligne que dans tous les pays, les mères jeunes, célibataires et pauvres comptent parmi les parents qui risquent le plus de se montrer violents envers les enfants. Dans le même sens, Hetherington et Martin (1979), cités par Sarda et Perron (1983), affirment que dans les familles monoparentales matricentriques, la mère, étant accaparée ou préoccupée par sa propre adaptation à une situation douloureuse, se retrouve limitée dans ses ressources, et n'a donc peu de soutien à offrir aux enfants.

Ces travaux antérieurs montrent que la monoparentalité matricentrique est associée aux violations des droits de l'enfant. Cependant, à notre connaissance, en Côte d'Ivoire, peu d'études se sont focalisées sur cette problématique. Alors que le taux des mères vivant seules et le nombre d'enfants vivant dans des familles uniparentales semblent préoccupants dans le pays. En effet, en 2016, 17,5% des ménages ivoiriens étaient dirigés par des femmes, 13% d'enfants sur le plan national et 15% au niveau de la ville d'Abidjan vivaient avec leur mère seulement alors que leur père était en vie (Institut National de la Statistique, 2017). Il convient donc d'examiner l'influence du retrait du père de la famille sur la maltraitance infantile dans le district d'Abidjan qui, statistiquement, abrite un plus grand nombre d'enfants élevés par les mères seules. Ceci permettra d'appréhender de manière globale les violences subies par les tout-petits.

La présente étude qui se donne pour objectif d'examiner la corrélation entre le délaissement de la famille par le père et les mauvais traitements infligés aux enfants émet comme hypothèse que le départ

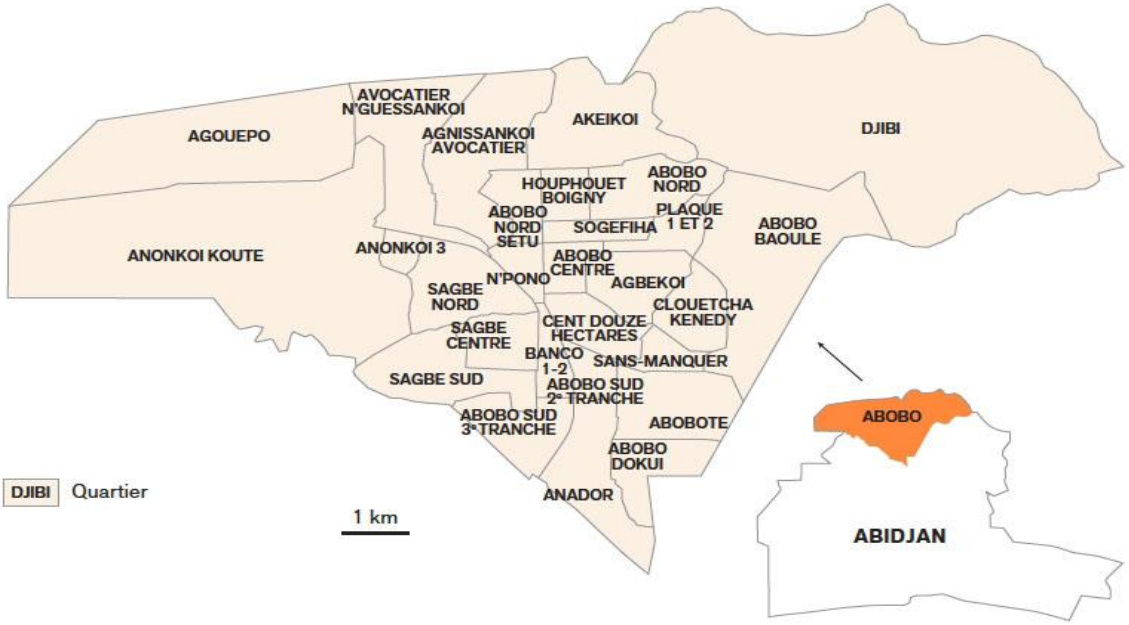
du père fragilise le filet de sécurité offert par la famille à l'enfant, ce qui conduit à sa maltraitance. L'analyse est faite sous l'angle de la théorie des activités routinières de Cohen et Felson (1979). Cette théorie postule, d'une part, que l'évolution de la criminalité est reliée aux changements dans les habitudes de vie des individus. D'autre part, elle montre que le risque de victimisation augmente avec la présence concomitante dans le temps et dans l'espace de trois facteurs : des agresseurs motivés, un faible niveau de supervision et l'accessibilité ou la vulnérabilité des victimes (Felson et van Dijk, 1993).

Avec cette théorie, nous montrerons que la maltraitance subie par les enfants suite au départ du père de la maison est reliée aux changements dans les habitudes de vie et à la précarisation de la cellule familiale. Avec ce départ, la mère devient l'unique parent chargé de l'éducation des enfants. Jouant son habituel rôle, elle doit combler le vide laissé par le père. Ceci la surcharge, la rend moins apte à assumer toutes les charges parentales. De ce fait, le niveau de protection des enfants baisse, accroissant leur vulnérabilité et la probabilité de leur victimisation.

2. Matériels et méthodes

2.1. Situation géographique de la zone d'étude

Abobo est l'une des 13 communes du district d'Abidjan, située au nord de cette agglomération. D'une superficie de 7800 hectares, elle abrite, 1.030.658 habitants (Yacouba Konaté, 2017). Elle est limitée au sud par les communes d'Attécoubé et d'Adjamé, au nord par celle d'Anyama, à l'est par la municipalité de Cocody et à l'ouest par celle de Yopougon. L'espace communal est subdivisé en 28 secteurs et 72 quartiers dont 53, sous équipés, concentrent plus de 60% de la population (ONU-Habitat, 2012 ; Diby, 2018).



Carte 1 : Présentation de la zone d'étude
Source : Yacouba Konaté (2017).

2.2. Méthode et collecte de données

Parmi les techniques utilisées, il y a d'abord, l'observation. Elle nous a permis de percevoir, d'appréhender l'environnement dans lequel vivent, travaillent, se divertissent les membres des foyers abandonnés et de noter leurs comportements, faits, réactions et gestes. Ensuite, nous nous sommes servis de la recherche documentaire. Dans ce cadre, nous avons eu accès à des études scientifiques et des textes de loi portant sur la monoparentalité et sur la violence infligée aux enfants. De ces divers documents, nous avons extrait des données utiles à l'élucidation de notre objet d'étude. Enfin, nous avons interviewé nos informateurs. L'entretien que nous avons eu avec eux a été réalisé de manière individuelle et semi-directive. Il a permis à chacun d'eux de développer ses pensées, de s'exprimer avec un plus grand degré de liberté et de profondeur suivant la grille d'entretien que nous avons conçue comportant les thèmes suivants : facteurs du départ des pères, impacts de ce départ sur la famille, caractéristiques socio-économiques des mères et des enfants abandonnés, actes de maltraitance subis par les enfants.

2.2.1. Participants

L'échantillon d'enquête comprend 127 individus choisis de manière arbitraire puisque nous ne disposons pas de base de sondage exhaustive de la population mère de chacune des catégories sociales. Ils ont été enquêtés, du 3 février au 4 juillet 2020. Parmi eux, il y a 30 mères et 50 enfants issus de 25 familles monoparentales matricentriques identifiées grâce aux acteurs du terrain rencontrés lors de notre pré-enquête (les assistants sociaux, les responsables d'Organisation Non Gouvernementale (ONG) de défense des droits des femmes et des enfants, etc.) La présence des mères abandonnées dans l'échantillon se justifie. Ayant vécu pendant plusieurs années avec les pères responsables d'abandon de famille, elles disposent des données sur les caractéristiques de ces derniers, les raisons de leur départ, les impacts de ce départ sur la famille et le bien-être des enfants. Les 50 enfants issus de ménages uniparentaux sont ceux qui sont victimes de la maltraitance liée au départ des pères objet de l'étude. Ils détiennent donc des informations nécessaires à saisir plusieurs contours de ce phénomène.

En plus, dans l'échantillon, il y a 20 voisins des foyers abandonnés et 10 adultes y vivant. Partageant le quotidien des familles monoparentales matricentriques et ayant été témoins des discordes à la base du départ des pères, ils peuvent nous éclairer sur les raisons de ce départ et sur ses conséquences en termes de difficultés rencontrées par la famille et de victimisations subies par les enfants. Leurs témoignages permettront d'infirmer ou de confirmer les propos des mères et des enfants délaissés. En sus de ces derniers, nous avons retenus 3 chefs de communauté et 3 responsables de culte parmi les répondants. Ces autorités cultuelles et coutumières sont celles vers qui se tournent le plus souvent les mères abandonnées pour porter plainte contre les conjoints fautifs ou pour demander conseils. Pour avoir été souvent impliquées dans le règlement des litiges, ces autorités sont au fait des raisons qui divisent les couples, des difficultés rencontrées par les mères et leurs enfants. Leur témoignage est donc nécessaire pour élucider notre objet d'étude.

De surcroît, 2 policiers, 2 gendarmes et 3 assistants sociaux ont été enquêtés. En effet, dans l'exercice de leurs fonctions, ces professionnels de la sécurité et de l'assistance sociale ont eu à traiter des cas d'abandon de famille et de maltraitance d'enfants. Ils disposent donc d'informations pouvant éclairer le sujet à l'étude. Enfin, la liste des enquêtés se termine avec 4 responsables d'ONG de défense des droits des femmes et des enfants. Les institutions qu'ils dirigent dénoncent les violences basées sur le

genre et la maltraitance des enfants et font des plaidoyers pour le respect des droits de ces catégories sociales. A ce titre, ils possèdent des données pouvant permettre de saisir la corrélation entre les mauvais traitements infligés aux enfants et le départ du père de la maison.

2.2.2. Méthodes d'analyse de données

Les méthodes d'analyse de données adoptées sont l'analyse qualitative et l'analyse quantitative. La première a permis d'analyser les données descriptives telles que les discours, les comportements des individus enquêtés. Avec cette méthode, nous nous sommes intéressés aux significations que ces acteurs attribuent à l'abandon de famille, aux difficultés socio-économiques rencontrées par les mères et les enfants délaissés, la maltraitance des enfants, etc. La seconde méthode nous a permis d'expliquer les données numériques.

3. Résultats

3.1. Facteurs explicatifs du départ du père

De l'avis de nos enquêtés, divers facteurs déterminent la désertion paternelle : l'infidélité réelle ou présumée de la mère, la volonté du père de fonder un autre foyer, son désir de fuir une maison où les violences conjugales sont fréquentes. En plus, nous avons la découverte par l'épouse légitime de la relation extraconjugale de son conjoint, le départ du père pour une localité hors d'Abidjan ou à l'extérieur du pays, en quête d'emploi ou d'un mieux-être. A ces facteurs, s'ajoutent les conduites adductives (drogue, jeu pathologique, alcool) du père, la découverte par son entourage d'un acte honteux qu'il a commis à l'intérieur de la famille (inceste). Enfin, père déserte la maison quand il pense que sa femme ou ses enfants pratiquent la sorcellerie et cherchent à mettre fin à ses jours.

3.2. Impacts socio-économiques du départ du père

3.2.1. Sur le groupe-famille

Dans 9 cas sur 10, la désertion du père fait décroître le pouvoir d'achat de la famille. Cette situation l'oblige généralement à quitter son espace de vie initial, à aménager dans des cadres de vie plus défavorisés, dans des maisons ayant un nombre de pièces réduites et dont le loyer est moins coûteux. Sur les 25 familles enquêtées, à la suite de l'abandon du père, 15, soit 60%, ont déménagé dans les quartiers moins équipés (Bocabo, Krotcha, Béabou, etc.) et se retrouvent dans des habitations d'un standing plus bas. Par ailleurs, plus de la moitié des mères seules (53,33%) n'arrivent pas à payer le loyer dans les délais impartis. En corrélation avec cette situation, le nombre et la qualité des repas a baissé dans 56% des ménages.

En plus, la famille reste sans une figure masculine protectrice devant la soutenir moralement et affectivement. Elle perd en outre le garant de l'autorité en son sein, le modèle des vertus morales et sociales. De surcroît, le conflit de loyauté auquel sont confrontés certains enfants divise la famille entre les "pro-maman" et les "pro-papa". 48% des familles enquêtées ont subi cette division.

3.2.2. Sur la mère

Etant restée seule, la mère fait face à une accumulation de rôles éducatifs. Elle remplit ses fonctions traditionnelles (faire le ménage, prendre soin des enfants, leur apporter de l'affection, etc.) En plus, elle doit remplacer le père. A ce titre, elle pourvoit aux besoins de la famille, incarne l'autorité parentale. Enfin, elle soutient les enfants dans les activités scolaires. Pourtant, sa situation socio-économique s'est dégradée avec la désertion du conjoint. Environ 7 mères sur 10 sont dans ce cas. Elles ont basculé dans un état économique plus défavorisé.

Cette situation fait que ces mères connaissent une mobilité professionnelle. Les 15 mères qui étaient sans emploi, uniquement des ménagères, ont commencé à faire une activité génératrice de revenus, dans le secteur informel, notamment, le commerce. Plus de 50% de celles qui travaillaient déjà dans ce secteur ont diversifié leurs occupations et allongé leurs journées de travail pour accroître leurs revenus. Les deux tiers de celles qui sont fonctionnaires se sont engagées dans des activités rentables (vente de pagne, de denrées alimentaires, etc.)

Au plan psychologique, 50% des mères abandonnées éprouvent un sentiment de culpabilité. Il s'agit notamment de celles dont les maris ont déserté la maison, les accusant, à tort ou à raison, d'avoir eu des relations extraconjugales. Il y a également celles qui ont été victimes ou souvent auteurs de violences conjugales. Voilà quelques extraits de leurs discours :

« Je suis la responsable de son départ. J'ai poussé un peu trop loin le bouchon de ma vengeance lorsqu'il m'a frappée » (J.L. 41 ans, mère abandonnée avec 3 enfants*)*.

« Je suis très jalouse. Je ne supportais pas qu'il ait des copines, c'était la pomme de nos multiples discordes. N'en pouvant plus, il est parti. Je m'en veux » (M. K., 37 ans, mère abandonnée avec 4 enfants).

En plus, les mères abandonnées éprouvent un sentiment d'infériorité, d'échec, une faible estime de soi. Ceci fait qu'elles sont peu épanouies, anxieuses, irritables, se repliant sur elles-mêmes. Cette dégradation de leur état psychologique a conduit une proportion non négligeable d'entre elles (20%) à la toxicomanie (alcool, cigarette, drogue illicite, etc.)

Sur le plan des relations sexuelles, 6 mois environ après le départ du conjoint, 53,33% des mères ont débuté des relations avec un autre homme. Au moment de l'enquête, plus des trois quarts (76,66%) d'entre elles ont affirmé qu'elles ont un partenaire à la différence de 23,33% qui n'en ont pas encore. Dans 60,86% des cas, ces relations se font à l'insu des enfants, en dehors du domicile familial. Mais dans 39,13% des cas, ces liens sont sus des enfants. Le partenaire bien qu'étant non-résident, rend de fréquentes visites à la mère. Ceci est désapprouvé par certains petits. Cette désapprobation détériore les rapports entre la mère et ces enfants. Ces petits ont également des relations tendues avec le beau-père.

3.3. Maltraitance des enfants vivant dans des ménages abandonnés par le père

3.3.1. Exposition à la violence conjugale, physique et psychologique

Comme vu plus haut, à la base du départ du père, entre autres facteurs, il y a la conflictualité entre les époux. Plus de la moitié des enfants (54%) ont été exposés à cette forme de violence, en assistant aux bagarres, aux propos orduriers, aux blessures d'un parent du fait de l'autre. Certains d'entre eux ont été des cibles accidentelles ou volontaires des antagonistes. Face à ces réalités, les enfants ont été saisis souvent de peur, d'angoisse en cas de montée de tension dans le couple parental. Ces enfants souffrent d'énurésie, d'encoprésie, de cauchemars, de la faible estime de soi, des perturbations alimentaires et du sommeil, du manque de concentration à l'école. Après le départ du père, dans 10% des cas, ils ont continué à être exposés à la violence verbale, physique entre la mère et son nouveau partenaire.

S'agissant de la violence physique subie, on note qu'au cours des rixes entre parents, 34% des enfants avaient reçu des coups involontaires ou volontaires. 41,17% d'entre eux avaient été victimes de blessures corporelles. En plus de ces coups, la quasi-totalité des enfants ont éprouvé la violence psychologique. Par ailleurs, après le départ du père, les mères ont des regrets, sont anxieuses, stressées. Une partie d'entre elles recourent à l'alcool ou à la drogue pour tenir le coup. Ce qui fait que 40% de ces femmes ont reconnu être devenues plus violentes, plus agressives verbalement et physiquement envers les enfants. Certaines d'entre elles ont tenu ces propos :

« Oui, je reconnais que j'avais changé dans les premiers jours du départ de mon mari. J'étais devenue désagréable à l'égard de mes gosses : je les insultais beaucoup, ma main volait plus vite que d'habitude » (P.K., 35 ans, abandonnée avec 3 enfants). *« C'était difficile pour nous tous. Moi, je souffrais de cette rupture et mes enfants en ont pris les pots cassés. Je les grondais, je leur donnais des tapes pour un oui, pour non »* (V.B., 43 ans, abandonnée avec 2 enfants).

Dans 64% des familles, les enfants ont reconnu que le degré de violence de la part de la mère a effectivement accru. Les enfants qui en sont le plus victimes sont ceux qui ont pris fait et cause pour le père. Dans la même veine, les mineurs, dans 26% des cas, ont soutenu que, depuis le départ du père, ils reçoivent beaucoup plus de coups de la part des adultes autres que la mère qui résident sous le toit familial. A cet sujet, voilà des extraits de discours des enfants enquêtés :

« Mon tonton, comme il sait que papa n'est plus là, il me frappe tous les jours » (M.P., âgé de 12 ans, en classe de 5e) ; *« Avant, mes tantes ne me touchaient pas. Elles avaient peur de mon père. Maintenant, papa n'est plus à la maison. Elles nous bottent comme elles veulent »* (V.R., âgée de 13 ans, en classe de 6e).

3.3.2. Parentification et exploitation économique

Après le départ du père, 66,66% des enfants enquêtés, âgés de 13 à 18 ans, ont été parentifiés. Ils soutiennent leur mère, la réconforte, deviennent ses confidents. Ils apportent des soins à leurs cadets, les surveillent, les protègent, les appuient dans les travaux scolaires, font le ménage. Ceci « vole » à ces adolescents leur enfance, fait peser sur eux des lourdes charges, impactant négativement leur développement social, psychique, physique.

L'exploitation économique est également une autre expression de l'"adultisation" de l'enfant. Après le départ du père, on constate une mutation au niveau des occupations des enfants. Sur les 38 petits qui étaient scolarisés, 10 soit 26,31% ont été déscolarisés et se sont engagés dans des activités lucratives. 3 des 4 enfants qui étaient en apprentissage sont devenus des enfants travailleurs.

Les garçons sont vendeurs de journaux, de papiers hygiéniques, de l'eau glacée. Ils sont des cireurs de chaussures, des laveurs de voitures, des portefaix. Les filles aident leurs mères au marché ou sont des domestiques, des vendeuses d'eau glacée, de papiers hygiéniques. Ces enfants exécutent des travaux au-dessus de leurs forces, passent de longues heures au travail subissant de la violence physique, psychologique de la part des clients ou de leurs employeurs. Pourtant, plus de la moitié du groupe (52,38%) n'a pas l'âge légal d'admission au travail fixé à 16 ans par le code du travail (Abissa, 2020).

3.3.3. Violations des droits à l'éducation, négligence et déviance

Au sens de la loi n°2015-635 du 17 septembre 2015, la scolarisation est obligatoire pour tous les enfants des deux sexes âgés de 6 à 16 ans (Koné, Kaphalo Ségorbah et Pétanhangui, 2021). Pourtant, sur les 38 enfants qui étaient scolarisés au moment où la famille était unie, 10, soit 26,31% ont été déscolarisés et se sont engagés dans des activités génératrices de revenus. Dans l'ensemble, parmi les enfants travailleurs non scolarisés, plus de la moitié du groupe (52,38%) n'ont pas encore 16 ans, l'âge limite de scolarisation. Par ailleurs, plus de la moitié des enfants qui sont scolarisés (54%) ont une motivation, une concentration, une attention faibles à l'école. En plus, ils ont d'insuffisants rendements.

Les enfants enquêtés sont également négligés. 58% d'entre eux se sentent abandonnés par le père et négligés par la mère. Ils craignent d'être à tout moment délaissés par la mère, à l'instar du père. Depuis le départ du père, ces petits se sentent livrés à eux-mêmes, peu surveillés, bénéficiant d'une plus grande liberté. Enfin, les investigations révèlent que depuis l'absence du père de la maison, des troubles de comportements chez 36% d'enfants sont apparus ou se sont exacerbés (toxicomanie, activités sexuelles précoces, cybercriminalité, école buissonnière, sorties intempestives, etc.) 45% des mères ont certifié cet état de fait.

4. Discussion

Nos résultats indiquent que dans la majorité des cas le niveau de vie des familles abandonnées baisse. Ceci s'explique par le fait que la désertion du père ampute le groupe familial de son plus grand pourvoyeur de ressources matérielles et financières. La mère, à qui échoit la responsabilité de chef de ménage, est généralement sans une source de revenus consistants. Nos résultats s'inscrivent ici dans le sens des travaux de Kouakou (2006) qui a trouvé que, maintenue dans un rôle de ménagère et dans une position de dépendance économique à l'égard de son époux, la femme ivoirienne perd sa sécurité financière, en cas de divorce ou de veuvage. Certains quartiers où elle trouve refuge sont d'ailleurs nommés avec humour « mon mari m'a laissée » ; « sicobois ».

Nos résultats confirment que l'abandon de la famille par le père fait que la mère est stressée, a une faible estime de soi, un sentiment d'échec, de culpabilité. Son état de stress est lié aux charges qu'elle doit assumer alors qu'elle est indigente. Elle éprouve un sentiment d'échec, de culpabilité et a une faible estime de soi parce que le mariage dans la société africaine valorise la femme et la rupture de ce

lien la rabaisse. Cette dislocation est d'ailleurs vue comme une entorse aux normes coutumières de la conjugalité. Ceci a été déjà mentionné par Dial (2000) qui a écrit qu'au Sénégal : « le divorce reste perçu encore comme une transgression des "bonnes mœurs", et il s'inscrit dans les catégories négatives de représentations sociales ».

D'après les informations que nous avons recueillies, les enfants abandonnés sont victimes de sévices corporels et psychologiques. Ces sévices sont les conséquences du conflit opposant les parents. Ces derniers, lors des rixes, infligent des coups aux enfants indirectement, parce que ces conflits se déroulent généralement au sein de la famille, en présence des enfants. Ceux-ci sont pris également pour cibles directement à cause de la division de la famille due au conflit de loyauté. Nos résultats s'alignent ici sur l'étude menée par Lavergne, Turcotte et Damant (2008) sur la cooccurence entre la violence conjugale et la maltraitance infantile. L'analyse qualitative du contenu de 43 entrevues faite par ces chercheurs confirme cette cooccurence.

Après le départ du père les petits continuent de subir la maltraitance. Ceci est dû aux conduites adductives de la mère, au stress, à la faible estime de soi qu'elle éprouve. Ce résultat ne s'écarte pas des recherches de Guterman et Lee (2005) qui ont noté que l'absence du père rend peu disponibles au foyer, les moyens financiers, les soins aux enfants, le soutien émotionnel. Ceci limite la capacité de la mère à prendre soin des petits et accroît la probabilité qu'elle agisse envers eux de façon coercitive, abusive.

D'après nos données, l'abandon de famille par le père parentifie les enfants. En effet, ces derniers jouent de manière prématurée des rôles dévolus aux adultes pour réduire le vide laissé par le père et pour soutenir la mère. Leur entrée précoce sur le marché du travail s'inscrit dans ce cadre. L'enfant « vend » sa main-d'œuvre pour aider la mère à faire face à l'indigence économique de la famille. Ces résultats s'alignent sur les travaux de Fortin et Lachance (2011) qui mettent la parentification parmi les médiateurs entre la violence conjugale et les difficultés d'adaptation sociale des mineurs. Ces résultats s'inscrivent également dans les conclusions du rapport produit par la République de Côte d'Ivoire (2012) sur l'exploitation économique des enfants. Selon ce rapport, l'indigence des familles pousse les petits à investir le marché du travail.

Les enfants de notre échantillon d'enquête éprouvent un sentiment d'abandon. Ceci est dû, d'une part, au départ du père de la maison, départ qui réduit les interactions entre le papa et ses enfants. D'autre part, ce sentiment est engendré par le peu d'attention qu'offre la mère, à cause de ses nombreuses charges parentales, de son état de stress. Par ailleurs, chez ces petits, on remarque l'apparition ou l'amplification des conduites répréhensibles. Cet état de fait est favorisé par la décroissance de l'autorité au sein du ménage. Peu rigoureuse, la mère exerce un contrôle insuffisant sur les enfants, chose qui est facteur de la déviance juvénile. Ces résultats concordent avec les recherches de Wells et Rankin (1991) qui, dans une méta-analyse, ont recensé une cinquantaine d'études publiées entre 1926 et 1989 liant la rupture familiale et la déviance juvénile (Mucchielli, 2001).

Enfin, nos résultats indiquent que les droits à l'éducation des enfants sont violés. Ces enfants sont déscolarisés parce qu'ils bénéficient d'insuffisants appuis financiers et matériels de la part de la famille. La démotivation qui gagne ceux qui continuent d'aller à l'école découle de la dislocation familiale, du changement du cadre de vie et d'école, de la violence et de la négligence qu'ils subissent. Ces résultats s'inscrivent dans les travaux de Diette, Goldsmith, Hamilton et Darity (2017) qui ont révélé que les

enfants maltraités sont susceptibles d'abandonner l'école plus que ceux qui n'ont pas été violentés.

Ces résultats confirment notre hypothèse de travail. Cependant, notre étude a des faiblesses. Les pères déserteurs n'ont pas été enquêtés. Ceci permettrait de mieux comprendre les déterminismes de leur conduite et d'infirmer ou de confirmer les propos des mères délaissées. En plus, il y a la petite taille de notre échantillon d'enquête, la durée relativement courte des investigations menées.

5. Conclusion

Le présent travail a examiné le lien entre l'abandon de famille par le père et la maltraitance infantile. Les résultats indiquent que le départ du père précarise la famille. La mère restée seule avec un faible pouvoir d'achat est surchargée de tâches parentales. Stressée, se culpabilisant, elle a des conduites adductives. Pour les enfants, elle reste donc peu disponible affectueusement. Dans un tel contexte, les petits sont parentifiés, déscolarisés, négligés, exploités économiquement, exposés aux violences conjugales, physiques et psychologiques.

L'abandon de famille est donc une infraction dont les conséquences ont une ampleur non négligeable. Il est associé à plusieurs mauvais traitements des enfants, à la dégradation des conditions de vie de la famille et de la mère délaissée. De ce fait, sa punition, sa prévention et le traitement de ces impacts doivent être inscrits dans les préoccupations des décideurs. Les femmes et les enfants victimes et leur entourage doivent être encouragés à dénoncer les pères fautifs afin qu'ils subissent la rigueur de la loi. Des aides matérielles, financières et juridiques doivent être octroyées par les pouvoirs publics aux familles délaissées en vue de les faire sortir de la précarité, d'offrir aux enfants abandonnés une opportunité d'être épanouis, d'être éduqués, d'avoir des conduites en phase avec les normes et valeurs de notre société. Enfin, ces appuis permettront aux mères seules d'être autonomes et de disposer des ressources adéquates pour élever convenablement leurs petits.

Déclaration d'éventuels conflits d'intérêts

L'auteur déclare sur l'honneur que la soumission et la publication de ce manuscrit ne sont liées à aucun conflit d'intérêts.

Références

Abissa K.H. (2020). Droit du travail. Abidjan : abc, 519p.

Diby K.M. (2018). Pauvreté urbaine et émergence d'initiatives économiques informelles de survie à Abobo, une commune de l'espace périphérique nord d'Abidjan en Côte d'Ivoire. *Revue canadienne de géographie tropicale*, 5(1), pp.30-38.

Cohen L. E. et Felson M. (1979). Social Change and Crime Rate Trends : A Routine Activity Approach. *American Sociological Review*, 44 (4), pp.588-608.

Dial F.B. (2000). Le divorce, source de promotion de la femme ? L'exemple de femmes divorcées de Dakar et de Saint Louis (Sénégal). In Genre, population et développement en Afrique : colloque international. Dakar : IRD, UEPA, 15p.

Diette T. M., Goldsmith A.H., Hamilton D. et Darity W.A. (2017). Child Abuse, Sexual Assault, Community Violence and High School Graduation. *Reviw of Behavioral Economics*, (4), pp. 215-240.

Disashi R. (2015). Attachement mère-enfant dans une famille monoparentale. Communication à la 7e Conférence Africaine sur la Population, 15p. Consulté le 20 mai 2021 à l'adresse : uaps2015.princeton.edu.

Felson et van Dijk J.J.M. (1993). La théorie des opportunités et l'erreur de généralisation. *Criminologie*, 26(2), pp.29-36.

Fortin A. Lachance L. (2011). La parentification chez l'enfant exposé à la violence conjugale. *La revue internationale de l'éducation familiale*, 1(29), pp.63-86.

Fulchiron H. (2011). Pluralisme et rupture familiale. In Roy O. (Ed.), Réflexions sur le pluralisme familial, pp.183-189. Nanterre : Presses universitaires de Paris Nanterre.

Guterman N. B. and Lee Y. (2005). The Role of Fathers in Risk of Physical Child Abuse and Neglect : Possible Pathways and Unanswered Questions. *Child Maltreatment*, 10(2), pp.136-149.

Institut National de la Statistique (INS). (2017). Enquête par grappes à indicateurs multiples, 2016, Rapport des résultats clés. Abidjan : INS, 442p.

Koné J, Kaphalo Ségorbah S. et Pétanhangui A. Y. (2021). Bilan de la politique ivoirienne en éducation : insuffisante. Document de Politique n°77 d'Afrobarometer, 17p.

Kouakou F. P. (2006). Les organismes d'intervention auprès des enfants de la rue à Abidjan (Côte d'Ivoire) : Représentations sociales et stratégies d'intervention. Mémoire de maîtrise en intervention sociale, université du Québec à Montréal. Mémoire non publié, 145p.

Lavergne C., Turcotte D. et Damant D. (2008). Cooccurence de violence conjugale et de la maltraitance envers les enfants : points de vue des intervenants de la protection de jeunesse. *Criminologie*, 41(2), pp.247-267.

Mucchielli L. (2001). Monoparentalité, divorce et délinquance juvénile : une liaison empiriquement contestable. *Déviance et Société*, 25 (2), pp.209-228.

Noël R. et Cyr F. (2012). De la situation monoparentale à la question du tiers. *Psychothérapie*, 32 (1), pp.39-48.

OMS. (2002). Rapport mondial sur la violence et la santé. Genève : OMS, 404p.

OMS. (2020). Violence à l'encontre des enfants. Consulté le 12 avril 2021 à l'adresse : https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-children.

ONU-Habitat. (2012). Côte d'Ivoire : profil urbain d'Abobo. Nairobi : UNON, 28p.

République de Côte d'Ivoire. (2012). Rapport sur l'Etude des phénomènes de traite et de travail des enfants dans les secteurs de l'agriculture, des mines, du transport, du commerce et du domestique

(EPFTE, 2011). Abidjan : INS, 148p.

Sarda M. et Perron G. (1983). L'agressivité chez les garçons en foyer monoparental matricentrique. *Santé mentale au Québec*, 8 (2), pp.11-121.

Yacouba Konaté. (2017). Abobo, ADOland d'hier à aujourd'hui. Afrique contemporaine, 3-4 (263-264), pp.341-364.

© 2022 ROLAND, License Bamako Institute for Research and Development Studies Press. Ceci est un article en accès libre sous la licence the Créative Commons Attribution License (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0)

Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Sante Publique, Volume 4 (1)
ISSN : 1987-071X e-ISSN 1987-1023
Reçu, 5 Mai 2022
Accepté, 21 Juin 2022
Publié, 28 Juin 2022
http://www.revue-rasp.org

Type d'article : Recherche

GESTION DES DECHETS MENAGERS ET SANTE A SEBOUAFLA DANS LA VILLE DE VAVOUA (CÔTE D'IVOIRE)

[1] Moussa COULIBALY, [2] Drissa TRAORE, [3] Djaliah Florence AKE-AWOMON

[1] Département de Géographie, Université Pelefero GON COULIBALY, Korhogo, Côte d'Ivoire
[2]Département de Géographie, Université Jean Lorougnon Guédé, Daloa, Côte d'Ivoire
[3]Institut de Géographie Tropicale, Université Félix Houphouët-Boigny Abidjan, Côte d'Ivoire
Auteur correspondant ; *florenceawomon@yahoo.fr*

Résumé
La dégradation du cadre de vie est une préoccupation pour la population de Sébouafla un quartier de la ville de Vavoua situé à 431 km d'Abidjan. Cette situation est caractérisée par la présence des dépôts sauvages d'ordures ménagères et la prolifération des points de rejets des eaux usées à travers le quartier. L'objectif de cette étude est de montrer les risques sanitaires liés à la mauvaise gestion des déchets ménagers. La méthodologie de recherche est fondée sur une recherche documentaire. Ce qui a permis de collecter des informations, des données statistiques et démographique sur Sébouafla. Une enquête par questionnaire auprès de 272 chefs de ménages a été faite pour compléter les informations de la documentation. Les résultats montrent que 68,38% des ménages utilisent des seaux ou des bassines pour la conservation des ordures à domicile. Avant l'évacuation des déchets solides ménagers, l'intérieur des cours constitue les lieux de conservation pour 56,62% des enquêtés. Les ordures ménagères dont l'élimination est principalement assurée par les femmes (76,84%) et les enfants (18,38%) se retrouvent généralement dans les rues (73,16%) ou sont incinérées (15,07%). Les rues constituent les principaux espaces de rejet des eaux usées de lessives et de vaisselles (90,07%). Les eaux usées issues des douches sont majoritairement drainées dans les rues (44,86%) et les puits perdus (40,07%). Ces différentes pratiques dégradent le cadre de vie et exposent la population de Sébouafla à des risques de maladies tel le paludisme (84,93%), le rhume (23,16%), la fièvre typhoïde (21,26%), les maladies diarrhéiques (15,44%) et les dermatoses (13,60%).
Mots-clés : Sébouafla, population, déchets ménagers, risques sanitaires
Summary
The degradation of the living environment is a concern for the population of Sébouafla, a neighborhood in the city of Vavoua located 431 km from Abidjan. This situation is characterized by the presence of uncontrolled deposits of household waste and the proliferation of wastewater discharge points throughout the neighborhood. The objective of this study is to show the health risks related to the poor management of household waste. The research methodology is based on a documentary research. This made it possible to collect information, statistical and demographic data on Sebouafla. A questionnaire

survey of 272 heads of households was conducted to supplement the information in the literature.
The results show that 68.38% of households use buckets or basins to store garbage at home. Before the disposal of solid household waste, 56.62% of the respondents used the inside of their yards for storage. Household waste, which is mainly disposed of by women (76.84%) and children (18.38%), is generally found in the streets (73.16%) or is incinerated (15.07%). The streets are the main areas of discharge of wastewater from washing and cleaning (90.07%). Wastewater from showers is mainly drained into the streets (44.86%) and into cesspools (40.07%). These different practices degrade the living environment and expose the population of Sebouafla to risks of diseases such as malaria (84.93%), colds (23.16%), typhoid fever (21.26%), diarrheal diseases (15.44%) and skin diseases (13.60%).
Key-words: Sebouafla, population, household waste, health risks

1. Introduction

Les villes des pays africains sont de plus en plus sous l'emprise des déchets ménagers produits par leurs populations. L'amoindrissement des moyens alloués à leur gestion et l'insuffisance de mécanismes efficaces de leur élimination dégradent progressivement l'image de ces villes par l'accumulation d'énormes quantités de déchets qui constituent jusque-là une source de pollution (M-R. Bangoura, 2017, p. 10). Dans ces villes africaines particulièrement à Abidjan (Côte d'Ivoire), la gestion des déchets se pose avec un intérêt renouvelé et figure parmi les préoccupations urbaines les plus complexes. Devant ce défi majeur, les pouvoirs publics peinent à y trouver des solutions idoines et semblent être essoufflés. Cela se traduit manifestement par des crises récurrentes d'insalubrité (A. G. Dje, 2012, p. 24).

La ville de Vavoua n'échappe pas à cette réalité. La gestion des déchets représente un problème majeur à Vavoua. Le caractère inopérant des structures de collecte et d'évacuation des déchets ménagers favorise l'implantation des dépotoirs sauvages incontrôlés dans les rues. Les immondices non ramassées, les eaux usées non canalisées, les voiries dégradées sont devenues le cauchemar des habitants de Vavoua. Les pratiques en matière d'assainissement à Vavoua sont marquées par une évacuation massive des eaux usées de cuisine, de lessive et de vaisselle dans la rue. Cette pratique est plus repandue dans les quartiers évolutifs que dans les quartiers haut standing (A. Y. GBOCHO, 2018, p. 104). Malheureusement, lorsque les systèmes d'assainissement autonome sont pleins, leur contenu sont déversés sans traitement préalable dans le milieu naturel du fait d'un manque d'infrastructures adéquates d'évacuation et de traitement des eaux usées et des excréta (ONAD, 2015, p. 20).

Au quartier Sebouafla, le constat semble être le même à l'image de la ville toute entière. Dans ce quartier, la situation de l'environnement est particulièrement précaire, et est en train de se dégrader. Des routes inondées par les eaux pluviales et des tas d'immondices sont des spectacles courants. Les eaux usées et pluviales qui stagnent dans les rues avec des odeurs de toutes sortes et la décomposition des déchets solides à l'air libre créent des nuisances sanitaires aux populations de Sebouafla Par conséquent, les populations souffrent des maladies telles que le paludisme, la diarrhée, la fièvre typhoïde et la dermatose. Selon le Rapport Annuel sur la Situation Sanitaire (RASS, 2016), dans la ville de Vavoua, l'incidence du paludisme chez les enfants (- de 5 ans) était 326,8‰ et de 128,68 ‰ dans la population générale. La diarrhée avait pour incidence chez les enfants (- de 5 ans) 39,59‰ et 12,31 ‰ dans la population générale.

L'incidence de la fièvre typhoïde dans la population générale était 43,05 ‰ à Vavoua.

Ces constats posent le problème de risques sanitaires dans les établissements humains. Alors, quel est l'impact de la mauvaise gestion des déchets ménagers sur la santé des habitants de Sebouafla ? Cet article montre les risques sanitaires qui résultent de la mauvaise gestion des déchets ménagers. De façon spécifique, cet article présente les modes de gestion des déchets ménagers et met en exergue les risques sanitaires qui en découlent à Sebouafla dans la ville de Vavoua.

2. Matériels et méthodes

2.1. Présentation de la zone d'étude

Sebouafla est un quartier de la ville de Vavoua au centre-ouest de la Côte d'Ivoire et à 431 km d'Abidjan, capitale économique de la Côte d'Ivoire. Quartier de moyen standing, Sebouafla est limité au nord par les quartiers Commerce, Diallo et CEG, à l'est par le quartier Bouhitafla, à l'ouest par les quartiers Commerce extension et Sebouafla Akoto et au sud par le quartier Sebouafla Abatoir (Figure 1). Sa population est de 3190 habitants dont 1621 hommes et 1569 femmes (INS-RGPH, 2014).

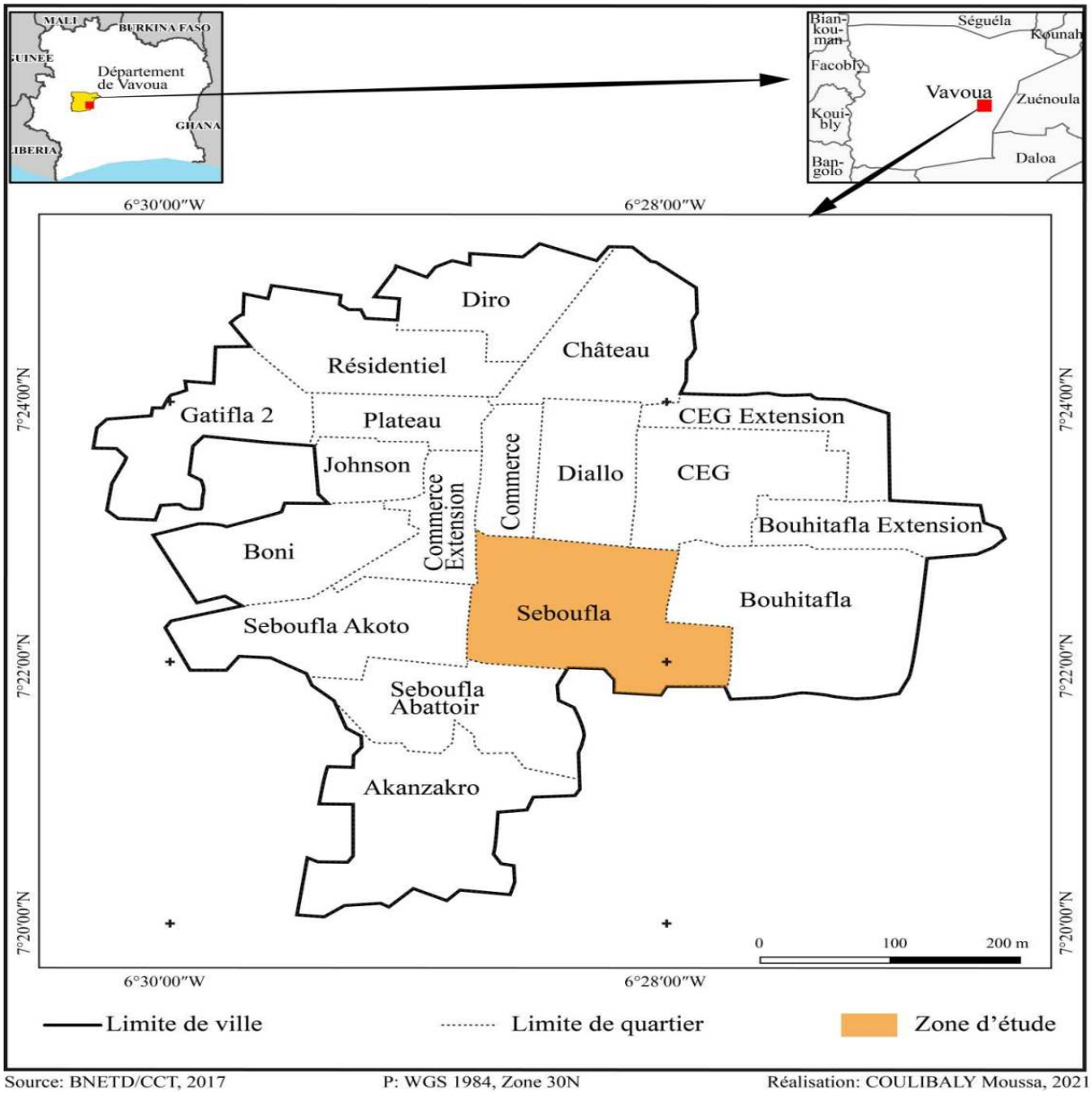


Figure 1. Localisation et présentation de la zone d'étude

2.2. Techniques de collecte de données

Pour la réalisation de cette étude, la méthodologie s'est principalement basée sur deux techniques de collecte d'informations. Il s'agit de la recherche documentaire et l'enquête de terrain. Concernant la recherche documentaire, les informations collectées ont permis de faire le point des recherches sur la gestion des déchets ménagers par les populations et des conséquences sanitaires qui en découlent. Elle a également permis la collecte des données statistiques démographiques et sanitaires. L'enquête de terrain a pris en compte l'observation sur le terrain et l'enquête par questionnaire. Les documents consultés étaient des articles scientifiques, des mémoires et des thèses. L'observation a permis d'apprécier l'état du cadre de vie des populations. Les différents lieux de rejets des eaux usées domestiques ont été observés au cours de cette phase. Pour l'enquête de terrain, il a été déterminé un échantillon à partir de la formule de Fisher : ($n= t^2 \times p. (1- p) / e^2$) où t = 1,96 ; p = 23 % et e = 5%. L'enquête par questionnaire a été menée auprès de 272 chefs de ménages. Elle a été effectuée du 24 janvier 2021 au 23 février 2021.

Les informations recueillies à travers la recherche documentaire et les enquêtes de terrain, ont subi un dépouillement manuel et informatique. Le masque de saisie a été élaboré avec le logiciel sphinx 5 pour l'analyse des données quantitatives. Le volet cartographique a été fait à l'aide des logiciels Arc GIS et Adobe Illustrator.

3. Résultats

Les résultats de cette étude prennent en compte les différentes modes de gestion des déchets ménagers, les risques sanitaires qui en découlent et les solutions proposées par les populations du quartier Sebouafla dans la ville de Vavoua.

3.1. Gestion des déchets solides ménagers, une préoccupation pour les populations de Sebouafla

3.1.1. Divers matériels utilisés pour la conservation des ordures ménagères

Pour la conservation des déchets ménagers solides à domicile, les ménages ont recours à plusieurs matériels (Figure 2).

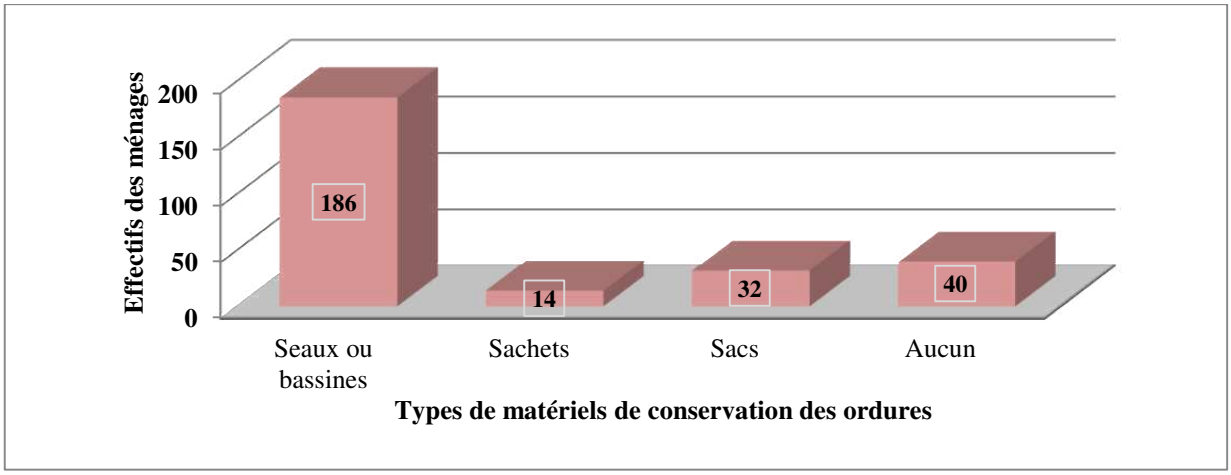


Figure 2. Répartition des ménages selon le type de matériels de conservation des déchets solides ménagers
Source : Les enquêtes de terrain, Décembre 2020

Les seaux ou les bassines sont utilisés pour la conservation des ordures par 186 ménages, soit 68,38%

des enquêtés. Les ménages qui ont recours aux sacs et aux sachets plastiques sont respectivement au nombre de 32 et 14. Il faut ajouter que 40 ménages, ce qui donne 14,71% de l'ensemble n'ont aucun matériel pour le stockage des ordures ménagères à domicile.

3.1.2. La cour, lieu privilégié pour la conservation des ordures ménagères

Les matériels contenant les ordures ménagères sont déposés par les ménages dans plusieurs endroits (Figure 3).

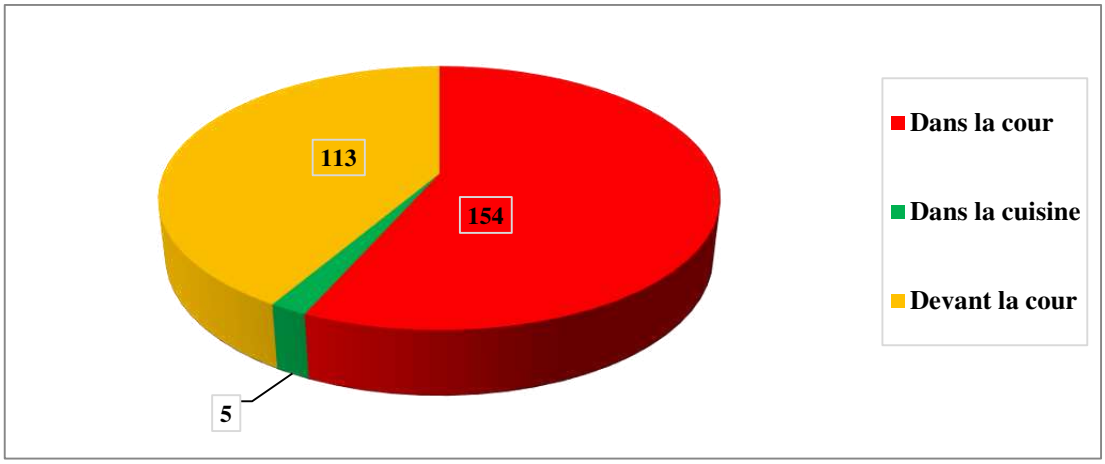


Figure 3. Lieux de stockage des poubelles au quartier Sebouafla

Source : Les enquêtes de terrain, Décembre 2020

L'analyse de la figure 3 montre que 154 ménages, soit 56,62% des ménages enquêtés stockent les déchets ménagers solides dans la cour. Les devantures des cours sont utilisées par 113 ménages (41,57% du total) pour le dépôt des poubelles à ordures. Une part non négligeable (1,84% de l'échantillon) conserve les ordures dans la cuisine.

3.1.3. Fréquence d'évacuation des ordures ménagères à domicile

Les fréquences d'évacuation des déchets solides ménagers sont mises en évidence par le tableau 1.

Tableau 1. Répartition des ménages selon la fréquence d'évacuation des ordures ménagères

Fréquence d'évacuation par semaine	Nombre de ménages	Pourcentage (%)
Une fois	12	04,41
Deux fois	69	25,37
Trois fois	86	31,61
Tous les jours	105	38,61
Total	272	100

Source : Les enquêtes de terrain, Décembre 2020

Sur les 272 ménages enquêtés, 150 ménages, soit 38,61% de l'ensemble se débarrassent des déchets solides tous les jours de la semaine tandis que 31,61% et 25,37% évacuent les ordures ménagères respectivement trois fois et deux fois par semaine. Une fois par semaine correspond à la fréquence d'évacuation des déchets de 04,41% des ménages enquêtés (12).

3.1.4. Les femmes et les enfants, principaux acteurs de l'évacuation des déchets ménagers

Le tableau 2 met en évidence les principaux acteurs qui s'occupent de l'enlèvement des déchets solides

dans les ménages.

Tableau 2. Les principaux acteurs chargés de l'enlèvement des déchets solides ménagers

Acteurs	**Effectifs**	**Pourcentage**
Enfants	50	18,38%
Femmes	209	76,84%
Hommes	09	03,31%
Mairie	04	1,47%
Total	**272**	**100%**

Source : Les enquêtes de terrain, Décembre 2020

Les femmes (76,84%) et les enfants (18,38%) sont des principaux acteurs chargés de l'enlèvement des ordures ménagères. Ils débarrassent le ménage des déchets ménagers. Ces déchets se retrouvent généralement dans les rues, les maisons inachevées, la nature ou sont incinérés à l'air libre.

3.1.5. Les rues du quartier envahies par les ordures ménagères

Les différentes méthodes d'évacuation d'ordures des déchets solides ménagers sont mises en évidence par la figure 4.

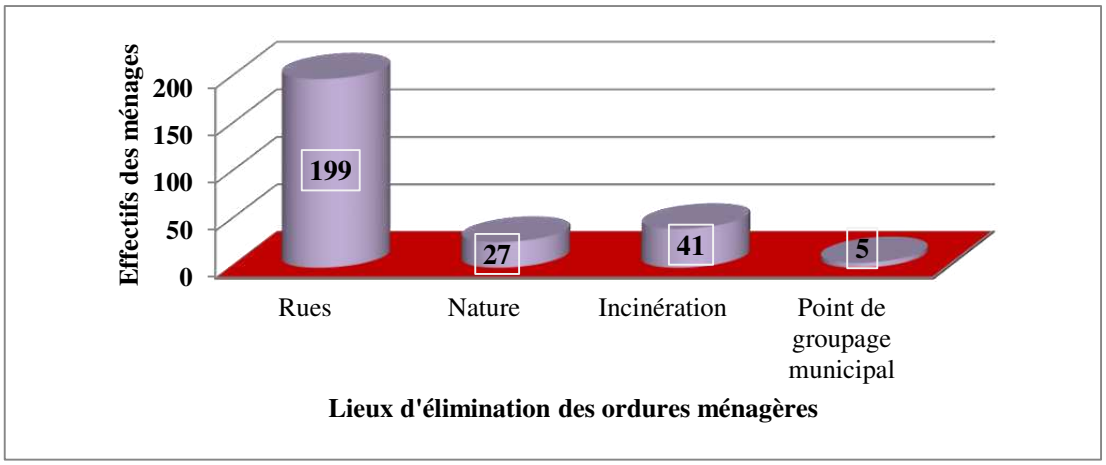


Figure 4. Lieux d'évacuation des déchets solides ménagers au quartier Sebouafla

Source : Les enquêtes de terrain, Décembre 2020

Sur les 272 ménages enquêtés, 199 ménages, soit 73,16% de l'ensemble se débarrassent des ordures dans les rues ou cours (Photo 1). L'incinération constitue le second moyen d'élimination des déchets solides (15,07%) par les ménages. Ceux qui ont recours à la nature pour l'élimination des ordures issues des travaux ménagers sont au nombre 27, ce qui correspond à 09,93% (Photo 2).



Photo 1. Une rue envahie par les ordures au quartier Sebouafla



Photo 2. Un dépôt sauvage d'ordures dans la nature au quartier Sebouafla

3.2. Sebouafla, un quartier caractérisé par un mauvais drainage des eaux usées

3.2.1. Dissémination des points de rejets des eaux usées issues des lessives et vaisselles

Les eaux usées domestiques sont généralement déversées dans les rues ou dans la cour au quartier Sebouafla (Figure 5).

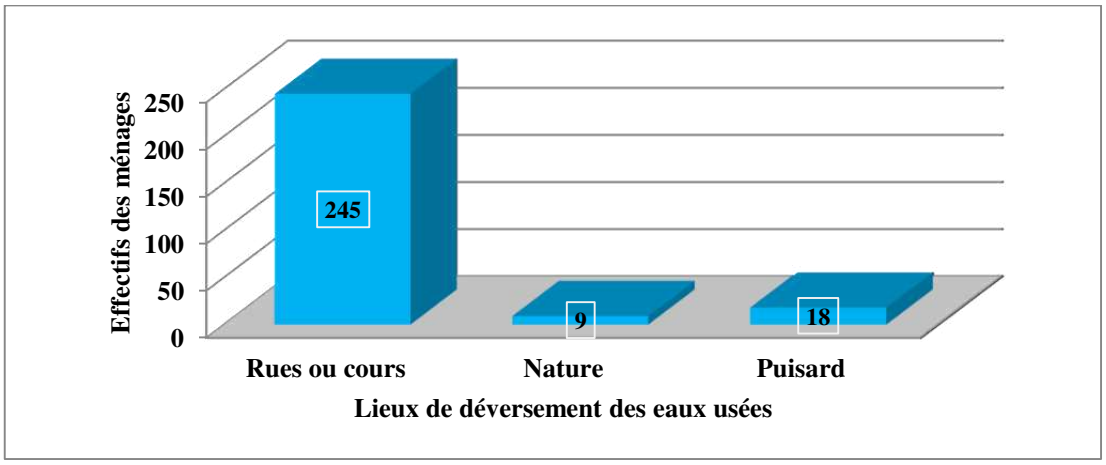


Figure 5. Lieux de déversement des eaux usées issues des activités ménagères

Source : Les enquêtes de terrain, Décembre 2020

De façon générale, on observe une inégale répartition au niveau des lieux de déversement des eaux usées issues des activités ménagères dans le quartier de Sebouafla. Les rues constituent les principaux lieux de déversement des eaux usées pour 245 ménages, soit 90,07% des enquêtés. Les ménages qui ont recours aux puisards pour l'évacuation des eaux usées domestiques sont au nombre de 18, ce qui correspond à 06,62% de l'ensemble. Seulement 03,31% de l'échantillon rejettent les eaux usées de lessive et de vaisselles dans la nature (Photo 3).



Photo 3 : Un point de rejet des eaux usées domestiques au quartier Sebouafla
Cliché : Traoré, décembre 2020

3.2.2. Une difficile gestion des eaux usées de douche au quartier Sebouafla

Les rues, les fosses septiques ou puits perdus et les puisards constituent les différents lieux d'évacuation des eaux usées de douches au quartier Sebouafla (Figure 6).

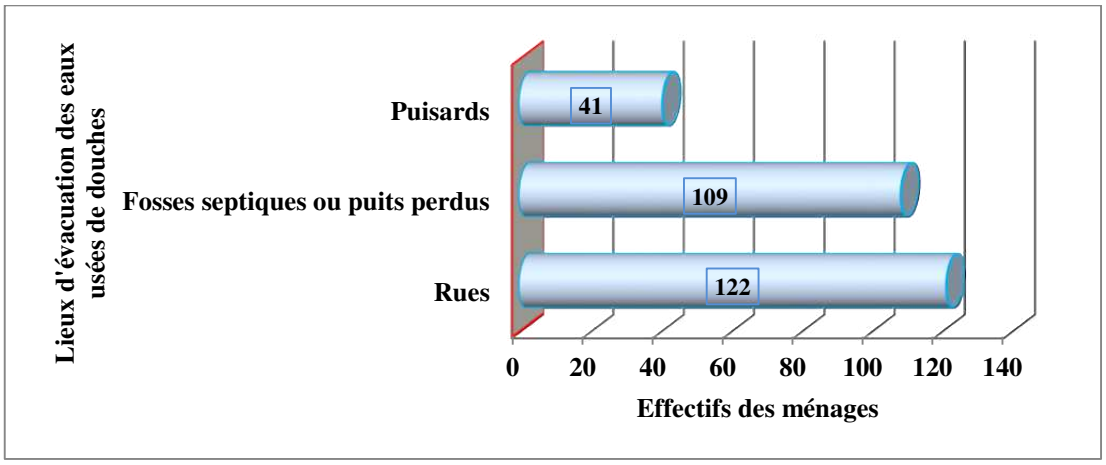


Figure 6. Lieux de déversement des eaux usées issues des activités ménagères
Source : Les enquêtes de terrain, Décembre 2020

L'analyse de la figure 6 montre 122 ménages, soit 44,07% des enquêtés laissent les eaux usées issues des douches ruisseler dans les rues (Photos 4 et 5). Les fosses septiques ou puits perdus sont utilisés par 109 ménages pour l'élimination des eaux usées de douches. Les ménages qui évacuent les eaux usées des douches dans les puisards sont au nombre de 41.



Photo 4. Ecoulement d'eaux usées de douches en bordure de voie au quartier Sebouafla
Cliché : Traoré, décembre 2020



Photo 5. Stagnation d'eau usée issue de douche derrière une habitation au quartier Sebouafla

3.3. Nuisances sanitaires et maladies déclarées par les ménages au quartier Sebouafla

3.3.1. Les nuisances engendrées par la gestion inappropriée des déchets ménagers

Les populations de Sebouafla se plaignent de diverses nuisances engendrées par la mauvaise gestion des déchets ménagers solides (Figure 7).

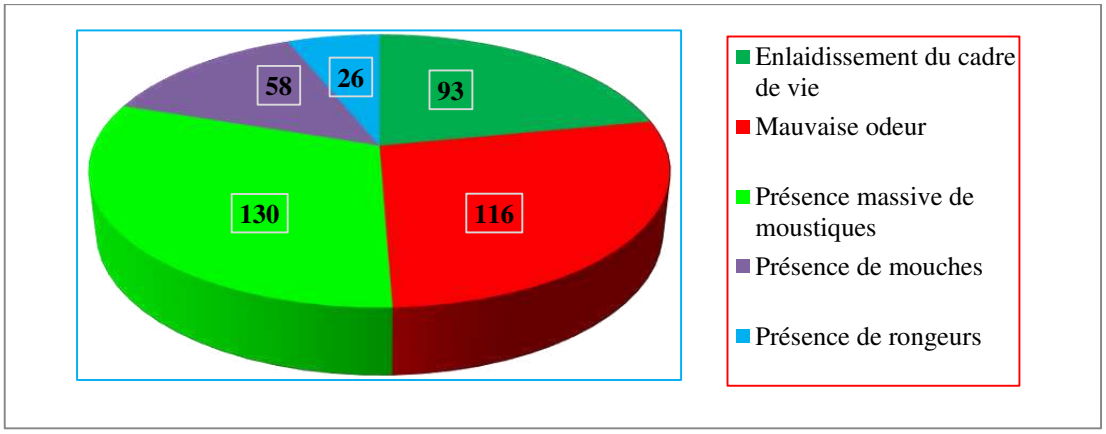


Figure 7 : Les nuisances occasionnées par la mauvaise gestion des déchets ménagers
Source : Les enquêtes de terrain, Décembre 2020

Les principales nuisances dénoncées par les ménages enquêtés sont la présence de moustiques (31,25%), la mauvaise odeur (39,34%), l'enlaidissement du cadre de vie (21,99%), la présence des mouches (20,96%) et des rongeurs (08,46%). Ces nuisances sont généralement dues à la décomposition des déchets solides.

3.3.2. Les maladies déclarées par les ménages au quartier Sebouafla

Les principales pathologies déclarées par les ménages du quartier Sebouafla sont dominées par le paludisme (Figure 8). Il faut noter que 406 cas de maladies environnementales ont été dénombrés dans les 272 ménages durant les six derniers mois ayant précédés les enquêtes.

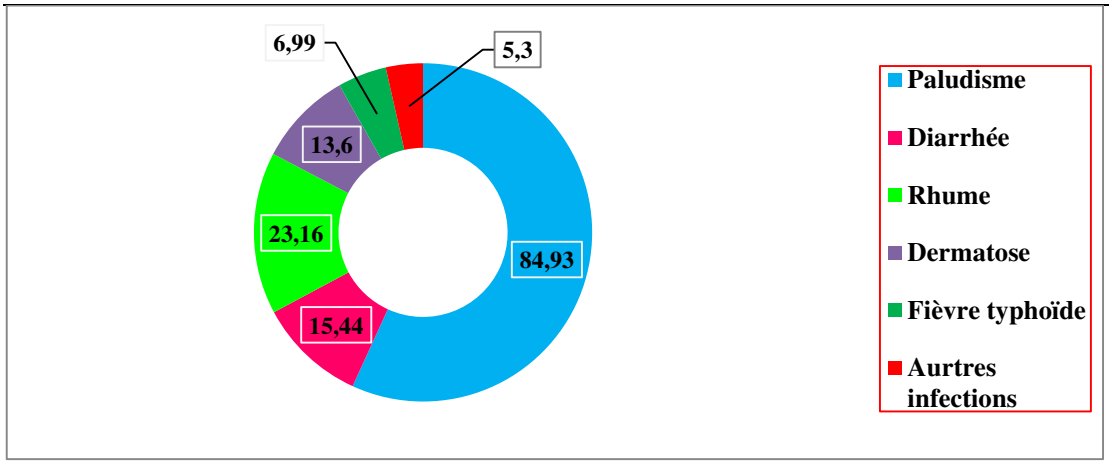


Figure 8. Les principales pathologies déclarées par les ménages
Source : Les enquêtes de terrain, Décembre 2020

Le paludisme représente la maladie la plus rependu à Sebouafla avec un taux de 84,93% des cas de maladies. Le paludisme est suivi par le rhume (23,16%), les maladies diarrhéiques (15,44%) et les dermatoses (13,60%). Il faut noter que 6,99% des ménages enquêtés ont déclarés des cas de fièvre typhoïde.

3.3.3. Les personnes les plus atteintes des maladies déclarées par les chefs de ménages

Les tranches d'âges les plus touchées par les maladies déclarées durant les six derniers mois avant les enquêtes de terrain sont mises en évidence dans le tableau 3.

Tableau 3. Les personnes les plus vulnérables aux problèmes environnementaux à Sebouafla

Tranches d'âges	Nombre de cas de maladies	Pourcentage (%)
0 à 4 ans	23	05,67
5 à 14 ans	109	26,85
15 à 40 ans	201	49,51
40 à 60 ans	56	13,79
Plus de 60 ans	17	04,18
Total	406	100

Source : Les enquêtes de terrain, Décembre 2020

L'analyse du tableau 3 montre que les personnes dont l'âge varie de 15 à 40 ans et 5 à 14 ans sont les plus touchées par les maladies avec respectivement 49,51% et 26,85%. Celles dont l'âge est compris entre 40 et 60 ans ont enregistré 13,79% des cas de maladies.

3.4. Gestion des déchets ménagers et risques de maladies au quartier Sebouafla

3.4.1. Lieu de stockage des ordures ménagères à domicile et les cas de maladies déclarées par les ménages

Le tableau 4 montre le rapport entre les lieux de stockage des ordures ménagères à domicile et les cas de maladies dénombrés dans les ménages enquêtés.

Tableau 4. Rapport entre lieu de stockage des ordures ménagères et les cas de maladies

Lieux de stockage des ordures ménagères	Les cas de maladies déclarées par les ménages						Total
	Paludisme	Diarrhée	Rhume	Dermatose	Fièvre typhoïde	Autres infections	
Dans la cour	131	20	41	18	07	04	221
Dans la cuisine	05	04	00	00	03	05	17
Devant la cour	95	18	22	19	09	05	168
Total	231	42	63	37	19	14	406

Source : Les enquêtes de terrain, Décembre 2020

Sur les 406 cas de maladies déclarées par les 272 ménages enquêtés, 221 cas (131 cas de paludisme, 41 cas de rhume, 20 cas de diarrhée) ont été enregistrés dans les ménages qui stockent les ordures dans la cour**.** 161 cas ont été déclarés par ceux qui conservaient les ordures ménagères devant la cour dont 95 cas de paludisme et 22 cas de rhume. Ces déchets qui restent entasser dans les ménages ou devant les ménages pendant plus d'une journée constituent des lieux de refuge ou de repos pour les moustiques, vecteurs du paludisme, les souris, les mouches et dégagent des odeurs nauséabondes. La gestion inadéquate des ordures ménagères en milieu urbain constitue une condition propice pour la prolifération des agents pathogènes.

3.4.2. Lieu d'évacuation des eaux usées de douche et les cas de maladies déclarées

Le tableau 5 met en évidence la répartition des cas de maladies déclarées en fonction des lieux d'évacuation des eaux usées issues des douches.

Tableau 5. Répartition des cas de maladies selon les lieux d'évacuation des eaux usées de douches

Lieux d'évacuation des eaux usées	Les cas de maladies déclarées par les ménages						Total
	Paludisme	Diarrhée	Rhume	Dermatose	Fièvre typhoïde	Autres infections	
Puisards	41	16	21	00	03	00	81
Fosses septique ou puits perdus	41	08	25	24	07	12	117
Rues ou cours	149	18	17	13	09	02	208
Total	231	42	63	37	19	14	406

Source : Les enquêtes de terrain, Décembre 2020

Les 272 ménages visités ont déclaré 406 cas de maladies. Les plus grands nombres de cas ont été dénombrés dans les ménages qui évacuent les eaux usées dans les rues (208 cas) et dans les fosses septiques (117 cas). Les eaux usées évacuées dans la rue rejoignent par ruissellement et infiltration les puits. Ce qui peut être source de contamination, de maladies diarrhéiques et de fièvre typhoïde. Les points de rejets des eaux usées deviennent des lieux privilégiés pour la ponte des vecteurs du paludisme.

3.4.3. Fréquence d'évacuation des ordures ménagère et les cas de maladies déclarées

La figure 9 présente le rapport entre la fréquence d'évaluation des ordures ménagères et les cas de maladies déclarées par les chefs de ménages.

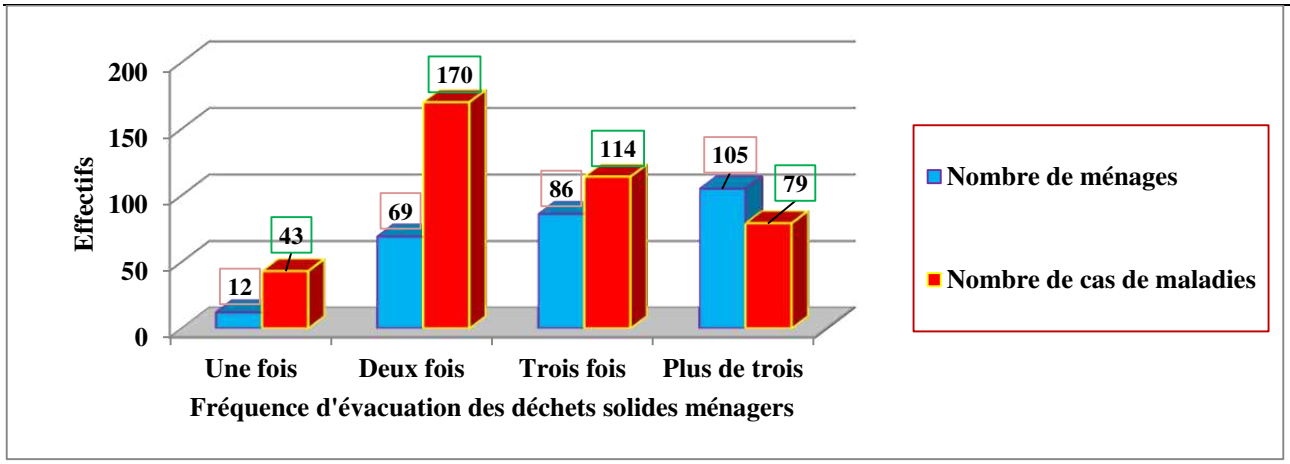


Figure 9. Répartition des ménages et du nombre de cas de maladies déclarées en fonction de la fréquence d'évacuation des ordures ménagères à Sebouafla

Source : Les enquêtes de terrain, Décembre 2020

La figure 9 montre le nombre de cas de maladies en fonction de la fréquence d'évacuation des ordures ménagères. Les plus grands nombres de cas de maladies ont été enregistrés par les ménages qui évacuent les ordures une fois (43 cas) et deux fois par semaine (170 cas). Le rapport entre le nombre de cas de maladies et le nombre de fois que les ordures sont évacuées dans la semaine donne la figure 10.

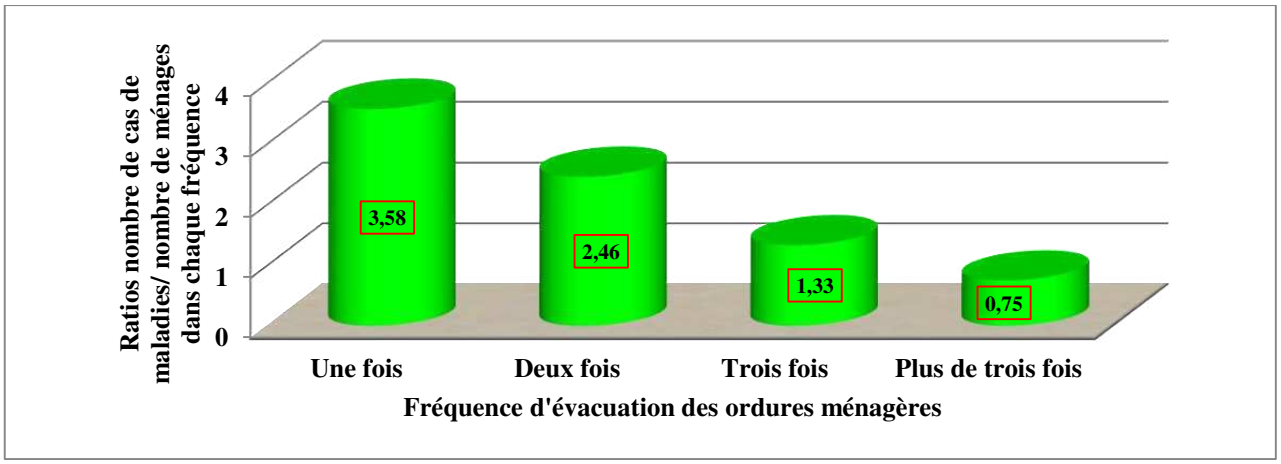


Figure 10. Le rapport entre les cas de maladies et la fréquence d'évacuation des ordures ménagères à Sebouafla

Source : Les enquêtes de terrain, Décembre 2020

Il ressort de l'analyse de la figure 10 que 3,58 cas de maladies sont enregistrés par ménage dans les foyers qui évacuent les ordures stockées à domicile une fois par semaine. Ceux qui se débarrassent des déchets ménagers deux fois par semaine ont déclaré 2,46 cas par ménage tandis que ceux qui éliminent les ordures trois fois par semaine enregistrent 1,33 cas par ménage. Il faut noter que moins d'un cas de maladies (0,75) a été dénombré dans les ménages qui se barrassent des déchets ménagers tous les jours.

3.4.4. Attentes des ménages pour une meilleure gestion du cadre de vie au quartier Sebouafla

Pour gestion rationnelle des déchets ménagers, les populations de Sebouafla proposent des solutions (Tableau 6).

Tableau 6. Solutions proposées par les ménages pour une bonne gestion du cadre de vie

Solutions proposées	Effectifs des ménages	Pourcentage
Faire des caniveaux	112	41,18%
Reprofilage des voies	37	13,60%
Dépôts des bacs à ordures et ramassage régulier des ordures ménagères	55	20,22%
Sensibilisation	68	25,00%
TOTAL	272	100%

Source : Les enquêtes de terrain, Décembre 2020

La construction des caniveaux (41,18%), la sensibilisation (25,00%) et le dépôt des bacs à ordures (20,22%) à travers le quartier sont les principales attentes des ménages de Sebouafla dans la ville de Vavoua. Pour 13,60% des ménages, le reprofilage des voies peut permettre l'amélioration du cadre de vie.

4. Discussion

La gestion des déchets ménagers constitue une préoccupation majeure pour les populations et les autorités locales. Les principaux déchets rencontrés à Sebouafla sont les eaux usées et les ordures ménagères. Les déchets solides produits par les ménages sont généralement stockés dans des seaux ou des bassines (68,38% des enquêtés). Les ménages utilisent ces récipients parce qu'ils sont faciles à nettoyer et peuvent être réutilisé. Aussi, l´utilisation fréquente de ces récipients est dû au fait que ceux-ci ne nécessitent aucun frais quant à leur acquisition par les ménages pour le conditionnement de leur déchet. Ces résultats sont similaires à ceux obtenus par Y. Sylla (2016, p. 135) dans la commune de Koumassi. Dans son étude, il montre que les récipients les plus utilisés par les ménages sont les pots de peinture (45,7%) et les moins utilisés sont les fûts (5,2 %). Les récipients contenant les déchets sont généralement déposés (56,62% des ménages enquêtés) dans la cour. Les devantures des cours sont utilisées par 41,57% des ménages pour le dépôt des poubelles à ordures. Une part non négligeable (1,84% de l'échantillon) conserve les ordures dans la cuisine. Le choix des lieux de dépôts des poubelles dépend des espaces disponibles dans le ménage. Les ménages préfèrent les poubelles dans la cour pour éviter les cas de vol de récipients. Cette position des récipients amène les ménages à avoir un regard sur les poubelles. Selon M. R. Bangoura (2017, p. 362), dans la ville de Conakry, 54 % des ménages enquêtés stockent leurs déchets devant leurs maisons, 20 % dans un coin de leurs cours, 15% les abandonnent derrière leurs maisons, et 11% les stockent juste en bordure des rues.

Une fois conditionnées à domicile, les ordures ménagères sont ensuite évacuées dans divers endroits. Les ménages qui se débarrassent des ordures ménagères dans les rues ou cours (73,16% de l'ensemble). L'incinération constitue le second moyen d'élimination des déchets solides (15,07%) par les ménages. Ceux qui ont recours à la nature pour l'élimination des ordures issues des travaux ménagers sont au nombre 27, ce qui correspond à 09,93%. Ces pratiques sont dues essentiellement à une absence de points de collecte autorisés par les autorités et au ramassage irrégulier des déchets. Ces résultats sont similaires à ceux obtenus par E. K. Kahonou et *al*., (2019, p. 99). Pour ces auteurs, dans la ville d'Agboville, 63,41% de des enquêtés déversent les ordures ménagères dans les rues, les espaces publics, les terrains vagues ou dans la nature. Les ménages qui évacuent leurs ordures aux postes de groupage reconnus par la mairie sont au nombre représentent 15,24% de l'échantillon. Cette même

situation a été observée par M. Coulibaly et *al*., (2021, p. 674) à Abobo 3ème Tranche dans la ville d'Abidjan. Dans ce quartier, les ordures ménagères sont généralement évacuées dans les rues ou dans la nature. Ces points de rejet des déchets solides deviennent des dépotoirs sauvages d'ordures ménagères et créent des zones de prédilection pour les animaux errants.

La gestion des eaux usées domestiques constitue l'un des problèmes environnementaux auxquels les populations de Sebouafla font face. Cette situation s'apprécie par la prolifération des points de rejets des eaux usées domestiques. Les rues constituent les principaux lieux de déversement des eaux usées pour 90,07% des enquêtés. Cette situation s'explique par le fait que les ménages de disposent pas des infrastructures de gestion des eaux usées. A cela, il faut ajouter l'absence des infrastructures d'assainissement collectif observé dans le quartier. Ces mêmes problèmes ont été observés à Agbekoi et Ouagadougou. A Agbekoi dans la commune d'Abobo, 52,87% des ménages enquêtés évacuent leurs eaux usées dans les rues ou dans les cours. Les ravins qui entaillent le quartier servent de lieux de rejet des eaux usées pour 32,75 des enquêtés (M. Coulibaly, 2018, p. 83). L'évacuation des eaux usées domestiques est aussi préoccupante à Ouagadougou. Pour S. Ouedraogo (1998, p. 59), plus de 50% des eaux usées domestiques (eaux de douches, de vaisselles, de lessives, etc…) sont rejetées sur l'espace public. Cela est encore plus fréquent dans les quartiers périphériques (54% des cas) que dans les quartiers centraux (44%).

La dégradation du cadre de vie due à la dissémination des eaux usées et des ordures ménagères à travers le quartier Sebouafla engendre des nuisances. Les principales nuisances dénoncées par les ménages enquêtés sont la présence de moustiques (31,25%), la mauvaise odeur (39,34%) et l'enlaidissement du cadre de vie (21,99%). Le manque de points de groupage des ordures ménagères, le ramassage irrégulier et le manque d'infrastructures d'assainissement font que les populations gèrent les déchets de façon irrationnelle. Les nuisances sanitaires dans le quartier Kennedy-Clouetcha ont été étudiées par P. Tuo et *al*., (2019, p. 84). Pour ces auteurs, le problème de santé (34%), les mauvaises odeurs (27%) et la présence des moustiques (21%) constituaient les principales nuisances auxquelles les habitants de Kennedy-Clouetcha étaient confrontés. Les autres nuisances telles que l'enlaidissement du cadre de vie (6%), la présence de rongeurs (6%), la présence des mouches et autres insectes (3%) n'étaient pas à négliger dans ce quartier de la commune d'Abobo à Abidjan.

En plus de ces nuisances engendrées par les déchets, les populations ont déclaré quelques pathologies dont elles souffrent de quotidiennement. Le paludisme représente la maladie la plus rependu à Sebouafla avec un taux de 84,93% des cas de maladies. Le paludisme est suivi par le rhume (23,16%), les maladies diarrhéiques (15,44%) et les dermatoses (13,60%). Cette forte proportion du paludisme s'explique par l'insalubrité observée à Sebouafla. Une insalubrité qui est caractérisée par une prolifération des dépotoirs sauvages des déchets solides et des points de rejets des eaux usées domestiques. Les maladies qui affectent les membres des chefs de ménages enquêtés, le paludisme (78,8%) était le plus cité comme à Bouaké (64,70%) et à Williamsville (57,80%) selon respectivement CREPACI (2002, p. 24) et P. Tuo (2015, p. 32). La forte proportion du paludisme dans ce quartier est liée à la stagnation des eaux usées et pluviales dans les rues qui constituent des lieux de reproduction et de multiplication des moustiques, vecteurs du paludisme. Cette même tendance a été observée au quartier Agbekoi dans la commune d'Abobo par M. Coulibaly (2018, p. 88). A Agbekoi, le paludisme (50,57%), la fièvre typhoïde (21,26%), la diarrhée (13,22%) et les dermatoses (10,92%) constituent les principales pathologies dont souffrent les populations. Cette situation est due au fait que ce quartier est confronté à une dégradation très avancée de son cadre de vie.

Les différentes suggestions pour une meilleure gestion du cadre de vie des populations vont à l'endroit de la mairie et de la population du quartier Sébouafla. Vue l'état déplorable de l'environnement à Sebouafla, la mairie doit suivre de près tous les différents problèmes d'environnement rencontrées dans ce quartier. Pour cela, elle doit s'impliquer davantage dans la gestion des déchets ménagers et mener un certain nombre d'actions prenant en compte la salubrité, les infrastructures et équipements de gestion du cadre de vie et les risques naturels. Pour réussir ce but il faut :

- Élaborer des arrêtés municipaux relatifs à l'environnement et adopter une politique de contrôle de l'environnement assortie d'inspection et de nettoyage à intervalles réguliers,
- Mettre en place un système graduel de sanction contre les contrevenants des arrêtés municipaux relatifs à l'environnement ainsi que des mécanismes afin de les appliquer,
- Identifier les obstacles à la propreté des différents quartiers et promouvoir les solutions adéquates : par exemple disposer d'un nombre suffisant de coffres à ordures hauts avec des marches pour que les enfants et les personnes de petite taille puissent verser facilement les ordures,
- Amener la population à une réelle prise de conscience des méfaits de la dégradation de l'environnement sur la qualité de vie, grâce à une bonne communication sociale,
- Améliorer le niveau de connaissance de la population sur les méfaits des déchets et leur impact sur la qualité de l'environnement.

La participation active des populations à la gestion des problèmes d'environnement nécessite une éducation et une sensibilisation à l'environnement adaptée et appropriées. Pour cela, la population doit accepter d'être sensibilisée et éduquée en matière d'environnement.

La population doit se sentir concernée par la gestion de l'environnement. La Mairie ne doit pas rester le seul maître à bord de la gestion environnementale dans les quartiers populaires. Elle doit alors adopter un certain nombre de comportements vis-à-vis de la qualité de l'environnement. En effet, pour recueillir les ordures ménagères, les ménages doivent utiliser les bacs à ordures qui doivent être octroyés par la Mairie à moindre coût. Cette action pourrait faciliter le travail des prés collecteurs. Les ménages doivent aussi organiser des nettoyages réguliers car ceux-ci exigent moins de ressources que les évènements spéciaux qui s'imposent lorsque les déchets s'accumulent et que les problèmes liés à l'environnement deviennent insupportables.

Ils doivent enfin entreprendre une campagne d'assainissement qui va promouvoir et maintenir leurs quartiers propres et sains.

5. Conclusion

Le quartier Sebouafla dans la ville de Vavoua est confronté à une difficile gestion des déchets solides et liquides domestiques. Cette situation pousse les populations à recourir aux rues et aux espaces libres pour se débarrasser des déchets ménagers. Une pratique courante qui contribue en l'enlaidissement du cadre de vie des populations et expose les populations à des nuisances et aux risques de santé. Les principales maladies déclarées par les ménages sont le paludisme, la fièvre typhoïde, les maladies diarrhéiques et les dermatoses. La construction des caniveaux et le dépôt des bacs à ordures pourraient contribuer également à l'amélioration du cadre de vie et à la régression des pathologies environnementales dans cette ville. Ces recommandations s'il sont pris en compte permettra au quartier Sebouafla de la ville de Vavoua d'avoir un environnement sain afin d'éviter les risques liés à une mauvaise gestion des déchets ménagers.

Références Bibliographiques

BANGOURA Marie Rose, 2017, Gestion des déchets solides ménagers et ségrégation socio-spatiale dans la ville de Conakry, Thèse de doctorat en Géographie. Université Toulouse le Mirail - Toulouse II, 558 p

COULIBALY Moussa, 2018, Gestion des eaux usées domestiques et vulnérabilité des populations aux maladies hydriques au quartier Agbekoi dans la commune d'Abobo (Côte d'Ivoire), Revue Africaine de Migration et Environnement, (ARME), Volume 2, Numéro 1 et 2, pp. 77-94

COULIBALY Moussa, TRAORE Drissa, COULIBALY Mamoutou, TUO Péga, 2021, Gestion des ordures ménagères et risques sanitaires au quartier abobo sud 3ème Tranche (Abidjan-Côte d'Ivoire), actes de colloque, GRIDCOCI (Groupe de Recherche Interdisciplinaire pour le Développement du Centre – Ouest de la Côte d'Ivoire), Université Jean Lorougnon Guédé, pp. 665 - 691

DJE Aya Georgette, 2012, Gouvernance et gestion des déchets ménagers urbains à Abidjan : Cas des communes de Cocody, Yopougon et Abobo, Thèse de Doctorat, Université Laval Québec, Département de sociologie, 404 p.

KAHONOU Ekissi Hypolite COULIBALY Moussa, TUO Péga, ANOH Kouassi Paul, 2019, Insalubrité et santé de la population dans la ville d'Aagboville (Sud de la Côte d'Ivoire), Ouvrage collectif sous la direction de Anoh Kouassi Paul, Tuo Péga et Ymba Maïmouna, Espace, Territoires, Sociétés et Santé, Collection Sciences Humaine, Editions universitaires de Côte d'Ivoire, pp. 93-110

ONAD, 2015, Assainissement de la ville de Yamoussoukro. Rapport d'assainissement, 20 p

OUEDRAOGO Souleymane, 1998, Evacuation des eaux usées domestiques et excreta humain à Ouagadougou, Mémoire de maîtrise, Département de Géographie, Université de Ouagadougou, 139 p

SYLLA Yaya, 2016, Prolifération des déchets et émergence de maladies infectieuses dans la ville d'Abidjan : Cas de la commune de Koumassi, Thèse de Doctorat Unique, Institut de Géographie Tropicale, Université Félix Houphouët- Boigny, 347 p

TUO Péga, 2015, L'assainissement à Williamsville dans la commune d'Adjamé à Abidjan. Editions Universitaires Européennes, Saarbrücken, Allemagne, 60 p

TUO Péga, COULIBALY Moussa, AKE-AWOMON Djalia Florence, 2019, Gestion des eaux usées et nuisances sanitaires dans les cadres de vie des populations d'Abobo-Kennedy-Clouetcha (Abidjan, Côte d'Ivoire), RASP (Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Sante Publique), Volume (1) N°1, pp. 74 - 90

© 2022, AKE-AWOMON License Bamako Institute for Research and Development Studies Press. Ceci est un article en accès libre sous la licence the Créative Commons AttributionLicense (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0)

Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, Volume 4 (1)
ISSN :1987-071X e-ISSN 1987-1023
Reçu, 27 mai 2022
Accepté, 02 juillet 2022
Publié, 02 juillet 2022
http://www.revue-rasp.org

Type d'article : Recherche

Facteurs associés aux abandons ou changements de méthodes contraceptives modernes à Ouagadougou au Burkina Faso.

Smaïla Ouédraogo[1, *], Maurice Sarigda[2], Bouanga Parfaite Gaëlle Nzieffe [3]
[1]Département de santé publique, UFR/SDS, Université Joseph Ki-Zerbo, Ouagadougou, Burkina Faso.
[2]Département de sociologie, UFR/SH, Université Joseph Ki-Zerbo, Ouagadougou, Burkina Faso.
[3]Département de gynéco-obstétrique, UFR/SDS, Université Joseph Ki-Zerbo, Ouagadougou, Burkina Faso.
[*]Auteur correspondant **:** E-mail : smaila11@yahoo.fr ; Tel : +226 70 20 86 09

Résumé
La mortalité maternelle demeure élevée en Afrique et la faible prévalence contraceptive constitue l'un de ses principaux facteurs explicatifs. Ainsi, plusieurs actions ont été entreprises pour accroître la prévalence contraceptive mais leur efficacité est influencée par les abandons ou les changements de méthodes. Cette étude vise à identifier les facteurs associés aux abandons ou changements de méthodes contraceptives au centre de santé et de promotion sociale (CSPS) de Wemtenga à Ouagadougou au Burkina Faso. Nous avons conduit une enquête transversale analytique entre juillet et août 2015 auprès des femmes reçues pour des services la planification familiale. Les facteurs associés aux abandons ou changements de méthodes contraceptives ont été identifiés à travers une régression logistique multivariée au seuil de significativité de 5%. Au total, 391 femmes ont été inclues dans l'étude et leur âge moyen était de 32,2 ans (Intervalle de confiance à 95% « IC95% » : [31,4-32,9]). Les femmes au foyer représentaient 57,1% et 61,1% d'entre elles étaient instruites. La proportion des femmes ayant abandonné ou changé de méthodes contraceptives était de 23,5%. Les effets secondaires (75%) constituent la principale raison évoquée par les clientes pour justifier l'abandon ou le changement de méthodes. Le niveau d'instruction (Odds ratio ajusté « ORa » = 2,4 ; IC95% [1,1-5,2]), la religion (ORa = 0,3 ; IC95% [0,1-0,8]) et la gestité (ORa = 0,4 ; IC95% [0,1-0,8]) de la femme étaient associés à l'abandon ou changement de méthodes contraceptives. L'abandon ou le changement de méthodes contraceptives est fréquent dans le CSPS de Wemtenga. Il est donc indispensable de renforcer les connaissances des femmes sur les effets secondaires des méthodes contraceptives et la conduite à tenir face à auxdits effets secondaires lors du counseling.
Mots clés. Abandon ; changement ; méthode contraceptive ; planification familiale, Burkina Faso

Abstract
Maternal mortality remains high in Africa and low contraceptive prevalence is one of the main explanatory factors. Thus, several actions have been undertaken to increase contraceptive prevalence, but their effectiveness is influenced by method abandonment or change. This study aims to identify factors associated with contraceptive method abandonment or change at the Wemtenga health and

social promotion center (CSPS) in Ouagadougou, Burkina Faso. We conducted a cross-sectional survey between July and August 2015 among women received for family planning. Factors associated with contraceptive method abandonment or change were identified through multivariate logistic regression at the 5% significance level. A total of 391 women were included in the study and their mean age was 32.2 years (95% Confidence Interval "CI95%": [31.4-32.9]). Housewives accounted for 57.1% and 61.1% of them were educated. The proportion of women who had abandoned or changed their contraceptive methods was 23.5%. Side effects (75%) were the main reason given by clients for discontinuing or changing methods. Education (adjusted odds ratio "aOR" = 2.4; 95% CI [1.1-5.2]), religion (aOR = 0.3; 95% CI [0.1-0.8]), and gender (aOR = 0.4; 95% CI [0.1-0.8]) were associated with discontinuing or switching contraceptive methods. The abandonment or change of contraceptive methods is frequent in the Wemtenga health facility. It is therefore essential to reinforce women's knowledge of the side effects of contraceptive methods and how to deal with these side effects during counseling.
Key words. Abandonment; change; contraceptive method; family planning, Burkina Faso

1. Introduction

Les indicateurs sur l'utilisation des méthodes contraceptives modernes en Afrique de l'Ouest restent toujours faibles (Wang et Mallick 2015; Bakyono et al. 2020). En 2015, le Mali, le Niger et le Burkina Faso avait chacun un taux de prévalence contraceptive inférieur à 20% selon le rapport sur les objectifs du millénaire pour le développement (Commission économique pour l'Afrique, Union Africaine, et Banque africaine de développement, 2015). Plusieurs actions ont été mises en œuvre dans cette partie de l'Afrique. Parmi ces actions, figure la gratuité des services de de planification familiale (PF) au profit des femmes en âge de procréer (Barden-O'Fallon et al., 2018 ; Bakyono et al., 2020). La conception de ces actions s'explique par deux raisons principales. D'abord, le faible taux d'utilisation de méthodes contraceptives contribue à la survenue des décès maternels par le biais des grossesses rapprochées qui en constituent un facteur de risque (Commission économique pour l'Afrique, Union Africaine, et Banque africaine de développement, 2015). De plus, les grossesses non désirées peuvent pousser les femmes à recourir à des avortements clandestins dont les complications conduisent aux décès maternels (Tiako et al., 2017). L'utilisation adéquate des méthodes contraceptives modernes contribue au bien-être économique et social des individus, des familles et des communautés. Cette posture s'appuie sur la théorie Malthusienne qui a voulu démontré l'incompatibilité entre la croissance démographique et le développement économique (Gautier, 2002). Maitriser la croissance démographique en promouvant l'utilisation des méthodes contraceptives est présenté comme étant une des conditions pour capter les bénéfices du dividende démographique (Rabier, 2020). Sur le plan économique, l'investissement dans la PF permet aux pays de réaliser des économies qui peuvent être réinvesties dans les secteurs sociaux comme la santé et l'éducation (Jerman et al., 2014).

Améliorer le recours aux services de PF mais surtout fidéliser les femmes qui sont sous contraception occupe une place importante dans les politiques, stratégies et actions conçues et mises en œuvre en Afrique (Gandaho et Chen, 2015). Or, des cas d'abandons ou de changements de méthodes contraceptives sont rapportés par plusieurs auteurs (M'bortche et al., 2018 ; Ouédraogo et al., 2021). Depuis la mise en œuvre des politiques de promotion pour l'utilisation des méthodes contraceptives modernes au Burkina Faso, des études ont été réalisées. Toutefois, elles se sont focalisées sur les centres de référence (Adama et al., 2022) ou chez les adolescentes (Ouédraogo et al., 2021). Peu de travaux se sont intéressés aux facteurs associés aux abandons / changements de méthodes contraceptives en milieu urbain en général et à Ouagadougou (Capitale du Burkina Faso) en particulier.

C'est dans cette optique que cette étude se propose de déterminer la proportion des abandons et changements de méthodes contraceptives modernes et d'identifier les facteurs qui y sont associés. Il s'agit d'une étude analytique dont les résultats pourraient orienter les décideurs politiques et les prestataires de soins sur le choix des actions visant leur atténuation.

2. Matériaux et méthodes

2.1. Type et période d'étude

Il s'est agi d'une étude transversale analytique qui s'est déroulée entre le 06 juillet au 28 août 2015.

2.2. Site de l'étude

L'étude s'est déroulée au centre de santé et de promotion sociale (CSPS) de Wemtenga à Ouagadougou dans le district sanitaire de Bogodogo qui relève administrativement de la direction régionale de la santé du centre. Le CSPS de Wemtenga est géré administrativement par l'arrondissement de Bogodogo et techniquement par le district sanitaire de Bogodogo. Le CSPS porte le nom du quartier qui l'abrite. Le CSPS offre le paquets minimum d'activités (PMA) dévolues aux structures de premier échelon de soins selon l'organisation du système de santé au Burkina Faso (Harang et Varenne, 2008). Les services de PF font partie du PMA, dont l'offre concerne la consultation de PF, les conseils et causeries sur la PF lors de certaines activités de routine et la consultation de gynécologie. Le CSPS de Wemtenga fait partie des centres de santé les plus fréquentés par les populations avec en moyenne 4531 consultants par an.

2.3. Population d'étude

La population d'étude est constituée des femmes sous méthodes contraceptives modernes au CSPS de Wemtenga durant la période de l'étude.

2.4. Echantillon / Echantillonnage

Pour le calcul de la taille de l'échantillon, nous avons utilisé la formule de Schwartz. Ainsi, avec une proportion (P) des abandons et changements de méthodes contraceptives modernes de 34,0% (Adon, 2014), et une précision de 0,05, un taux de non réponse de 10%, il nous fallait un échantillon d'au moins 380 utilisatrices de services de PF.

Concernant l'échantillonnage, un tirage aléatoire simple sans remise à deux degrés a été utilisé. Au premier degré, nous avons tiré de façon aléatoire un district sanitaire parmi les 5 districts de la région du Centre. A l'issue de cette première étape, le district sanitaire de Bogodogo a été retenu. Au deuxième degré, nous avons tiré au hasard un CSPS public parmi 34 CSPS publics que compte le district sanitaire de Bogodogo. Le CSPS de Wemtenga a ainsi été choisi pour servir de site d'étude. Le triage aléatoire a été effectué à l'aide de Excel, version 2013. Les participantes à l'étude ont été inclues de façon systématique et consécutive à concurrence de la taille voulue. L'enquêteur était présent au CSPS de Wemtenga tous les jours de la semaine. Les femmes en âge de procréer venues pour l'utilisation des services de la PF et qui ont été reçues au CSPS de Wemtenga au moment de l'enquête ont été inclues. Les femmes en âge de procréer qui résidaient hors de l'aire du CSPS de Wemtenga ou reçues pour d'autres motifs ou celles qui ne jouissaient pas de toutes leurs facultés mentales ou qui n'ont pas accepté donner leur consentement ont été exclues dans l'étude.

2.5. Collecte, traitement et analyse des données

Nous avons collecté des données sociodémographiques (âge, profession, situation matrimoniale, niveau d'instruction et religion de la femme et du conjoint), gynéco-obstétricaux (gestité, parité) et des informations sur la PF (abandon et changement de méthodes contraceptives, les raisons de l'abandon ou du changement, la méthode contraceptive en remplacement). Les données collectées ont été saisies

sur CsPro 4 et traitées à l'aide du logiciel SPSS 20. Une fois consolidées, les données ont été analysées à l'aide du logiciel SPSS 20. Nous avons d'abord procédé à une description des caractéristiques sociodémographiques des participantes. Les moyennes et leurs intervalles de confiance à 95% ont été calculés pour les variables quantitatives (âge). Nous avons aussi calculé les proportions des variables qualitatives (âge en catégorie, niveau d'instruction, parité, abandon ou changement de méthodes contraceptives, les raisons de l'abandon ou du changement, la méthode contraceptive en remplacement). Pour identifier les facteurs associés à l'abandon et au changement de méthodes contraceptives modernes, nous avons réalisé une régression logistique univariée puis multivariée pas à pas descendante. La variable dépendante étant l'abandon ou changement de méthodes contraceptives modernes (0 = Oui et 1 = Non). Les variables avec un $p \leq 20$ à l'analyse univariée ont été inclues dans l'analyse multivariée. A l'issue de l'analyse multivariée, seules les variables ayant un $p \leq 5\%$ ont été retenues comme associées à l'abandon et au changement de méthodes contraceptives modernes.

2.6. Considérations éthiques

Cette enquête a été réalisée dans le cadre d'une thèse de doctorat d'Etat en médecine. Elle a reçu l'autorisation du comité des thèse de l'unité de formation et de recherche en sciences de la santé de l'Université Joseph Ki-Zerbo et du médecin-chef du district sanitaire de Bogodogo. Avant chaque inclusion, nous avons requis et obtenu le consentement éclairé de la participante.

3. Résultats

3.1. Caractéristiques sociodémographiques des enquêtées

Au total, 391 utilisatrices de PF ont été inclues dans l'enquête. Dans l'ensemble, 23,5% (92/391) des femmes ont abandonné ou changé de méthodes contraceptives modernes contre 76,5% (299/391) qui n'avaient ni abandonné ni changé de méthodes contraceptives. Les caractéristiques générales des femmes sont présentées dans le tableau 1. L'âge moyen des femmes était de 32,2 ans (Intervalle de confiance à 95% « IC95% » : [31,4-32,9]). Vingt-sept virgule quatre pourcent (107/391) des femmes avaient un âge compris entre 25 et 29 ans. Les femmes au foyer représentaient 49,1% (192/391) des clientes de PF, suivies des femmes exerçant dans le secteur informel (33,2% ; 130/391). Les femmes instruites représentaient 61,1% (239/391) des enquêtées. Concernant le statut matrimonial, 88,2% (345/391) des utilisatrices de service de PF étaient mariées. Dans 50,4% (197/391) et 44% (172/391) des cas, elles étaient respectivement de religion catholique et musulmane. En rapport avec les antécédents obstétricaux, 61% (239/391) étaient des paucigestes et 62,2% (240/391) des paucipares.

Tableau 1. Caractéristiques générales des participantes de l'étude sur l'abandon ou changement de méthode contraceptives à Ouagadougou, Burkina Faso (N = 391).

Caractère		n	% ou moyenne
Age de la femme (ans)	Age moyen	391	32,2 [31,4-32,9]*
	15-24	59	15,1
	25-29	107	27,4
	30-34	89	22,8
	35-39	57	14,6
	≥ 40	79	20,2
Situation matrimoniale			
	Mariée	345	88,2
	Célibataire	46	11,8

Caractère		n	% ou moyenne
Profession			
	Femme au foyer	192	49,1
	Secteur informel	130	33,2
	Fonctionnaire	39	9,9
	Elève/étudiante	30	7,7
Niveau d'instruction			
	Non instruite	152	38,9
	Instruite	239	61,1
Religion			
	Musulmane	172	44,0
	Catholique	197	50,4
	Protestante	21	5,4
Gestité			
	Nulligeste	5	1,3
	Primigeste	74	18,9
	Paucigeste	239	61,1
	Multigeste	73	18,7
Parité			
	Nullipare	79	20,5
	Primipare	1	0,3
	Paucipare	240	62,2
	Multipare	66	17,1

*Intervalle de confiance à 95%

3.2. Raisons des abandons / changements de méthodes contraceptives

La figure 1 présente les principales raisons évoquées par les femmes pour justifier les abandons / changements de méthodes contraceptives. Dans l'ensemble, les effets secondaires (75% ; 69/92), les raisons liées à la méthode contraceptive (7,9%) et le désir de grossesse (3,4%) constituaient les principales raisons d'abandon ou de changement de méthodes contraceptives.

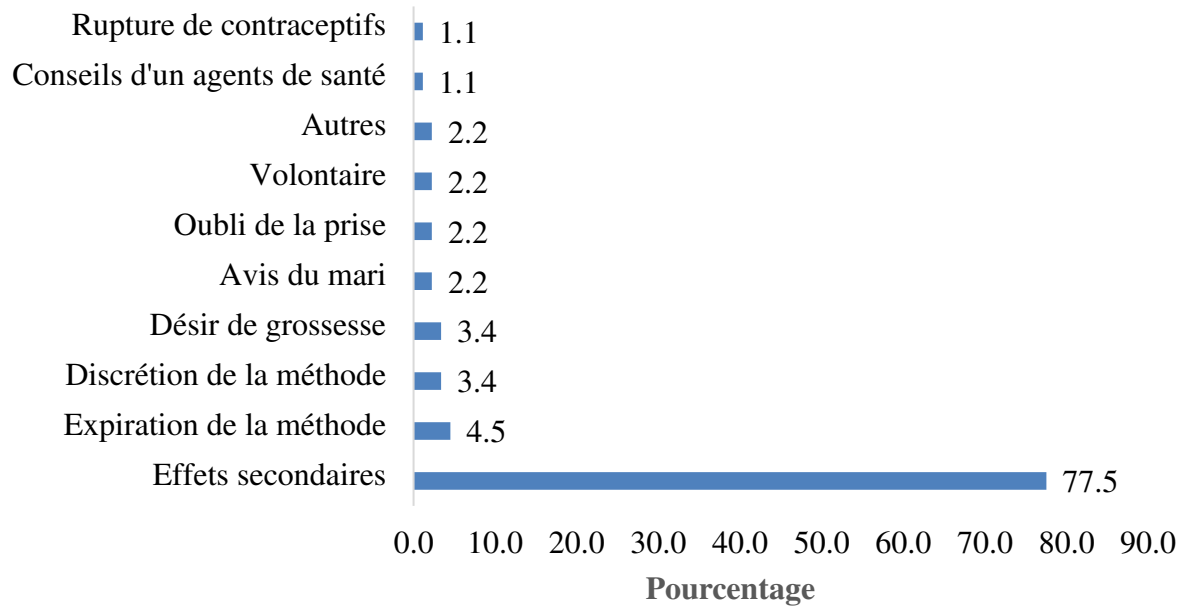


Figure 1. Raisons de l'abandon ou changement de méthodes contraceptives modernes au centre de santé et de promotion sociale de Wemtenga, Ouagadougou, Burkina Faso (N =391).

3.3. Facteurs associés à l'abandon ou changement de méthodes contraceptives modernes

Le tableau 2 montre les résultats de l'analyse univariée et multivariée. A l'analyse univariée, le niveau d'instruction, la religion et la gestité ont été retenus pour l'analyse multivariée car ils étaient associés à la variable dépendante ($p \leq 20\%$). A l'issue de l'analyse multivariée, trois facteurs étaient associés à l'abandon ou changement de méthodes contraceptives modernes. Comparée à une femme qui n'est pas instruite, celle ayant au moins le niveau secondaire présentait plus de risque d'abandonner ou changer de méthodes contraceptives (Odds ratio ajusté « ORa » = 2,4 ; IC95% [1,1-5,2]). Ensuite la religion était associée au risque de changement de méthodes contraceptives. En effet, comparée à une protestante, la femme catholique (ORa = 0,3 ; IC95% [0,1-0,8]) ou musulmane (ORa = 0,2 ; IC95% [0,1-0,6]) présentait moins de risque d'abandonner ou de changer de méthode contraceptive. Enfin par rapport à une multigeste, une femme primigeste avait moins de risque d'abandon ou de changement de méthodes contraceptives modernes (ORa = 0,4 ; IC95% [0,1-0,8]).

Tableau 2. Facteurs associés à l'abandon ou changement des méthodes contraceptives modernes à Ouagadougou, Burkina Faso (Régression logistique ; N =391).

Caractère	**Analyse uni variée**			**Analyse multi variée**		
	Effectif	OR	***p***	**OR**	**IC95%**	***p***
Instruction des femmes						
Non instruite	152	1	-	1		
Primaire	182	1,7	*0,04*	1,7	[0,9-3,0]	*0,07*
Secondaire	57	2,2	*0,02*	2,4	[1,1-5,2]	***0,03***
Religion						
Protestante	21	1	-	1		
Catholique	197	0,25	*0,04*	0,3	[0,1-0,8]	***0,02***

Caractère	Analyse uni variée			Analyse multi variée		
	Effectif	OR	***p***	**OR**	**IC95%**	***p***
Musulmane	172	0,16	*≤0,001*	0,2	[0,1-0,6]	***0,003***
Gestité						
Multigeste	73	1	**-**	1	-	-
Nulligeste	5	0	*0,99*	0	-	*0,99*
Primigeste	74	0,5	*0,09*	0,4	[0,1-0,8]	***0,01***
Paucigeste	239	0,9	*0,98*	0,7	[0,4-1,4]	*0,34*

4. Discussion

Les abandons ou changements de méthodes contraceptives ont des répercussions négatives sur le système de santé. Ces répercussions sont plus importantes lorsque les abandons ou changements concernent les méthodes contraceptives de longue durée qui sont plus onéreuses et qui ont des conséquences importantes sur les dépenses de santé. En outre, les abandons ou changements de méthodes contraceptives sont révélateurs des insuffisances dans le processus conduisant à la prise de décision éclairée sur le choix d'une méthode contraceptive moderne par la cliente. Expliquer l'abandon / changement de méthodes contraceptives modernes est la posture théorique adoptée dans cette étude. Cette démarche passe par la détermination de la proportion de femmes ayant change / abandonné de méthodes contraceptives. Sur le plan descriptif, la fréquence globale d'abandon ou changement de méthodes contraceptives modernes dans cette étude était de 23,5%. La recherche de facteurs explicatifs a mis en évidence, que le niveau d'instruction, la religion et la gestité de la femme étaient associés à l'abandon ou changement de méthodes contraceptives.

Presqu'une femme sur 4 a abandonné ou changé de méthode contraceptive au cours de la période concernée par notre étude. Nos résultats sont similaires à ceux rapportés par Nageso et Gebretsadik (2018) en Ethiopie qui avaient trouvé une proportion d'abandon de 23,4%. Il en est de même de ceux auxquels sont parvenus Adama et al., (2022), dans leur étude réalisée au département de gynécologie-obstétrique du CHU-YO en 2021 où la proportion d'abandon des méthodes contraceptives réversibles de longue durée d'action était de 23,2%. Par contre, la proportion d'abandon ou de changement de méthodes contraceptives que nous rapportons est inférieure à celle trouvée par Ouédraogo et al., (2021), dans leur étude au Burkina, au Mali et au Niger qui était globalement de 68,7% dont 50,1% au Burkina Faso, 59,6% au Mali et 96,8% au Niger. Cette différence pourrait s'expliquer par le design des deux études. Notre étude a concerné uniquement la capitale du Burkina et a été effectuée dans un seul CSPS. De plus, les entretiens se sont déroulés au niveau du CSPS et ont concerné toutes les femmes éligibles. L'étude de Ouédraogo et al., (2021) a concerné tout le territoire de chacun des trois pays. L'enquête s'est déroulée dans les ménages puisque les données analysées sont issues des enquêtes démographiques et de santé de chaque pays. Enfin, leur enquête a concerné uniquement les femmes âgées de 15-24 ans. Or, la sexualité et les comportements connexes qui l'accompagnent sont culturellement et socialement normés dans ces pays (Bationo, 2012). A cet âge, tant que la femme n'est pas mariée, il est socialement inacceptable qu'elle soit sous contraception moderne qui révèle son activité sexuelle. Des pressions sociales exercées dans ces cas peuvent conduire la femme à abandonner la méthode contraceptive. Nos trouvailles sont également inférieures à celles rapportées

par Barden-O'Fallon et al., (2018) au Sénégal, où le taux d'abandon à 12 mois pour toutes les méthodes était de 34,7% et par M'bortche et al., (2018) au Togo, où le taux d'abandon à moins d'un an était de 37,9%. Les résultats de notre étude sont toutefois supérieurs à ceux de Kurutas et al., (2021) à Istanbul en Turquie où le taux d'abandon à 12 mois était de 12,3%. La différence peut s'expliquer d'une part par le niveau de développement entre le Burkina Faso et la Turquie et le contexte culturel, social et les politiques sanitaires en matière de PF d'autre part.

Le niveau d'instruction de la femme est associé à l'abandon ou changement de méthodes contraceptives modernes. Les femmes ayant au moins le niveau secondaire présentaient plus de risque d'abandon ou de changement de méthodes contraceptives. Ces résultats corroborent ceux de M'bortche et al., (2018) au Togo, de Ouédraogo et al., (2021) au Niger et de Kurutas et al., (2021) en Turquie où l'éducation était un facteur de prédiction de l'abandon de méthodes contraceptives modernes. Ces résultats traduisent l'importance du niveau d'éducation en matière de comportement des femmes dans le domaine de la PF. Dans cette étude, plus le niveau d'éducation de la femme était élevé, plus elle courrait de risque d'abandonner / changer de méthodes contraceptives modernes. Ce comportement peut s'expliquer par la facilité qu'ont les femmes instruites pour accéder aux informations sur la PF dont certaines peuvent influencer leurs comportements initiaux. Le niveau d'éducation de la femme met également en exergue les préjugées sociaux qu'ont les agents de santé sur les usagers des services de santé lors des interactions. En effet, selon Fainzang (2009), ces préjugés sociaux conduisent parfois les prestataires à adopter une double posture dans la délivrance de l'information (ceux qui ont droit à l'information et ceux qui n'en ont pas droit). Or ce comportement des soignants peut conduire comme c'est le cas dans cette étude à des comportements qui ne favorisent pas le maintien de la méthode contraceptive moderne antérieurement choisie.

Le deuxième facteur prédictif de l'abandon ou du changement de méthodes contraceptives modernes est la religion de la femme. Ainsi, les femmes catholiques et musulmanes avaient moins de risque d'abandonner ou changer de méthodes contraceptives par rapport aux femmes protestantes. Cette posture des femmes peut s'expliquer par les positions proscriptives des certaines religions notamment les catholiques et les musulmans sur certaines méthodes contraceptives. Calderisi (2013) rappelle à cet effet que les dirigeants du Vatican et les dirigeants musulmans s'opposent à certains aspects de la PF. A titre illustratif, les femmes catholiques socialisées sur ces préceptes religieux optent à priori pour des méthodes conformes à leurs croyances. Par conséquent, elles auraient moins recours aux abandons ou changements de méthodes contraceptives modernes. Les résultats de l'étude de Ntambue et al., (2017) en République Démocratique du Congo, où 15,6% des femmes avaient refusé l'utilisation de méthodes contraceptives modernes à cause de l'interdiction par l'église confirment l'effet de la religion sur le comportement des femmes dans le domaine de la PF.

Le dernier facteur associé à l'abandon ou changement de méthodes contraceptives modernes était la gestité. En effet, les primigestes avaient moins de risque d'abandonner ou changer de méthodes contraceptives que les multigestes. Ce comportement des primigestes s'explique principalement par la fonction sociale de la PF en rapport avec la régulation des naissances (Désalliers, 2009). Or, cette fonction régulatrice est liée au nombre de grossesses antérieures (Mbacké et al., 2015). Les Primigestes étant à leur début expérientiel de la maternité, elles adoptent des comportements stables en matière d'utilisation de méthodes contraceptives modernes. Par contre, les multigestes, plus expérimentées et ayant déjà d'autres enfants sont plus prédisposées au changement de méthodes contraceptives modernes.

S'agissant des raisons de l'abandon ou changement de méthodes contraceptives modernes, la

principale raison évoquée par les femmes concerne les effets secondaires des contraceptifs. En effet, trois femmes sur 4 ont déclaré avoir abandonné ou changé de méthode contraceptive à cause de la survenue des effets secondaires lors de son utilisation. Barden-O'Fallon et al., (2018) au Sénégal et Nageso et Gebretsadik (2018) en Ethiopie étaient parvenus à la même conclusion sur les raisons de l'abandon des méthodes contraceptives modernes par les utilisatrices. Cette principale raison évoquée par les utilisatrices pour justifier l'abandon ou le changement de méthode contraceptive s'explique par une insuffisance communicationnelle entre les soignants et les soignés notamment lors du counseling (Mekonnen et Wubneh, 2020). Le processus de consultation en PF met l'accent sur les informations différenciées à fournir à chaque cliente. Ce processus lors duquel le soignant donne toutes les informations utiles à la cliente prend en compte les effets secondaires liés à chaque méthode ainsi que la conduite à tenir face auxdits effets secondaires. Lorsque le counseling est bien effectué, il participe à la déconstruction des idées reçues sur la PF (Ridde et Ouattara, 2015). Cependant, lorsque le counseling n'est pas effectif ou est mal conduit, les femmes auraient tendance à changer ou abandonner la méthode contraceptive dès l'apparition des effets secondaires. Alvergne et Eshetu (2017) en Uganda et Mekonnen et Wubneh (2020) en Ethiopie ont démontré que l'absence d'informations sur les effets secondaires des méthodes contraceptives modernes étaient à la base des abondons.

Les résultats de cette étude démontrent que les abandons / changement de méthodes contraceptives modernes par les femmes relèvent de facteurs sanitaires et non sanitaires. Parmi les facteurs non sanitaires, certains comme la religion et le niveau d'instruction des femmes ne peuvent pas être solutionnés par le système de santé. Toutefois, le renforcement des compétences des soignants sur le counseling en matière de PF, l'amélioration de la communication entre les soignants et les utilisatrices (avec un focus sur les effets secondaires) et la supervision des soignants sont des actions qui peuvent minimiser les abandons / changements de méthodes contraceptives modernes.

Les principaux résultats issus de cette étude ont été obtenus grâce aux entretiens avec les clientes des services la PF. Ces entretiens ont été réalisés au niveau du CSPS, ce qui peut influencer les réponses des enquêtées. Toutefois, pour atténuer son effet sur les résultats de l'étude, les entretiens ont été conduits dans une salle isolée, aménagée à cet effet. Les participantes ont également été préalablement informées sur les objectifs de l'étude et sur la confidentialité des données collectées.

5. Conclusion

Cette étude avait pour objectif de déterminer la proportion des femmes ayant abandonné / changé de méthodes contraceptives dans la ville de Ouagadougou ainsi que les facteurs y associés. Les résultats montrent que près d'une utilisatrice de méthodes contraceptives modernes sur 4 a abandonné ou changé de méthode au cours de la période d'étude. Les effets secondaires constituent la principale raison évoquée par les clientes pour justifier l'abandon ou le changement de méthodes contraceptives. Sur le plan explicatif, le niveau d'instruction, la religion et la gestité des femmes étaient significativement associés à l'abandon ou au changement de méthodes contraceptives modernes. Le renforcement des compétences de soignants sur le counseling en matière de PF et l'amélioration de la communication entre les utilisatrices et les soignants sur les effets secondaires pourraient contribuer à la réduction des abondons ou changements de méthodes contraceptives chez les femmes. Le positionnement analytique adopté dans cette étude à travers un devis quantitatif a permis d'analyser les abandons / changements de méthodes contraceptives modernes. Toutefois, la diversification de l'échantillon par l'extension du nombre de districts sanitaires et le recours à un devis qualitatif pourront en outre permettre d'approfondir les connaissances sur les abandons / changements de méthodes contraceptives dans la ville de Ouagadougou.

Remerciements

Nous remercions les femmes qui ont accepté participer à l'étude. Nous sommes également reconnaissants aux personnels de santé du service du CSPS de Wemtenga.

Conflits d'intérêts

Aucun conflit d'intérêt à déclarer.

Références

Adama Dembélé, Namoano H., Ouédraogo I., Kiemtoré S., Ouattara A., Traoré/ Millogo F., et Thieba B. B., (2022). « La contraception à longue durée d'action : état des lieux dans un centre hospitalier universitaire. Burkina Faso ». In ResearchGate.

Adon, Kouadio Patrick., (2014). « Echec de l'utilisation Des Produits Contraceptifs Chez Les Femmes de Deux Districts Sanitaires En Côte d'Ivoire ». *African Population Studies,* 28 (3) : 1248-62. https://doi.org/10.11564/28-3-613. Consulté le 12/05/2022.

Alvergne Alexandra, Rose Stevens, et Eshetu Gurmu., (2017). Side effects and the need for secrecy : characterising discontinuation of modern contraception and its causes in Ethiopia using mixed methods. *Contraception and Reproductive Medicine*, 2 (1) : 24. https://doi.org/10.1186/s40834-017-0052-7. Consulté le 17/05/2022.

Asaaf S., Wang W., et Mallick L., (2015). « Qualité des soins dans les services de planification familiale dans les établissements de santé au Sénégal. » *Études Analytiques des EDS, Rockville, Maryland, USA : ICF International.,* No. 55 : 57.

Bakyono Richard Ludovic, Deo Gracias Tapsoba, Aurélia Lépine, Abdramane Berthé, Patrick G. Ilboudo, Cheick Omar Diallo…et Ben D´Exelle. (2020). « Utilisation des contraceptifs par les femmes rurales mariées ou en concubinage au Burkina Faso : une analyse qualitative de l´utilisation d´un bon gratuit ». *The Pan African Medical Journal,* 37 (72). https://doi.org/10.11604/pamj.2020.37.72.23786. Consulté le 12/05/2022.

Barden-O'Fallon Janine, Ilene S. Speizer, Lisa M. Calhoun, et Meghan Corroon. (2018). « Women's Contraceptive Discontinuation and Switching Behavior in Urban Senegal, 2010-2015 ». *BMC Women's Health,* 18 (1) : 35. https://doi.org/10.1186/s12905-018-0529-9. Consulté le 15/05/2022.

Bationo F.B. (2012). « Les relations entre les professionnels de santé et les jeunes filles au Burkina Faso : Stigmatisation, normes et contrôle social ». *Agora débats/jeunesses,* 61 (2) : 21-33. https://doi.org/10.3917/agora.061.0021. Consulté le 15/05/2022.

Calderisi, Robert. (2013). *Earthly Mission : The Catholic Church and World Development*. New Haven : Yale University Press. https://www.degruyter.com/doi/book/10.12987/9780300196764. Consulté le 12/05/2022.

Commission économique pour l'Afrique, Union Africaine, et BAD : Banque africaine de développement. (2015). « Évaluation des progrès réalisés en Afrique pour atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement : Rapport OMD 2015 ». Addis-Abeba : Commission économique pour l'Afrique. https://www.afdb.org/fileadmin/uploads/afdb/Documents/Publications/MDG_Report_2015_FRE-draft14Sept.pdf. Consulté le 12/05/2022.

Désalliers, Julie. (2009). « Les contraceptifs hormonaux en milieu rural burkinabé : relations conjugales négociées ou usage féminin clandestin ? » : *Autrepart* n° 52 (4) : 31-47. https://doi.org/10.3917/autr.052.0031. Consulté le 12/04/2022.

Fainzang S., (2009). « La communication d'informations dans la relation médecins-malades : Une

approche anthropologique », *Questions de communication*, nº 15, p.279-295, URL : https://doi.org/10.4000/questionsdecommunication.619, consulté le 31 mai 2017.

Gandaho, T., M. Maiga, et A. Chen. (2015). « Reposionnem ent de la Planification Familiale en Afrique de l'Ouest : Une Synthèse des Politiques de Tarification des Contraceptifs ». Washington, DC : Futures Group : Project des politiques de santé. https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwizgaLyxOP2AhVsxYUKHaOlDSg4FBAWegQIEhAB&url=https%3A%2F%2Fwww.rhsupplies.org%2Fuploads%2Ftx_rhscpublications%2FReposionnement_de_la_Planification_Familiale_en_Afrique_de_l%25E2%2580%2599Ouest_Une_Synth%25C3%25A8se_des_Politiques_de_Tarification_des_Contraceptifs.pdf&usg=AOvVaw1o6jyJSlVwr0qllxaG8oyL. Consulté le 12/04/2022.

Gautier Arlette. (2002). « Les politiques de planification familiale dans les pays en développement : du malthusianisme au féminisme ? » *Lien social et Politiques*, nº 47: 67-81. https://doi.org/10.7202/000343ar. Consulté le 22/05/2022.

Harang M. et Varenne B. (2008). « Les structures de soins ». In *Ouagadougou (1850-2004)*, édité par Florence FOUNET, A. MEUNIER-NIKIEMA, et G. SALEM, 95-105. IRD Éditions. https://doi.org/10.4000/books.irdeditions.901. Consulté le 22/05/2022.

Jerman Jenna, Michael Vlassoff, G. Beninguisse, Floriane Kamgaing, et F. Zinvi-Dossou. (2014). « Avantages à Répondre Aux Besoins de Contraception Des Camerounaises », août. https://www.guttmacher.org/fr/report/avantages-repondre-aux-besoins-de-contraception-des-camerounaises. Consulté le 15/05/2022.

Kurutas, Sebahat, Ryoko Sato, Sarah Huber-Krum, Simay Sevval Baykal, Julia Rohr, Duygu Karadon…et qbal Shah. (2021). « Contraceptive Discontinuation and Switching in Urban Istanbul Region in Turkey ». *International Journal of Gynaecology and Obstetrics : The Official Organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics,* 154 (1) : 133-41. https://doi.org/10.1002/ijgo.13577. Consulté le 12/05/2022.

Mbacké Leye, Mamadou Makhtar, Adama Faye, Mayassine Diongue, Issa Wone, Ibrahima Seck…et Anta Tal Dia. (2015). « Déterminants de l'utilisation de la contraception moderne dans le district sanitaire de Mbacké (Sénégal) ». *Santé Publique* 27 (1) : 107. https://doi.org/10.3917/spub.151.0107. Consulté le 172/05/2022.

M'bortche B. K., K. E. Logbo-Akey, D. R. D. Ajavon, S. Toussa-Ahossu, A. S. Aboubakari, et K. Akpadza. (2018). « Raisons Du Retrait a Moins d'un an Des Implants Contraceptifs Jadelle® a la Clinique Principale de l'association Togolaise Pour Le Bien-Etre Familial (ATBEF) ». *Journal de La Recherche Scientifique de l'Université de Lomé,* 20 (4) : 493-99. https://doi.org/10.4314/jrsul.v20i4. Consulté le 12/05/2022.

Mekonnen Birye Dessalegn, et Chalachew Adugna Wubneh. (2020). « Prevalence and Associated Factors of Contraceptive Discontinuation among Reproductive-Age Women in Ethiopia : Using 2016 Nationwide Survey Data ». *Reproductive Health*,17 (1) : 175. https://doi.org/10.1186/s12978-020-01032-4. Consulté le 22/05/2022.

Nageso, A. et A Gebretsadik. (2018). « Discontinuation Rate of Implanon and Its Associated Factors among Women Who Ever Used Implanon in Dale District, Southern Ethiopia ». *BMC Women's Health,* 18 (1). https://doi.org/10.1186/s12905-018-0678-x. Consulté le 12/05/2022.

Ntambue Abel Mukengeshayi, Rachel Ngalula Tshiala, Françoise Kaj Malonga, Tabitha Mpoyi Ilunga,

Josaphat Mulumba Kamonayi, Simon Tshimankinda Kazadi…et Philippe Donnen. (2017). « Utilisation Des Méthodes Contraceptives Modernes En République Démocratique Du Congo : Prévalence et Barrières Dans La Zone de Santé de Dibindi à Mbuji-Mayi ». *Pan African Medical Journal,* 26. https://doi.org/10.11604/pamj.2017.26.199.10897. Consulté le 15/05/2022.

Ouédraogo Adja Mariam, Adama Baguiya, Rachidatou Compaoré, Kadari Cissé, Désiré Lucien Dahourou, Anthony Somé,…et Seni Kouanda. (2021). « Predictors of Contraceptive Method Discontinuation among Adolescent and Young Women in Three West African Countries (Burkina Faso, Mali, and Niger) ». *BMC Women's Health,* 21 (1) : 261. https://doi.org/10.1186/s12905-021-01326-0. Consulté le 12/05/2022.

Rabier Serge. (2020). « Les enjeux du dividende démographique pour les pays d'Afrique : Une perspective de genre ». In *Les enjeux du dividende démographique pour les pays d'Afrique*, 1-27. Agence française de développement. https://doi.org/10.3917/afd.rabie.2020.01.0001. Consulté le 13/05/2022.

Ridde Valéry et Fatoumata Ouattara. (2015). *Des idées reçues en santé mondiale*. Presses de l'Université de Montréal. https://doi.org/10.4000/books.pum.3607. Consulté le 21/05/2022.

Tiako Danielle Victoire, Philip Njotang Nana, Florent Ymele Fouelifack, et Jeanne Hortence Fouedjio. (2017). « Contribution Des Avortements et Des Grossesses Extra-Utérines Dans La Mortalité Maternelle Dans Trois Hôpitaux Universitaires de Yaoundé ». *Pan African Medical Journal,* 27. https://doi.org/10.11604/pamj.2017.27.248.12942.Consulté le 12/05/2022.

© 2022 AHI, License Bamako Institute for Research and Development Studies Press. Ceci est un article en accès libre sous la licence the Créative Commons Attribution License (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0)