



**Revue Africaine des Sciences
Sociales et de la Santé Publique,
Volume (5) N 1
ISSN :1987-071X e-ISSN 1987-1023**

Janvier - Juin 2023

January – June 2023

<http://revue-rasp.org>

Directeur de Publication : Prof Abdoulaye Ag Rhaly

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



**Bamako Institute for Research
and Development studies**

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

Avenue des Armées, Sotuba, Bamako, Mali



Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, Volume 4 (2)
Janvier (January) - Juin (June) 2023

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, 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, Faculté des Sciences Sociales, Université de Ségou (Mali) ;

Managing Editor / Rédacteur Scientifique

Dr Maciré Kanté, University of Johannesburg, Johannesburg, South Africa;

Comité de rédaction

Pr. Pierre Philippe Rey, Professeur émérite, Université de Paris 8;

Pr. Bourama Kansaye, recteur Université des Sciences Juridiques et Politiques de Bamako, Mali;

Pr Galy Kadir Abdelkader (HDR) Psychopédagogue Université Abdou Moumouni de Niamey;

Pr Soumaila Oulalé, Faculté des Sciences Sociales, Université de Ségou (Mali);

Pr. Abdoulaye Niang, Université Gaston Berger de Saint Louis du Sénégal

Pr. Soumaya Naamane Guessous, sociologue, Université, Casablanca.

Pr. Adégné Niangaly, Médecin spécialiste de santé communautaire, Directeur de recherche, Santé Publique ; Institut National de Santé Publique, Bamako, Mali

Pr. Anoua Adou Serge Judaël, Département d'Anthropologie et de Sociologie, Université Alassane Ouattara, Bouaké, Côte d'Ivoire.

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 Health 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 ; Pr Bourama Kansaye, recteur USJPB, Bamako (Mali) ; 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 Pédagogie Universitaire, Bamako, Mali

Un CAP à perpétuer

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 à Bamako. Presque deux ans après la disparition de son co-fondateur et corédacteur en chef en la personne de Nianguiry Kanté, la RASP publie son troisième numéro sous la direction de son ami, co-fondateur et rédacteur en chef Olivier Douville. D'ailleurs, la RASP a organisé un colloque international en septembre 2022 pour rendre hommage au professeur Kanté (<https://easychair.org/cfp/CINi-2022>) et s'apprête à organiser la deuxième Edition des CINI. Les articles issus de ce colloque ont été publiés sous forme de livre de résumé.

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 5, numéro 1) contient 26 articles scientifiques d'auteurs venant du Mali, du Niger, de la Côte d'Ivoire, du Burkina Faso, et du Bénin.

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

La couverture maladie universelle au Sénégal : quand les facteurs socio-économiques expliquent l'adhésion et le recours aux mutuelles de santé à Ziguinchor (Sénégal)

MAMADOU AGUIBOU DIALLO 1-11

Factors associated with delays at the first prenatal consultation in the health district of Kouibly (Côte d'Ivoire).

Kouamé N'dri, Olou N'Guessan Luc, Koffi Koffi Abdoul, Moussoum Ludovic Martial, Zoua Kakou Arnauld Gomez 12-26

Connaissances des femmes en âge de reproduction sur les soins prénatals, l'accouchement et les soins postnatals en milieu rural en Côte d'Ivoire

Madikiny Coulibaly, Marie-Dorothée Koumi-Mélédje, Coulibaly Soltie Aminata, Aké Odile, Luc Kouadio 27-39

Perceptions des acteurs sur les stratégies de suivi-évaluation des indicateurs de performance de la santé de reproduction de la DGSHP

Mariam Samaké 40-51

Effets de l'observance des consultations prénatales et du recours aux accouchements assistés par des sage-femmes sur la mortalité néonatale au Bénin

Pascaline Yvonne TALON, Jacques SAIZONNOU, Alphonse KPOZEHOUE, Nicolas GAFFAN, Edgard-Marius OUENDO 52-70

Analyse de l'implantation de la sélection communautaire à large échelle des indigents en Afrique Sub-saharienne: cas du Burkina Faso

Souleymane Sidibe, Isabelle Godin, Issouf Bamba, K Maxime Drabo 71-98

Tendances actuelles dans les universités ouest-africaines, détresse psychologique des étudiants et qualité de vie : une étude quantitative <i>Konabe Bene</i>	99-120
Aspects épidémiologiques et gestion de la covid-19 au district sanitaire de Tenkodogo (Burkina Faso) <i>Cheick Omar DIALLO, Dounsoe Jules Valery Bonzi, Koine Maxime Drabo</i>	121-135
Problématique de la prise en charge du paludisme chez les enfants de 0 à 5 ans dans le district sanitaire d'Abidjan : cas du versant gourou au plateau Dokui <i>Moro Dominique Moro</i>	136-145
Construire un dialogue entre psychanalyse et anthropologie aujourd'hui <i>Olivier Douville</i>	146-157
Déterminants socio-économiques et demande de soins parodontaux à la clinique de l'Institut d'Odontologie et de Stomatologie de Dakar <i>Diop Mbathio</i>	158-170
Organisations féminines et pratiques agricoles urbaines des femmes du groupement Yahafiligui de Korhogo dans le Nord de la Côte d'Ivoire <i>Koffi KONAN, Franck Gautier GACHA, Sylvanus Innocent N'GORAN, Kouamé Michaël AMANI</i>	171-184
L'hésitation à la vaccination COVID-19 dans les communes de Bamako au Mali <i>Fatoumata Traore, Hamsatou Cisse, Ousmane Sy, Abdoulaye Coulibaly, Ghislain Poda</i>	185-192
Logiques du recours à la marche à pied comme forme de la mobilité spatiale des populations des quartiers périphériques de Daloa (Centre-ouest de la Côte d'Ivoire) <i>Atsé Laudose Miguel ELEAZARUS</i>	193-204
Personnalité et détresse psychologique, facteurs de risque de survenue de grossesse précoce en milieu scolaire : cas des élèves de l'enseignement secondaire d'Atakpamé <i>Folly-hola Ayeboua, Ati-mola Tchassama</i>	205-213
Déterminants psychosociaux de la vaccination contre la Covid19 dans le district de Bamako <i>Mamadou Sissoko</i>	214-221
Connaissances, attitudes et pratiques du personnel infirmier du centre hospitalier universitaire de Fann en matière d'infection à VIH <i>Gilder Sleeve TONFAK TEMGOUA, Khadim NIANG , Noel Magloire MANGA, Cheikh Tidiane NDOUR, Moussa SEYDI</i>	222-235
Evaluation du système de surveillance épidémiologique de la fièvre jaune dans le district sanitaire de Kadiolo, 2020 <i>Ousmane SY, Emilien Diarra, Mariam Samaké, Ousmane Dantoumé Touré, Lamine Doumbia</i>	236-248
Effets de l'annonce du diagnostic de la COVID-19 sur les voyageurs en Côte d'Ivoire <i>Kouamé N'dri</i>	249-264
Niveaux socio-économiques et recours au personnel de santé qualifié lors de l'accouchement en Côte d'Ivoire <i>Loukou Gilbert Konan</i>	265-283

L'inaccessibilité aux soins dans les urgences du Centre Hospitalier Universitaire de Cocody : Une problématique institutionnelle et sociétale <i>Kambé Yves Kambé</i>	284-297
Participation communautaire et amélioration de la malnutrition aiguë des enfants de moins de 5 ans au district sanitaire de Dori, Burkina Faso, 2019 <i>Berenger Kabore</i>	298-310
Profil des diabetiques de 20 ans a 79 ans de l'enquete nationale sur la prevalence et caracteristiques du diabete en Côte d'Ivoire <i>KONAN Yao Eugène, Ekissi Orsot TETCHI, EKOUE Franck Kokora, KONAN Loukou Gilbert , TANO-AKE Odile</i>	311-321
Revigoration d'un patrimoine culturel immateriel : la danse du Bara dans la commune rurale de Pogo en région de Ségou au Mali <i>Moussa dit Martin TESSOUGUE, Massa dit Bina MARIKO</i>	322-344
Analyse Bio culturelle et socio culturelle du parcours des Usagers de Drogue, de la dépendance à la remédiation. Cas du récit de vie d'un ex Usager de Drogues à Abidjan (Côte d'Ivoire) <i>Gnamien Konan</i>	345-360
Analyse de la politique de gestion des déchets solides ménagers et santé des populations dans la ville de Bondoukou Solid household waste management in the city of Bondoukou <i>Nambahigué Mathieu BAKARY, Hoho HIEN</i>	361-376

Type d'article: Recherche

La couverture maladie universelle au Sénégal : quand les facteurs socio-économiques expliquent l'adhésion et le recours aux mutuelles de santé à Ziguinchor (Sénégal)

Mamadou Aguibou DIALLO

Département de sociologie, Université Assane Seck de Ziguinchor, Sénégal

Email : madiallo@univ-zig.sn

RÉSUMÉ

Cet article s'intéresse aux rôles des perceptions socio-économiques dans l'adhésion et le recours à la Couverture Maladie Universelle (CMU) à Ziguinchor. En effet, la CMU est un programme national d'assurance santé lancé en 2013 par le gouvernement du Sénégal. Ce programme s'appuie sur les mutuelles communautaires de santé pour s'étendre et se développer. La CMU offre aux populations exclues du système de protection sociale un accès financier aux soins et structures de santé par le moyen d'une assurance santé subventionnée par l'Etat. S'appuyant sur une enquête par questionnaire auprès de 150 chefs de ménage, l'étude montre que les facteurs socio démographiques n'ont pas d'effet sur l'adhésion à la Couverture maladie Universelle à Ziguinchor. Au contraire, cette recherche montre d'une part qu'il y a un lien entre l'existence de besoins de soins dans le ménage et l'adhésion et d'autre part, les dimensions socio-économiques sont très importantes pour l'adhésion et le recours aux services de la Couverture Maladie Universelle.

Mots clés : adhésion, couverture maladie universelle, mutuelles de santé, perceptions, recours, Ziguinchor

Universal health coverage in Senegal: when socio-economic factors explain membership and use of mutual health insurance in Ziguinchor (Sénégal)

ABSTRACT

This article focuses on the roles of socio-economic perceptions in adherence to and use of Universal Health Coverage (UHC) in Ziguinchor. Indeed, the UHC is a national health insurance program launched in 2013 by the government of Senegal. This program relies on community health mutuals to expand and develop. It offers populations excluded from the social protection system financial access to health care and structures through subsidized health insurance. Based on a questionnaire survey of 150 heads of household, the study shows that socio-demographic factors have no effect on adherence to Universal Health Coverage in Ziguinchor. On the contrary, this research shows on the one hand that there is a link between the existence of care needs in the household and adherence and on the other hand, the socio-economic dimensions are very important for adherence. and the use of Universal Health Coverage services.

Keywords: membership, universal health coverage, health mutuals, perceptions, recourse, Ziguinchor

1. INTRODUCTION

Pour l'Organisation Mondiale de la Santé la couverture sanitaire universelle consiste à veiller à ce que l'ensemble de la population ait accès aux services préventifs, curatifs, de réadaptation et de promotion de la santé dont elle a besoin et à ce que ces services soient de qualité suffisante pour être efficaces, sans que leur coût n'entraîne des difficultés financières pour les usagers (Nauleau, Destremau, et Lautier, 2013). La Couverture Santé Universelle est reconnue par les Nations-Unies comme étant un volet très important pour toute société ou Etat qui aspire à un développement socio-économique durable. Car, la santé a un coût et une population exposée aux maladies est vulnérable. Aussi, les problèmes de santé arrivent bien souvent sans que l'on s'y attende et il est difficile de les prédire, du moins avec certitude. Il est également difficile de prévoir les sommes qu'il faudra déboursier pour se soigner (Lefèbre et Pestieau, 2017). C'est pourquoi les Nations-Unies dans le cadre des Objectifs du Développement Durable considèrent que permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge sont des conditions essentielles au développement durable. En outre, la Banque Mondiale estime que l'instauration de la couverture universelle et de l'équité en matière de santé est l'élément indispensable à la réalisation des objectifs mondiaux visant à éliminer l'extrême pauvreté d'ici à 2030 et à stimuler une prospérité partagée. Aussi, l'Organisation Mondiale de la Santé reconnaît la santé comme une priorité du développement et la couverture universelle en matière de santé constitue le concept le plus efficace que la santé publique puisse offrir.

Sur le plan théorique, les études socio-anthropologiques sur la couverture santé (ou maladie) universelle s'inscrivent dans une analyse globale de la vulnérabilité socio-sanitaire, de la justice sociale, de la protection sociale et de l'Etat-providence.

Pour les sociologues Gosta Esping-Andersen (2007) et François-Xavier Merrien (2007), les protections sociales sont du domaine de l'Etat-Providence. Ces dernières dépendent de la place que les individus occupent dans la hiérarchie de la division sociale du travail dans les sociétés contemporaines occidentales. L'offre de protection s'appuie sur le statut et la position de l'individu dans la société. Elle est généreuse pour ceux qui peuvent se l'offrir et répulsive pour les plus démunis ou les plus vulnérables. Il se pose ainsi des questions d'équité et d'égalité (Paul, 2019). Cependant, avec la couverture santé universelle, l'équité est garantie par le fait que tous les assurés reçoivent la même couverture (Grignon, 2002). C'est un principe de justice sociale très souvent assuré par le droit. Seulement, sous couvert d'un objectif considéré comme dé-politisé et technocratique pour atteindre la justice sociale, ce sont des considérations marchandes de la santé qui sont véhiculées (Fillol, Gautier, et Ridde, 2021) dans le cadre de la couverture universelle. Ce qui pourrait expliquer le non recours à la Couverture Maladie Universelle (CMU) observé dans certains pays occidentaux (Math, 1996).

Par ailleurs, des chercheurs comme Jean-Pierre Olivier de Sardan et Valéry Ridde (2012 ; 2014) vont s'intéresser au développement de la couverture santé universelle en Afrique subsaharienne en analysant les politiques de gratuité et en montrant les échecs récurrents, les défis et les contradictions qui empêchent certains pays ouest africains (Burkina Faso, Mali et Niger) de mettre en place un système de couverture sociale performant et pérenne. Ces défis concernent aussi bien la mise en place d'un système de protection sociale adéquat, généreux et performant que son extension à tous les citoyens (Diallo, 2020).

Au Sénégal, la couverture santé universelle est inscrite dans le programme national de couverture maladie universelle mise en place en 2013. Ce programme a pour objectif de faciliter l'accès financier aux soins et structures de santé des personnes ayant souvent de faibles revenus par leur intégration dans un système de mutualité santé pour leur permettre de bénéficier des mêmes soins que les personnes affiliées aux autres régimes de sécurité sociale (Diallo, 2014).

En 2022, le Sénégal compte 650 mutuelles de santé réparties dans 552 communes (Ly, Bassoum, Faye, 2022). Toutefois, les mutuelles de santé connaissent de nombreux dysfonctionnements (gouvernance, faiblesse et inadéquation de l'offre d'assurance, problème

de recouvrement, retard du paiement de la subvention publique, pauvreté et déficit de culture mutualiste) qui ont une influence négative sur les prestations et la prise en charge des bénéficiaires mais aussi sur leur développement (Sagna, Seck, Dia, et al., 2016). Cependant, les pouvoirs publics, les structures sanitaires et les mutuelles de santé essayent de mettre en œuvre des stratégies d'extension de la couverture santé aux catégories les plus vulnérables (Alenda-Demoutiez, 2016 ; Deville, Fecher-Bourgeois, et Poncelet, 2018) en enrôlant les bénéficiaires programme national de bourses de sécurité familiale et ceux détenteurs de *la Carte d'Egalité des Chances* (Sané, 2021). Par contre, les autres populations non couvertes doivent souscrire à la CMU à travers les mutuelles de santé communautaires dont l'adhésion est volontaire mais payante (droit d'inscription et cotisation). Seulement, l'adhésion à une mutuelle de santé n'est pas si évidente. De nombreux facteurs peuvent influencer les individus à souscrire à une assurance santé et à recourir aux prestations et aux services offerts.

La présente étude tente de comprendre les raisons qui poussent les populations de la commune de Ziguinchor à adhérer (ou à ne pas adhérer) au programme national de couverture maladie universelle. Notre question de recherche est la suivante : quels sont les déterminants de l'adhésion aux mutuelles de santé et à la CMU pour les populations de la commune de Ziguinchor ?

S'inspirant d'une démarche hypothético-déductive, nous formulons l'hypothèse suivante : Dans la commune de Ziguinchor, l'adhésion au programme national de Couverture Maladie Universelle est déterminée par les facteurs socio-économiques et les besoins en services et soins de santé des populations.

L'article est structuré autour de trois points. Premièrement, nous proposons une introduction dans laquelle nous faisons une revue de la littérature sur la couverture maladie universelle dans le contexte africain et sénégalais. Deuxièmement, nous présentons les matériaux et les méthodes mobilisés pour cette étude. Troisièmement, nous exposons et discutons les résultats obtenus grâce à une enquête par questionnaire auprès des ménages de la commune de Ziguinchor.

2. MATERIAUX ET METHODES

Cette étude est effectuée dans la ville de Ziguinchor, capitale régionale de la Casamance, à 450 km de Dakar. La ville compte 26 quartiers administratifs mais dans le cadre de ce travail, nous avons mené des enquêtes dans les neuf quartiers suivants : Néma, Kadior, Kénia, Boucotte, Kandialang, Goumel, Tilène, Lyndiane, Castor.

L'enquête par questionnaire a été réalisée auprès de 150 ménages de la commune de Ziguinchor.

L'échantillonnage choisi est la technique accidentelle ou par commodité. En fait, en l'absence d'une base de sondage, nous avons ciblé des quartiers populaires de Ziguinchor et avons administré les questionnaires aux chefs de ménage (71,3%) ou à un adulte (28,7%) dans le ménage. L'enquête par questionnaire s'est déroulée entre le 24 mai et le 08 juin 2022. Dans ce cadre, un questionnaire a été soumis aux responsables des ménages concernés. L'objectif était d'étudier leurs expériences et vécus et d'en tirer des enseignements pour l'avenir afin de mieux comprendre l'intérêt de la couverture maladie universelle pour les ziguinchorois.

La récolte des données s'est faite par le moyen de la plateforme *Kobotoolbox* et l'application *Kobocollect*. Ces deux outils numériques ont permis de mieux superviser la collecte, de sécuriser les informations et d'obtenir une base de données au format tableur (CSV, MS-Excel) exploitable avec les logiciels spécialisés (SPSS, R, STATA). Enfin, le traitement et l'analyse statistique des données ont été effectués par le moyen du logiciel SPSS 25. Le traitement a consisté à la vérification du contenu, au nettoyage la base de données, à la recherche des doublons, et à la gestion des données manquantes, des valeurs extrêmes et/ ou incohérentes.

3. RESULTATS ET DISCUSSIONS

Cette partie est consacrée à la présentation, à l'analyse et à la discussion des données empiriques collectées lors de l'enquête par questionnaire. Les informations recueillies portent sur les caractéristiques socio-démographiques et économiques des enquêtés, leur adhésion, leurs perceptions et le recours au programme de la couverture maladie universelle à Ziguinchor.

3.1. L'adhésion à la Couverture Maladie Universelle à Ziguinchor : quel rôle pour les caractéristiques socio-démographiques et économiques ?

L'enquête par questionnaire s'est faite auprès de 150 chefs de ménages (ou adultes) résidant dans la commune de Ziguinchor. Les données recueillies renseignent sur le profil socio-démographique et économique des personnes enquêtées ainsi que leurs perceptions sur la CMU.

Tableau 1: caractéristiques des chefs de ménage enquêtés

Tableau 1-1- SEXE			Tableau 1-5- SITUATION PROFESSIONNELLE		
	Effectif	Pourcentage		Effectif	Pourcentage
Femme	102	68,0	Agent de santé	2	1,3
Homme	48	32,0	Agent du bâtiment	7	4,7
Total	150	100	Autre	14	9,3
Tableau 1-2- SITUATION MATRIMONIALE			Commerçant	57	38,0
	Effectif	Pourcentage	Éleveur	5	3,3
Célibataire	14	9,3	Enseignement	8	5,3
Divorcé (e)	7	4,7	Étudiant	2	1,3
Marié(e)	111	74	Fonctionnaire	2	1,3
Veuf (ve)	18	12	Indépendant	2	1,3
Total	150	100	Restauratrice	2	1,3
Tableau 1-3- STATISTIQUES SUR L'ÂGE			Retraité	10	6,7
	Valide		Sans emploi	39	26,0
	Manquant	0	Total	150	100,0
Moyenne		45,96	Tableau 1-6- NIVEAU D'ETUDES		
Médiane		44,5		Effectif	Pourcentage
Mode		35	Aucun	35	23,3
Ecart type		14,6305	Élémentaire	47	31,3
Variance		214,052	Moyen	31	20,7
Minimum		20	Secondaire	21	14,0
Maximum		76	Supérieur	16	10,7
Percentiles	25	35	Total	150	100,0
	50	44,5	Tableau 1-7- QUARTIER DE RESIDENCE		
	75	57		Effectif	Pourcentage
Tableau 1-4- GROUPES D'AGES			Boucotte	21	14,0
	Effectif	Pourcentage	Castor	15	10,0
20-29	21	14,0	Goumel	11	7,3
30-39	35	23,3	Kadior	33	22,0
40-49	35	23,3	Kandialan	6	4,0
50-59	28	18,7	Kénia	7	4,7
60-69	18	12,0	Lyndiane	2	1,3
70-80	13	8,7	Néma	50	33,3
Total	150	100,0	Tilène	5	3,3
			Total	150	100,0

Source : enquête personnelle, mai-juin, 2022

A l'exploitation et à l'analyse des informations collectées (voir tableau 1), il ressort que : Premièrement, nous pouvons observer que les personnes interrogées résident dans des quartiers populaires comme Néma (33,3%), Kadior (22%) et Boucotte (14%). Deuxièmement, notre échantillon est composé de 68% de femmes contre 32% d'hommes. Les enquêtés ont en moyenne 04 d'enfants et près de trois enquêtés sur quatre sont des mariés (74%) ; Les célibataires font 9,3% de l'échantillon alors que les autres (divorcés (es) et veufs-ves) font presque 15%. Troisièmement, 1/3 des chefs de ménages interrogés, a un niveau d'études faible (31,3%) tandis que les non scolarisés représentent 23,3% de l'échantillon. Quatrièmement, les enquêtés ont un âge compris entre 20 et 76 ans. La moyenne d'âge est de 45,96 ans et l'âge médian est de 44,5 ans. Aussi, pour ce qui concerne le nombre d'enfants en charge dans le ménage, les statistiques descriptives renseignent que les personnes enquêtées ont en moyenne 04 enfants. Enfin, sur le plan professionnel, 64,1% des enquêtés ont une activité rémunératrice. Parmi ces travailleurs, 38% sont actifs dans le petit commerce.

Pour ce qui concerne le lien entre les caractéristiques socio-démographiques et l'adhésion à la CMU, les informations recueillies montrent que 60,7% des individus interrogés affirment adhérer à la CMU contre 39,3% de non adhérents. En outre, l'adhésion collective (87,9%) est la plus fréquente comparée aux autres types d'adhésion (5,5% pour l'adhésion individuelle et 6,6% pour l'enrôlement).

De plus, les données empiriques (tableau 2) renseignent que les femmes sont les plus nombreuses (72,5%) à affirmer adhérer à la CMU. Les hommes ne représentent que 27,5% des adhérents.

Tableau 2: répartition de l'échantillon selon le sexe et l'adhésion à la CMU

Sexe	Adhésion		
	Non	Oui	Total
Femme	61,0%	72,5%	68,0%
Homme	39,0%	27,5%	32,0%
Total	100%	100%	100%

Source : enquêtes personnelles, mai-juin, 2022

De même, comme on peut le voir dans le tableau 3 suivant, ce sont les mariés (67%) et les veufs-ves (16,5%) qui sont les plus nombreux parmi les assurés. Les célibataires représentent à peine le dixième des enquêtés adhérents (9,9%).

Tableau 3: répartition de l'échantillon selon la situation matrimoniale et l'adhésion à la CMU

Situation matrimoniale	Adhésion		Total
	Non	Oui	
Célibataire	8,5%	9,9%	9,3%
Divorcé (e)	1,7%	6,6%	4,7%
Marié(e)	84,7%	67,0%	74,0%
Veuf(ve)	5,1%	16,5%	12,0%
Total	100%	100%	100%

Source : enquêtes personnelles, mai-juin, 2022

Aussi, le tableau 4 suivant montre que le niveau d'études des adhérents est assez faible car plus de la moitié (53,9%) des enquêtés ont un niveau ne dépassant pas l'élémentaire et 74,8% ont un niveau inférieur ou égal au moyen (collège). Seuls 12,1% des répondants ont fait des études supérieures.

Tableau 4: répartition de l'échantillon selon le niveau d'études et l'adhésion à la CMU

Niveau d'études	Adhésion		Total
	Non	Oui	
Aucun	18,6%	26,4%	23,3%
Élémentaire	37,3%	27,5%	31,3%
Moyen	20,3%	20,9%	20,7%
Secondaire	15,3%	13,2%	14,0%
Supérieur	8,5%	12,1%	10,7%
Total	100%	100%	100%

Source : enquêtes personnelles, mai-juin, 2022

Enfin, le tableau 7 suivant renseigne que dans chaque corps de métier, les enquêtés adhérents sont les plus nombreux sauf pour les agents administratifs, les indépendants (42,9%) et les éleveurs (20%). Ce qui montre que le programme national de couverture maladie universelle a réussi à intéresser tous les corps de métier.

Tableau 5 : répartition de l'échantillon selon la profession et l'adhésion à la CMU

Profession	Adhésion		
	Non	Oui	Total
Agent de santé	0,0%	100,0%	100%
Ouvrier du bâtiment	0,0%	100,0%	100%
Autre (agents administratifs et indépendants)	57,1%	42,9%	100%
Commerçant	42,1%	57,9%	100%
Éleveur	80,0%	20,0%	100%
Enseignant	37,5%	62,5%	100%
Étudiant/Élève	50,0%	50,0%	100%

Source : enquêtes personnelles, mai-juin, 2022

Malgré ces résultats intéressants, les tests statistiques n'indiquent aucun lien entre l'adhésion et les caractéristiques socio-démographiques des enquêtés (âge, sexe, situation matrimoniale, niveau d'étude, ...) prises en compte dans cette étude. En effet, comme on peut le voir dans le tableau 6 suivant, les tests de khi-carré indiquent tous une p value supérieure à 0,05.

Tableau 6: résultats de tests statistiques (khi-carré de Pearson) entre l'adhésion et quelques caractéristiques sociodémographiques

Variables	Résultats du test de khi-carré de Pearson ¹		
Sexe	khi-carré =2,855	ddl=2	p=0,240
Situation matrimoniale	khi-carré =7,561	ddl=6	p=0,272
Statut marital (monogamie ou polygamie)	khi-carré =7,442	ddl=4	p=0,114
Profession	khi-carré =157,756	ddl=144	p=0,205
Niveau d'études	khi-carré =4,523	ddl=8	p=0,807
Quartier de résidence	khi-carré =72,848	ddl=56	p=0,065
Statut dans le ménage	khi-carré =0,781	ddl=2	p=0,677

Source : enquête personnelle, mai-juin, 2022

¹ Valeurs de khi-carré de Pearson, du degré de liberté (ddl) et la Signification asymptotique (bilatérale)

A ce niveau, l'étude du verbatim tiré du questionnaire (figure 1) montre que le programme est associé à la réduction des coûts des soins, à la diminution des prix des médicaments et à la facilitation de l'accès aux soins. En fait, les enquêtés associent la CMU à l'aspect économique avec la possibilité de bénéficier d'une réduction de coûts ou d'une diminution sur les frais de santé.

Par ailleurs, l'enquête a montré que le recours à la couverture maladie dépendait des besoins en soins. En effet, 63,5% de ceux qui affirment qu'ils ont un membre de la famille qui a fréquemment besoin des soins, ont adhéré à la CMU (tableau 7).

Tableau 7 : répartition de l'échantillon selon l'existence d'un besoin fréquent de soins et l'adhésion à la CMU

Besoin de prise en charge fréquente d'un membre du ménage dans les structures sanitaires		Adhésion à la CMU ?			Total
			Non	Oui	
	Pas de besoins en soins	5,7%	29,5%	64,8%	100%
	Besoins en soins	3,8%	32,7%	63,5%	100%
Total		4,7%	34,2%	61,1%	100%

Source : enquête personnelle, mai-juin, 2022

Ce taux important de recours confirme d'un côté, les résultats précédents qui montraient une influence des facteurs économiques et financiers sur l'adhésion. D'un autre côté, cela peut être expliqué par les perceptions qu'on qualifie de positive sur la CMU. En effet, les quelques extraits de discours (encadré 1) tenus par les adhérents montrent bien qu'ils ont une perception positive car ils affirment bénéficier des prestations et autres avantages en matière de soins et services de santé de la part du programme.

Encadré 1 : Extraits de discours des enquêtés sur les perceptions positives de la CMU

- Il arrive que mon enfant tombe malade et que je n'ai pas d'argent pour le soigner. Alors, j'utilise ma carte de soins donnée par la mutuelle de santé (Enquêté 3).
- Depuis mon adhésion j'ai constaté des changements nouveaux. Pour les médicaments ils m'ont beaucoup aidé car les prix ont diminué. (Enquêté 5).
- L'analyse des radios en le faisant à l'hôpital, je paie plus comme avant ; les prix ont diminué cause pour laquelle j'ai adhéré. C'est bien, ils m'aident vraiment même si je n'ai pas les moyens pour renouveler ma carte, mais ça va. (Enquêté 124).
- Il y a beaucoup d'avantages. Quand tu es malade, ils te prennent en charge et il y a des pharmacies cibles et si c'est à 5000 FCFA l'ordonnance, eux ils payent les 50% (Enquêté 78).
- J'utilise la carte pour soigner ma famille et je paie juste la moitié (Enquêté 70).
- Il y a des avantages parce qu'au poste de santé au lieu de payer le ticket à 250 FCFA, je donne juste 50 FCFA après la consultation (Enquête 123).

Source : enquête personnelle, mai-juin, 2022

Toutefois, la CMU n'est pas toujours positivement appréciée par l'ensemble de nos enquêtés. L'étude du verbatim dans le discours des enquêtés sur la CMU laisse entrevoir des frustrations et des déceptions. Ainsi, certains répondants ont une perception défavorable qu'on peut qualifier de négative de la CMU. L'analyse des discours à ce niveau montre que les enquêtés ne sont pas satisfaits car le programme ne permet pas d'accéder à toute la pyramide sanitaire et à toutes les prestations.

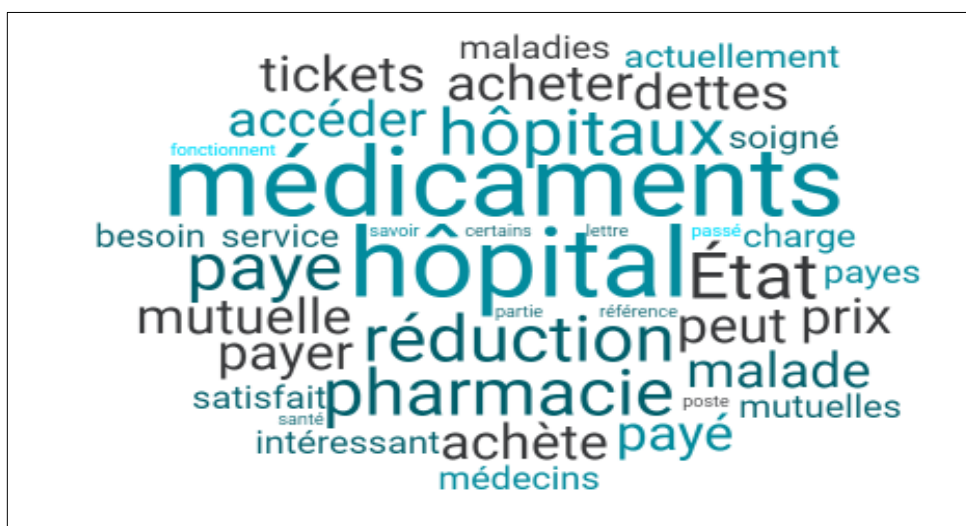


Figure 2 : Perceptions socio-économiques négatives sur la CMU

Source : enquête personnelle, mai-juin, 2022

Le nuage de mots ci-haut (figure 2) fait ressortir des discours sur la non accessibilité à l'hôpital, l'inexistence de médicaments dans les pharmacies au niveau des structures publiques et le taux remboursé dans les officines privées. Aussi, les enquêtés déplorent la dette de l'Etat au niveau des établissements de santé mais aussi des mutuelles de santé.

Encadré 2 : Extraits de discours des enquêtés sur les perceptions négatives sur la CMU

- Il n'y a pas d'avantages je suis obligé d'acheter les médicaments en dehors de l'hôpital. Ils disent tout le temps qu'ils n'ont pas les médicaments ; donc j'achète les médicaments dehors dans les pharmacies privées où il n'y a pas de réduction (Enquêté 96).
- Il n'y a pas d'avantages. Je tombe malade mais je n'arrive pas à utiliser la carte parce qu'on te dit tu dois payer. C'est la raison pour laquelle j'ai même arrêté mon adhésion (Enquêté 62).
- Quand tu pars à l'hôpital après on te dit de partir au centre de santé dit l'hôpital silence pour une signature avant d'aller à la pharmacie. Maintenant, ils refusent au centre de santé parce que l'état n'a pas payé, il y a des dettes. Je trouve que pour l'instant les cartes sont inutiles (Enquêté 28).
- Je ne trouve pas la carte intéressante parce que je ne peux pas me soigner avec car si j'ai besoin d'un ophtalmologue je ne peux pas l'avoir (Enquêté 117).
- Il y a peu d'avantages car on n'accepte pas certaines maladies comme le diabète (Enquêté 21)
- Notre souscription n'a pas de sens parce que quand on part à l'hôpital les médecins nous rejettent en nous disant que l'État ne paie pas (Enquêté 65).

Source : enquête personnelle, mai-juin, 2022

Les extraits de discours ci-dessus (encadré 2) montrent que certains enquêtés ne sont pas satisfaits de la CMU. Les raisons avancées sont liées à la restriction de l'accès aux hôpitaux et à la non prise en charge de certaines maladies chroniques, à caractère durable qui nécessitent de consulter un spécialiste. Il faut dire que la restriction se justifie par le fait que la CMU assure les soins de santé primaires au niveau des structures de santé telles les postes de santé et les centres de santé. Aussi, la non satisfaction est liée au fait que les enquêtés ne peuvent bénéficier des prestations et des services de santé à cause de la dette publique (de l'Etat) au niveau des hôpitaux².

² L'Agence Nationale de la Couverture Maladie Universelle, après certification de toutes les factures transmises avant le 28 mars 2020, estime la dette des Établissements publics de santé à 11.554.730.643 FCFA. Source :

4. CONCLUSION

Une année après la seconde alternance politique (2012), le Sénégal lance le programme de la Couverture Maladie Universelle (CMU) dont l'objectif est de faciliter l'accès et le recours aux soins et aux services de santé au Sénégal. Malgré des actions et stratégies plus ou moins adaptées, les résultats sont encore en deçà des objectifs fixés (75%), mais grâce aux enrôlements effectués par l'Etat et au rôle joué par les mutuelles de santé, près d'un sénégalais sur deux bénéficie d'une assurance maladie dans le cadre de la CMU. Cependant, ce taux national global cache des disparités car, dans plusieurs zones, les populations n'adhèrent pas ou ne sont pas couvertes par la CMU. Plusieurs facteurs peuvent expliquer la non adhésion des populations de Ziguinchor. Parmi ces facteurs, notre étude a montré que les perceptions socio-économiques ainsi que les besoins en soins sont très importants pour l'adhésion (ou la non adhésion) à la Couverture Maladie Universelle à Ziguinchor. Ce qui confirme notre principale hypothèse.

Actuellement, des expériences sont en cours dans certaines structures de santé de Dakar pour mieux informer les populations. En effet, des bureaux d'informations sur la CMU sont ouverts pour renseigner les patients et leurs accompagnants sur l'importance et le rôle de la CMU dans l'accès aux services et soins de santé. En outre, d'autres initiatives portant sur la décentralisation, le regroupement et la professionnalisation des mutuelles de santé sont en cours à l'intérieur du pays. En effet, avec le soutien de partenaires techniques et financiers, des Unités Départementales d'Assurance Maladie ont été mises en place dans deux régions du Sénégal. L'étude du fonctionnement de ces structures permet de voir que la transparence et la bonne gouvernance ont permis de renforcer la confiance des populations, l'accès et la qualité des soins. Enfin, les perceptions sociales ou socio-économiques devraient être prises en compte dans les politiques et programmes de protection sociale en général et la couverture maladie universelle en particulier.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Alenda-Demoutiez, J. (2016). *Les mutuelles de santé dans l'extension de la couverture maladie au Sénégal : Une lecture par les conventions et l'économie sociale et solidaire* (Thèse de doctorat). Université de Lille 1.
- Deville, C., Fecher-Bourgeois, F., et Poncelet, M. (2018). Les mutuelles de santé subventionnées comme instruments de la Couverture Maladie Universelle au Sénégal. *Communication Rencontre des Etudes Africaines en France (REAF)*, Marseille.
- Diallo, M. A. (2020). La protection sociale en Afrique : sur le chemin de l'universalisation, stratégies et défis. *RASPOS*, (25), 300-311.
- Diallo, M. A. (2014). *La protection sociale au Sénégal : l'exemple des ouvriers du bâtiment à Dakar* (Thèse de doctorat). UBO. Repéré le 15 mars 2022 à <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01150209>
- Esping-Andersen, G. (2007). *Les trois mondes de l'État-providence: Essai sur le capitalisme moderne*. Puf. <https://doi.org/10.3917/puf.espin.2007.01>
- Fillol, A., Gautier, L., et Ridde, V. (2021). L'avènement de la couverture sanitaire universelle dans la gouvernance globale. *Revue internationale des études du développement* (247), 139-172.
- Grignon, M. (2002). Quel filet de sécurité pour la santé ? Une approche économique et organisationnelle de la couverture maladie universelle. *Revue française des affaires sociales*, (2), 143-176. doi.org/10.3917/rfas.022.0143

<http://www.finances.gouv.sn/lanacmu-la-dette-due-aux-hopitaux-apuree-a-hauteur-de-9426/> (consulté le 30 novembre 2022).

- Lefèbvre, M., et Pestieau, P. (2017). Chapitre 8. Santé. Dans L. Mathieu, et P. Pierre, *L'État-providence. Défense et illustration* (pp. 139-164), Paris: Puf.
- Ly, M.S., Bassoum, O., Faye A. (2022) A Universal health insurance in Africa: a narrative review of the literature on institutional models. Repéré le 30 novembre 2022 à <https://gh.bmj.com/content/bmjgh/7/4/e008219.full.pdf>
- Merrien, F. (2007). *L'État-providence*. Puf. <https://doi.org/10.3917/puf.merri.2007.01>
- Nauleau, M., Destremau, B., et Lautier B. (2013). En chemin vers la couverture sanitaire universelle : Les enjeux de l'intégration des pauvres aux systèmes de santé. *Revue Tiers Monde* (215), 129-148. doi.org/10.3917/rtm.215.0129
- Olivier de Sardan, J-P et Ridde, V. (2014). *Une politique publique de santé et ses contradictions : la gratuité des soins au Burkina Faso, au Mali et au Niger*, Paris, Karthala.
- Olivier de Sardan, J-P. et Ridde, V. (2012). L'exemption de paiement des soins au Burkina Faso, Mali et Niger: Les contradictions des politiques publiques. *Afrique contemporaine*, 243, 11-32. <https://doi.org/10.3917/afco.243.0011>.
- Paul, E. D. (2019). How is equity approached in universal health coverage? An analysis of global and country policy documents in Benin and Senegal. *Int J Equity Health*, 18 (195). <https://doi.org/10.1186/s12939-019-1089-9>
- Ridde, V. et Mbow, S. N. B. (2021), « Vers une couverture sanitaire universelle en 2030 ? : réformes en Afrique subsaharienne », [Post-Print hal-03365236](https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-03365236), HAL.
- Ridde, V. (2004). L'initiative de Bamako 15 ans après : Un agenda inachevé, The International Bank for Reconstruction and Development. Récupéré le 09 août 2022 à : <https://www.healthresearchweb.org/files/BamakoInitiativeReview.pdf>.
- Sagna, O., Seck, I., Dia, A., et al., e. (2016). Étude de la préférence des usagers sur les stratégies de développement de la couverture sanitaire universelle à travers les mutuelles de santé dans la région de Ziguinchor au sud-ouest du Sénégal. *Bull. Soc. Pathol. Exot.*, 109, 195-206.
- Sané, R. (2021). *Mutuelles de santé communautaires et prise en charge sanitaire des populations de la commune de Ziguinchor* (Mémoire de master), UASZ, Ziguinchor.
- Seck, I., Dia, A. T., Sagna, O., et Leye, M. M. (2017). Déterminants de l'adhésion et de la fidélisation aux mutuelles de santé dans la région de Ziguinchor (Sénégal). *Santé Publique*, 29(1), 105-114.

© 2023 DIARRA, 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>)

Note de l'éditeur

Bamako Institute for Research and Development Studies Press reste neutre en ce qui concerne les revendications juridictionnelles dans les publications des cartes/maps et affiliations institutionnelles.

Article

Facteurs associés aux retards à la première consultation prénatale dans le district sanitaire de Kouibly (Côte d'Ivoire).

N'Dri Kouamé Mathias¹, Olou N'Guessan Luc², Koffi Koffi Abdoul², Moussoum Ludovic Martial³, Zoua Kakou Arnould Gomez²

¹*Département d'épidémiologie et de recherche clinique, Institut Pasteur de Côte d'Ivoire,

²Service de Gynécologie-Obstétrique du Centre Hospitalier et Universitaire de Yopougon, Côte d'Ivoire,

³Centre de santé urbain de Totodrou, district sanitaire de Kouibly, Côte d'Ivoire

* correspondance : ndri_kmat@yahoo.fr; tel : +225 0505039457

Résumé

Les retards à la première consultation prénatale sont responsables d'une augmentation de la morbi-mortalité maternelle et néonatale. Cependant, en Côte d'Ivoire, sa prévalence est très élevée allant à l'encontre des recommandations de l'Organisation mondiale de la santé. Cette étude vise à identifier les facteurs associés aux retards à la première consultation prénatale au centre de santé urbain de Totodrou. Nous avons conduit une enquête transversale descriptive analytique sur une période de six (06) mois allant du 16 août 2017 au 25 février 2018. Les facteurs associés aux retards à la première consultation prénatale ont été identifiés à travers une régression logistique multivariée au seuil de significativité de 5%. Au total, 210 mères ont été incluses dans l'étude et leur âge moyen était 24,88 ans. Plus de 95% des mères enquêtées vivaient en couple. Seulement, un peu moins de 7% de ces femmes avaient un niveau secondaire. Le niveau d'instruction (OR=0,02 [0,07-0,62], p=0,005), la connaissance de la période de la première consultation prénatale (OR=2,87 [1,22-6,75], p=0,015) et la connaissance du rôle de la consultation prénatale dans la prévention du paludisme (OR=3 [1,26-7,10]) étaient associés aux retards à la première consultation prénatale. Il est donc indispensable de renforcer les connaissances des femmes sur les bienfaits de la consultation prénatale précoce.

Mots clés. Soins prénataux, Premier trimestre de grossesse, Absentéisme des patients, Côte d'Ivoire

Abstract

Delays in the first prenatal consultation are responsible for an increase in maternal and neonatal morbidity and mortality. However, in Ivory Coast, its prevalence is very high, going against the recommendations of the World Health Organization. This study aims to identify the factors associated with delays in the first prenatal consultation at the urban health center of Totodrou. We conducted an analytical descriptive cross-sectional survey over a period of six (06) months

from August 16, 2017, to February 25, 2018. The factors associated with delays in the first prenatal consultation were identified through a multivariate logistic regression at the significance level by 5%. A total of 210 mothers were included in the study and their average age was 24.88 years. More than 95% of the mothers surveyed lived with a partner. Only, a little less than 7% of these women had a secondary level. Level of education (OR=0.02 [0.07-0.62], $p=0.005$), of knowledge of the period of the first prenatal consultation (OR=2.87 [1.22-6.75], $p=0.015$) and knowledge of the role of prenatal consultation in the prevention of malaria (OR=3[1.26-7.10]) were associated with delays in the first prenatal consultation. It is therefore essential to strengthen women's knowledge of the benefits of early prenatal consultation.

Keywords. Prenatal Care, First Pregnancy Trimester, No-Show Patient, Ivory Coast.

1. Introduction

La consultation prénatale (CPN) représente l'une des trois grandes interventions en santé maternelle nécessaire à la réduction de la mortalité maternelle dans le monde (Cleland et al., 2006). Elle constitue donc une composante essentielle des services de santé pour améliorer la santé maternelle et néonatale. Selon les recommandations 2016 sur les soins prénatals pour que la grossesse soit une expérience positive de l'organisation mondiale de la santé (OMS)(Organisation mondiale de la Santé, 2017), la première CPN (CPN1) doit se tenir avant la seizième semaine d'aménorrhée (16 SA) afin de dépister précocement les complications liées à la grossesse au début et instaurer une intervention adaptée.

Cependant, dans les pays à ressource limitée, les programmes de soins prénatals souffrent d'un dysfonctionnement lié à une mauvaise exécution, un retard à la CPN1 et une irrégularité des visites effectuées (Kisuule et al., 2013; Damme, 2015; Fisseha et al., 2015) occasionnant un taux élevé de morbi-mortalité maternelle et néonatale.

En Côte d'Ivoire, selon les données de la 5^{ème} enquête par grappe à indicateurs multiples réalisée en 2016 (Institut national de la statistique (INS), 2016), seules environ 34% des femmes ont effectué leur CPN1 et les autres (environ 66%) après 16 SA malgré la gratuité ciblée des soins instaurée par l'état de Côté d'Ivoire au profit des femmes enceintes. Bien que le retard à la première consultation prénatale des femmes enceintes en Côte d'Ivoire soit un défi bien reconnu à relever, les études visant à identifier les facteurs associés à cette pratique sont rares. Quels sont donc les raisons de l'échec d'une fréquentation précoce des centres de santé de celles-ci au début de la grossesse ?

Pour répondre à cette question, nous avons décidé de mener cette étude dont l'objectif était d'identifier les facteurs associés au retard à la première CPN en Côte d'Ivoire.

2. Matériels et méthodes

2.1.Cadre de l'étude

L'étude a été effectuée dans l'aire sanitaire du Centre de Santé Urbain (CSU) de Totrodrou. C'est une localité située à l'ouest de la Côte d'Ivoire, dans le département de Kouibly dont il est distant de 20 km. C'est une sous-préfecture à caractère rural qui abrite trois Établissements Sanitaires de Premier Contact (ESPC) dont un Centre de Santé Urbain (CSU) et deux

Dispensaires Ruraux (DR). L'aire sanitaire du CSU de Totrodrou couvre quatre villages dont un village centre (Totrodrou) et trois villages satellites (Nenandy-Tébao 1, Datouzon et Baou 1), tous situés à moins de 5 km du centre de santé. L'agriculture est l'activité principale de la population de cette localité.

2.2.Type d'étude

L'étude était de type transversal à visée descriptive et analytique par enquête communautaire, réalisée sur une période de (06) mois allant du 16 août 2017 au 25 février 2018 auprès des mères ayant un enfant âgé d'au plus 2 ans au moment de l'enquête et ayant accepté de participer à l'enquête après consentement éclairé verbal.

2.3.Population d'étude

L'étude s'est déroulée auprès des mères par une enquête communautaire. Ont été incluses dans cette étude toutes les mères de l'aire sanitaire du CSU de Totrodrou ayant un enfant âgé d'au plus 2 ans au moment de l'enquête et ayant accepté de participer à l'enquête après consentement éclairé verbal. N'étaient pas incluses dans l'enquête les mères ne disposant pas de carnet mère-enfant.

2.4.Échantillonnage de l'enquête

La taille de notre échantillon a été estimée par la formule suivante : $N = Z^2 P (1-P)/m^2$ où P représente la proportion des CPN au premier trimestre de grossesse dans l'aire sanitaire (14% selon le rapport bilan), Z le niveau de confiance à 95% soit 1.96 et m la marge d'erreur que nous avons fixée à 5%(Gumuchian & Marois, 2018). Selon le calcul de la taille de l'échantillon, au moins 185 femmes devaient être enquêtées. Ce nombre a été portée à 210. Il a été effectué un échantillonnage aléatoire systématique à partir des données de recensement des ménages de 2016 de l'aire sanitaire réalisé par les Agents de Santé Communautaire (ASC). Au total, 2500 ménages avaient été dénombrés et le pas de sondage était donc de 2500/210 soit 12. Le premier ménage a été tiré au hasard puis nous avons ajouté 12 pour trouver le ménage suivant et ainsi de suite jusqu'à obtenir tous les ménages.

2.5.Recueil des données

L'enquête a été conduite par deux enquêteurs préalablement formés à l'aide d'un questionnaire testé. Pour assurer la confidentialité, il a été procédé à des entretiens individuels d'une durée d'environ 30 minutes. En outre un numéro anonyme été attribué à chaque participant. Lors de notre passage, seules les femmes allaitantes vues dans les ménages ont été interviewées. Lorsqu'elles étaient absentes, un rendez-vous était pris pour une rencontre. En l'absence de femmes allaitantes dans le ménage nous passions au ménage qui le suivait directement. Le questionnaire était relatif aux caractéristiques socio-démographiques (âge, profession, statut matrimonial, niveau d'instruction, niveau d'instruction du conjoint, lieu de résidence), aux antécédents et caractéristiques génésiques (gestité, parité, antécédent de perte d'un enfant,

grossesse désirée), à la connaissance en matière de CPN et aux pratiques autour de la grossesse. L'âge de la grossesse à la première consultation prénatale (CPN1) a été obtenu à partir de l'examen du carnet mère-enfant. Le retard à la CPN au premier trimestre était défini comme toute première CPN intervenue au-delà du troisième mois de grossesse.

2.6. Analyse des données

La saisie de nos données a été réalisée à partir du logiciel EPI Data version 3.1 et l'analyse par le logiciel Stata 15. La comparaison des proportions a été faite par le test Chi-2 (χ^2), et le test de Fischer lorsque les conditions d'application du χ^2 n'étaient pas réunies. Le seuil de significativité était fixé à 5%. Les variables quantitatives étaient présentées en moyenne $\pm$ déviation standard (DS) et les variables qualitatives en effectifs et pourcentages. Ensuite, les variables explicatives ont été croisées avec la variable d'intérêt (Retard à la CPN1) et les associations ont été testées à l'aide de tests de Chi carré ou de test exact de Fischer. Le seuil de significativité était fixé à 5%.

Pour l'analyse multivariable, une régression logistique multivariée a été utilisée. Les variables explicatives liées à la variable à expliquer avec une p-valeur inférieure à 0,25 ont été introduites dans le modèle constituant ainsi le modèle multivarié (variables éligibles). Aussi, l'âge qui a un fort risque de confusion a été maintenu dans le modèle quel que soit le degré de significativité statistique.

2.7. Considérations éthiques

L'étude a été réalisée avec l'approbation du district sanitaire de Kouibly. En outre, pour préserver la confidentialité des sujets, les questionnaires ont été rendus anonymes et codés. Tous les informations recueillies ont été gardés dans un lieu sûr et accessible qu'aux personnes autorisées par les responsables de l'étude.

3. Résultats

3.1. Les caractéristiques socio-démographiques des enquêtées

L'étude a concerné 210 mères d'enfants âgés d'au plus deux ans. Le tableau I présente les caractéristiques générales des participants. L'âge moyen des participants était de $24,88 \pm 0,44$ ans avec des extrêmes allant de 14 à 46 ans.

La tranche d'âge de 18 à 35 ans était la plus représentative, soit plus de 3/5ème de la population d'étude. Les mères enquêtées étaient pour la plupart ménagère (86,19%) et vivaient en couple (95,24%). Seulement, un peu moins de 7% de ces femmes avaient un niveau secondaire. Cependant, plus de 1/3 de leur partenaire avaient un niveau secondaire ou supérieur. Plus de 3/5ème de ces enquêtées vivaient hors de la localité qui abrite le CSU.

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques des femmes enquêtées

Caractéristiques (N=210)	sociodémographiques	Effectifs	%	Retard CPN1*** (n = 167)	p- value*
Age (ans)					<i>0,319</i>
< 18 ans		29	13,8	22(75,86%)	
18 – 35 ans		165	78,6	139(78, 79%)	
> 35 ans		16	7,6	15(93, 75%)	
En couple					<i>0,100</i>
Oui		200	95,24	157(78,50%)	
Non		10	4,76	10 (100,00%)	
Profession					<i>0,307</i>
Ménagère		181	86,19	146(80, 66%)	
Autre		29	13,81	21 (72, 41%)	
Profession du partenaire					<i>0,455</i>
Agriculteur		167	80,29	135 ((80,84%)	
Autre		41	19,71	31 (75,61 %)	
Niveau étude					<i>0,003</i>
Aucun		82	39,05	87 (87, 50 %)	
Primaire		114	54,29	82 (71,93 %)	
Secondaire		14	6,67	10 (71,43%)	
Niveau étude du partenaire					<i>0,326</i>
Aucun		40	19,05	87 (87, 50%)	

Caractéristiques (N=210)	sociodémographiques	Effectifs	%	Retard CPN1*** (n = 167)	p- value*
Primaire		96	45,71	76 (79, 17 %)	
Secondaire/supérieur		74	35,24	56 (75, 68 %)	
Résidence à Totrodou					0,725
Oui		83	39,52	65 (78,31 %)	
Non		127	60,48	102 (80,31%)	
Religion					0,057
Christianisme		139	66,19	107(76, 98 %)	
Islam		20	9,52	20 (100,00 %)	
Traditionnelle/sans religion		51	24,29	40 (78,43 %)	
Religion du partenaire					0,326
Christianisme		40	19,05	37 (87, 50 %)	
Islam		96	45,71	76 (79,17 %)	
Traditionnelle/sans religion		74	35,24	56(75,68 %)	

***Pearson's Chi-squared test**

**** Fisher's exact**

*****CPN1 : Première consultation prénatale**

3.2.Les caractéristiques génésique et connaissance en matière de CPN

À propos des consultation, 79,52% des femmes ont réalisé leur première consultation prénatale en retard. Le tableau II présente l'ensemble des caractéristiques génésique. Un peu moins de la

moitié de ces femmes enquêtées étaient multigestes et multipares. Un peu moins de 1/ 3 d'entre eux avaient connu un avortement et 19 % avait perdu au moins un enfant.

En ce qui concerne leur connaissance de la consultation prénatale, environ 9 femmes sur 10 ont affirmé n'avoir jamais été sensibilisées sur la consultation prénatale. Cependant, plus de la moitié connaissait la période de la première consultation prénatale et 83% d'entre elles savaient que la consultation prénatale était gratuite.

Concernant la réalisation de la consultation prénatale, seulement 22% ont affirmé pouvoir prendre elles-mêmes la décision de cette consultation. Les pratiques traditionnelles concernaient plus de 3/5ème des enquêtées. Plus de la moitié des femmes cachaient leur grossesse avant sa visibilité et un peu moins de 1/3 consultaient une matrone au cours de la grossesse.

Tableau II : Caractéristique génésique, connaissance, pratique et attitude autour de la grossesse

Caractéristiques des participants (N=210)	Effectifs	%	Retard CPN1*** (n = 167)	p- value*
Antécédents et caractéristiques génésiques				
Gestité				0,084**
Primigeste	25	11,90	18 (72, 00 %)	
Multigeste	101	48,10	76(75,25 %)	
Grande multigeste	84	23,33	73(86, 90%)	
Parité				0,067
Nullipare	33	15,71	22 (66,67 %)	
Primipare	39	18,57	28 (71, 79 %)	
Multipare	89	42,38	75 (84,27 %)	
Grande multipare	49	23,33	42 (85, 71%)	
Antécédent Avortement				0,403
Oui	67	31,90	51 (76,12 %)	
Non	143	68,10	116 (81,12%)	
Antécédent de perte d'un enfant				0,301
Oui	41	19,52	35 (85,37 %)	
Non	169	80,48	132 (78,11%)	
Grossesse désirée				0,271
Oui	152	72,38	118 (77,63 %)	
Non	58	27,62	49 (84,48 %)	
Connaissances en matière de CPN				
Sensibilisé sur la CPN				0,778
Oui	22	10,48	118(81,82%)	
Non	188	89,52	149(79,26%)	
Connaissance de la période de la CPN1				0,026
Oui	125	59,52	93 (74, 40 %)	

Caractéristiques des participants (N=210)	Effectifs	%	Retard CPN1*** (n = 167)	p- value*
Non	85	40,48	74 (87, 06 %)	
Connaissance du nombre minimal de CPN				0,798
Oui	47	22,38	38 (80,85 %)	
Non	163	77,62	129 (79,14 %)	
Connaissance de la gratuité des CPN				0,146
Oui	175	83,33	136 (77,71%)	
Non	35	16,67	31 (88, 57 %)	
Connaissance de la prévention du paludisme en CPN				0,008
Oui	104	49,52	75 (72,12 %)	
Non	106	50,48	92 (86, 79 %)	
Connaissance de la prévention de l'Anémie en CPN				0,267
Oui	50	23,81	37 (74,00 %)	
Non	160	76,19	130 (81,25 %)	
Pratique et attitude autour de la grossesse				
Prise de décision pour la CPN par la femme				0,633
Oui	48	22,86	37 (77,08	
Non	162	77,14	130 (80,25%)	
Existence de pratiques traditionnelles				0,441
Oui	136	64,76	106 (77, 94 %)	
Non	74	35,24	61 (82, 43 %)	
Cache de la grossesse avant sa visibilité				0,156
Oui	113	53,81	94 (83,19 %)	
Non	97	46,19	73 (75, 26 %)	
Consultation de matrone pendant la grossesse				
Oui	67	31,90	54 (80,60%)	0,792
Non	143	68,10	113(79,02%)	

*Pearson's Chi-squared test

** Fisher's exact

***CPN1 : Première consultation prénatale

3.3.Les facteurs associés aux retards à la CPN1

Le tableau III montre les résultats de l'analyse multivariée.

A l'issue de l'analyse multivariée, trois facteurs étaient associés aux retards à la CPN1. Comparée à une femme qui n'est pas instruite, celle ayant le niveau primaire étaient moins susceptible d'avoir une CPN1 tardive (aOR=0,02 [0,07-0,62]). En outre, la connaissance de la période de la CPN1 était significativement associée à la CPN1 tardive (aOR=2,87 [1,22-6,75],

p=0,015). De même la connaissance du rôle de la CPN dans la prévention du paludisme était significativement associée à la CPN1 tardive (aOR=3 [1,26-7,10]).

Tableau III: Facteurs associés au retard de la première CPN

Variable	aOR	p-value	IC à 95%)
Caractéristiques sociodémographiques			
Age (ans)			
< 18 ans	1		
18 – 35 ans	0,77	0,685	[0,22-2,68]
> 35 ans	3,26	0,345	[0,28-38,05]
Niveau étude			
Aucun	1		[
Primaire	0,22	0,005	[0,07-0,62]
Secondaire	0,43	0,300	[0,08-2,11]
Antécédents et caractéristiques génésiques			
Gestité			
Primigeste	1		[
Multigeste	0,46	0,383	[0,08-2,60]
Grande multigeste	0,81	0,849	[0,10-6,61]
Parité			
Nullipare	1		
Primipare	2,11	0,367	[0,41-10,69]
Multipare	4,06	0,084	[0,82-19,93]
Grande multipare	2,63	0,330	[0,37-18,47]
Connaissances en matière de CPN			
Connaissance de la période de la CPN1			
Oui	1		
Non	2,87	0,015	[1,22-6,75]
Connaissance de la gratuité des CPN			
Oui	1		
Non	1,81	0,328	[0,54-6,03]
Connaissance de la prévention du paludisme en CPN			
Oui	1		
Non	3,00	0,012	[1,26-7,10]
Cache de la grossesse avant sa visibilité			
Oui	1		
Non	0,50	0,073	[0,23-1,06]

4. Discussion

Dans notre échantillon de 210 femmes, la CPN a été tardive chez 79,5% des femmes. Cette valeur est nettement inférieure à celle estimée par la dernière enquête nationale (Enquête Démographique et de Santé) réalisée en 2012 qui était de 70 % (Institut National de la Statistique (INS) et ICF International, 2012). Cette proportion reste également très supérieure aux résultats d'études antérieures à la nôtre réalisées en Côte d'Ivoire. En effet, Konan(KONAN et al., 2008) et Abauleth (ABAULETH et al., 2007) trouvaient respectivement 47,1 % en 2007 et 39,75 % en 2008 à Abidjan. Cette différence est importante malgré le nombre d'années qui séparent ces études. Cela pourrait s'expliquer en partie par le fait qu'en Côte d'Ivoire les pratiques traditionnelles autour des grossesses sont moins courantes dans les grandes villes par rapport aux petites localités situées loin de la capitale économique. La prévalence du retard à la CPN1 estimée dans la présente étude reste toujours supérieure aux résultats d'études réalisées en Afrique subsaharienne (DIALLO et al., 2000; Kayembe & Mafuta, 2011; N'Diaye et al., 2005). Celles-ci pourraient être expliquées par les modalités de sélection et les méthodologies d'analyse. La plupart de ces auteurs ont étudié ces phénomènes dans des centres de santé incluant des centres de référence et sur des populations plus élevées que la nôtre.

Dans notre étude, l'âge moyen des femmes était 24,88 ans dont plus de la moitié (78,6%) avaient un âge compris entre 18 et 35 ans. Le retard à la CPN1 a été constaté chez 93, 75% des femmes âgées de plus de 35 ans. Aucune association entre les tranches d'âge et le retard à la CPN n'a été montrée. Cependant, les femmes de plus de 35 ans constituent la tranche d'âge réputée pour les CPN tardives (Kayembe & Mafuta, 2011; N'Diaye et al., 2005). Cela s'expliquerait par la honte qu'éprouve la femme pour continuer sa vie reproductive au-delà de 34 ans tel que l'explique Dieye (N'Diaye et al., 2005).

Dans notre étude, les femmes qui ne sont pas instruites sont moins susceptibles au retard à la CPN1 par rapport à celles ayant un niveau primaire (aOR=0,02 [0,07-0,62]). L'étude d'Ewunetie (Ewunetie et al., 2018) réalisée en Éthiopie a montré que les femmes sans instruction avaient une probabilité de retard à la CPN1 plus élevée comparativement aux femmes ayant un niveau d'instruction supérieur (aOR=2,2 [1,10–4,68]). Les deux études, la nôtre et celle d'Ewunetie n'ont pas pu montrer d'association entre tous les différents niveaux d'instruction et le retard à la CPN1. Cela pourrait s'expliquer par le fait que l'instruction n'est pas toujours synonyme de connaissance des questions portant sur les inconvénients d'une CPN1 tardive. Le niveau d'instruction permet de mieux comprendre les questions de santé de façon générale lorsqu'elles font objet de sensibilisation. En d'autre thème, quel que soit le niveau d'instruction, la sensibilisation est nécessaire pour l'adoption de comportement de santé adéquat.

Plusieurs études (Kayembe & Mafuta, 2011; Kochou & Rwenge, 2014; Laing et al., 2017) ont diversement interprété la relation existant entre la religion et le recours aux soins prénatals. Dans son étude qui incluait des femmes enceintes et allaitantes, Mafuta (Kayembe & Mafuta, 2011) avait montré que le fait pour la femme d'appartenir à la religion musulmane réduisait la probabilité d'avoir une CPN1 en retard (OR=0,240 ; p=0,05) par rapport aux femmes appartenant à la religion catholique. Ce qui n'est pas le cas dans notre étude où l'association

n'a pu être prouvée. Cette différence pourrait s'expliquer par le faible effectif de musulmane dans notre étude, soit 9,52% des répondantes.

En outre, toutes les femmes de religion musulmane de notre étude ont eu un retard à la CPN1. L'étude de Barrère (Ouagadjio et al., 1998) réalisée au Tchad, avait montré que plus de la moitié (75%) des naissances issues des mères de religion musulmane n'avait pas eu une CPN1 au premier trimestre. Les grossesses extraconjugales mal acceptées et la perception de la consultation prénatale chez les femmes musulmanes pourraient donc participer au retard aux soins prénatals au sein des femmes musulmanes (Laing et al., 2017). Cela suggère d'étudier les perceptions et les attitudes des femmes musulmanes vis-à-vis de la consultation prénatale pour mieux comprendre ce type de comportement de santé.

Dans ce présent travail, les femmes qui ne connaissaient pas la période de la CPN1 avaient presque 3 fois plus de risques d'avoir un retard à la CPN1 par rapport à celles qui connaissaient cette période (aOR=2,87; [1,22-6,75]). De même celles qui ne connaissaient pas le rôle de la CPN1 dans la prévention du paludisme avaient 3 fois plus de risques d'avoir un retard à la CPN1 par rapport à celles qui connaissaient (aOR= 3 [1,26-7,10]). De ce fait, l'ignorance des femmes sur la période et les avantages de la CPN1 peut être un frein à l'initiation précoce des CPN. Les résultats de ce travail corroborent ceux de plusieurs études qui montrent que l'ignorance des risques est associée au retard de CPN1 (Khan et al., 2005; Mugo et al., 2015; N'Diaye et al., 2005). Une sensibilisation axée sur le rôle de la CPN1 dans la prévention des maladies susceptibles de menacer la vie du fœtus et celle de la mère contribuera incontestablement à un changement de comportement des femmes en matière de CPN1.

La plupart des enquêtées avaient eu au moins deux grossesses (88 %) et au moins deux accouchements (65 %) parmi lesquelles seules 14 % et 15 % respectivement se sont présentées au premier trimestre de leur grossesse. Nos résultats sont presque similaires à ceux de Ndidi (Ndidi & Oseremen, 2010) au Nigéria qui avait trouvé qu'environ 80 % des multipares étaient en retard à leur première CPN. Cependant, dans la nôtre aucune association entre le nombre de grossesses et le retard à la CPN1 n'a été mise en évidence. Ce qui est contraire à l'étude de Amtatachew (Zegeye et al., 2013) qui a montré que les mères qui n'ont aucune expérience en matière d'accouchement étaient susceptibles de consulter au moins trois fois plus tôt que les multipares. Ceci correspond en outre, aux résultats de Mafuta (Kayembe & Mafuta, 2011) qui avait montré une association entre la fréquentation tardive des CPN et la multiparité, la multigestité. Dans tous les cas, l'éducation sanitaire des femmes sur les questions de la grossesse doit cibler tous les classes d'âge à partir de l'adolescence quelques soit le nombre de grossesses et d'accouchements.

Le retard dans la prise de décision pour consulter un service de santé est l'un des facteurs les plus importants qui déterminent la mortalité maternelle en Afrique (Cham et al., 2005). Dans notre étude, la décision d'aller en CPN est prise en grande partie par le conjoint ou les parents (77,14%). Cependant, il n'a pas été trouvé d'association entre le retard à la CPN1 et celui qui prenait la décision de la CPN. Anouan, (Judicaël et al., 2018) dans son étude réalisée en milieu périurbain trouvait des proportions presque similaires aux nôtres (72%). Les décisions des

femmes enceintes étant considérablement influencées par leur mari (Hilaire, 2017), il conviendrait de trouver des stratégies pour la sensibilisation des conjoints des femmes enceintes afin d'accroître leur adhésion à la CPN.

En ce qui concerne les croyances autour des grossesses, on note dans ce travail la persistance de croyance néfaste. En effet, plus de la moitié des femmes (54 %) ont déclaré que la grossesse devrait être cachée à son début. Parmi elles, la majorité (83,19 %) a eu un retard à la CPN1. Cependant, l'association entre cette croyance et le retard à la CPN1 n'a pu être montrée, contrairement à Ndiaye (N'Diaye et al., 2005) qui a montré cette association. Le fait de cacher la grossesse pourrait donc être un frein pour les femmes enceintes pour débiter précocement les CPN. En milieu rural, selon certaines croyances, la grossesse doit être gardée secrète pour éviter de mauvais sorts (Kayembe & Mafuta, 2011; Kochou & Rwenge, 2014). Il va s'en dire que des efforts considérables devront être entrepris pour réduire cette influence culturelle sur la fréquentation des services de soins prénatals. Une vue d'ensemble des croyances ou des façons coutumières de voir la grossesse comme devant être cachée mérite une étude plus approfondie de ces raisons et de la façon d'en tenir compte.

La principale limite de cette étude est l'existence de biais de désirabilité sociale découlant de l'auto déclaration. Pour minimiser ce biais, nous nous sommes référés aux renseignements du carnet mère-enfant pour plusieurs questions.

Cette limite susmentionnée n'entache en rien les résultats de ce travail car les données sont issues d'une enquête représentative au niveau de l'aire de santé de Totrodrou. En outre, il a le mérite d'avoir mis en évidence les facteurs à prendre en compte dans la conception et la mise en œuvre des interventions adaptées aux femmes pour améliorer leur comportement de santé autour de la grossesse.

4. Conclusion

Le retard à la CPN1 était très marqué chez les femmes de l'aire de santé de Totrodrou à l'instar des autres zones des pays d'Afrique subsaharienne.

Les facteurs associés au retard de la CPN1 identifiés dans ce travail étaient essentiellement le niveau d'instruction, la connaissance de la période de la CPN1 et de son rôle dans la prévention contre le paludisme.

Des actions de sensibilisation axée beaucoup plus sur le volet communautaire auprès des conjoints des femmes et des futures mères sont nécessaires pour améliorer les comportements santé autour de la grossesse au niveau des aires sanitaires en général et de celui du district sanitaire de Kouibly en particulier.

Conflit d'intérêt

Les auteurs déclarent sur l'honneur que la soumission et la publication de ce manuscrit ne présente aucun conflit d'intérêts. Ils attestent que ce travail a été réalisé sans recevoir aucune aide financière directement ou indirectement d'une tierce partie, et a été soutenu entièrement par des fonds propres des auteurs.

Références

- Abauleth, R., Kouakou, P., Koffi, A., Yesufu, A., Effoh, D., Boni, S., Kone, N., & Bohoussou, M. (2007). La consultation prénatale : Analyse de 332 carnets à la maternité du CHU de Cocody. *La consultation prénatale : Analyse de 332 carnets à la maternité du CHU de Cocody*, 54(4), 226-230. <https://pascal-francis.inist.fr/vibad/index.php?action=getRecordDetail&lang=fr&idt=18831099>
- Cham, M., Sundby, J., & Vangen, S. (2005). Maternal mortality in the rural Gambia, a qualitative study on access to emergency obstetric care. *Reproductive health*, 2(1), 1-8. <https://doi.org/10.1186/1742-4755-2-3>
- Cleland, J., Bernstein, S., Ezeh, A., Faundes, A., Glasier, A., & Innis, J. (2006). Family planning : The unfinished agenda. *The lancet*, 368(9549), 1810-1827. https://scholar.google.fr/scholar?hl=fr&as_sdt=0%2C5&q=Cleland+J%2C+Bernstein+S%2C+Ezeh+A%2C+Faundes+A%2C+Glasier+A%2C+Innis+J.+Family+planning%3A+the+unfinished+agenda.+Lancet+2006+%3B+368+%3A+1810-27%2C+DOI%3A10.1016%2FS0140-+6736%2806%2969480-4.&btnG=
- Damme, T. G. (2015). Factors associated with late antenatal care attendance among pregnant women attending health facilities of ambo town, west Shoa zone, Oromia region, Central Ethiopia. *Int J Med Pharm Sci*, 1(2), 56-60.
- Diallo, S., Camara, Y. B., & Daffe, M. (2000). Consultation prénatale et état de santé des nouveau-nés à l'INSE. *Consultation prénatale et état de santé des nouveau-nés à l'INSE*, 47(5), 233-235. <https://pascal-francis.inist.fr/vibad/index.php?action=getRecordDetail&lang=fr&idt=1420841>
- Ewunetie, A. A., Munea, A. M., Meselu, B. T., Simeneh, M. M., & Meteku, B. T. (2018). DELAY on first antenatal care visit and its associated factors among pregnant women in public health facilities of Debre Markos town, North West Ethiopia. *BMC pregnancy and childbirth*, 18(1), 1-8. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1748-7>
- Fisseha, G., Miruts, G., Tekie, M., W/Michael, A., Yemane, D., & Gerezigiher, T. (2015). Predictors of Timing of First Antenatal Care Booking at Public Health Centers in Mekelle City, Northern Ethiopia. *Journal of Gynecology and Obstetrics*, 3(3), Art. 3. <https://doi.org/10.11648/j.jgo.20150303.13>
- Gumuchian, H., & Marois, C. (2018). Chapitre 6. Les méthodes d'échantillonnage et la détermination de la taille de l'échantillon. In *Initiation à la recherche en géographie : Aménagement, développement territorial, environnement* (p. 265-294). Presses de l'Université de Montréal. <http://books.openedition.org/pum/14800>
- Hilaire, M. G. (2017). Maternité Et Risques Perçus Face Aux Examens Sanguins Et Au Test Du VIH-SIDA : Etude De Cas Dans Une Formation Sanitaire Urbaine De Bouaké (Côte D'ivoire). *European Scientific Journal, ESJ*, 13(30), Art. 30. <https://doi.org/10.19044/esj.2017.v13n30p139>
- Institut national de la statistique (INS). (2016). *Enquête par grappes à indicateurs multiples—Côte d'Ivoire 2016*. <https://mics-surveys->

- prod.s3.amazonaws.com/MICS5/West%20and%20Central%20Africa/C%3%B4te%20d%27Ivoire/2016/Final/Cote%20d%27Ivoire%202016%20MICS_French.pdf
- Institut National de la Statistique (INS) et ICF International. (2012). *Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples de Côte d'Ivoire 2011-2012*. Calverton, Maryland, USA : INS et ICF International. <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/fr272/fr272.pdf>
- Judicaël, A. A. S., Noël, A. N., N'Da Monique Drogbon, C. K., & Emile, K. (2018). La question du suivi prénatal irrégulier en milieu périurbain Ebrié de Bimbresso (Côte d'Ivoire). *International Journal of Humanities and Social Science Research*, 4(Issue 6). <http://www.socialsciencejournal.in/>
- Kayembe, P. K., & Mafuta, E. M. (2011). Determinants de la fréquentation tardive des services de soins prénatals dans les zones de sante de l'Equateur et du Katanga en Republique Democratique du Congo. *Ann. afr. mī?` \$1/2\$d.(En ligne)*, 845-854. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1259149>
- Khan, M., Mwaku, R. M., McClamroch, K., Kinkela, D. N., & Van Rie, A. (2005). Soins prénatals à Kinshasa (République démocratique du Congo) : Croyances, connaissances et obstacles à la programmation appropriée. *Cahiers d'études et de recherches francophones/Santé*, 15(2), 93-97.
- Kisuule, I., Kaye, D. K., Najjuka, F., Ssematimba, S. K., Arinda, A., Nakitende, G., & Otim, L. (2013). Timing and reasons for coming late for the first antenatal care visit by pregnant women at Mulago hospital, Kampala Uganda. *BMC pregnancy and childbirth*, 13(1), 1-7. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-13-121>
- Kochou, S. H., & Rwenge, M. J. (2014). Facteurs sociaux de la non-utilisation des services de soins prénatals ou de leur utilisation inadéquate en Côte d'Ivoire. *African Evaluation Journal*, 2(1), 1-12. <http://dx.doi.org/10.4102/aej.v2i1.79>
- Konan, Y., Coulibaly, A., Koueli, T., Koffi, K., M'bea, K. J., & Ake, O. (2008). Description des connaissances, attitudes et pratiques des meres face a la grossesse : A la Formation Sanitaire Urbaine d'Abobo-sud Abidjan-Côte d'Ivoire. *Médecine d'Afrique Noire*, 55(5), 265-270. <https://pascal-francis.inist.fr/vibad/index.php?action=getRecordDetail&idt=20474836>
- Laing, S. P., Sinmyee, S. V., Rafique, K., Smith, H. E., & Cooper, M. J. (2017). Barriers to antenatal care in an urban community in the Gambia : An in-depth qualitative interview study. *African Journal of Reproductive Health*, 21(3), 62-69. <https://doi.org/10.10520/EJC-b4688eede>
- Mugo, N. S., Dibley, M. J., & Agho, K. E. (2015). Prevalence and risk factors for non-use of antenatal care visits : Analysis of the 2010 South Sudan household survey. *BMC pregnancy and childbirth*, 15(1), 1-13. <https://doi.org/10.1186/s12884-015-0491-6>
- N'Diaye, P., Dia, A. T., Diediou, A., Dieye, E. H. L., & Dione, D. A. (2005). Déterminants socioculturels du retard de la 1re consultation prénatale dans un district sanitaire au Sénégal. *Santé publique*, 17(4), 531-538. <https://doi.org/DOI : 10.3917/spub.054.0531>
- Ndidi, E. P., & Oseremen, I. G. (2010). Reasons given by pregnant women for late initiation of antenatal care in the Niger Delta, Nigeria. *Ghana Medical Journal*, 44(2), Art. 2. <https://doi.org/10.4314/gmj.v44i2.68883>

- Organisation mondiale de la Santé. (2017). *Recommandations de l'OMS concernant les soins prénatals pour que la grossesse soit une expérience positive*. Organisation mondiale de la Santé. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/259584>
- Ouagadjio, B., Nodjimadji, K., Nodjimbate Ngoniri, J., Ngakoutou, N., Ignégongba, K., Tokindang, J. S., Kouo, O., Barrère, B., & Barrère, M. (1998). *Enquête démographique et de santé Tchad 1996-1997*. <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR90/FR90.pdf>
- Zegeye, A. M., Bitew, B. D., & Koye, D. N. (2013). Prevalence and determinants of early antenatal care visit among pregnant women attending antenatal care in Debre Berhan Health Institutions, Central Ethiopia. *African Journal of Reproductive Health*, 17(4). <https://www.ajol.info/index.php/ajrh/article/view/98386>

© 2023 KOUAMÉ et al, licensee *Bamako Institute for Research and Development Studies Press*. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>)

Editor's Note

Bamako Institute for Research and Development Studies Press remains neutral regarding jurisdictional claims in map publications and institutional affiliations.



Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, Volume 5 (1)
ISSN :1987-071X e-ISSN 1987-1023
Received, 21 August 2022
Accepted, 9 January 2023
Published, 3 February 2023
<http://www.revue-rasp.org>

Type d'article: Recherche

Connaissances des femmes en âge de procréer sur les soins prénatals, l'accouchement et les soins postnatals en milieu rural en Côte d'Ivoire

Knowledge of women of childbearing age on prenatal care, delivery and postnatal care in rural Côte d'Ivoire

Madikiny Coulibaly^{1*}, Marie-Dorothée Koumi-Mélèdje¹, Coulibaly Soltie Aminata¹, Odile Aké^{1,4}, Kouadio Luc^{2,3}

¹Institut National de Santé Publique, Abidjan, Côte d'Ivoire

²UFR Sciences et Pharmaceutiques et Biologiques, Université FHB, Abidjan, Côte d'Ivoire

³Institut National d'hygiène Publique, Abidjan, Côte d'Ivoire

⁴UFR Sciences Médicales, Université FHB, Abidjan, Côte d'Ivoire

* Correspondance : Email : cmadikiny@gmail.com ; (+225) 0707077217

RESUME

En Côte d'Ivoire, en milieu rural, la proportion de femmes ayant reçu des soins prénatals est de 87 %. Celles ayant reçu des soins postnatals et accouché avec un personnel qualifié était de 63 % et 45 %. L'étude sur les connaissances des femmes pourrait améliorer l'utilisation de ces soins. L'objectif de l'étude était de décrire les connaissances des femmes sur les soins prénatals, l'accouchement assisté et les soins postnatals en milieu rural en Côte d'Ivoire. Une enquête transversale a été menée de décembre à janvier 2021 dans trois villages (Kodjokro, Koffiélékro et Frambo) situés dans le district de Tiapoum. Des femmes en âge de procréer (15 à 45 ans) y ont été sélectionnées grâce à un échantillonnage à deux degrés. Les caractéristiques sociodémographiques, gynéco-obstétricales et les connaissances des femmes sur les soins prénatals, l'accouchement assisté et les soins postnatals ont été collectées. Une analyse descriptive a été réalisée pour chaque variable. L'échantillon était composé de 141 femmes dont l'âge moyen était de 26,39±6,21 ans. Une proportion de 71,60% des femmes connaissaient le nombre de visites prénatales (au moins quatre visites) et environ 4/5 (83,68%) connaissait l'âge auquel la femme enceinte devrait recevoir des soins prénatals (<4mois). Une proportion de 96,45% des femmes connaissaient l'endroit approprié pour accoucher et les principaux endroits connus étaient l'hôpital général (63,24%) et le centre de santé (54,41%). Les femmes ont cité les douleurs abdominales sévères (54,61%) suivies du saignement abondant (51,77%) comme les principaux signes de danger chez les mères pendant les 2 premiers jours après

l'accouchement. Les connaissances des femmes sur les soins prénatals, l'accouchement et les soins postnatals de qualité étaient élevées. Néanmoins, est-il nécessaire d'intensifier les messages de sensibilisation sur l'ensemble des soins maternels pour un changement de comportement durable.

Mots clés : Connaissances - Soins prénatals - Accouchement - Soins postnatals - Femmes - milieu rural - Côte d'Ivoire

Abstract

In rural Côte d'Ivoire, the proportion of women who received antenatal care was 87%. Those who received postnatal care and gave birth with qualified personnel were 63% and 45%. The study on women's knowledge could improve the use of this care. The objective of the study was to describe women's knowledge of antenatal care, assisted delivery and postnatal care in rural Côte d'Ivoire. A cross-sectional survey was conducted from December to January 2021 in three villages (Kodjokro, Koffiblékro and Frambo) located in the Tiapoum district. Women of childbearing age (15-45 years) were selected through a two-stage sampling. Socio-demographic, gynaeco-obstetrical characteristics and women's knowledge of antenatal care, assisted delivery and postnatal care were collected. A descriptive analysis was performed for each variable. The sample consisted of 141 women with a mean age of 26.39 ± 6.21 years. 71.60% of the women knew the number of antenatal visits (at least four visits) and about 4/5 (83.68%) knew the age at which the pregnant woman should receive antenatal care (<4 months). A proportion of 96.45% of the women knew the appropriate place to give birth and the main places known were the general hospital (63.24%) and the health centre (54.41%). Women cited severe abdominal pain (54.61%) followed by heavy bleeding (51.77%) as the main danger signs for mothers during the first 2 days after delivery. Women's knowledge about quality antenatal care, delivery and postnatal care was high. Nevertheless, there is a need to intensify awareness-raising messages on all maternal care for sustainable behaviour change.

Keywords : Knowledge - Antenatal care - Delivery - Postnatal care - Women - Rural - Côte d'Ivoire

1.Introduction

Les soins prénatals ont augmenté dans de nombreuses régions ces dernières décennies dans le monde. A contrario, seules 51% des femmes des pays à faible revenu bénéficient de l'assistance d'un personnel qualifié lors de l'accouchement. Dans les pays à haut revenu, la quasi-totalité des femmes bénéficient d'au moins quatre consultations prénatales, de l'assistance d'un personnel de santé qualifié lors de l'accouchement et de soins postnatals. Pourtant, en 2015, dans les pays à faible revenu, on a constaté qu'un peu plus de 40% des femmes enceintes avaient bénéficié des quatre consultations prénatales recommandées par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS 2019). Or, les soins prénatals, l'accouchement assisté et les soins postnatals de qualité sont d'une importance capitale pour prévenir la morbidité et la mortalité maternelle. En effet, c'est pendant l'accouchement et les premiers jours de la vie que surviennent plus de la moitié de tous les décès maternels et néonataux en plus de la mortinatalité intra-partum (Joy, 2006 ; Carine, 2006). Dans le monde, la mortalité maternelle reste très élevée. En 2015, 303 000

femmes sont décédées pendant ou après la grossesse ou l'accouchement dont plus des deux tiers en Afrique subsaharienne. La majeure partie de ces décès s'est produite dans des pays à revenu faible et la plupart auraient pu être évités. Cette mortalité est plus élevée en milieu rural et dans les communautés les plus pauvres qui ont le moins de chances de recevoir des soins médicaux appropriés (OMS, 2019 ; Alkema, 2016).

Les causes les plus fréquentes de mortalité maternelle en Afrique sont l'hémorragie du post-partum, les troubles hypertensifs et la septicémie post-partum. Or, la majorité de ces causes sont évitables lorsque les soins postnatals sont de qualité, surtout la première semaine (Say, 2014 ; GBD, 2017). En effet, une étude a estimé à 28% les décès maternels survenant pendant la période intra-partum ou post-partum immédiat au niveau mondial (Kassebaum, 2014). Une autre a montré qu'en Asie du Sud et en Afrique subsaharienne, 40 à 45 % des décès maternels, des mortinaissances et des décès néonataux surviennent pendant ou dans les 24 h suivant l'accouchement (AMANHI, 2018). Cependant, c'est à ces périodes que la couverture des soins est le plus faible avec une qualité des soins minimale (Joseph de Graft-Johnson, 2005 ; Sines, 2007). Or, c'est la période la plus négligée pour la prestation de soins de qualité et les taux de prestation de soins qualifiés sont beaucoup plus faibles (OMS, 2006 ; 2013).

Plusieurs études ont montré que la majorité de ces problèmes maternels pourraient être réduits si les femmes recevaient des soins postnatals appropriés (OMS, 2010 ; Singh, 2014 ; Pattinson, 2011 ; Blank, 2013). Le Rapport de la Mortalité Maternelle (RMM) 2015 estimait le taux de mortalité maternelle de la Côte d'Ivoire à 645 décès pour 100 000 naissances vivantes contre 546 pour l'Afrique Sub-saharienne. En 2012, ce taux était estimé à 614 décès pour 100 000 naissances vivantes. La moitié de ces décès survient en période de post-partum immédiat. Les causes immédiates les plus fréquentes sont les hémorragies (42 %), l'anémie (13 %) et l'hypertension artérielle (12 %) (plan stratégique Programme National de Santé Mère-Enfant).

Selon l'enquête démographique de santé de la Côte d'Ivoire (2012), en milieu rural, la proportion de femmes ayant reçu des soins prénatals est de 87 %, de 63 % pour les soins postnatals dans les deux premiers jours après l'accouchement et de 45 % pour les femmes qui ont accouché avec un personnel qualifié. L'étude sur les connaissances pourrait permettre d'améliorer l'utilisation de ces soins. Cette étude a été réalisée dans le cadre d'un projet communautaire de santé appelé Santé et Engagement Communautaire (SEC) mise en place par le département de santé publique de l'Université Félix Houphouët Boigny d'Abidjan. A notre connaissance, peu d'études se sont intéressées simultanément à l'étude des connaissances sur les soins prénatals, l'accouchement et les soins postnatals en Côte d'Ivoire. L'objectif de l'étude était de décrire les connaissances des femmes en âge de procréer sur les soins prénatals, l'accouchement et les soins postnatals (continuum de soins maternels) en milieu rural en Côte d'Ivoire.

2. Matériels et Méthodes

2.1. Cadre et type d'étude

Il s'agissait d'une enquête transversale qui s'est déroulée du 17 novembre au 07 janvier 2021 au District de Tiapoum. Il est situé au sud-est de la Côte d'Ivoire dans la région du Sud-Comoé à 176 Km d'Abidjan et à 56 Km d'Aboisso. Administrativement le district comprend 32 Villages et 187 campements. Sa population totale est estimée à 71023 habitants dont 20100 femmes en âge de procréer en 2020. Ses principales infrastructures sanitaires sont constituées par un hôpital général, deux centres de santé urbain, six centres de santé ruraux, deux dispensaires ruraux, deux officines privées (Pharmacies) et trois Organisation Non Gouvernementale (ONG) de santé. L'étude a été exécutée dans trois villages (Kodjokro, Koffiblékro et Frambo) (INS, 2014).

2.2. Participants et échantillonnage

La population d'étude était constituée par les femmes en âge de procréer, de 15 à 49 ans, ayant fait des consultations prénatales, accouchées d'un enfant vivant et réalisées des consultations postnatales dans les établissements de santé 2 à 18 mois avant le début de l'enquête. Elles devraient résider depuis plus de six mois dans le quartier et accepter de participer à l'étude. Les adolescentes dont les tuteurs légaux ont accepté la participation ont également été incluses dans l'étude. N'ont pas été incluses les mères en visite dans lesdits ménages et les femmes dont les maris s'opposeraient également à leur participation.

La taille de l'échantillon a été déterminée par la formule de Schwartz (**Schwartz, 1965**). Nous avons utilisé le taux de couverture des soins prénatals, de l'accouchement et des soins postnatals (continuum de soins maternels) de l'étude de la Tanzanie qui était de 10% (Mohan, 2017) car, nous ne disposons pas de taux national. Cette étude a été réalisée dans un contexte similaire (pays d'Afrique subsaharienne).

$$N = t^2 p (1-p) / e^2$$

$$AN : N = (1,96)^2 (0,1) (0,9) / 0,05^2 = 138,294$$

N : taille de l'échantillon ; t : écart-type (1,96) ; e^2 : le risque d'erreur 5% ; p : taux de couverture du continuum de soins maternels de 10% en utilisant les données de l'étude de la Tanzanie ; q = 1-p = 0,90.

Ainsi, le nombre de femmes à inclure dans l'étude après calcul a été estimée à 138. Les ménages avec des femmes en âge de procréer ont été sélectionnés selon une technique d'échantillonnage à deux degrés. Le premier degré a concerné l'inclusion des ménages, tandis que le second degré a concerné le choix des femmes.

Pour la sélection des ménages, dans chaque village, nous avons effectué un tirage au sort d'une extrémité du village. Le premier ménage qui a été visité fût celui qui se situait à l'extrémité tirée au sort. Les autres ménages ont été inclus de proche en proche jusqu'à ce que tous les ménages répondant aux critères aient été visités. Seuls les ménages avec présence d'au moins une femme ont été retenus et les femmes respectant les critères d'éligibilité ont été choisies dans chaque ménage.

2.3. Collecte des données

Elle a été réalisée à l'aide d'un questionnaire pré-testé et renseigné par quatre enquêteurs à partir d'un entretien face à face. L'enquête a été réalisée par la stratégie de porte à porte.

Les données recueillies ont porté sur :

- Caractéristiques socio démographiques : âge du dernier enfant, âge de la femme, le statut matrimonial, la profession de la femme et le niveau d'instruction de la femme.
- Caractéristiques gynéco-obstétricales : âge à la première grossesse, gestité, parité, nombre d'enfants.
- Connaissances sur les soins prénatals : soins prénatals servent à quoi, nombre de visites prénatales recommandées, mois où la femme enceinte doit recevoir les soins prénatals, risques pour la mère et pour l'enfant pendant la grossesse, facteurs qui favorisent les risques pour la femme et son enfant pendant sa grossesse.
- Connaissances sur l'accouchement : signes de danger d'un accouchement compliqué, endroit approprié et exact pour accoucher.
- Connaissances sur les soins postnatals : signes de danger chez les mères pendant les 2 premiers jours après l'accouchement et l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticides après l'accouchement.

C'est la connaissance d'au moins un élément ou signe sur les soins prénatals, l'accouchement et les soins postnatals qui a été étudiée.

Ainsi, nous avons défini qu'une femme connaissait ces soins lorsqu'elle pouvait citer spontanément l'un des éléments ou le reconnaissait après explication de l'enquêteur.

2.4. Analyse des données

Les données ont été saisies sur le logiciel Epidata 3.1 et analysées au moyen du logiciel Epiinfo 6.1. Chaque variable a fait l'objet d'une analyse descriptive. Les résultats ont été résumés dans des tableaux en utilisant des fréquences, des pourcentages, des moyennes et des écarts-types.

2.5. Considérations éthiques

Le protocole de recherche a été validé par le comité scientifique de l'UFR sciences pharmaceutiques et biologiques d'Abidjan. L'autorisation des responsables communautaires (les chefs des villages) a été obtenue de même que le consentement oral et éclairé des femmes en âge de procréer. Les données collectées ont respecté la confidentialité.

3. Résultats

3.1. Caractéristiques sociodémographiques des femmes

L'échantillon était composé de 141 femmes dont l'âge moyen était de $26,39 \pm 6,21$ ans et des enfants dont l'âge moyen était de $11,82 \pm 6,68$ mois. Environ 4/5 (80,14%) des femmes vivaient en couple. La majorité (42,55%) des femmes était ménagère et presque la moitié (46,81%) d'entre elles n'avait aucun niveau d'instruction. (Tableau I).

Tableau I : Caractéristiques sociodémographiques des femmes

Caractéristiques	Effectifs (n)	Pourcentages (%)
Age du dernier enfant (n=141)		
-[1-7[	33	23,40
-[7-13[	55	39,01
-[13-19[	19	13,48
-[19-25[	34	24,11
Age de la femme		
-[15-20[	14	9,93
-[20-25[	49	34,75
-[25-30[	42	29,79
-[30-35[	19	13,48
-[35-40[	11	7,80
-[40-45[	6	4,25
Statut matrimonial		
-En couple	113	80,14
-Seul	28	19,86
Profession de la femme		
-Sans emploi	26	18,44
-Commerçante	39	27,66
-Etudiante/Elève	10	7,09
-Ménagère	60	42,55
-Autres	6	4,26
Niveau d'instruction de la femme		
-Aucun niveau	66	46,81
-Primaire	47	33,33
-Secondaire	26	18,44
-Supérieur	2	1,42

3.2. Caractéristiques gynéco-obstétricales des femmes

Environ 2/3 (67,37%) des femmes avaient eu leurs premières grossesses entre 10 et 20 ans. 39% étaient multigestes, 46,10% paucipares. Elles avaient en moyenne 3 enfants et la moitié (50,14%) avait au maximum 1 à 2 enfants (Tableau II).

Tableau II : Caractéristiques gynéco-obstétricales des femmes

Caractéristiques	Effectifs (n)	Pourcentages (%)
Age à la première grossesse (n=141)		
-[10-20[	95	67,37
-[20-30[	41	29,08
-≥30	5	3,55
Gestité		
-Primigeste (1)	21	14,90
-Paucigeste (2-3)	45	31,90
-Multigeste (3-4)	55	39
-Grande multigeste (≥ 5)	20	14,20
Parité		
-Primipare (1)	27	19,10
-Paucipare (2-3)	65	46,10
-Multipare (3-4)	30	21,20
-Grande multipare (≥ 5)	19	13,40
Nombre d'enfants		
-[1-3[	71	50,14
-[3-5[	42	29,80
-≥ 5	28	19,86

3.3. Connaissances des femmes sur les soins prénatals

Environ 4/5 (84,40%) et 2/3 (67,37%) des femmes avaient répondu que les soins pendant la grossesse servaient à vérifier l'état de santé du bébé et faire le suivi de la grossesse. 71,60% des femmes connaissaient le nombre de visites prénatales (au moins quatre visites) et 4/5 (83,68%) connaissaient l'âge à laquelle la femme enceinte devrait recevoir des soins prénatals (<4 mois). La connaissance des risques pour la mère et pour l'enfant pendant la grossesse était la mortinatalité (65,20%), l'avortement (46,10%) et la perte de sang importante pendant la grossesse (41,80%). La connaissance des facteurs qui favorisent les risques pour la femme et son enfant pendant sa grossesse était l'âge de la mère ≥ 35 ans (40,40%), l'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG (39%)) et la perte de sang importante pendant la grossesse (35%) (Tableau III).

Tableau III : Connaissances des femmes sur les soins prénatals

Connaissances sur les soins prénatals	Effectifs (n)	Pourcentages (%)
A quoi servent les soins pendant la grossesse		
- Vérifier l'état de santé du bébé	119	84,40
- Suivi de la grossesse	95	67,37
- Évaluation des risques pendant la grossesse	38	26,95
-Non je ne sais pas	12	8,51
- Autre	8	5,67
Connaissances du nombre de visites prénatales		
Oui	101	71,60
Non	40	28,40
Connaissances de l'âge à laquelle la femme enceinte doit recevoir des soins prénatals		
-<4 mois	118	83,68
-<6 mois	22	15,60
->6 mois	1	0,72
Connaissances des risques pour la mère et pour l'enfant pendant la grossesse		
-Mortinatalité	92	65,20
-Avortement	65	46,10
-Poids du bébé à la naissance<2500 g	24	17
- Perte de sang importante pendant la grossesse	59	41,80
Autres	33	23,40
Connaissances des facteurs qui favorisent les risques pour la femme et son enfant pendant sa grossesse		
-Âge de la mère ≥ 35 ans	57	40,40
-Taille de la mère <145cm	47	33,30
-IVG	55	39
-Perte de sang importante pendant la grossesse	50	35,50
-Autres	41	29,10

3.4. Connaissances des femmes sur l'accouchement et les soins postnatals

Les saignements importants (51,01%), le travail difficile (47,52%) et la fièvre (34,04%) constituaient les principaux signes cités pour les connaissances sur les signes de danger d'un accouchement compliqué. 96,45% des femmes reconnaissaient l'endroit approprié pour accoucher. Les principaux endroits reconnus pour accoucher étaient l'hôpital général (63,24%) et le centre de santé (54,41%). Les douleurs abdominales sévères (54,61%), le saignement abondant (51,77%) et la faiblesse excessive (38,30%) étaient les connaissances sur les signes de danger chez les mères pendant les 2 premiers jours après l'accouchement. 92,91% des

femmes savaient qu'il faut utiliser des moustiquaires imprégnées d'insecticides après l'accouchement (Tableau IV).

Tableau IV : Connaissances des femmes sur l'accouchement et les soins postnatals

Caractéristiques	Effectifs (n)	Pourcentages (%)
Connaissances sur l'accouchement		
Connaissances sur les signes de danger d'un accouchement compliqué		
-Saignements importants	72	51,06
-Travail difficile	67	47,52
-Fièvre	48	34,04
-Autre	27	7,1
Connaissances sur l'endroit approprié pour accoucher		
-Oui	136	96,45
-Non	5	3,55
Reconnaisances de l'endroit exact (N=136)		
-Domicile	8	5,88
-CHU	50	36,76
-CHR	45	33,09
-Hôpital général	86	63,24
-Centre de santé	74	54,41
- Clinique privée	5	3,67
Connaissances sur les soins postnatals		
Connaissances sur les signes de danger chez les mères pendant les 2 premiers jours après l'accouchement		
-Faiblesse excessive	54	38,30
-Saignement abondant	73	51,77
-Douleurs abdominales sévères	77	54,61
-Maux de tête intenses	16	11,35
-Fièvre	37	26,24
-Autre	3	2,13
-Ne sait pas	20	14,18
Connaissances sur l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticides après l'accouchement		
-Oui	131	92,91
-Non	10	7,09

4. Discussion

4.1. Caractéristiques sociodémographiques des femmes

L'étude sur les connaissances des femmes en matière de soins prénatals, d'accouchement et de soins postnatals a montré que les femmes étaient majoritairement jeunes avec un âge moyen de $26,39 \pm 6,21$ ans. Le jeune âge des femmes s'explique par le fait qu'elles constituent la cible des programmes de santé de la reproduction. Des résultats similaires ont été obtenus par des auteurs où l'âge moyen des femmes était respectivement de $28,84 \pm 5,306$ ans et $29,4 \pm 6$ (Habte, 2021 ; Zeleke, 2021). Environ 4/5 (80,14%) des femmes vivaient en couple. La majorité (42,55%) des femmes était ménagère et presque la moitié (46,81%) d'entre elles n'avait aucun niveau d'instruction. Environ 2/3 (67,37%) des femmes avaient eu leurs premières grossesses entre 10 et 20 ans. Tous ces résultats sont intriqués et montrent bien que la jeune fille a des rapports sexuels précoces qui peuvent l'exposer aux grossesses précoces et non désirées qui finalement favorisent sa déscolarisation. Diwakar et Zeleke ont obtenu des résultats comparables aux

nôtres avec 81% des femmes en couple, près de la moitié (48,4%) ménagère et environ un tiers (35,8%) n'avait pas fréquenté l'école formelle, (Diwakar, 2017 ; Zeleke, 2021)

4.2. Caractéristiques gynéco-obstétricales des femmes

Une proportion de 39% des femmes était multigestes, 46,10% paucipares. Elles avaient en moyenne trois enfants et la moitié (50,14%) avait eu au maximum un à deux enfants. Ces résultats pourraient s'expliquer par le jeune âge des femmes. Certains auteurs ont obtenu des résultats similaires où la plupart des femmes avait eu leur naissance la plus récente entre 20 et 34 ans et un ou deux enfants (Chham, 2021). D'autres auteurs ont obtenu des résultats différents où la plupart (56,7% à 73%) des femmes était multipare (Haile, 2020 ; Akibu, 2018).

4.3. Connaissances des femmes sur les soins prénatals, l'accouchement et les soins postnatals

4.3.1. Connaissances sur les soins prénatals

De nombreuses femmes savaient que les soins pendant la grossesse servaient à vérifier l'état de santé du bébé (84,40%) et faire le suivi de la grossesse (67,37%). La proportion de celles qui savaient correctement qu'au moins quatre visites prénatales sont nécessaires pendant la grossesse (71,60%) et des soins prénatals avant 4 mois (83,68%) était élevée. Ces taux élevés sont dus aux campagnes de sensibilisations sur l'utilisation des soins maternels qui touchent de plus en plus le milieu rural et aussi la mise en œuvre d'activités communautaires dans ce district sanitaire. Lors de son étude, un auteur a montré qu'une proportion élevée de femmes enceintes et de mères savaient qu'au moins trois visites prénatales étaient nécessaires pendant la grossesse (91,9 %) (Aiga, 2015).

Les risques les plus connus étaient respectivement la mortinatalité (65,20%), l'avortement (46,10%) et la perte de sang importante pendant la grossesse (41,80%). Quant aux facteurs de risque, les femmes avaient cité principalement l'âge de la mère ≥ 35 ans (40,40%), l'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG (39%)) et la perte de sang importante pendant la grossesse (35%). En effet, les femmes avaient des connaissances variées sur les signes de danger mais qui restaient élevées par rapport à celle de Haile où environ les deux tiers (60,4%) des femmes ne connaissaient pas les signes de danger de la grossesse (Haile, 2020).

4.3.2. Connaissances sur l'accouchement

La proportion des femmes qui connaissaient l'endroit approprié pour accoucher (96,45%) était très élevée. Les principaux endroits reconnus pour accoucher étaient l'hôpital général (63,24%) et le centre de santé (54,41%). Les signes de danger d'un accouchement compliqué les plus connus étaient respectivement les saignements importants (51,01%) et le travail difficile (47,52%). Malgré cette connaissance élevée du lieu d'accouchement, certaines femmes (5,88%) ont cité le domicile comme lieu idéal pour accoucher. Cela est important à prendre en compte car, de nombreuses femmes en milieu rural préfèrent accoucher à domicile plutôt que dans un établissement de santé selon certains auteurs (MSLS, 2013 ; Del Mastro, 2021).

4.3.3. Connaissances sur les soins postnatals

La plupart des femmes savait l'importance de l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticides après l'accouchement (92,91). Cela s'explique par les campagnes de distribution de moustiquaires imprégnées dans tout le pays dans le cadre de la lutte contre le paludisme chez la femme enceinte et les enfants de moins de 5 ans. Les principaux signes de danger décrits chez les mères pendant les deux premiers jours après l'accouchement étaient les douleurs abdominales sévères (54,61%) et les saignements vaginaux abondants (51,77%). Des études réalisées en Érythrée, en Éthiopie et au Népal ont obtenu comme signe de danger le plus fréquemment cité, les saignements vaginaux mais avec des proportions plus élevées qui sont respectivement de 83,2%, 89,2 % et 98,47 % (Beraki, 2020 ; Bililign, 2017 ; Timilsina, 2017).

Conclusion

L'amélioration de la santé maternelle et néonatale nécessite la prise en charge postnatale car la majorité des décès maternels et néonataux surviennent durant cette période (WHO, 2014). En outre, l'amélioration des connaissances des mères pourrait leur permettre de bien se prendre en charge ainsi que leurs nouveau-nés en période cruciale (Fahey, 2013). Les connaissances des femmes sur les soins prénatals, l'accouchement et les soins postnatals étaient élevées. Néanmoins, certaines notions étaient bien connues, par contre d'autres moins connues. Ainsi, est-il nécessaire d'intensifier les messages de sensibilisation sur l'ensemble des soins maternels en vue d'un changement durable dans les comportements des femmes vis-à-vis de l'utilisation des services de soins maternels. Ensuite, pour ces villages, nous ferons une intervention communautaire permettant d'améliorer les connaissances des femmes sur les soins maternels ainsi que leur utilisation ; ceci grâce à la sensibilisation et à la formation de relais communautaires sur les soins maternels. Ainsi, ceux-ci vont réaliser des visites à domicile afin d'informer les femmes et leurs partenaires sur l'utilité de ces soins.

Conflits d'intérêts

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

Remerciements

Nos remerciements vont à l'endroit de la communauté, des chefs des villages et des Agents de Santé et Education Communautaires (ASEC) pour leur disponibilité.

Références

Aiga, H., Nguyen, V.D., Nguyen, C.D., Nguyen, T.T.T., Nguye, L.T.P. Knowledge, attitude and practices: assessing maternal and child health care handbook intervention in Vietnam. *BMC Public Health* 16, 129 (2015). Retrieved from <https://doi.org/10.1186/s12889-016-2788-4>

Alliance for Maternal and Newborn Health Improvement (AMANHI) mortality study group. (2018). Population-based rates, timing, and causes of maternal deaths, stillbirths, and neonatal deaths in south Asia and sub-Saharan Africa: a multi-country prospective cohort study. *Lancet Glob Health*, 6(12):e1297–e1308. doi: 10.1016/S2214-109X(18)30385-1.

Alkema, L., Chou, D., Hogan, D., Zhang, S., Moller, A.B., Gemmill, A., & al. (2016). Global, regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: a systematic analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group. *Lancet*, 387(10017):462-74. doi: 10.1016/S0140-6736(15)00838-7.

Akibu, M., Tsegaye, W., Megersa, T., & Sodere Nurgi, S. (2018). Prevalence and Determinants of Complete Postnatal Care Service Utilization in Northern Shoa, Ethiopia August 2018 *Journal of Pregnancy* 2018(1):1-7DOI:[10.1155/2018/8625437](https://doi.org/10.1155/2018/8625437)

Beraki, G.G., Tesfamariam, E.H., Gebremichael, A., Yohannes, B., Haile, K., Tewelde, S., & al. Knowledge on postnatal care among postpartum mothers during discharge in maternity hospitals in Asmara: a cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2020 Jan 6;20(1):17. doi: 10.1186/s12884-019-2694-8.

Blank, A., Prytherch, H., Kaltschmidt, J., Krings, A., Sukums, F., Mensah, N., & al. (2013). « Quality of prenatal and maternal care: bridging the know-do gap » (QUALMAT study): an electronic clinical decision support system for rural Sub-Saharan Africa. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 13, article 44. Retrieved from <https://doi.org/10.1186/1472-6947-13-44>.

Chham, S., Radovich, E., Buffel, V., Ir, P., Wouters, E. (2021). Determinants of the continuum of maternal health care in Cambodia: an analysis of the Cambodia demographic health survey 2014. *BMC Pregnancy Childbirth*, 21, 410. Retrieved from <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-021-03890-7>

Côte d'Ivoire. Plan stratégique du Programme National de la Santé de la mère et de l'enfant (PNSME) 2016-2020 ; 72 p. Disponible sur <https://pnsme.ci/admin/docs/planstrategiepnsme20162020final2.pdf>

Côte d'Ivoire. Surveillance, revue et riposte face aux décès maternels en Côte d'Ivoire. Disponible sur https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/194270/9789242506082_fre.pdf

Côte d'Ivoire. Rapport de situation premier semestre 2015. Disponible sur https://www.brvn.org/sites/default/files/20151015_rs_sicable_ci_exercice_2015.pdf

Fahey, J.O., Shenassa, E. (2013). Understanding and meeting the needs of women in the postpartum period: the perinatal maternal health promotion model. *J Midwifery Womens Health*, 58(6):613–621. doi: 10.1111/jmwh.12139.

GBD. (2016). Causes of Death Collaborators. Global, regional, and national age-sex specific mortality for 264 causes of death, 1980–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet* 2017; 390: 1151–210. DOI:[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32152-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32152-9)

Graft-Johnson, J., Kerber, K., Tinker, A., Otchere, S., Narayanan, I., Shoo, R., & al. (2005). La continuité des soins : Continuum de soins maternels et néonataux », Baltimore, Maryland, the ACCESS Program, JHPIEGO. Retrieved from <https://doczz.fr/doc/3331501/la-continuit%C3%A9-des-soins>

Habte, A., Gebiremeskel, F., Shewangizaw, M., Dessu, S., Glagn, M. (2021). Uptake of complete postnatal care services and its determinants among rural women in Southern Ethiopia:

Community-based cross-sectional study based on the current WHO recommendation. *PLoS One*, 3;16(2):e0246243. doi: 10.1371/journal.pone.0246243.

Haile, D., Kondale, M., Andarge, E., Tunje, A., Fikadu, T., Boti, N. (2020). Level of completion along continuum of care for maternal and newborn health services and factors associated with it among women in Arba Minch Zuria woreda, Gamo zone, Southern Ethiopia: A community based cross-sectional study. *PLoS One*, 8;15(6): 0221670. doi: 10.1371/journal.pone.0221670.

Institut Nationale de statistique (INS). (2014). Répartition de la population de nationalité ivoirienne selon les ethnies. Disponible sur <http://www.ins.ci/n/documents/rgph/ABIDJAN.pdf>

Kassebaum, N.J., Bertozzi-Villa, A., Coggeshall, M.S., Shackelford, K.A., Steiner, C., Heuton, K.R., & al. (2014). Global, regional, and national levels and causes of maternal mortality during 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*, 384(9947):980–1004. doi: 10.1016/S0140-6736(14)60696-6.

Lawn, J., Powers, M.B., & Tinker, A. (2006). analysis based on 38 DHS datasets (2000 to 2004) with 9,022 neonatal deaths, using MEASURE DHS STAT. Used in: Save the Children-U.S., State of the World's Mothers 2006, Washington, DC: Save the Children-U.S. Retrieved from <https://www.savethechildren.org/content/dam/usa/reports/advocacy/sowm/sowm-2006.pdf>

Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida (MSLS), Institut National de la Statistique, Côte d'Ivoire. 2013. Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples de Côte d'Ivoire 2011-2012. Rapport de synthèse final. MEASURE DHS, ICF International Calverton, Maryland, USA. 589 p. Disponible sur <http://caidp.ci/uploads/291f9894f6f5987c2b9f8eeeb560a02a.pdf>

Mohan, D., LeFevre, A.E., George, A., Mpembeni, R., Bazant, E., Rusibamayila, N. (2017). Analysis of dropout in the maternal health care continuum in Tanzania: Results from a cross-sectional household survey. *Health Policy and Planning*, Volume 32, Issue 6, 791-799. Retrieved from <https://academic.oup.com/heapol/article/32/6/791/3073704?login=false>

Organisation Mondiale de la Santé (OMS). (2019). Mortalité maternelle. Disponible sur <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>

Pattinson, R., Kerber, K., Buchmann, E., Friberg, IK, Belizan, M, Lansky, S & al. (2011). Stillbirths: How can health systems deliver for mothers and babies? *The Lancet*;377(9777):1610–1623. doi: 10.1016/S0140-6736(10)62306-9.

Ronsmans, C., & Graham, W.J. (2006). Maternal mortality: who, when, where, and why. *The Lancet*, 368(9542):1189–1200. doi: 10.1016/s0140-6736(06)69380-x.

Say, L., Chou, D., Gemmill, A., Tunçalp, Ö., Moller, A.B., Daniels, J.D., & al. (2014). Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. *Lancet Glob Health*, 2 (6): 323–33. doi: 10.1016/S2214-109X(14)70227-X

Schwartz, D., Lellouch, J. (1965). Attitude de recherche ou attitude pragmatique dans la formulation d'un problème, avec référence particulière aux essais thérapeutiques. *Revue de statistique appliquée*, 13 (4), 11-19. Retrieved from http://www.numdam.org/article/RSA_1965__13_4_11_0.pdf

Sines, E., Syed, U., Wall, S., & Worley, H. (2007). « une opportunité exceptionnelle de sauver des vies des mères et des nouveaux nés » perspectives de politiques générales sur des nouveaux nés et des mères. Disponible sur <https://www.healthynewbornnetwork.org/hnn-content/uploads/07-Postnatal-care-French.pdf>

Singh, P. K., Kumar, C., Rai, R. K., Singh, L. (2014). Factors associated with maternal healthcare services utilization in nine high focus states in India: A multilevel analysis based on 14 385 communities in 292 districts. *Health Policy and Planning*, 29(5):542–559. doi: 10.1093/heapol/czt039.

The Partnership for Maternal Newborn and Child Health. Opportunities for Africa's newborns: Practical data, policy and programmatic support for newborn care in Africa. world health organization (2006). Retrieved from: <file:///C:/Users/PC/Downloads/3381.pdf>

Timilsina, S., & Dhakal, R. (2015). Knowledge on postnatal care among postnatal mothers. *Saudi J Med Pharm Sci*, 1:87–92. Retrieved from <http://scholarsmepub.com/wp-content/uploads/2016/01/SJMPS-1487-92.pdf>

World Health Organization. WHO recommendations on postnatal care of the mother and newborn. (2014). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK190090/>

World Health Organization. WHO technical consultation on postpartum and postnatal care. (2010). Retrieved from: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70432/WHO_MPS_10.03_eng.pdf;jsessionid=8C4D3DE9423ED4B329516AA870E02E42?sequence=1

© 2023 COULIBALY et al., licensee *Bamako Institute for Research and Development Studies Press*. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>)

Publisher's note

Bamako Institute for Research and Development Studies Press remains neutral regarding jurisdictional claims in map publications and institutional affiliations.



Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, Volume 5 (1)

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

Received, 26 November 2022

Accepted, 1 February 2023

Published, 3 February 2023

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

Research

Perceptions des acteurs sur les stratégies de suivi-évaluation des indicateurs de performance de la santé de reproduction de la DGSHP

Mariam SAMAKE ^{1,*}, Bouréma KONE ², Ousmane Sylla³, Ousmane SY⁴

¹Direction Générale de la Santé et de l'Hygiène Publique, Bamako, Mali.

²Chef de Programme Economie des Filières, Bamako, Mali.

³Direction Générale de la Santé et de l'Hygiène Publique du Mali (DGSHP), Bamako, Mali

⁴Générale de la Santé et de l'Hygiène Publique (DGSHP), Bamako, Malo.

(*)**Correspondance** : Tél. +223 76 04 88 66/65 30 98 66 ; E-mail samakemariam26@gmail.com;

Résumé : La performance des projets ou programmes se mesure le plus souvent, par rapport aux dimensions de l'efficacité, de l'efficience, de l'équité, de la recevabilité et de la transparence. Le but de cette étude était de mieux comprendre le processus du S&E de la Direction Générale de la Santé et de l'Hygiène Publique du Mali (DGSHP) et documenter les dysfonctionnements en vue de permettre aux décideurs d'apporter des solutions. Nos résultats ont montré l'exactitude et la fiabilité des données du S&E de cette structure à travers la disponibilité de mécanismes de contrôle et de traitement des données. Cependant, dans le cadre de la cohérence organisationnelle des différents acteurs, il a été constaté un manque réel de cadre formel de concertation entre les acteurs pour mieux coordonner et harmoniser les activités. Concernant l'efficacité des activités, la majorité des acteurs interrogées pense que le niveau technique du personnel de suivi est faible surtout, au niveau des Directions régionales. En termes de l'adéquation entre les résultats obtenus et les moyens mis à disposition, 57% des répondants ne sont pas satisfaits de l'efficience des activités de S&E de la DGSHP. En conséquence, les autorités doivent envisager des solutions appropriées permettant de combler ces lacunes et d'améliorer la performance du processus de S&E de la DGSHP.

Mots clés : *Stratégies, cohérence, performance, suivi et évaluation, santé*

Abstract

The performance of projects or programs is often measured through the dimensions of effectiveness, efficiency, equity, admissibility, and transparency. The purpose of this study was to better understand the monitoring and evaluation (M&E) process and to document dysfunctions to enable decision-makers of the General Direction of Health and Public Hygiene of Mali (DGSHP) to provide solutions. Our results of these surveys have shown the accuracy and reliability of the M&E data of this structure through the availability of control mechanisms and data processing. On the other hand, within the framework of the organizational coherence of the various actors, it was noted a real lack of formal framework of dialogue between the actors to better coordinate and harmonize the activities.

Concerning the effectiveness of the activities, the majority of the interviewed actors think that the technical level of the monitoring staff is low, especially at the level of the regional directions. In terms of the adequacy between the results obtained and the available means, 57% of respondents are not satisfied with the efficiency of the M&E activities of the DGSHP. Consequently, the authorities should consider appropriate solutions to fill the gaps and improve the performance of the M&E process of the DGSHP.

Keywords: Strategies, coherence, performance, monitoring-evaluation, health, DGSHP.

1. Introduction

La santé qui représente un secteur d'investissement, est une composante indissociable du développement socio-économique d'un pays. La Conférence Internationale sur la Population et le Développement tenue au Caire en septembre 1994, a attiré l'attention des Gouvernements sur les droits de tous les individus à la santé. Pour traduire leur engagement en matière de santé de la reproduction, les chefs d'Etats de l'Union Africaine ont adopté le Plan d'Action de Maputo en janvier 2007 à Addis-Abeba. Ce plan devrait permettre d'apprécier l'état d'avancement de chacun des pays membres de l'Union dans le domaine de la santé de la reproduction.

Conscient de son importance, le Gouvernement du Mali s'est doté des premiers documents de politique, de normes et de procédures en santé familiale en 1987. En 1995, après la conférence de Caire sur la population et le développement, la quatrième conférence mondiale sur les femmes à Beijing, ces documents ont été révisés pour les adapter au concept de la santé de reproduction y compris la survie de l'enfant. Une autre révision a été faite en 1999 pour prendre en compte l'approche genre et la santé de reproduction des jeunes adultes. Ces différents documents ont permis la mise en œuvre de plusieurs politiques et programmes pour garantir à toute la population, un état de santé acceptable. La mise en œuvre de ces politiques et programmes ont permis d'évaluer certains indicateurs entre autres, le taux de mortalité maternelle estimé 582 pour 100000 naissances vivantes, le taux de mortalité infantile, à 113 pour 1000, le taux de mortalité néonatale, à 57 pour 1000 et la couverture sanitaire estimé à 69% dans un rayon de 15 km (EDSM III, 2002) .

Face aux exigences croissantes d'amélioration des résultats des politiques et programmes par les partenaires, les bénéficiaires et les institutions financières, l'évaluation des indicateurs de performance a besoin d'un système de S&E solide et efficace qui permet de fixer des priorités, d'être avertie à temps, des problèmes susceptibles de se poser, de mesurer le succès et les imperfections ainsi que l'impact de ces politiques et programmes. t, Force est de constater que des études réalisées dans des pays en voie de développement comme le Mali, ont révélé des limites dans le suivi des taux des indicateurs de santé dues entre autres, à l'absence de stratégie cohérente et de mécanismes de suivi et évaluation ainsi que la faible valorisation des résultats issus des évaluations (EDSM-VI, 2018 ; OMS, 2018). L'objectif de cette étude était de mieux comprendre le processus du S&E de la Direction Générale de la Santé et de l'Hygiène Publique du Mali (DGSHP) et documenter les dysfonctionnements en vue de permettre aux décideurs d'apporter des solutions.

2. Matériaux et Méthodes

2.1. *Présentation de la zone d'étude*

la Direction Générale de la Santé et de l'Hygiène Publique (DGSHP) a été créée par la loi N° 2018-052 du 11 juillet 2018. Le décret N° 2018 0671/P-RM du 16 août 2018 et le décret N°0218 0673/ P-RM du 16 août 2018 définissent l'organisation, les modalités de fonctionnement et le cadre organique de la DGSHP. Elle compte également en son sein, 4 sous-directions 3 services, 07 programmes de lutte contre la maladie et le programme élargi de vaccination (PEV) à travers la section immunisation.

L'activité de coordination et de contrôle de la DGSHP s'exerce à travers les services rattachés, les services régionaux incluant 11 Directions Régionales de la Santé (DRS), des services subrégionaux comprenant 65 Centres de Santé de Référence (CSRéf) et des services rattachés chargés de la mise en œuvre de la politique sectorielle de santé.

2.2. *Méthodes*

Il s'agissait là, d'une étude exploratoire qualitative, quantitative et transversale permettant déterminer des similitudes et aussi, des divergences des niveaux de perceptions des personnes consultées sur les démarches du suivi et évaluation et les difficultés en vue de faire des propositions d'amélioration. L'approche participative a été privilégiée dans tout le processus des enquêtes.

2.3. *Echantillonnage*

L'échantillonnage a été basé sur la méthode non probabiliste axée sur des acteurs spécifiques qui interviennent dans le domaine de suivi et évaluation des programmes de santé de la reproduction à la DGSHP et ses démembrements. Il s'agissait principalement, des autorités de la structure, des responsables chargés de suivi et évaluation et tout autre agent impliqué dans les activités de suivi au niveau des structures déconcentrées de la DGSHP. Sur cette base, un échantillon de 35 personnes réparties en deux groupes cible, a été constitué en fonction de leurs structures d'accueil et de leur statut professionnel. Le premier groupe d'un effectif de 14 personnes, était composé du personnel de la Direction générale et 21 personnes dans les régions de Kayes, Koulikoro, Ségou, Tombouctou et le District de Bamako. Ces 35 personnes sélectionnées sur la base de volontariat, comprenaient des médecins, des assistants médicaux, des infirmiers et des informaticiens intervenant dans les activités du S&E.

2.4. *Outils de collecte des données*

Pour la collecte des données, un questionnaire et un guide d'entretien ont été administrés par les enquêteurs formés. Pour assurer la confidentialité, il a été procédé à des entretiens individuels d'une durée d'environ 30 minutes. En outre un numéro anonyme été attribué à chaque participant. Les données complémentaires ont été collectées à travers la recherche bibliographique.

Les données collectées au cours de cette étude, ont concerné les niveaux de perceptions des acteurs

sur (i) les mécanismes de contrôle de la qualité des données (ii) les stratégies de traitement des données, (iii) la valorisation des résultats de suivi et (iv) l'efficacité l'efficience et la cohérence entre les acteurs.

2.5. Méthodes d'analyse et d'interprétation des données

Les données collectées ont été dépouillées manuellement, codifiées, traitées et analysées avec les logiciels QDA_MINER et Excel. Les tableaux et le traitement du texte ont été réalisés à l'aide du logiciel Word, version 2010.

2.6. Considérations éthiques

Sur le plan d'éthique, cette étude a tenu compte de la dimension humaine notamment, le respect de la dignité, la confidentialité et l'anonymat. Les personnes enquêtées ont été informées sur les objectifs de l'enquête et le guide d'entretien a été administré après l'obtention du consentement éclairé de la personne à enquêter.

3. Résultats

3.1. Mécanismes de contrôle de la qualité des données

La Figure 1 indique les résultats des enquêtes menées sur les niveaux de perceptions des acteurs de suivi sur l'existence des mécanismes de contrôle de la qualité des données du S&E de la DGSP.

L'analyse de ces résultats a montré que, sur un effectif total de 35 acteurs interrogés, 29 personnes soit 82%, reconnaissent l'existence de ces mécanismes. Par contre, 06 ignorent leur disponibilité.

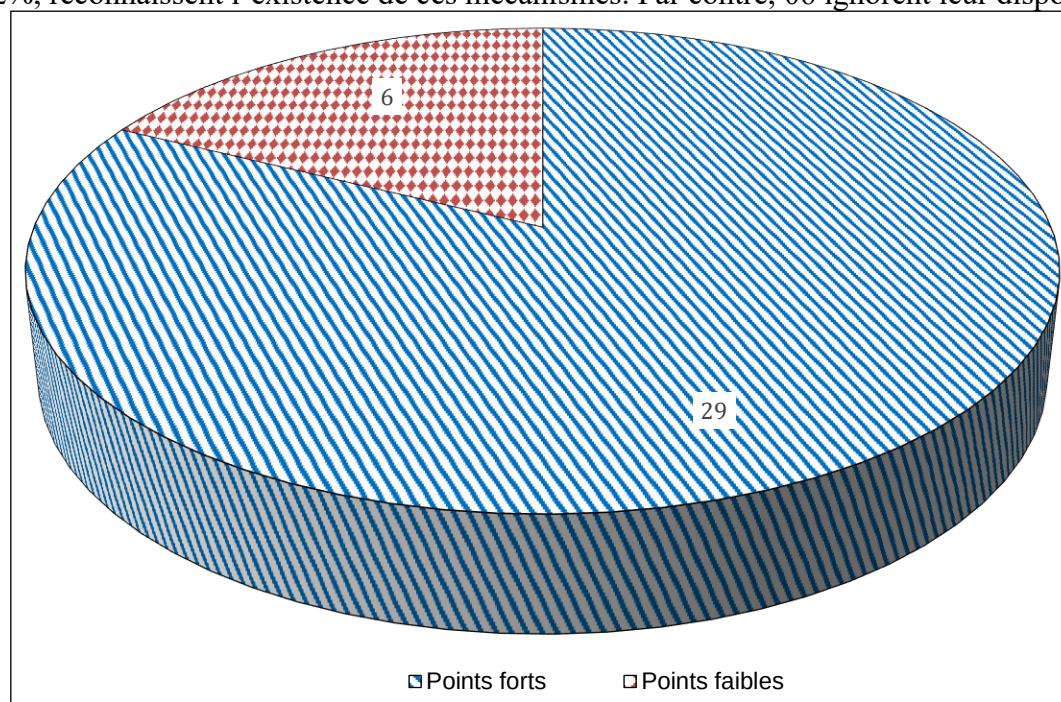


Figure 1. Niveaux de la perception des acteurs de suivi de la DGSHP sur l'existence de mécanismes de contrôle de la qualité des données ($n = 35$)

Les mécanismes existants et reconnus sont entre autres, les directives écrites sur les protocoles de notification du programme SR selon 39% des personnes interrogées, le mécanisme de vérification de l'exactitude des données selon 94%, les outils d'auto-évaluation de la qualité des données (56%), le mécanisme de vérification de la promptitude des données (83%) et le mécanisme de vérification de la RASP

complétude des données selon 81%. Ces résultats sont dans l'ensemble, jugés satisfaisants bien que sur 21 personnes demandées au niveau des Directions régionales de la santé, 61% n'ont aucune connaissance sur l'existence dans le système de S&E des directives écrites sur les protocoles de notification du programme SR et 44% ignorent la disponibilité des outils d'auto-évaluation de la qualité des données (Tableau 1).

Tableau 1. Variation des niveaux de perceptions des acteurs sur les mécanismes de contrôle de la qualité des données en fonction des structures de la DGSHP

Mécanismes de contrôle	Direction générale (%)		Directions régionales (%)	
	Oui	Non	Oui	Non
Existence des directives écrites sur les protocoles de notification du programme SR	100	0	39	61
Existence de mécanisme de vérification de l'exactitude des données	100	0	94	6
Accès aux outils d'auto-évaluation de la qualité des données	100	0	56	44
Existence de mécanisme de vérification de la promptitude des données	100	0	83	17
Existence de mécanisme de vérification de la complétude des données	100	0	81	19

* Direction générale : $n = 14$; Directions régionales : $n = 21$.

Ces résultats sont dans l'ensemble, jugés satisfaisants bien que sur 21 personnes demandées au niveau des Directions régionales de la santé, 61% n'ont aucune connaissance sur l'existence dans le système de S&E de la DGSHP, des directives écrites sur les protocoles de notification du programme SR et 44% ignorent la disponibilité des outils d'auto-évaluation de la qualité des données (Tableau 1). En conséquence, des efforts doivent être déployés sur la formation du personnel et la circulation de l'information dans le domaine du S&E au niveau des districts sanitaires

3.2. Stratégies de traitement et d'analyse des données

L'analyse de cette graphique a montré que 62% des personnes enquêtées ont connaissance de l'existence des stratégies de traitement des données. Ces stratégies incluent le système national de traitement des données à source ouverte, l'expertise avérée dans le traitement, l'analyse et l'interprétation des résultats, des logiciels appropriés de traitement des données, de la retro-information écrite sur la qualité de données ainsi que de la production régulière des rapports de suivi (Figure 2). Par contre, 38% ignorent la disponibilité de ces stratégies pour des raisons diverses notamment, le manque d'information sur certains logiciels informatiques et de formation sur ces matériels.

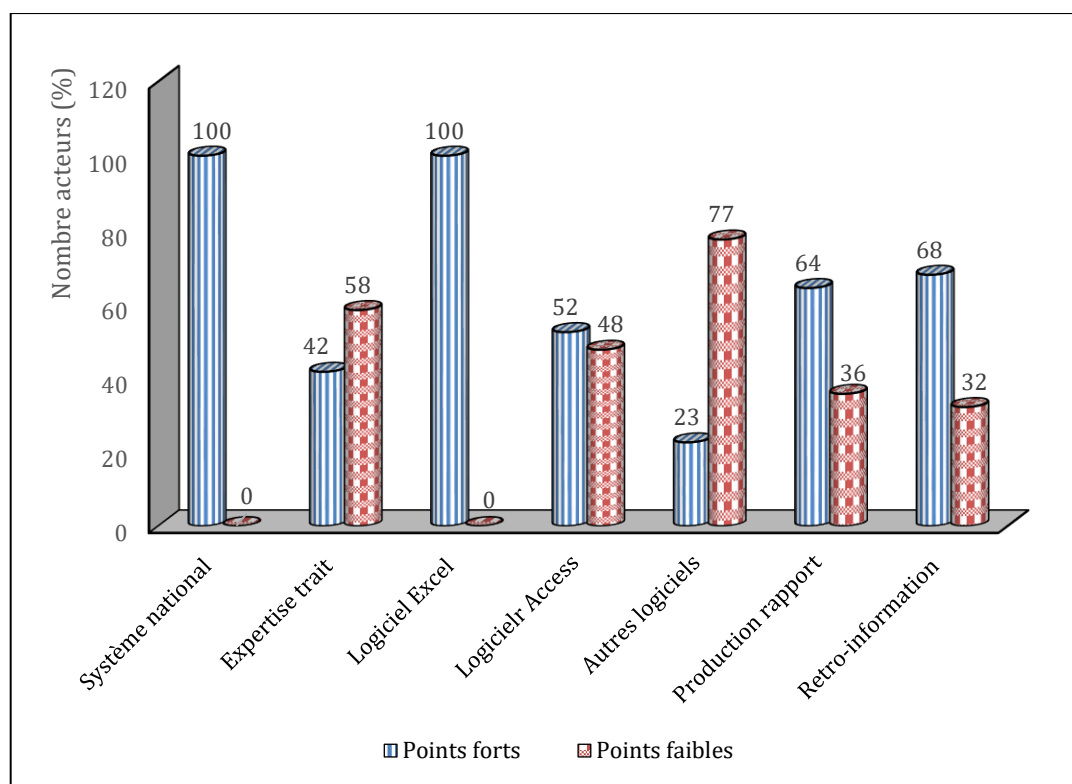


Figure 2. Niveaux de perception des acteurs de suivi-évaluation sur la disponibilité des stratégies de traitement et d'analyse des données à la DGSHP ($n = 35$)

Les résultats montrent également une variation des niveaux de perceptions des acteurs sur l'existence et l'utilisation des stratégies de traitement des données du suivi et évaluation des indicateurs de la santé de reproduction de la DGSHP en fonction des stratégies et des structures (Tableau 2). A ce niveau, la totalité des personnes enquêtées ont connaissance de la disponibilité et de l'utilisation du système national de traitement des données et le logiciel Excel pour la saisie et l'analyse des données, 57% ont connaissance de la production régulière des rapports de suivi, 64% ont témoigné l'existence dans le système, de l'expertise avérée dans le traitement, l'analyse et l'interprétation des résultats, pendant que 71% ont connaissance de la disponibilité et de l'utilisation du logiciel Access.

Cependant au niveau des Directions régionales, seulement, l'existence et l'utilisation du système national de traitement des données à source ouverte ainsi que du logiciel Excel pour la saisie et l'analyse des données sont témoignées par les 100% des intervenants. Cependant, 81% des personnes interviewées ne disposent d'aucune information sur l'existence d'expertise avérée dans le traitement, l'analyse et l'interprétation des résultats, 67 à 90% n'ont aucune connaissance sur la disponibilité du logiciel Access ou d'autre logiciel tandis que 58% ignorent la disponibilité de la pratique de la retro-information écrite sur la qualité des données dans le système.

Ces résultats révèlent un dysfonctionnement dans le système de S&E de la DGSHP, caractérisé par une insuffisance et une disparité notoire de l'existence des stratégies de traitement des données au niveau des Directions régionales par rapport à la Direction générale. Les raisons évoquées pour ce dysfonctionnement sont essentiellement, le manque de formation spécifique dans le domaine, les problèmes financiers et le déficit de communication.

Tableau 2. Niveaux de perceptions du personnel de suivi sur les stratégies de traitement et d'analyse des données par structure de la DGHSP

Stratégies de traitement des données	Direction gén.* (%)		Directions rég. (%)	
	Oui	Non	Oui	Non
Existence de système national de traitement des données à source ouverte	100	0	100	0
Expertise avérée dans le traitement, l'analyse et l'interprétation des résultats	64	36	19	81
Disponibilité de feuille de calcul Excel pour le traitement et l'analyse des données	100	0	100	0
Existence de module de traitement de données basé sur Access	71	29	33	67
Disponibilité d'autres modules (logiciels) de traitement des données	36	64	10	90
Production régulière de rapport d'analyse des données	57	43	71	29
Retro-information écrite sur la qualité de données	93	7	43	57

* Direction générale : $n = 14$; Directions régionales : $n = 21$

3.3. Valorisation des résultats de suivi et évaluation

Les résultats des enquêtes ont montré une diversité de méthodes de valorisation des résultats de S&E de la DGSHP (Tableau 3). Parmi ces méthodes, 100% des personnes interrogées ont évoqué comme méthode de valorisation des résultats de S&E, les présentations visuelles à travers les tableaux, les graphiques, les cartes, etc. De même, 100% ont souligné l'utilisation des différents rapports ou bulletins de S&E par les dirigeants et autres personnels de la DGSHP comme support de prises de décision, pour le suivi de la tendance des indicateurs de morbidité et de couverture, pour l'adaptation des interventions et comme éléments de bibliographie.

D'autres méthodes non moins importantes de valorisation des résultats du S&E de la DGSHP ont été également citées. Il s'agit de la production des rapports ou des bulletins pour les utilisateurs signalée par 81% des intervenants ainsi que les échanges d'information à travers le cadre de concertation au niveau de l'établissement, signalé par 48% des personnes enquêtées (Tableau 3).

Tableau 3. Méthodes de valorisation des résultats de suivi et évaluation des indicateurs de performance de la santé de reproduction à la DGSHP

Méthodes de valorisation	Nombre d'acteurs (%)
Présentations visuelles des données (graphiques, tableaux, cartes, etc.)	100
Utilisation des différents rapports ou bulletins de suivi et évaluation des indicateurs par les dirigeants et autres personnels de la DGSHP comme support de prise de décision	100
Production des rapports ou bulletin de suivi	81
Cadre formel de concertation ou d'échange au niveau de l'établissement pour le S&E de la performance de la gestion des indicateurs	48

3.4. Cohérence organisationnelle des acteurs de suivi-évaluation

Par rapport au point fort, les résultats ont montré que le niveau d'appréciation des indicateurs de cohésion organisationnelle des acteurs n'est pas dans l'ensemble, satisfaisant. Environ 37% des personnes interrogées sont satisfaites de la cohérence entre les différents acteurs impliqués dans la

mise en œuvre des activités de S&E de la DGSH. Concernant les points faibles, 63% des répondants se disent par contre, non satisfaites. L'analyse détaillée des points forts et des points faibles par indicateur, est indiquée dans le Tableau 4 ci-après.

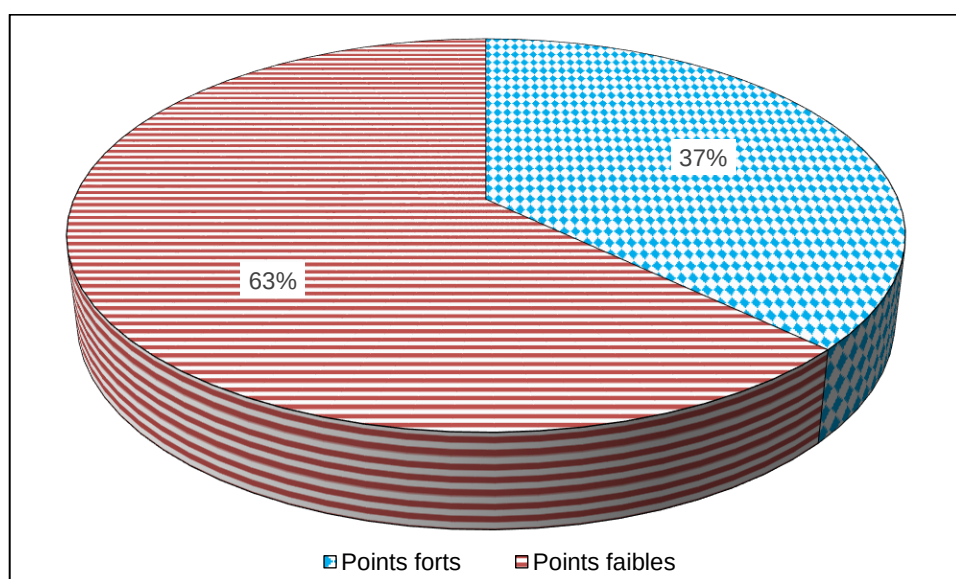


Figure 3. Perceptions des acteurs sur la cohérence organisationnelle des acteurs du suivi et évaluation de la DGSHP

En termes d'efficacité, l'analyse des résultats du Tableau 4, montre que 17 agents sur 35 touchés soit 49%, sont satisfaits de l'efficacité des activités de suivi et évaluation de la DGSHP. Par contre, 51% se disent non satisfaisants à cause du niveau technique du personnel de suivi qu'ils jugent faible. Selon eux, la mise en œuvre des activités souffre d'énorme dysfonctionnement surtout au niveau des services régionaux où l'absence de spécialiste et de mécanisme de contrôle des données est signalée. Cette insuffisance qui constitue un obstacle au bon déroulement des activités, mérite d'être levé pour améliorer la performance du système de S&E de la DSGHP.

Tableau 4. Perception des personnes enquêtées sur la cohérence organisationnelle des intervenants dans les activités du suivi et évaluation de la DGSHP

Indicateurs de performance de la cohésion organisationnelle des acteurs	Nombre de répondants (n = 35)	
	Points forts	Points faibles
Efficacité des activités de suivi et évaluation	17	18
Efficience des activités de suivi et évaluation	15	20
Cohérence organisationnelle des acteurs dans les activités de suivi et évaluation	7	28

Concernant l'efficacité des activités du suivi et évaluation, il s'agit de vérifier l'adéquation entre les résultats obtenus du suivi et les moyens mis à disposition autrement, si les résultats obtenus sont à la hauteur des moyens reçus. Ainsi, sur 35 personnes interrogées, 15 personnes soit 43%, sont satisfaites de l'efficacité des activités, tandis que 57% ne sont pas satisfaites (Tableau 4). Ils ont expliqué cette situation par le fait que le taux de réalisation des objectifs fixés dans le projet, n'est pas atteint dans la plus part des cas à cause des déséquilibres entre les ambitions des activités prévues et les ressources

financières disponibles.

Par rapport à la cohérence entre les différents acteurs du S&E, la préoccupation repose essentiellement sur la cohérence organisationnelle des acteurs pour exécuter le suivi des activités. Les résultats de cette étude ont montré que seulement 20% reconnaissent l'existence d'une synergie entre les différents acteurs pour effectuer les activités de suivi, tandis que 28 personnes soit 80% des répondants, soulignent un manque de cohérence des intervenants (Tableau 4). Selon eux, cette situation est souvent à la base des perturbations de la tenue régulière des concertations entre les acteurs et des missions de collecte, de contrôle et de la transmission en temps imparti, des données dans les structures concernées.

3. Discussion

La performance des projets ou programmes se mesure le plus souvent par rapport à aux dimensions de l'efficacité, de l'efficience, de l'équité, de la recevabilité et de la transparence (Peter et *al.*, 2008). Pourtant, la littérature internationale nous apprend que la performance est considérée comme moyen de faire comprendre les nouvelles règles du jeu (North 1990; Valéry Ridde et al. 2010). Le but de cette étude était de comprendre et de documenter les dysfonctionnements du processus du S&E pour les décideurs de la DGSHP en vue d'apporter des solutions. Ainsi, les enquêtes se sont focalisées spécifiquement sur l'existence de mécanismes de contrôle de la qualité et de traitements des données et les indicateurs de la cohérence organisationnelle des acteurs du S&E de la DGSHP notamment, l'efficacité, l'efficience et la cohérence des différents acteurs dans mise en œuvre des activités.

Par rapport à l'appréciation de la performance du système de S&E de la DGSHP basée sur le critère organisationnel de contrôle de la qualité et de traitement des données, l'analyse des résultats des enquêtes a montré que 82% des personnes enquêtées ont connaissance de l'existence des mécanismes de contrôle de la qualité des données et 62% ont témoigné la disponibilité des stratégies de traitement des données. Ces résultats suggèrent que les données du S&E de la DGSHP sont exactes et fiables. A cet effet, le rapport de l'OMS (2019) a signalé que les données sont des éléments qui fournissent aux décideurs, les informations nécessaires pour la planification, l'affectation des ressources, l'élaboration du programme, l'amélioration du programme et l'efficacité de celui-ci. A cet effet, le même rapport a conclu que la formation correcte du personnel de S&E est essentielle pour assurer l'exactitude, l'exhaustivité, la fiabilité, le caractère opportun, la confidentialité, la précision et l'intégrité des données.

Dans le cadre de la cohérence organisationnelle des différents acteurs dans la mise en œuvre des activités du suivi et évaluation, la préoccupation repose selon 63% des personnes interrogées, sur la cohérence organisationnelle de ces acteurs pour exécuter les activités de suivi. Les résultats des enquêtes menées au cours de cette étude, ont montré qu'il manque réellement un cadre constant de concertation ou d'échanges entre les acteurs pour mieux coordonner et harmoniser les activités de suivi. Ces résultats sont en harmonie avec ceux de El-Oumar Aboubakar (2015) qui a noté à la suite de ses études, que la méthode de suivi des activités de chacun des acteurs au niveau de la pyramide sanitaire est assez divergente. Du fait de la complexité du projet, il a signalé que 50% des responsables jugent le dispositif complexe qui ne facilite pas des échanges constants entre les intervenants pour mieux coordonner les activités de collecte des données et de leur transmission dans le temps imparti.

Concernant l'appréciation de la performance du système basée sur les critères d'efficacité, 51% de

personnes sur 35 demandées, jugent le score non satisfaisant. Selon eux, le niveau technique du personnel de suivi est faible surtout, au niveau des Districts sanitaires. Ces résultats sont similaires à ceux rapportés par El-Oumar Aboubakar (2015) qui a trouvé dans ses études, qu'environ 51,22% des acteurs interviewés jugent le niveau technique en termes d'efficacité des activités, faible. Selon la même source, cette situation qui rend défailante, la pratique de suivi-évaluation, mérite d'être renforcée pour prétendre à être performante.

Par rapport à l'efficience des activités évaluées en termes de l'adéquation entre les résultats obtenus du suivi et les moyens mis à disposition, les résultats des enquêtes ont révélé que 57% de personnes interrogées ne sont pas satisfaites. El-Oumar Aboubakar (2015) a obtenu des résultats similaires et a expliqué cette situation par le fait que le taux de réalisation des objectifs fixés dans le projet n'est pas atteint dans la plupart des cas, à cause du déséquilibre entre les ambitions démesurées des activités prévues et les ressources financières disponibles.

4. Conclusion

Le but de cette étude était de comprendre les stratégies du S&E de la DGSH et de documenter les insuffisances pour les décideurs en vue d'apporter des solutions. C'est ainsi que des enquêtes menées se sont focalisées spécifiquement sur la perception des acteurs sur l'existence de mécanismes de contrôle de la qualité et de traitement des données ainsi que la cohérence organisationnelle des acteurs dans la mise en œuvre des activités.

Ces différentes insuffisances constatées entraînent souvent, des perturbations dans la réalisation des activités tout en réduisant la performance des activités du S&E. En conséquence, les autorités du département doivent envisager des solutions appropriées permettant de combler ces lacunes et d'améliorer la performance du processus de S&E de la DGSH.

Remerciements

Nos remerciements s'adressent particulièrement à tous ceux, de près ou de loin, qui m'ont apporté leur concours moral, matériel et financier, qu'ils reçoivent ici mes très sincères gratitude.

Conflit of Intérêts

les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

Références

DSR (Division Santé de la Reproduction), 2005. Politiques et Normes de des Services de Santé de la reproduction ; Ministère de la Santé, Bamako, Mali ; 100 p.

EDSM VI, 2018. Sixième Enquête Démographique et de Santé au Mali. 2018. INSTAT. CPS/SS-DS-PF. ICF.

EDSM III, 2002. Enquête Démographique et de Santé au Mali (EDSM-III) 2010; Cellule de Planification et de Statistique du Ministère de la Santé, 328 p.

El-Oumar Aboubakar, 2015. Analyse du processus de suivi-évaluation dans le cadre de la mise en œuvre des projets financés par l'Agence Belge de Développement (CTB) dans le secteur de la santé au Bénin: cas du PARZS-AD. Mémoire en Master de Développement présenté à l'Université Senghor, Dakar, Sénégal en Mars 2013. <https://www.usenghor-francophone.org>

MS (Ministère de la Santé), 2004. Politique et Normes des Services de Santé de la Reproduction ; Bamako ; Mali. 102 p.

North D.C. (1990). *Institutions, Institutional Charge and Economic Performance*. Cambridge University Press ; USA. Site Web : <https://www.Socialcapitalgateway.org>

OMS, 2019. Vérification des données et évaluation des systèmes ; Examen de la qualité des données ; Module 3 ; 56 p. Site web : <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/123071/retrieve>

OMS, 2018. Mali Malaria; Country Profile. Organisation Mondiale de la Santé ; 20 avenue Appia, 1211 Genève 27 ; Suisse.

Site web: https://www.who.int/malaria/publications/country-profiles/profile_mli_en.pdf?ua=1

Peter C. Smith, Elias Mossialos et Irene Papanicolas, 2008. Mesure des performances pour l'amélioration des systèmes de santé : expériences, défis et perspectives ; Organisation mondiale de la santé, 2008 et Organisation mondiale de la santé pour l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, 2008 ; 28 p.

Site web: https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file

Ridde Ridder et Olivier de Sardan JP, 2010 .L'exemption de paiement des soins au Burkina Faso, Mali et Niger : Les contradictions des politiques publiques ; Afrique Contemporaine 2012/3 (243) ; p 11-32.

© 2023 SAMAKE et al., licensee *Bamako Institute for Research and Development Studies Press*. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>)

Publisher's note

Bamako Institute for Research and Development Studies Press remains neutral regarding jurisdictional claims in map publications and institutional affiliations.



Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, Volume 5 (1)

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

Received, 17 december 2022

Accepted, 1 February 2023

Published, 4 February 2023

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

Research

Effets de l'observance des consultations prénatales et du recours aux accouchements assistés par des sage-femmes sur la mortalité néonatale au Bénin

Pascaline Yvonne Talon¹, Jacques Saizonou¹, Alphonse Kpozèhouen¹, Nicolas Gaffan¹, Edgard-Marius Ouendo¹

¹ Institut Régional de Santé Publique, Université d'Abomey-Calavi, Ouidah, Bénin

* Correspondance : yvonne.talon@yahoo.fr ; Tel : +229-64-20-14-14 ;

Résumé

L'observance par les gestantes des soins de santé maternelle réalisés par du personnel qualifié est connue pour réduire la probabilité de décès néonatal chez les nouveau-nés. Toutefois, le gain observé par rapport au recours à ces soins est-il homogène quel que soit l'agent de santé qui réalise l'acte ? L'objectif de ce travail était d'étudier les effets de l'observance des consultations prénatales et du recours aux accouchements assistés par des agents qualifiés en général, et des sage-femmes en particulier, sur la mortalité néonatale au Bénin. Il s'est agi d'une étude transversale qui a consisté à réaliser des analyses secondaires à partir des bases de données du cinquième Enquête Démographique et de Santé (EDS-V) au Bénin. La population d'étude était constituée des enfants nés au cours des cinq années ayant précédé l'EDS-V. La variable dépendante était le décès (1=Oui vs 0=Non) des enquêtés avant le 28ème jour après la naissance. Pour chaque enfant inclus, il a été renseigné l'observance (ou non) des visites de soins prénataux ainsi que le type d'agents ayant procédé à ces actes. Le type de prestataire ayant assisté la mère lors de l'accouchement a également été renseigné. Une régression logistique multivariée a permis d'identifier les facteurs associés à la mortalité néonatale. Au total, 13 044 enfants ont été inclus dans l'étude. Parmi ces derniers, 2,64% (IC95% = 2,32-3,01) étaient décédés avant le 28ème jour suivant la naissance. Le risque de décès néonatal était inférieur de 34% (ORa = 0,66 ; IC95% = 0,47-0,93) chez les enfants dont les mères avaient observé les consultations prénatales, réalisées par des sage-femmes, en comparaison aux enfants dont les mères n'avaient pas observé ces visites. Une relation significative n'a pas été observée entre le type de prestataire ayant assisté la mère lors de l'accouchement et la mortalité néonatale. L'étude souligne la nécessité de renforcer les stratégies visant une amélioration de l'offre et de la demande des visites de soins prénataux réalisées par des agents qualifiés en général, et des sage-femmes, en particulier.

Mots clés : sage-femme, personnel qualifié, consultations prénatales, accouchement, facteurs, mortalité néonatale, enquête démographique et de santé, Bénin

Abstract

Observance by pregnant women of maternal health care provided by qualified personnel is known to reduce the probability of neonatal death in newborns. However, is the gain observed in relation to the

use of this care homogeneous regardless of the health worker who performs the act? The objective of this work was to study the effects of compliance with prenatal consultations and the use of births attended by skilled attendants in general, and midwives in particular, on neonatal mortality in Benin. This was a cross-sectional study that consisted of carrying out secondary analyzes from the databases of the fifth Demographic and Health Survey (DHS-V) in Benin. The study population consisted of children born during the five years preceding the EDS-V. The dependent variable was the death (1=Yes vs 0=No) of respondents before the 28th day after birth. For each child included, information was provided on compliance (or not) with prenatal care visits as well as the type of agents who carried out these acts. The type of provider who assisted the mother during childbirth was also provided. A multivariate logistic regression made it possible to identify the factors associated with neonatal mortality. A total of 13,044 children were included in the study. Of these, 2.64% (95% CI = 2.32-3.01) had died before the 28th day after birth. The risk of neonatal death was 34% lower (ORa = 0.66; 95% CI = 0.47-0.93) in children whose mothers had observed antenatal consultations, carried out by midwives, compared to children whose mothers had not observed these visits. A significant relationship was not observed between the type of provider who assisted the mother during childbirth and neonatal mortality. The study underscores the need to strengthen strategies aimed at improving the supply and demand for antenatal care visits by skilled workers in general, and midwives in particular.

Keywords: midwife, qualified personnel, prenatal consultations, childbirth, factors, neonatal mortality, demographic and health survey, Benin

1. Introduction

L'amélioration de la santé néonatale était l'un des programmes inachevés des Objectifs du Millénaire pour le Développement (2000-2015), et est restée un domaine prioritaire à l'ère des Objectifs de Développement Durable (2015-2030) (UN General Assembly, 2000; United Nations General Assembly, 2017). Malgré les progrès substantiels qui ont été réalisés depuis les années 90, on estime que plus de 6 500 nouveau-nés sont décédés chaque jour au cours du premier mois suivant leur naissance en 2020 ; ce qui représente 17 décès pour 1 000 naissances vivantes et près de la moitié (47%) de l'ensemble des décès d'enfants de moins de cinq ans (UN Inter-agency Group for & Child Mortality Estimation, 2020). On rapporte que la majorité des décès néonataux (75%) surviennent au cours de la première semaine de vie, et qu'environ 1 million de nouveau-nés (42%) meurent dans les premières 24 heures (Organisation Mondiale de la Santé, 2020). La répartition géographique des décès enregistrés au cours de la période néonatale en 2020 fait de l'Afrique Subsaharienne, la région où les nouveau-nés ont le moins de chance de survie au cours des premiers 28 jours de vie (UN Inter-agency Group for & Child Mortality Estimation, 2020). On y observe un taux de mortalité néonatale de 27 décès pour 1 000 naissances vivantes contre 3 pour 1 000 en Amérique et Europe (UN Inter-agency Group for & Child Mortality Estimation, 2020). Au Bénin, le nombre absolu de décès au cours de la période néonatale a peu évolué entre 2000 et 2020 (UN Inter-agency Group for & Child Mortality Estimation, 2020). Il est passé de 11 (10-13) mille en 2000 à 13 (10-16) mille en 2020 (UN Inter-agency Group for & Child Mortality Estimation, 2020). En ajustant sur le nombre de naissances vivantes, on note une diminution de 9‰ (39‰ en 2000 contre 30‰ en 2020) (UN Inter-agency Group for & Child Mortality Estimation, 2020). Selon une étude hospitalière au Bénin, les naissances prématurées, les complications lors de l'accouchement (asphyxie à la naissance ou absence totale de respiration), les infections et les malformations congénitales sont à l'origine de la plupart des décès néonataux (Houssou et al., 2020).

Dans la littérature, on relève différents travaux épidémiologiques qui ont investigué les prédicteurs de la mortalité néonatale pour la conception et la mise en œuvre de stratégies de prévention.

Ces études ont mis en évidence des associations entre la mortalité néonatale et certains facteurs individuels liés au nouveau-né, à la mère, au ménage, auxquels s'ajoutent des facteurs environnementaux et ceux liés au système de santé (Aynalem et al., 2021; Bitew et al., 2020; Daemi, Ravaghi, & Jafari, 2019; Veloso et al., 2019). On rapporte que les enfants qui meurent au cours des premiers 28 jours après la naissance présentent des affections associées à l'absence de soins de qualité dispensés par des prestataires qualifiés avant, pendant et après la grossesse ou l'accouchement (Organisation Mondiale de la Santé, 2020).

Selon une méta-analyse en 2020, la probabilité de décès néonatal chez les nouveau-nés de femmes ayant bénéficié de soins prénataux était inférieure de 65% à celle des nouveau-nés de femmes n'ayant pas eu de suivi prénatal (Tolossa et al., 2020). Dans une étude récente, le gain associé à l'observance des soins prénataux est d'autant plus élevé s'ils sont réalisés par des agents qualifiés (Neupane & Doku, 2014). De plus, dans une étude en 2021, le risque de mortalité néonatale était deux fois plus élevé chez les nouveau-nés dont l'accouchement n'avait pas été assisté par du personnel qualifié en comparaison à ceux qui en avaient bénéficié (Baruwa, Amoateng, & Mkwanzani, 2021). Les professionnels de santé qualifiés font référence aux agents qui possèdent les compétences nécessaires pour prendre en charge une grossesse, un accouchement et la période suivant la naissance ; et qui sont capables d'identifier, gérer et référer les femmes et les nouveau-nés en cas de complications (World Health Organization, 2022). Il s'agit des sage-femmes, infirmiers ou médecins (World Health Organization, 2022). Au Bénin, selon les résultats d'une enquête nationale, environ 20% des gestantes ne reçoivent pas des soins prénataux ou accouchent sans recourir à une sage-femme ou à un autre agent qualifié ; avec potentiellement des retombées négatives sur la survie du nouveau-né (Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique & ICF, 2019). Toutefois, le gain observé par rapport au recours aux soins de santé réalisés par du personnel qualifié est-il homogène quel que soit l'agent (sage-femme, infirmier ou médecin) qui réalise l'acte ? La présente étude est basée sur l'hypothèse selon laquelle l'effet protecteur associé aux consultations prénatales et aux accouchements assistés sur la survenue de la mortalité néonatale varie selon le type de prestataire qui administre les soins. Dans ce travail, nous nous intéressons davantage aux sage-femmes. En collaboration avec d'autres professionnels de la santé, les sage-femmes jouent un rôle crucial dans les soins de santé maternelle en fournissant une gamme complète de services pour les femmes enceintes, les nouvelles mères et les enfants nouveau-nés. Elles sont formées pour offrir des soins prénataux, assister l'accouchement, fournir des soins post-partum, etc. Dans la littérature, on relève peu d'études ayant investigué l'effet potentiel des visites de consultations prénatales et du recours aux accouchements assistés par du personnel qualifié sur la mortalité néonatale, en tenant compte du type d'agents ayant administré les soins. On peut toutefois relever une étude dont les résultats suggéraient qu'une augmentation substantielle de la couverture des sage-femmes pourrait éviter 39% des décès néonataux (Nove et al., 2021). Au Bénin, une revue de la littérature ne fait pas ressortir une étude sur une question similaire des effets de l'observance des consultations prénatales et du recours aux accouchements assistés par des sage-femmes sur la mortalité néonatale.

Dans le présent travail, il s'agissait d'étudier les effets du recours aux soins prénataux et aux accouchements réalisés par des agents qualifiés, en général, et les sage-femmes, en particulier, sur la mortalité néonatale. De façon spécifique, nous avons eu à : i) décrire les caractéristiques de bases des nouveau-nés au Bénin ; ii) déterminer la proportion de ceux dont les mères ont observé les visites de soins prénataux et ceux dont l'accouchement avait été assisté par des prestataires qualifiés ; iii) estimer le pourcentage de nouveau-nés décédés avant le 28ème jour suivant la naissance ; et iv) identifier les facteurs associés à la mortalité néonatale.

2. Matériaux et Méthodes

2.1. *Cadre d'étude*

Le Bénin est un pays de la sous-région Ouest Africaine qui couvre une superficie de 114 763 km² (Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique, 2015). Au plan administratif, le Bénin compte 12 départements (Alibori, Atacora, Atlantique, Borgou, Collines, Couffo, Donga, Littoral, Mono, Ouémé, Plateau et Zou), subdivisés en 77 communes (République du Bénin, 1999). Les dernières projections de l'Institut National de la Statistique et de la Démographie (INStAD, ex Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique) donnaient une population de 12 535 929 habitants en 2021 (Ministère de Santé, 2022). Selon les Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS) successives au Bénin, le taux de mortalité néonatale y est passé de 38 décès pour 1 000 naissances vivantes en 2001, à 31 décès pour 1 000 naissances vivantes en 2006, puis 30 décès pour 1 000 naissances vivantes en 2017-2018 (Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique & ICF, 2019; Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique & Macro International Inc., 2007; Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique & ORC Macro, 2001).

2.2. *Type d'étude et source de données*

Il s'est agi d'une étude transversale qui a consisté à réaliser des analyses secondaires à partir des bases de données du cinquième Enquête Démographique et de Santé (EDS-V) menée du 6 novembre 2017 au 28 février 2018 (Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique & ICF, 2019). Les EDS sont des enquêtes auprès des ménages représentatives au niveau national, menées notamment dans les pays à revenu faible ou intermédiaire et qui fournissent des données pour un large éventail d'indicateurs concernant notamment la santé maternelle et infantile (Croft, Trevor, Aileen M. J., & Courtney K., 2018). Après une requête envoyée via le site web du DHS Program à l'adresse <https://dhsprogram.com/>, la base de données des enfants de moins de cinq ans (BJKR71DT) a été téléchargée.

2.3. *Population d'étude*

La population d'étude était constituée des enfants nés au cours des cinq années ayant précédé la réalisation de l'EDS-V. Pour les enfants nés de grossesses multiples, seul le « premier » jumeau a été inclus. Les enfants qui ne résidaient pas habituellement dans les ménages enquêtés ainsi que ceux présentant des données manquantes pour les variables d'intérêt n'ont pas été inclus dans l'étude. Au total, les analyses ont concerné 12 520 enfants de moins de cinq ans.

2.4. *Rappel sur l'échantillonnage de l'EDS-V*

L'EDS-V est basée sur un échantillon représentatif de la population béninoise au plan national obtenue par le biais d'un sondage stratifié à deux degrés (Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique & ICF, 2019). A cette fin, le territoire national a été découpé en 12 domaines d'études correspondant aux 12 départements administratifs (Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique & ICF, 2019). Par suite, dans chaque domaine d'études, 2 strates ont été créées : la strate du milieu urbain et celle du milieu rural (sauf le département du Littoral qui n'a pas de milieu rural) (Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique & ICF, 2019). On obtenait ainsi 23 strates d'échantillonnage (Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique & ICF, 2019). Au premier degré, 555 Unités Primaires de Sondage (UPS) ont été tirées dans les strates à partir de la liste des zones de dénombrement (ZD) établies au cours du RGPH-IV en procédant à un tirage systématique avec probabilité proportionnelle à la taille de l'UPS (la taille de l'UPS étant le nombre de ménages) (Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique & ICF, 2019). Ensuite, un dénombrement des ménages dans chacune de ces UPS a permis d'obtenir une liste des ménages à partir

de laquelle a été tiré, au second degré, un échantillon de 26 ménages par UPS aussi bien en milieu urbain qu'en milieu rural, avec un tirage systématique à probabilité égale (Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique & ICF, 2019).

2.5. Variables et mesures

2.5.1. Variable dépendante

La variable dépendante était la mortalité néonatale, renseignée sur déclaration des mères ou gardiennes d'enfants enquêtées. Elle a été codée 1, si un enfant était décédé avant le 28ème jour suivant la naissance, et 0 dans le cas contraire.

2.5.2. Expositions principales

Pour chaque enfant inclus dans l'étude, il a été renseigné le type de prestataire ayant réalisé les consultations prénatales de la mère au cours de la grossesse et ayant assisté cette dernière lors de l'accouchement. La variable décrivant le type de prestataire ayant réalisé les consultations prénatales de la mère au cours de la grossesse a été codée de la manière suivante : 0 si une femme n'avait pas observé les consultations prénatales ; 1 si les consultations prénatales ont été observées et réalisées par un agent non-qualifié ; 2 si les consultations prénatales ont été observées et réalisées par une sage-femme ; 3 si les consultations prénatales ont été observées et réalisées par un infirmier et 4 si les consultations prénatales ont été observées et réalisées par un médecin. On retient qu'une femme a observé les consultations prénatales si elle en a réalisé au moins quatre, dont le premier au trimestre 1 de la grossesse. Le type de prestataire ayant assisté les mères des enfants au cours de l'accouchement a été catégorisé de la manière suivante : 0 si l'accouchement n'avait pas été assisté, 1 si l'accouchement avait été assisté par des agents non-qualifié, 2 si l'accouchement avait été assisté par des sage-femmes, 3 si l'accouchement avait été assisté par des infirmiers, et 4 si l'accouchement avait été assisté par des médecins. Les données sur lesquelles étaient basées la création de ces deux variables ont été recueillies sur déclaration des mères d'enfants.

2.5.3. Covariables

Les autres variables explicatives étaient liées à l'enfant, aux mères d'enfants, au ménage et à l'environnement. En ce qui concerne les variables liées à l'enfant, il s'agissait du sexe (Masculin, Féminin), le rang (1, 2, 3 et plus), le type de grossesse (simple, gémellaire). Le poids de naissance n'a pas été étudié en raison du grand nombre de données manquantes identifiées pour cette variable. Les variables liées aux mères d'enfants étaient : l'âge (moins de 20 ans, 20-29 ans, 30-39 ans et 40-49 ans), le niveau d'instruction (non-instruit, primaire, secondaire, supérieur), le statut marital (en couple, célibataire), l'exercice d'une activité professionnelle au cours des 12 derniers mois (oui, non), la religion (pas de religion, islam, christianisme et traditionnelle et autre), la couverture par une assurance santé (oui, non) et l'exposition aux médias notamment les journaux, la radio et la télévision (pas du tout, moins d'une fois par semaine, au moins une fois par semaine). Les variables liées aux ménages regroupaient : le sexe du chef du ménage (masculin, féminin), le niveau de richesse (très pauvre, pauvre, intermédiaire, riche et très riche) et la taille du ménage (≤ 5 , > 5). Les variables liées à la communauté concernent le milieu (urbain, rural) et le département (Alibori, Atacora, Atlantique, Borgou, Collines, Couffo, Donga, Littoral, Mono, Ouémé, Plateau et Zou) de résidence de l'enfant enquêté.

2.6. Analyses des données

Les analyses ont été conduites avec Stata 15. Toutes les analyses ont tenu compte du plan d'échantillonnage de l'enquête. Les variables ont été décrites en calculant les effectifs et les pourcentages pondérés de leurs modalités. Le pourcentage de décès survenus au cours de la période néonatale a été calculé avec son intervalle de confiance à 95%. Une analyse univariée a été conduite, laquelle a consisté à croiser la variable dépendante avec chacune des variables indépendantes en utilisant une régression logistique simple. Les variables significatives au seuil de 20% ont été introduites dans une régression logistique multivariée, selon une stratégie pas à pas descendante. Le seuil de significativité au cours de l'analyse multivariée était de 5%. Le type de prestataire ayant conduit les consultations prénatales des mères d'enfants et l'accouchement ont été inclus et maintenus dans l'analyse multivariée quel que soit leur niveau de significativité aux différentes étapes. Les résultats ont été présentés sous forme d'Odds Ratio (OR) accompagnés de leur intervalle de confiance à 95% (IC95%). Le test de Hosmer-Lemeshow a été utilisé pour vérifier l'adéquation des modèles finaux.

2.7. *Aspects éthiques*

Le lancement de la collecte des données de le EDS-V a été conditionné à l'autorisation du Conseil National de la Statistique pour l'obtention du visa statistique et à celle du Comité National d'Ethique pour la Recherche en Santé pour l'obtention de l'avis éthique (Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique & ICF, 2019).

3. Résultats

3.1. *Caractéristiques de base de la population d'étude*

Au total, 13 044 enfants ont été inclus dans l'étude. Parmi ces derniers, 51,06% étaient du sexe masculin contre 48,94% du sexe féminin. La majorité des enfants enquêtés (58,80%) était de rang 3 et plus. Moins de 3% (n ?) des enquêtés étaient des jumeaux. Les mères d'enfants âgés de 20-29 ans, non-instruits (65,94%), en couple (93,88%), de confession chrétienne (49,46%) et celles ayant une activité professionnelle (83,23%) étaient les plus représentées. Moins d'un pourcent (0,81%) des mères d'enfants était couvert par une assurance santé. S'agissant de l'exposition aux médias, la majorité des mères d'enfants ne lisaient pas les journaux (94,70%), n'écoutait pas la radio (44,44%) et ne regardait pas la télévision (66,26%). Environ six enfants sur dix vivaient en milieu rural (61,47%). Considérant le département de résidence, les enfants de l'Alibori (13,57%), Borgou (13,24%) et l'Atlantique (11,29%) étaient les plus représentés.

Tableau 1. Caractéristiques de base des enfants enquêtés, Bénin

Variables	n	%
Sexe de l'enfant		
Masculin	6660	51,06
Féminin	6384	48,94
Rang de l'enfant		
1	2845	21,81
2	2530	19,40
3 et plus	7669	58,80
Type de grossesse		
Simple	12683	97,23
Gémellaire	361	2,77
Age de la mère		
15-19	540	4,14
20-29	6736	51,64
30-39	4679	35,87
40-49	1089	8,35
Niveau d'instruction de la mère		
Non-instruit	8601	65,94
Primaire	2366	18,14
Secondaire	1907	14,62
Supérieur	170	1,30
Statut marital de la mère		
Célibataire	798	6,12
En couple	12246	93,88
Activité professionnelle de la mère		
Non	2188	16,77
Oui	10856	83,23
Religion de la mère		
Traditionnelle et autre	1415	10,85
Islam	4434	33,99
Christianisme	6451	49,46
Pas de religion	744	5,70
Assurance santé de la mère		
Non	12939	99,19
Oui	105	0,81
Exposition de la mère au journal		
Pas du tout	12352	94,70
Moins d'une fois par semaine	418	3,21
Au moins une fois par semaine	273	2,10

Tableau 1. Caractéristiques de base des enfants enquêtés, Bénin (suite et fin)

Variables	n	%
Exposition de la mère à la radio		
Pas du tout	5797	44,44
Moins d'une fois par semaine	2799	21,46
Au moins une fois par semaine	4448	34,10
Exposition de la mère à la télévision		
Pas du tout	8644	66,26
Moins d'une fois par semaine	2146	16,45
Au moins une fois par semaine	2254	17,28
Sexe de chef de ménage		
Masculin	11011	84,42
Féminin	2033	15,58
Niveau de richesse du ménage		
Très pauvre	2799	21,46
Pauvre	2675	20,51
Moyen	2625	20,12
Riche	2616	20,05
Très riche	2330	17,86
Taille du ménage		
≤5	5078	38,93
>5	7966	61,07
Milieu		
Urbain	5026	38,53
Rural	8019	61,47
Département		
Alibori	1769	13,57
Atacora	1142	8,76
Atlantique	1473	11,29
Borgou	1727	13,24
Collines	827	6,34
Couffo	868	6,65
Donga	886	6,79
Littoral	555	4,25
Mono	580	4,45
Ouémé	1160	8,89
Plateau	822	6,30
Zou	1235	9,47

3.2. Exposition principale

Pour trois quarts (75,06% ; IC95% = 73,89-76,19) des enfants enquêtés, les mères n'avaient pas observé des consultations prénatales. Pour 20% (IC95% = 18,99-21,06) des enfants, les soins

prénataux ont été observés et réalisés par des sage-femmes. La naissance de 8,42% (IC95% = 7,02-10,06) des enfants n'avait pas été assistée. Pour 65,36% (IC95% = 63,22-67,44) des enfants enquêtés, l'assistance lors de l'accouchement avait été réalisée par des sage-femmes.

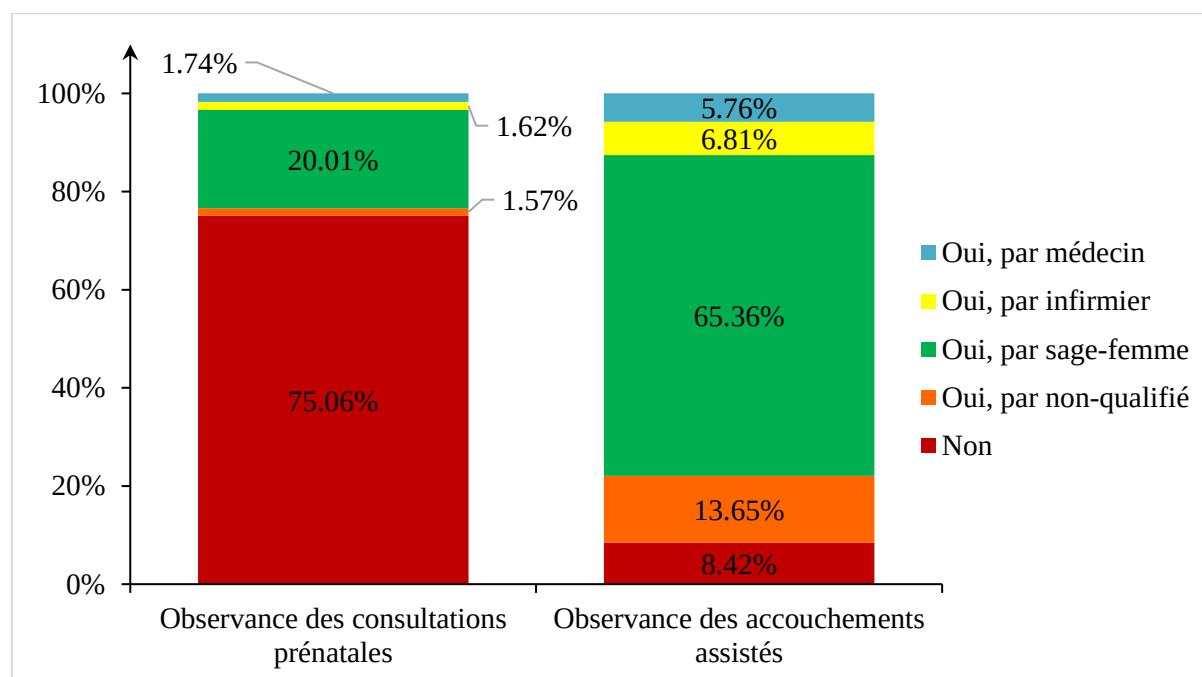


Figure 1. Répartition des enfants enquêtés en fonction du niveau d'observance des consultations prénatales et des accouchements assistés, Bénin

3.3. Mortalité néonatale

Parmi les enfants nés au cours des cinq années ayant précédé l'EDS-V, 2,64% (IC95% = 2,32-3,01) étaient décédés avant le 28ème jour suivant la naissance.

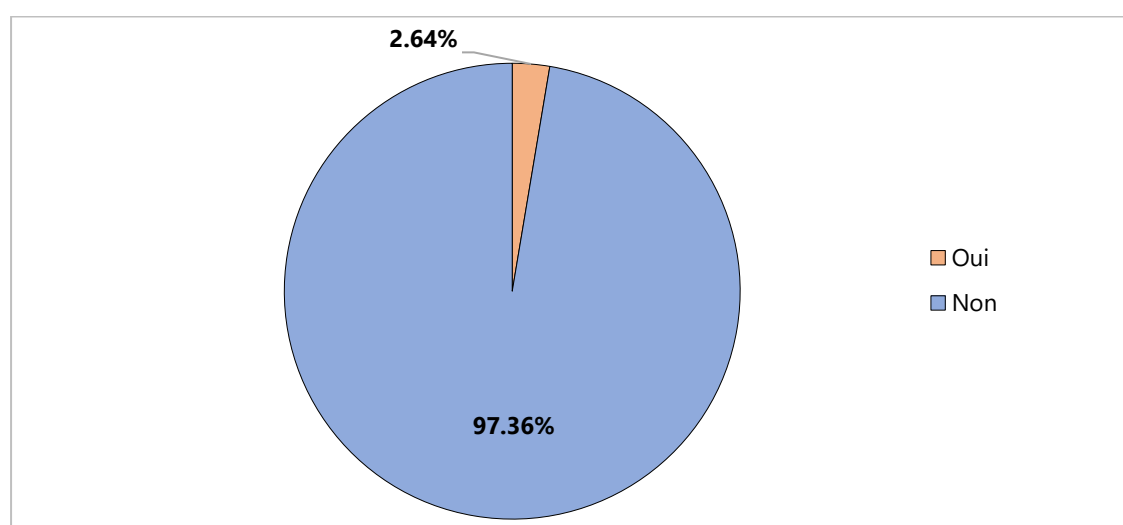


Figure 2. Mortalité néonatale chez les enfants nés au cours des cinq années précédant l'EDS-V, Bénin

3.4. Facteurs associés à la mortalité néonatale

Le risque de décès néonatal était moindre ($ORa = 0,66$; $IC95\% = 0,47-0,93$) chez les enfants dont les mères avaient observé les consultations prénatales et réalisées par des sage-femmes en comparaison aux enfants dont les mères n'avaient pas observé les visites de soins prénataux. Une relation significative n'a pas été observée entre le type de prestataire ayant assisté les mères des enfants au cours de l'accouchement et la mortalité néonatale. Les autres facteurs associés au décès néonatal étaient le sexe de l'enfant, le type de grossesse, l'âge de la mère, la couverture de la mère par une assurance santé, la taille du ménage et le département de résidence. Les enfants du sexe masculin étaient 1,48 ($IC95\% = 1,15-1,91$) fois plus susceptibles de décéder au cours de la période néonatale que leur homologue du sexe féminin. Le risque de décès néonatal était 5,21 fois ($IC95\% = 3,55-7,66$) plus élevé chez les jumeaux en comparaison aux autres. Les enfants dont les mères avaient entre 30 et 49 ans avaient un risque de décès néonatale supérieur de 35% ($ORa = 1,35$; $IC95\% = 1,04-1,76$) à 83% ($ORa = 1,83$; $IC95\% = 1,21-2,76$) en comparaison aux enfants dont les mères avaient entre 20 et 29 ans. Les enfants dont les mères n'étaient pas couvertes par une assurance santé étaient 7,59 fois ($IC95\% = 1,04-55,26$) plus à risque de décéder au cours de la période néonatale par rapport aux enfants dont les mères n'avaient pas une assurance santé. Les enfants vivant dans des ménages de cinq personnes ou moins étaient 2,03 fois ($IC95\% = 1,51-2,72$) fois plus à risque de décéder au cours de la période néonatale que ceux résidant dans des ménages de plus de cinq personnes. Le risque de décès néonatal était significativement plus élevé dans l'Atlantique ($ORa = 2,44$; $IC95\% = 1,18-5,03$), les Collines ($ORa = 2,25$; $IC95\% = 1,01-5,00$), la Donga ($ORa = 3,03$; $IC95\% = 1,43-6,42$), le Plateau ($ORa = 4,22$; $IC95\% = 2,04-8,70$) et le Zou ($ORa = 2,35$; $IC95\% = 1,13-4,87$) en comparaison au Littoral.

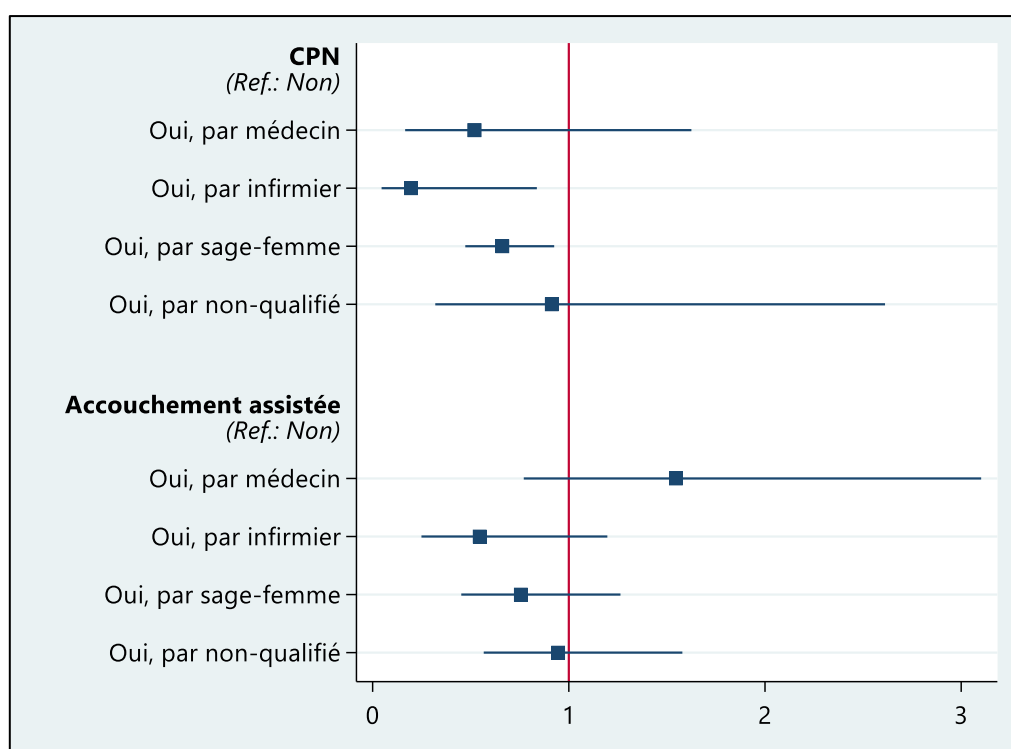


Figure 3. Effets de l'observance des CPN et du recours aux accouchements assistés, désagrégé par type de prestataire, Bénin

Le tableau 2 présente l'analyse univariée et multivariée des facteurs associés à la mortalité néonatale chez les nouveau-nés au Bénin.

Tableau 2. Facteurs associés à la mortalité néonatale chez les nouveau-nés au Bénin

Variables	Analyse univariée			Analyse multivariée		
	OR _b	IC _{95%}	p	OR _a	IC _{95%}	p
Observance des CPN						
Oui, par médecin	0,72	0,25 - 2,05	0,540	0,52	0,17 - 1,62	0,259
Oui, par infirmier	0,18	0,04 - 0,74	0,017	0,20	0,05 - 0,84	0,028
Oui, par sage-femme	0,58	0,43 - 0,80	0,001	0,66	0,47 - 0,93	0,016
Oui, par non-assisté	0,84	0,30 - 2,34	0,741	0,91	0,32 - 2,61	0,865
Non	1,00			1,00		
Observance des accouchements assistés						
Oui, par médecin	2,01	1,06 - 3,81	0,033	1,55	0,77 - 3,10	0,220
Oui, par infirmier	0,64	0,31 - 1,32	0,231	0,55	0,25 - 1,20	0,130
Oui, par sage-femme	0,96	0,60 - 1,54	0,866	0,76	0,45 - 1,26	0,285
Oui, par non-assisté	1,13	0,69 - 1,88	0,622	0,95	0,57 - 1,58	0,830
Non	1,00			1,00		
Sexe						
Masculin	1,56	1,21 - 2,00	0,001	1,48	1,15 - 1,91	0,003
Féminin	1,00			1,00		
Rang						
1	1,00					
2	1,03	0,73 - 1,43	0,885			
3 et plus	1,01	0,75 - 1,37	0,926			
Type de grossesse						
Simple	1,00			1,00		
Gémellaire	5,78	4,06 - 8,22	<0,001	5,21	3,55 - 7,66	<0,001
Age						
15-19	1,23	0,72 - 2,12	0,449	1,47	0,85 - 2,55	0,169
20-29	1,00			1,00		
30-39	1,25	0,96 - 1,63	0,099	1,35	1,04 - 1,76	0,025
40-49	1,60	1,08 - 2,37	0,019	1,83	1,21 - 2,76	0,004
Niveau d'instruction						
Non-instruit	1,52	0,51 - 4,49	0,452			
Primaire	1,90	0,62 - 5,81	0,262			
Secondaire	1,30	0,42 - 4,08	0,648			
Supérieur	1,00					
Statut marital						
Célibataire	1,42	0,94 - 2,15	0,093			
En couple	1,00					

Tableau 2. Facteurs associés à la mortalité néonatale chez les nouveau-nés au Bénin (suite)

Variables	Analyse univariée			Analyse multivariée		
	OR _b	IC _{95%}	p	OR _a	IC _{95%}	p
Activité professionnelle						
Non	1,00					
Oui	1,29	0,91 - 1,83	0,154			
Religion						
Traditionnelle et autre	1,22	0,79 - 1,87	0,375			
Islam	1,13	0,86 - 1,48	0,386			
Christianisme	1,00					
Pas de religion	1,12	0,68 - 1,83	0,660			
Assurance santé						
Non	8,67	1,19 - 63,00	0,033	7,59	1,04 - 55,26	0,045
Oui	1,00			1,00		
Exposition au journal						
Pas du tout	1,55	0,60 - 4,00	0,367			
Moins d'une fois par semaine	1,87	0,59 - 5,88	0,286			
Au moins une fois par semaine	1,00					
Exposition à la radio						
Pas du tout	0,90	0,67 - 1,20	0,473			
Moins d'une fois par semaine	1,14	0,82 - 1,59	0,445			
Au moins une fois par semaine	1,00					
Exposition à la télévision						
Pas du tout	1,07	0,70 - 1,63	0,741			
Moins d'une fois par semaine	1,32	0,80 - 2,15	0,273			
Au moins une fois par semaine	1,00					
Sexe						
Masculin	1,07	0,74 - 1,56	0,716			
Féminin	1,00					
Quintiles de bien-être économique						
Très pauvre	0,98	0,60 - 1,60	0,949			
Pauvre	1,61	1,01 - 2,58	0,046			
Moyen	1,12	0,68 - 1,84	0,652			
Riche	1,54	0,95 - 2,52	0,081			
Très riche	1,00					
Taille du ménage						
≤5	1,65	1,28 - 2,14	<0,001	2,03	1,51 - 2,72	<0,001
>5	1,00			1,00		

Tableau 2. Facteurs associés à la mortalité néonatale chez les nouveau-nés au Bénin (suite et fin)

Variables	Analyse univariée			Analyse multivariée		
	OR _b	IC _{95%}	p	OR _a	IC _{95%}	p
Milieu						
Urbain	1,00					
Rural	1,13	0,85 - 1,51	0,386			
Département						
Alibori	1,76	0,91 - 3,42	0,095	2,01	1,00 - 4,04	0,051
Atacora	1,63	0,83 - 3,20	0,156	1,82	0,89 - 3,71	0,102
Atlantique	2,58	1,27 - 5,25	0,009	2,44	1,18 - 5,03	0,016
Borgou	1,73	0,91 - 3,30	0,094	1,96	0,99 - 3,91	0,054
Collines	2,11	0,99 - 4,49	0,054	2,25	1,01 - 5,00	0,046
Couffo	1,39	0,61 - 3,14	0,434	1,24	0,53 - 2,94	0,619
Donga	2,89	1,43 - 5,85	0,003	3,03	1,43 - 6,42	0,004
Littoral	1,00			1,00		
Mono	1,55	0,67 - 3,58	0,300	1,32	0,55 - 3,15	0,531
Ouémé	1,21	0,57 - 2,57	0,626	1,09	0,50 - 2,38	0,824
Plateau	4,25	2,12 - 8,52	<0,001	4,22	2,04 - 8,70	<0,001
Zou	2,32	1,15 - 4,69	0,019	2,35	1,13 - 4,87	0,022

4. Discussion

L'objectif du présent travail était d'étudier les effets du recours aux soins prénataux et aux accouchements réalisés par des agents qualifiés, en général, et les sage-femmes, en particulier, sur la mortalité néonatale. Nous avons utilisé une régression logistique multivariée qui a permis d'identifier les prédictors de la mortalité néonatale chez les nouveau-nés au Bénin, au terme de laquelle les effets des variables indépendantes principales ont été déduits. A notre connaissance, il s'agit de l'une des premières études au Bénin ayant investigué les prédictors de la mortalité néonatale sur la base de données populationnelles ; les autres études sur la question au Bénin étaient basées sur des données hospitalières (d'Almeida et al., 2016; Houssou et al., 2020).

La présente étude met en évidence une diminution du taux de mortalité néonatale au Bénin, par rapport au niveau qui avait été observée en 2000, où on estimait que 39 nouveau-nés pour 1 000 décédaient au cours de la période néonatale (Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique & ICF, 2019; Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique & ORC Macro, 2001; UN Inter-agency Group for & Child Mortality Estimation, 2020). Dans la présente étude, parmi les enfants nés au cours des cinq années ayant précédé la cinquième édition de l'EDS au Bénin, 26,4‰ sont décédés avant le 28ème jour suivant la naissance. Ceci témoigne des efforts qui ont été consentis à tous les niveaux du système de santé en faveur du renforcement de la santé néonatale et infantile. Toutefois, le niveau actuel reste largement insuffisant par rapport à ce qui est attendu à l'horizon 2030, et à ce qui peut être observé dans les pays à revenu élevé (UN Inter-agency Group for & Child Mortality Estimation, 2020; United Nations, 2018; United Nations General Assembly, 2017). En effet, la cible 3.2 de l'ODD3 invitait les Etats à ramener la mortalité néonatale à 12 décès pour 1 000 naissances vivantes avant 2030 (United Nations General Assembly, 2017). Par ailleurs, en 2020, le taux de mortalité néonatale en Afrique subsaharienne était estimé à 27 décès pour 1 000 naissances vivantes ; ce qui est similaire à ce que nous avons retrouvé au plan national au Bénin, dans la présente étude (UN Inter-agency Group for & Child Mortality Estimation, 2020). Dans la sous-région ouest africaine, des niveaux de mortalité néonatale similaires à ce que nous avons retrouvé au Bénin sont

observés au Niger (24‰), au Burkina-Faso (26‰), en Gambie (26‰), au Ghana (26‰) et en Sierra Leone (27‰) (UN Inter-agency Group for & Child Mortality Estimation, 2020). Au Cap-Vert, on notait 9 décès pour 1 000 naissances vivantes en 2020 (UN Inter-agency Group for & Child Mortality Estimation, 2020). Des taux de mortalité plus élevés sont enregistrés en Guinée (30‰), au Libéria (31‰), en Mauritanie (31‰), au Mali (32‰), en Côte d'Ivoire (33‰), en Guinée-Bissau (35‰) et au Nigeria (35‰) (UN Inter-agency Group for & Child Mortality Estimation, 2020).

Les soins prénataux permettent aux prestataires de soins et services de santé d'offrir aux femmes enceintes une prise en charge, un soutien et des informations, pour favoriser l'adoption par ces dernières d'un mode de vie sain et d'un plan d'accouchement pour une issue favorable de la naissance. Dans la présente étude, une femme a observé les consultations prénatales si elle en a réalisé au moins quatre dont le premier au trimestre 1 de la grossesse. La comparaison des résultats des différentes enquêtes démographiques et de santé ne fait pas apparaître d'augmentation de la couverture en soins prénataux (Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique & ICF, 2019). En effet, le pourcentage de femmes ayant effectué, au moins, quatre visites prénatales diminue depuis 2001, passant de 62% en 2001 à 52% en 2017-2018 (Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique & ICF, 2019). En tenant compte du mois au cours de laquelle la première visite de consultation prénatale a été réalisée, la présente étude suggère qu'environ un-quart des enfants avait reçu des soins prénataux dans les normes ; c'est-à-dire au moins quatre consultations prénatales, dont un au premier trimestre de la grossesse. Par ailleurs, les nouvelles directives de l'OMS recommandent huit consultations prénatales (*WHO Recommendations on Antenatal Care for a Positive Pregnancy Experience*, 2016). En effet, observer huit consultations prénatales au lieu de quatre serait associé à une diminution du taux de mortalité périnatale de huit pour 1000 naissances (*WHO Recommendations on Antenatal Care for a Positive Pregnancy Experience*, 2016; World Health Organization, 2016). Dans de nombreux pays à revenu faible ou intermédiaire, dont le Bénin, le défi reste encore d'assurer l'observance de quatre consultations prénatales. Selon une étude en 2021, la prévalence de l'observance de huit consultations prénatales était de 13,0% (Ekholuenetale, 2021). Selon la même étude, au Bénin (9%), au Cameroun (8%), en Guinée (3%), au Mali (3%), au Mozambique (2%), au Sénégal (1%), en Ouganda (1%) et en Zambie (1%), moins d'une gestante sur dix faisaient au moins huit visites de consultations prénatales (Ekholuenetale, 2021). Les résultats de la présente étude suggèrent que le risque de décès néonatal était moindre, chez les enfants, dont les mères avaient observé les consultations prénatales réalisées par des sage-femmes en comparaison aux enfants dont les mères n'avaient pas réalisé les consultations prénatales. Selon les résultats d'une étude en 2020, une augmentation substantielle de la couverture des sage-femmes pourrait éviter 39% des décès néonataux et 26% des mortinaissances (Nove et al., 2021). Au Bénin, des efforts notables ont été réalisés afin de renforcer la disponibilité de personnel qualifié, en général, et de sage-femmes, en particulier, dans les établissements de santé (Ministère de la Santé (Bénin), 2009, 2018). Toutefois, il demeure une insuffisance quantitative et qualitative de la disponibilité des sage-femmes dans les établissements de santé. En 2021, le ratio de sage-femmes pour 10 000 femmes en âge de procréer était de 4,3 (Ministère de Santé, 2022). En outre, on dénombrait un ratio de 4,8 agents qualifiés pour 10 000 habitants ; largement inférieur aux recommandations de l'OMS (25 pour 10 000) (Ministère de la Santé, 2018; Ministère de Santé, 2022). Par ailleurs, sans désagréger l'analyse en fonction des différentes catégories d'agents, des études récentes ont retrouvé une relation positive et significative entre la réalisation des visites de soins prénataux et la mortalité néonatale (Dare et al., 2021; Tekelab, Chojenta, Smith, & Loxton, 2019; Thomas et al., 2022; Tolossa et al., 2020; Wolde, Gonete, Akalu, Baraki, & Lakew, 2019; Wondemagegn, Alebel, Tesema, & Abie, 2018).

En 2001, au Bénin, 73% des naissances ont été assistées par un prestataire qualifié (Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique & ORC Macro, 2001). Dans la présente étude,

on met en évidence une proportion de 77,93% (Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique & ICF, 2019; Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique & ORC Macro, 2001). Ce résultat est plus élevé que ce qui est globalement rapporté pour la région subsaharienne de l'Afrique et dans certains pays de la sous-région (United Nations Children's Fund & World Health Organization, 2022). Les dernières estimations suggèrent qu'en Afrique Subsaharienne, 64% des naissances sont assistées par des agents qualifiés (United Nations Children's Fund & World Health Organization, 2022). En Afrique de l'Ouest ou Centrale, la proportion de naissances assistées par des agents qualifiés varie de 38,8% au Tchad (2019) à 97,3% au Cap-Vert (2018), pour une moyenne de 61% (United Nations Children's Fund & World Health Organization, 2022). Dans la présente étude, dans la majorité des cas, les naissances ont été assistées par une sage-femme. Une relation significative n'a pas été observée entre l'accouchement assisté par des sage-femmes et la mortalité néonatale. Globalement, quel que soit le type d'agent qualifié ayant effectué l'accouchement, on ne note pas une relation significative par rapport au risque de décès néonatal. Par contre, on relève certains travaux qui ont mis en évidence une relation significative entre le recours aux services d'accouchements assistés par des agents qualifiés et la diminution de la mortalité néonatale (Baruwa et al., 2021; Neupane & Doku, 2014).

Les autres facteurs associés au décès néonatal étaient le sexe de l'enfant, le type de grossesse, l'âge de la mère, la couverture de la mère par une assurance santé, la taille du ménage et le département de résidence. L'étude indiquait que les nouveau-nés du sexe masculin présentaient un risque de décès néonatal supérieur de 48% par rapport à leur homologue du sexe féminin. D'autres études ont également trouvé que les nouveau-nés de sexe masculin présentent une surmortalité néonatale que ceux du sexe féminin (Adewuyi, Zhao, & Lamichhane, 2017; Mekonnen, Tensou, Telake, Degefe, & Bekele, 2013; Wolde et al., 2019). Des raisons génétiques et biologiques sont évoquées dans la littérature pour expliquer ce constat (Alur, 2019; Wolde et al., 2019). Il ressort que le risque de décès néonatal était 5,21 fois plus élevé chez les jumeaux en comparaison aux autres. Ceci va dans le sens des conclusions d'autres travaux (Bellizzi, Sobel, Betran, & Temmerman, 2018; Wolde et al., 2019). On rapporte que les grossesses gémellaires sont associées à des risques significatifs de naissances prématurées, de faible poids du bébé ou de complications à l'accouchement, etc. (Hehir et al., 2016; Rao, Sairam, & Shehata, 2004; Roman, Ramirez, & Fox, 2022; Townsend & Khalil, 2018; Wolde et al., 2019). Par ailleurs, dans la présente étude, on note une surmortalité néonatale dans les ménages de petite taille. Certains auteurs rapportent que la taille du ménage serait une mesure de substitution de la capacité d'un ménage à soutenir ses mères et leurs nouveau-nés, par exemple en recevant des conseils de membres du ménage plus éduqués et plus expérimentés (Ogallo et al., 2021). Cette étude a montré que les enfants dont les mères étaient les plus âgées avaient un excès de risque de mortalité comparé à ceux dont les mères appartiennent au groupe d'âge plus jeune. Les résultats de cette étude corroborent les conclusions d'autres travaux (Dare et al., 2021; Neupane & Doku, 2014). Les enfants dont les mères étaient couvertes par une assurance santé présentaient un risque moindre de mortalité néonatale. On rapporte que la couverture par une assurance santé serait associée à une meilleure utilisation de soins et services de santé maternelle et infantile (Comfort, Peterson, & Hatt, 2013). Par ailleurs, on note une disparité de la mortalité des moins de cinq ans selon le milieu de résidence. Les nouveau-nés des départements de l'Atlantique, les Collines, la Donga, le Plateau et le Zou étaient les plus exposés en comparaison à ceux du Littoral. Ces derniers devraient par conséquent faire l'objet d'une attention particulière et d'études approfondies.

La principale limite de cette étude réside dans le fait qu'il s'agisse d'une étude transversale, ce qui ne permet pas d'établir avec certitude une relation de cause à effet entre les prédictors identifiés et la mortalité néonatale. En outre, certaines variables n'ont pas été incluses dans l'étude en raison de leur absence dans les bases de données qui ont été exploitées.

5. Conclusion

La présente étude fait une contribution sur la question des prédicteurs de la mortalité néonatale au Bénin. On retient que parmi les nouveau-nés, 2,64‰ sont décédés avant le 28^{ème} jour suivant la naissance. Le risque de décès néonatal était moindre chez les enfants dont les mères qui avaient observé les consultations prénatales conduites par des sage-femmes en comparaison aux enfants dont les mères n'avaient pas réalisé les consultations prénatales. Les autres facteurs associés au décès néonatal étaient liés à l'enfant (sexe de l'enfant, type de grossesse), la mère (âge de la mère, couverture par une assurance santé), au ménage (taille du ménage et le département de résidence). On suggère un renforcement des stratégies visant une amélioration de l'offre et de la demande des visites de soins prénataux réalisées par des agents qualifiés en général, et des sage-femmes en particulier. En outre, les interventions de réduction de la mortalité néonatale devraient cibler les groupes à risque qui ont été identifiés dans cette étude.

Remerciements

Nous tenons à remercier le *DHS program* qui nous a fourni gratuitement les données utilisées dans cette étude.

Conflit of Intérêts

Les auteurs déclarent que le présent article ne présente aucun conflit d'intérêts.

Références

- Adewuyi, E. O., Zhao, Y., & Lamichhane, R. (2017). Risk factors for infant mortality in rural and urban Nigeria: Evidence from the national household survey. *Scandinavian Journal of Public Health*, 45(5), 543–554. doi: 10.1177/1403494817696599
- Alur, P. (2019). Sex Differences in Nutrition, Growth, and Metabolism in Preterm Infants. *Frontiers in Pediatrics*, 7, 22. doi: 10.3389/fped.2019.00022
- Aynalem, Y. A., Shiferaw, W. S., Akalu, T. Y., Dargie, A., Assefa, H. K., & Habtewold, T. D. (2021). The Magnitude of Neonatal Mortality and Its Predictors in Ethiopia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *International Journal of Pediatrics*, 2021, 7478108. doi: 10.1155/2021/7478108
- Baruwa, O. J., Amoateng, A. Y., & Mkwanzani, S. (2021). Association between type of birth attendants and neonatal mortality: Evidence from a National survey. *African Health Sciences*, 21(4), 1870–1876. doi: 10.4314/ahs.v21i4.45
- Bellizzi, S., Sobel, H., Betran, A. P., & Temmerman, M. (2018). Early neonatal mortality in twin pregnancy: Findings from 60 low- and middle-income countries. *Journal of Global Health*, 8(1), 010404. doi: 10.7189/jogh.08.010404
- Bitew, Z. W., Alemu, A., Ayele, E. G., Jember, D. A., Haile, M. T., & Worku, T. (2020). Incidence Density Rate of Neonatal Mortality and Predictors in Sub-Saharan Africa: A Systematic Review and Meta-Analysis. *International Journal of Pediatrics*, 2020, 3894026. doi: 10.1155/2020/3894026
- Comfort, A. B., Peterson, L. A., & Hatt, L. E. (2013). Effect of Health Insurance on the Use and Provision of Maternal Health Services and Maternal and Neonatal Health Outcomes: A Systematic Review. *Journal of Health, Population, and Nutrition*, 31(4 Suppl 2), S81–S105.

- Croft, Trevor, N., Aileen M. J., M., & Courtney K., A. (2018). Guide to DHS Statistics. Rockville, Maryland, USA: ICF.
- d'Almeida, M., Noudamadjo, A., Obossou, A., Agossou, J., Adedemy, J., & Abogbo, D. (2016). Perinatal Morbidity and Mortality in the Regional University Teaching Hospital of Borgou (BENIN) In 2013. *Clinics in Mother and Child Health*, 13(2), 1–5. doi: 10.4172/2090-7214.1000244
- Daemi, A., Ravaghi, H., & Jafari, M. (2019). Risk factors of neonatal mortality in Iran: A systematic review. *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran*, 33, 87. doi: 10.34171/mjiri.33.87
- Dare, S., Oduro, A. R., Owusu-Agyei, S., Mackay, D. F., Gruer, L., Manyeh, A. K., ... Pell, J. P. (2021). Neonatal mortality rates, characteristics, and risk factors for neonatal deaths in Ghana: Analyses of data from two health and demographic surveillance systems. *Glob Health Action*, 14(1), 1938871. doi: 10.1080/16549716.2021.1938871
- Ekholuenetale, M. (2021). Prevalence of Eight or More Antenatal Care Contacts: Findings From Multi-Country Nationally Representative Data. *Global Pediatric Health*, 8, 2333794X211045822. doi: 10.1177/2333794X211045822
- Hehir, M. P., Mctiernan, A., Martin, A., Carroll, S., Gleeson, R., & Malone, F. D. (2016). Improved Perinatal Mortality in Twins—Changing Practice and Technologies. *American Journal of Perinatology*, 33(1), 84–89. doi: 10.1055/s-0035-1559807
- Houssou, M., Glèlè Ahanhanzo, Y., Sawadogo, B., Antara, S., Mckenzie, A., Sawadogo, M., & Ouedraogo, L. (2020). Neonatal mortality and risk factors in the University Hospital of the Mother and Child Lagoon in Cotonou, Benin, 2015-2016 | *Journal of Interventional Epidemiology and Public Health*. 3(6). Retrieved from <https://www.ajol.info/index.php/jieph/article/view/225742>
- Institut National de la statistique et de l'analyse économique. (2015). RGPH-4: Que retenir des effectifs de population en 2013. Cotonou: INSAE.
- Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique, & ICF. (2019). Enquête Démographique et de Santé 2017-2018. Cotonou, Bénin & Rockville, Maryland, USA: INSAE & ICF.
- Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique, & Macro International Inc. (2007). Enquête Démographique et de Santé 2006. Cotonou, Bénin & Calverton, Maryland, USA: INSAE & Macro International Inc.
- Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique, & ORC Macro. (2001). Enquête Démographique et de Santé 2001. Cotonou, Bénin & Calverton, Maryland, USA: INSAE & ORC Macro.
- Mekonnen, Y., Tensou, B., Telake, D. S., Degeffie, T., & Bekele, A. (2013). Neonatal mortality in Ethiopia: Trends and determinants. *BMC Public Health*, 13(1), 483. doi: 10.1186/1471-2458-13-483
- Ministère de la Santé. (2018). Annuaire des Statistiques Sanitaires 2017 (p. 143). Cotonou: MS.
- Ministère de la Santé (Bénin). (2009). Plan National de Développement Sanitaire 2009-2017. Cotonou, Bénin: MS.
- Ministère de la Santé (Bénin). (2018). Plan National de Développement Sanitaire 2018-2022. Cotonou,

Bénin: MS.

Ministère de Santé. (2022). Annuaire des statistiques sanitaires 2021. Cotonou, Benin: MS.

Neupane, S., & Doku, D. T. (2014). Neonatal mortality in Nepal: A multilevel analysis of a nationally representative. *Journal of Epidemiology and Global Health*, 4(3), 213–222. doi: 10.1016/j.jegh.2014.02.001

Nove, A., Friberg, I. K., Bernis, L. de, McConville, F., Moran, A. C., Najjemba, M., ... Homer, C. S. E. (2021). Potential impact of midwives in preventing and reducing maternal and neonatal mortality and stillbirths: A Lives Saved Tool modelling study. *The Lancet Global Health*, 9(1), e24–e32. doi: 10.1016/S2214-109X(20)30397-1

Ogallo, W., Speakman, S., Akinwande, V., Varshney, K. R., Walcott-Bryant, A., Wayua, C., ... Orobato, N. (2021). Identifying Factors Associated with Neonatal Mortality in Sub-Saharan Africa using Machine Learning. *AMIA Annual Symposium Proceedings*, 2020, 963–972.

Organisation Mondiale de la Santé. (2020). Nouveau-nés: Réduire la mortalité. Retrieved 12 November 2022, from <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/newborns-reducing-mortality>

Rao, A., Sairam, S., & Shehata, H. (2004). Obstetric complications of twin pregnancies. *Best Practice & Research. Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 18(4), 557–576. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2004.04.007

République du Bénin. (1999). Loi n°97-028 du 15 janvier 1999 portant organisation de l'administration territoriale. Retrieved from <https://uclgafrica-alga.org/wp-content/uploads/2019/05/Loi-n-97028-du-15-janvier-1999.pdf>

Roman, A., Ramirez, A., & Fox, N. S. (2022). Prevention of preterm birth in twin pregnancies. *American Journal of Obstetrics & Gynecology MFM*, 4(2, Supplement), 100551. doi: 10.1016/j.ajogmf.2021.100551

Tekelab, T., Chojenta, C., Smith, R., & Loxton, D. (2019). The impact of antenatal care on neonatal mortality in sub-Saharan Africa: A systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE*, 14(9), e0222566. doi: 10.1371/journal.pone.0222566

Thomas, G., Demena, M., Hawulte, B., Eyeberu, A., Heluf, H., & Tamiru, D. (2022). Neonatal Mortality and Associated Factors Among Neonates Admitted to the Neonatal Intensive Care Unit of Dil Chora Referral Hospital, Dire Dawa City, Ethiopia, 2021: A Facility-Based Study. *Front Pediatr*, 9. Retrieved from <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fped.2021.793160>

Tolossa, T., Fekadu, G., Mengist, B., Mulisa, D., Fetensa, G., & Bekele, D. (2020). Impact of antenatal care on neonatal mortality among neonates in Ethiopia: A systematic review and meta-analysis. *Archives of Public Health*, 78(1), 114. doi: 10.1186/s13690-020-00499-8

Townsend, R., & Khalil, A. (2018). Fetal growth restriction in twins. *Best Practice & Research. Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 49, 79–88. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2018.02.004

UN General Assembly. (2000). United Nations Millennium Declaration. United Nations. Retrieved from <https://daccess-ods.un.org/access.nsf/Get?OpenAgent&DS=A/RES/55/2&Lang=E>

UN Inter-agency Group for, & Child Mortality Estimation. (2020). Levels & Trends in Child Mortality (No. 2020; p. 56). New York: UNICEF.

United Nations. (2018). The Sustainable Development Goals Report 2018. Retrieved from <https://unstats.un.org/sdgs/files/report/2018/TheSustainableDevelopmentGoalsReport2018-EN.pdf>

United Nations Children's Fund, & World Health Organization, S. (2022). Births attended by skilled health personnel (%)—Joint UNICEF/WHO database. Retrieved from https://data.unicef.org/wp-content/uploads/2018/06/Interagency-SAB-Database_UNICEF_WHO_Jan_2022-1.xlsx

United Nations General Assembly. (2017). Resolution adopted by the General Assembly on 6 July 2017. Retrieved from https://ggim.un.org/documents/a_res_71_313.pdf

Veloso, F. C. S., Kassar, L. de M. L., Oliveira, M. J. C., Lima, T. H. B. de, Bueno, N. B., Gurgel, R. Q., & Kassar, S. B. (2019). Analysis of neonatal mortality risk factors in Brazil: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *Jornal De Pediatria*, 95(5), 519–530. doi: 10.1016/j.jped.2018.12.014

WHO Recommendations on Antenatal Care for a Positive Pregnancy Experience. (2016). Geneva: WHO. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK409108/>

Wolde, H. F., Gonete, K. A., Akalu, T. Y., Baraki, A. G., & Lakew, A. M. (2019). Factors affecting neonatal mortality in the general population: Evidence from the 2016 Ethiopian Demographic and Health Survey (EDHS)—multilevel analysis. *BMC Research Notes*, 12(1), 610. doi: 10.1186/s13104-019-4668-3

Wondemagegn, A. T., Alebel, A., Tesema, C., & Abie, W. (2018). The effect of antenatal care follow-up on neonatal health outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Public Health Reviews*, 39(1), 33. doi: 10.1186/s40985-018-0110-y

World Health Organization. (2016). New guidelines on antenatal care for a positive pregnancy experience. Retrieved 24 November 2022, from <https://www.who.int/news/item/07-11-2016-new-guidelines-on-antenatal-care-for-a-positive-pregnancy-experience>

World Health Organization. (2022). Births attended by skilled health personnel. Retrieved 27 September 2022, from <https://www.who.int/data/nutrition/nlis/info/births-attended-by-skilled-health-personnel>

© 2023 TALON et al., licensee *Bamako Institute for Research and Development Studies Press*. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>)

Publisher's note

Bamako Institute for Research and Development Studies Press remains neutral regarding jurisdictional claims in map publications and institutional affiliations.

Research

Analyse de l'implantation de la sélection communautaire à large échelle des indigents en Afrique Sub-saharienne: cas du Burkina Faso

Analysis of the implementation of large-scale community selection of indigents in Sub-Saharan Africa: the case of Burkina Faso

Souleymane SIDIBE^{1*}, Isabelle GODIN², Issouf BAMBA³, K Maxime DRABO⁴

¹ Université Ouaga 1 Professeur Joseph Ki-Zerbo, Ouagadougou, Burkina Faso

² Centre de Recherche Approches Sociales de la Santé/ Université Libre de Bruxelles, Belgique

³ ONG Helen Keller International Burkina Faso

⁴ Université Ouaga 1 Professeur Joseph Ki-Zerbo, Institut de recherche en science de la santé, Ouagadougou, Burkina Faso

***Correspondance:** Email: ss.solosidibe@gmail.com Tél : +226 70227823

Résumé:

Les indigents n'ont pas accès aux soins de santé, et les sélectionner parmi une population majoritairement pauvre pose d'énormes défis. Peu d'évidences existent sur la sélection des indigents associés à la performance des services de santé. L'objectif de cette étude est d'analyser l'implantation de la sélection des indigents conduite au Burkina Faso, en vue d'éclairer les décisions pour un passage à l'échelle avec l'assurance maladie universelle. Il s'agit d'une recherche sur l'implantation basée sur une étude de cas multiples couplée à une approche réflexive. Les cas ont fait l'objet de choix raisonné en fonction de l'intervention de la sélection. Un cadre conceptuel adapté du Consolidated Framework for Implementation Research est utilisé en considérant l'implantation de la sélection communautaire des indigents comme le résultat de l'influence et de l'interaction du processus de sélection, des étapes, des acteurs, de l'organisation et du contexte, des outils de collecte de données. Les données sont collectées à travers des entretiens et la revue documentaire. Trois structures de coordination et de deux structures d'exécution sont mises en place pour la sélection. Les troubles socio-politiques et les campagnes de vaccination et d'administration de médicaments ont perturbé le processus de sélection. La sélection a subi des adaptations et des exercices de pouvoir entre parties prenantes. La proportion d'indigents recherchée n'est pas atteinte. La sélection est confrontée aux réalités contextuelles et aux interactions entre acteurs. Il convient d'avoir recours à un processus dynamique et adaptatif de sélection, soutenu par une communication sociale lors des interventions à venir.

Mots clés: Assurance maladie universelle, Processus de sélection, Logiques de pouvoir, Dynamique et adaptative, Indigent, Burkina Faso.

Abstract:

Indigent do not have access to health care, and selecting them from a predominantly poor population poses enormous challenges. Little evidence exists on the selection of indigents in relation to the performance of health services. The objective of this study is to analyse the implementation of indigent selection conducted in Burkina Faso, with a view to informing decisions for scaling up with universal health insurance. This is a research on implementation based on a multiple case study coupled with a reflective approach. The cases were the subject of reasoned choice according to the indigent's selection. A conceptual model adapted from the Consolidated Framework for Implementation Research is used, considering the implementation of community-based selection of indigents as the result of the influence and interaction of the selection process, the steps, the actors, the organisation and the context, and the data collection tools. Data is collected through interviews and document review. Three coordination structures and two implementation structures are set up for the selection. Socio-political unrest and vaccination and drug administration campaigns disrupted the selection process. The selection process was subject to adaptations and power struggles between stakeholders. The desired proportion of indigents is not achieved. Selection is confronted with contextual realities and interactions between actors. A dynamic and adaptive selection process, supported by social communication, should be used in future selection process.

Keywords: *Universal health insurance, Selection process, Power logics, Dynamic and adaptive, Indigent, Burkina Faso.*

1. Introduction

Dans les pays de l'Afrique Sub-saharienne, la faiblesse des mécanismes de paiement solidaire des soins de santé ainsi que les systèmes de tarification des soins en place font que les indigents qui sont les plus démunis de la population éprouvent d'énormes difficultés à accéder aux soins de santé (Atchessi N, 2017). La mise en oeuvre de politiques ciblées de prise en charge des indigents demeurent toujours une préoccupation pour les acteurs de développement dans ces pays à faible ressource (Pfadenhauer, L. M., Mozygemba, K, et al., 2015). En théorie, sélectionner les indigents et renforcer les actions pour accroître la demande en soins de santé est un moyen efficace pour établir une équité d'accès aux soins et améliorer la santé des indigents. En pratique, le processus organisé afin de sélectionner les indigents au regard des ressources déployées se heurte entre autres, à des exigences contextuelles pouvant entraîner des modifications et même altérer les effets escomptés. Pourtant plusieurs méthodes de selection des indigents existent mais sont diversement utilisées par les intervenants au sein des populations.

Pour certains auteurs, ces méthodes de sélection des indigents peuvent être regroupées en deux catégories à savoir la sélection active ou pré-identification et la sélection passive ou post identification. La *sélection active ou pré-identification* permet d'établir en un moment une liste d'indigents pouvant bénéficier des soins. Cette sélection s'effectue dans les ménages sans lien avec les besoins de soins de santé immédiats. La plupart des personnes sélectionnées reçoivent une carte qui leur donne accès aux soins. C'est la méthode la plus couramment utilisée en Afrique et est assurée par les communautés, puis par une validation par une autre entité (Deville C, Escot F, Ridde V, Touré L, 2018).

Dans la zone de Bokonzi (RDC), un comité dans chaque village sélectionne les indigents, et fait valider les listes par un organe de coordination principale (Waelkens M., 2007). Au Bénin, la sélection a consisté à une pré-identification communautaire qui a été validée par une enquête sur les moyens d'existence. Cette dernière méthode a été aussi utilisée au Sénégal mais avec l'instauration de quotas suite à une sélection géographique préalable (Deville C, Escot F, Ridde V, Touré L, 2018).

S'agissant de la *sélection passive ou post identification*, elle s'effectue dans la structure de santé au moment où l'indigent sollicite des soins, la plupart du temps par un agent indépendant du prestataire. Ainsi, l'identification passive n'atteint que ceux qui viennent à la structure de santé. Les premiers fonds d'équité au Cambodge adoptaient la sélection passive à l'hôpital (Ipr, 2004). Au Maroc, les plans de sélection des indigents se basent sur l'indice de sévérité de la pauvreté de chaque localité pour sélectionner les indigents. Le transfert est distribué alors à toutes les personnes, pauvres et non pauvres, et cela jusqu'à ce que le niveau de pauvreté de cette localité avoisine celui de la localité qui est juste supérieurs à elle (Criel B., Samba B.A., Kane F., Noirhomme M., Waelkens MP, 2010).

Certaines expériences tentent de *combiner ces méthodes d'identification*. Dans l'application des fonds d'indigence en Mauritanie, la méthode principale restait la pré-identification avec validation par l'imam local et les autorités sanitaires, mais il y avait également une possibilité théorique de demander l'affiliation au niveau des structures de santé lorsque le besoin de soins de santé se manifestait (Morestin F., Grant P. et Ridde V, 2009). Avec le fonds d'équité de Marovoay à Madagascar, la pré-identification se fait par un comité œcuménique dans chaque village, et est ensuite validée par le comité de gestion du centre de santé de la zone; à l'hôpital, l'identification passive est faite par des assistantes sociales (Mary W.K., Klaus B., Bunnak P., Samnang B, Louise B et al. IDPoor, 2018).

Pour d'autres auteurs, suivant la façon dont les critères de sélection des indigents sont choisis, les approches de sélection peuvent être regroupées en trois à savoir le processus administratif, le processus communautaire et le processus mixte (Mary W.K., Klaus B., Bunnak P., Samnang B, Louise B et al. ID Poor, 2018).

Le *processus administratif* fournit peu d'informations sur la manière dont les responsables identifient les critères de sélection. La démarche consiste à réaliser une enquête sociale avec l'aide d'un travailleur social en vue de fournir les informations basées sur des indicateurs préalablement définis permettant l'identification d'une personne indigente; cette enquête sociale comporte des entretiens et des visites à domicile (Oumarou I. 2013). Au Mali, la méthode administrative a été utilisée suite à une demande adressée au Maire de la commune par l'indigent (Deville C, Escot F, Ridde V, Touré L, 2018). Au Niger la sélection des indigents a été faite avec l'approche Household economy analysis (HEA) qui comporte une dizaine de critères. Les communes ont été identifiées par une cellule de crise en collaboration avec l'organisme bailleur. Puis dans tous les villages, des ménages et des individus ont été choisis à l'aide des critères HEA (Stephen D., Edoardo M., Rachel S-W., Michael S., Althea-Maria R., Dill L. 2017).

S'agissant du *processus communautaire*, la démarche de définition des critères est davantage participative (Ipr., 2004). Les caractéristiques servant de définition de l'indigent sont déterminées en consultant des membres de la communauté, ou des groupes spécifiques tels que les autorités religieuses locales, les comités de communes, des informateurs-clés. Des comités sont alors mis place pour sélectionner les indigents sur la base de la définition (Ir P., Decoster K., Hardeman W., et al., 2008).

Dans *le processus mixte*, l'approche consiste à définir les critères de sélection en combinant les processus administratif et communautaire. Cette méthode a été développée dans le programme ID poor au Cambodge (Ipr., 2004). Il ressort cependant que quel que soit la méthode de sélection utilisée, deux types d'erreurs de sélection des indigents peuvent survenir. Il s'agit des erreurs de type I ou erreur d'inclusion ou encore E-mistakes et les erreurs de type II ou erreurs d'exclusion ou F-mistakes (Men C. et Meessen B, 2008). Les expériences les plus efficaces ont des taux de 2% à 9 % d'indigents exclus, et moins de 2 % de non-indigents parmi les indigents (PNUD, 1999).

Dans le cadre de la stratégie du financement basé sur les résultats, la méthode de sélection des indigents utilisée au Burkina Faso avec l'appui de la Banque Mondiale (BM) est l'approche communautaire et a concerné huit districts sanitaires répartis dans quatre régions du pays (SERSAP, 2014). L'ensemble du processus de sélection a été confié à une agence privée, la Société d'études et de recherche en santé publique (SERSAP) sans aucun mécanisme de monitoring et d'évaluation. Le processus de sélection utilisée s'inspire d'une expérience de sélection conduite dans le district sanitaire de Ouargaye dans le cadre d'une recherche menée par l'Université de Montréal et SERSAP dont les résultats ont été repris par l'OGN Help dans la région du Sahel du Burkina Faso (Ir P., Decoster K., Hardeman W., et al, 2008). Dans cette recherche en question, seul le contexte d'un district (Ouargaye) a été appréhendé.

Or très peu d'expériences existent en matière de mise en œuvre de la sélection communautaire des indigents à une aussi large échelle et associée l'amélioration de la qualité de l'offre de santé, l'équité d'accès aux soins, et aussi toucher à large échelle une population (Atchessi N, 2017). Ainsi, cette sélection communautaire conduite au Burkina Faso, apparaît comme une intervention innovante en Afrique Sub-Saharienne pour laquelle des conditions de réussite ont été organisées. Comme toute innovation, celle là a également occasionné des changements organisationnels, des interactions ainsi que des adaptations.

Face à ce constat, la présente étude profite de l'expérience du Burkina Faso citée plus haut, pour analyser l'implantation à large échelle de la sélection communautaire des indigents, en vue d'en comprendre la dynamique de la mise en œuvre de cette sélection dans des contextes variés, l'influence des facteurs contextuels, les adaptations opérées ainsi que les interactions entre parties prenantes afin d'avoir une vision élargie pour orienter la mise en œuvre de la couverture sanitaire universelle en planification au Burkina Faso et qui cible les indigents.

2. Matériels et Méthodes

2.1. Champ de l'étude

Le Burkina Faso est un pays enclavé de l'Afrique de l'Ouest avec une population estimée à dix-neuf millions d'habitants, majoritairement très jeune (66%), rural (77.3%) et féminine (51.7%), composée d'environ 40% de pauvres, une espérance de vie à la naissance de 54 ans avec près d'un enfant sur cinq qui meurt avant l'âge de cinq ans, un faible niveau de scolarisation (81,3%) de la population (INSD, 2012).

Le pays compte une soixantaine d'ethnies d'importance démographique inégale, réparties en plusieurs groupes ethniques et grandes aires culturelles avec une organisation sociale calquée sur les valeurs ancestrales qui régit les comportements, attitudes et pratiques des communautés; les principales religions rencontrées sont l'islam, le christianisme et l'animisme (INSD, 2012). Les quatre régions que sont le Centre Est, le Centre Nord, le Nord et le Sud-Ouest concernées par la sélection communautaire

des indigents ne dérogent pas à cette situation.

La région du *Centre Est* qui couvre les districts sanitaires concernés que sont Tenkodogo et Ouargaye regroupe majoritairement les ethnies Bissa, Mossé-Yanna, Peulh, Koussassé, Moaba, Gourmantché. Les leaders religieux et coutumiers constituent des relais pour la mobilisation communautaire. L'organisation sociale est basée sur la chefferie traditionnelle. Les chefs coutumiers restent incontournables dans toutes actions en faveur de la communauté.

La région du *Centre Nord* qui couvre les districts sanitaires concernés que sont Kaya et Kongoussi regroupe surtout les mossis et les peulhs. On y trouve quelques Dioula, Gourounsi, et Gourmantché. La chefferie traditionnelle participe à l'organisation de la vie sociale de la communauté. Sur le plan coutumier, quatre cantons (Rissiam, Ratenga, Zitenga/Gassongo, Kirguitenga) dirigé chacun par un chef qui a le droit de nommer les chefs des villages sous sa responsabilité. La gérontocratie est pratiquée dans la gouvernance de la société.

La région du *Nord* qui couvre les districts sanitaires concernés que sont Ouahigouya et Gourcy regroupe les ethnies Mossé, Fulcé, Foulbé, Rimaïbé, Yarcé, Dogon et Silmimossé. Dans la vie quotidienne, les chefs traditionnels (les Naaba) jouent un rôle important d'administration et de justice au sein des communautés.

Dans la région du *Sud-Ouest* qui couvre les districts sanitaires concernés que sont Diébougou et Bâtié, regroupe les ethnies Dagara, les Lobi, les Birifor et les Djan. On y rencontre également des mossis, des peulhs et des dioula. La majorité de la population reste attachée aux traditions ancestrales.

Au Burkina Faso, le système de santé est décentralisé et répond à un modèle pyramidal, avec au premier niveau le district sanitaire, qui comprend deux échelons de soins et couvre une population estimée entre 150 000 et 500 000 habitants. Le deuxième niveau de soins est représenté par les Centres hospitaliers régionaux. Le troisième niveau de soins est constitué par les Centres hospitaliers universitaires. Il existe d'autres structures telles que les offices de santé des travailleurs, les services de santé des armées, les services de santé de la caisse nationale de sécurité sociale, les structures privées de soins, le sous-secteur de la médecine traditionnelle. Les services à base communautaire sont organisés et font partie de la stratégie communautaire du ministère de la santé. La société civile accompagne ces structures à base communautaire. Le système de santé connaît d'énormes difficultés qui sont à l'origine de faibles performances dans la couverture sanitaire des populations pauvres et indigentes.

Généralement, la pauvreté est considérée sous divers aspects, en lien avec la richesse disponible, le travail, le développement des sociétés et les modes d'impositions des gouvernements, ainsi que les principes moraux et religieux des populations. C'est « la négation des opportunités et des perspectives fondamentales sur lesquelles repose tout développement humain: vivre une vie longue, saine, constructive, et jouir d'un niveau de vie décent, ainsi que de la liberté, de la dignité, du respect de soi-même et d'autrui. » (World Bank, 2014).

Pour cerner la pauvreté, l'approche de la Banque Mondiale consiste à se baser sur un critère de revenu ou de consommation, puis combiner différents domaines qui se renforcent ou s'aggravent pour diminuer ou bien pour accroître le niveau d'indigence des populations pauvres (INSD, 2015).

S'agissant de l'extrême pauvreté ou indigence ou encore la misère, elle est couramment associée à l'incapacité de satisfaire les besoins alimentaires minimaux; cette extrême pauvreté accentue les phénomènes d'exclusion des indigents à l'accès aux services sociaux de base (PNUD, 1999). Au Burkina-Faso, l'indigence est estimée à 11, 1% de la population et la grande majorité (13,5%) vit en

milieu rural (INSD, ICF International, 2012).

L'un des défis majeurs du système de santé au Burkina Faso est l'amélioration de l'accès aux soins surtout pour les pauvres et les indigents. Cet accès aux soins intègre les caractéristiques de l'offre et de la demande (Kaddar M., Stierle F., Schmidt-Ehry B., Tchicaya A., 2000). Les indigents sont confrontés aux difficultés d'accessibilité tant géographique que financières des soins et au phénomène de stigmatisation. Plusieurs réformes tentent à améliorer cet accès aux soins à travers la gratuité des soins, les subventions des services, l'assurance-maladie universelle. La mise en oeuvre de ces réformes nécessite une bonne connaissance de la cible qui s'opère à travers une sélection.

La sélection des indigents entreprise en 2014 par les autorités du Burkina-Faso visait 15 à 20 pour cent d'indigents. Le processus de sélection a couvert 198 formations sanitaires appartenant aux 8 districts sanitaires (Ouargaye, Tenkodogo, Gourcy, Ouahigouya, Diébougou, Bâtié, Kaya, Kongoussi) avec une population estimée à 2 000 000 de personnes ayant des disparités socioculturelles liées à l'ethnie, le milieu et l'organisation sociale (SERSAP, 2014).

Au cours de cette sélection communautaire, l'indigent a été désigné comme « quelqu'un qui est extrêmement défavorisé socialement et économiquement, incapable de s'occuper de lui-même (elle-même) et sans ressources internes ou externes » (Ridde, V., Bonnet, E., Nikiema, A., Kadio, K., 2010). La sélection a donné droit à chaque indigent d'une carte lui permettant d'avoir accès sans frais aux services de santé.

Divers groupes d'acteurs en interaction et ayant des univers sociaux très variés, relevant de statuts différents, dotés de ressources hétérogènes, et poursuivant des stratégies distinctes (santé, action sociale, collectivité territoriale, communauté, partenaire, privé) ont été impliqués dans la sélection communautaire des indigents. Selon leur niveau d'intervention direct ou indirect dans la sélection, les acteurs se présentent comme suit:

Niveau d'intervention direct:

- le personnel du cabinet privé SERSAP,
- l'équipe du service FBR du ministère de la santé,
- l'équipe de la Banque Mondiale,
- les membres des quatre Directions régionales de santé (Centre Est, Centre Nord, Nord, Sud-Ouest);
- les membres des huit équipes cadre de districts sanitaires (Kaya, Kongoussi, Tenkodogo, Ouargaye, Ouahigouya, Gourcy, Diébougou, Bâtié),
- le personnel des centres de santé et de promotion sociale des huit districts sanitaires,
- le personnel des services de l'action social (directions provinciales, communes),
- les membres des communautaires des équipes d'exécution.

Niveau d'intervention indirect:

- les autorités administratives locales,
- les leaders coutumiers et religieux,
- les communautés à la base.

2.2. Type d'étude

Il s'est agi d'une recherche sur l'implantation de la sélection communautaire des indigents ayant eu recours à l'étude de cas multiples (Saetren, H., 2014) avec une approche réflexive. Cette multiplication de cas concernant les districts mettant en oeuvre la sélection des indigents, permet d'obtenir une saturation et une réplification des informations aussi, d'aboutir à une compréhension empirique de la

sélection communautaire des indigents dans des contextes variés (Eisenhardt, 1991) même si d'autres auteurs (Dyer et Wilkins, 1991) rapportent que les recherches qui ont eu une grande audience en sciences sociales sont basées sur des cas uniques.

L'approche réflexive est très rarement d'usage dans les recherches sur la question des indigents (Tremblay MC, Parent AA, 2014). C'est une approche qui se veut intentionnelle et consciente, venant d'acteurs qui explorent leurs expériences de la sélection communautaire des indigents (Serge BP, Perrenoud, 2016). La réflexivité est essentielle pour le développement et la recherche en santé publique (Serge BP, Perrenoud, 2016).

En référence aux approches en anthropologie du développement (Oliver de Sardan JP, 2001), la présente étude s'inscrit dans « l'enchevêtrement des logiques sociales », et à l'hétérogénéité des acteurs qui interagissent dans la mise en œuvre du processus de sélection communautaire des indigents. Cette sélection n'ayant pas été pensée et décidée par les communautés elles-mêmes, il est capital de cerner les écarts qui pourraient exister entre la théorie conçue comme une approche monolithique pour mettre en œuvre cette sélection et la réalité sociale à travers les stratégies des acteurs et les contraintes des contextes, les pratiques comme les représentations, les phénomènes de conjoncture et les phénomènes de structure.

2.3. *Population d'étude*

La population d'étude est constituée des districts sanitaires, de formation sanitaire, des acteurs chargés de la mise en œuvre de la sélection communautaire des indigents: membre des équipes cadres de district, Infirmiers chefs de postes, acteurs de services sociaux et des collectivités, membres des comités de sélection des indigents.

Critères d'inclusion

Les critères qui ont guidé le choix des structures ainsi que des participants à l'étude sont:

Pour les structures:

- être un district sanitaire qui met en œuvre la stratégie de Financement Basé sur les Résultats,
- être un district sanitaire qui abrite la sélection communautaire des indigents,
- être une formation sanitaire qui met en œuvre la stratégie de Financement Basé sur les Résultats,
- être une formation sanitaire qui abrite la sélection communautaire des indigents.

Pour les acteurs:

- être un superviseur de la sélection communautaire des indigents,
- être membre d'équipe cadre de district,
- être Infirmier chef de poste,
- être président de l'équipe locale de sélection communautaire des indigents,
- être agent des services de l'action sociale et membre de l'équipe locale de sélection communautaire des indigents,
- être membre de comité de sélection.

2.4. *Méthode et technique d'échantillonnage*

Les personnes interrogées ont été identifiées de façon raisonnée suivant leur implication effective dans la sélection. Il s'est agi des Infirmiers chefs de postes, des acteurs de services sociaux et de collectivités ainsi que des comités de sélection des indigents. Pour toucher ces personnes, dans chaque district, une formation sanitaire a été choisie de façon aléatoire dans chacune des trois catégories regroupant les

formations sanitaires suivant la distance qui les sépare du siège du district, soit située à moins de 5 km, entre 5 et 10 km, ou à plus de 10 km. Dans chaque formation sanitaire, de façon raisonnée, les infirmiers chefs de postes, les acteurs des services sociaux et des collectivités ainsi que ceux des comités de sélection des indigents ont été retenus.

2.3 *Technique, outils de collecte des données et analyse des données*

2.3.1 Technique et outils de collecte des données

Les techniques utilisées pour la collecte de données sont les entretiens individuels formels et informels, et la revue documentation. Les outils utilisés sont un guide d'entretien pour les entretiens individuels formels, un canevas de lecture pour la consultation des documents sources constitués du document de protocole de sélection communautaire des indigents, du guide de mise en œuvre de la sélection, des rapports de réunions, des rapports de supervision, des rapports de rencontres d'information et de formation, le rapport à mi-parcours et le rapport final de mise en œuvre du processus de sélection, la littérature scientifique concernant la santé des indigents. Les notes de terrain et les notes de réunion ont servi à documenter les entretiens informels. Les entretiens formels au nombre de 36 (4 superviseurs, 8 membres des équipes cadres de districts, 24 membres des équipes locales de mise en œuvre), et la revue documentaire ont été réalisées du 1^{er} au 23 Septembre 2019.

Les informations collectées sont en rapport avec les thèmes portant sur le processus de sélection, les facteurs contextuels, les adaptations, les interactions et les logiques d'acteurs.

La recherche visant une appréhension fine du contexte et des interactions individuelles et collectives entre les différents acteurs, nous avons mis à profit nos observations durant notre présence quasi permanente sur le terrain pendant la mise en œuvre du processus de sélection des indigents. Durant notre présence sur le terrain, nous nous sommes immergés dans l'arène de notre recherche et avons assisté aux interactions entre acteurs par l'observation in situ. Nous avons accordé une attention particulièrement aux relations entre les différents acteurs qui ont été approfondies lors des entretiens. Suivant la démarche anthropologique (Emerson et al. 1995) des notes ont été prises au cours de 32 situations où nous avons été un observateur non-participant et qui ont été analysées d'une manière méthodique et formelle. En plus, s'ajoutent de centaines d'interactions permanentes qui n'ont pas fait l'objet de compte rendu mais qui ont contribué fortement à notre appréhension du contexte local.

2.3.2 Analyse des données

Suivant les évidences en matière d'adoption et d'implantation d'innovations, diverses théories et modèles ont été développés et tentent d'expliquer la complexité et l'influence de l'implantation d'une innovation par plusieurs facteurs. Ces évidences ne mettent pas en exergue les variables déterminantes à même de jouer un rôle clé dans tout effort d'implantation d'une innovation. Or, ces déterminants occupent une place importante dans la compréhension du processus d'implantation. Pour ce faire, le présent travail a eu recours à un cadre adapté du modèle du Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR) qui est un modèle plus élargi regroupant le maximum de variables explicatives possibles mais qui ne spécifie pas les interrelations entre ces variables qui sont fonction des contextes à l'étude (Damschroder et al, 2009). Suivant le cadre adapté et avec les orientations des auteurs (Damschroder et al, 2009) qui préconisent de faire recours aux variables jugées très pertinentes selon le contexte, l'implantation de la sélection communautaire des indigents est considérée comme le résultat de l'influence et de l'interaction de principaux domaines que sont la structuration du processus

de sélection (sept étapes), le contenu de chaque étape (éléments constitutifs), les acteurs impliqués (leurs rôles), l'organisation et le contexte de la sélection, les outils de collecte de données utilisés. Ces domaines permettent d'examiner de façon systématique et holistique l'implantation de la sélection communautaire des indigents.

Les données collectées ont été regroupées en fonction des réponses et suivant les principaux thèmes à savoir le processus de sélection, les facteurs contextuels, les adaptations, les interactions, les logiques d'acteurs. L'analyse des données a consisté à examiner étape par étape, point par point, en référence avec le cadre conceptuel et suivant le vécu de terrain ainsi que les propos des interviewés en rapport avec le processus de sélection utilisé dans le contexte du Burkina Faso. Cette démarche nous a permis d'analyser la sélection communautaire des indigents telle que pensée et celle réellement mise en œuvre, entre les résultats attendus et les résultats obtenus. Donc, de relever les changements opérés au cours de la mise en œuvre ainsi que les adaptations effectuées suivant le contexte, d'identifier des phénomènes sociaux tels que les interactions entre des groupes d'acteurs interdépendants de la mise en œuvre de la sélection, comprendre la nature de ces interactions et comment les groupes d'acteurs se structurent, les différents points de vue par rapport au processus de sélection.

2.4 *Aspects éthiques et administratifs*

L'étude a obtenu l'approbation du comité d'éthique pour la recherche en santé du Burkina Faso (CERS n° 2018-11-136) ainsi que l'autorisation des autorités sanitaires des quatre régions concernées: Centre Est (n° 2019-00191/MS/RCES/DRS), Centre Nord (n° 2019-093/MS/SG/DRS-CN), Nord (n° 2019-324/MS/RNRD/DRS), Sud-Ouest (n° 2019-038/MS/RSUO/DRS).

L'ensemble des personnes ont participé volontairement par consentement écrit, l'anonymat et la protection des informations ont été garantis. Les participants ont été informé de notre intention de compréhension vis-à-vis de l'étude lors de notre présence sur le terrain en observateur non-participant.

3. **Résultats**

La mise en œuvre du processus de sélection communautaire des indigents, assurée par un cabinet privé, a connu des adaptations sur le terrain. Il s'est agi au niveau du mode de composition des membres des structures d'exécution, de la validation des listes d'indigents et de l'enregistrement des indigents retenus. Aussi, le processus de sélection a engendré plusieurs interactions entre les partenaires financiers et les structures de coordination, et entre les structures de coordination et les structures d'exécution.

Les résultats sont articulés suivant la structuration du processus de sélection des indigents, l'évolution du contexte et son impact sur la sélection des indigents, les adaptations opérés lors du processus de sélection des indigents, les interactions entre les parties prenantes du processus de sélection des indigents.

L'approche de sélection des indigents utilisée au Burkina Faso est purement communautaire. Les membres de la communauté sur la base de leur profonde connaissance de leur population ainsi que de leurs conditions de vie, effectuent un choix raisonné des indigents de leur localité. Ce choix est guidé par une définition de l'indigent dont les critères avaient été déterminés de façon participative sur une base communautaire en consultant des membres de la communauté ainsi que des groupes spécifiques tels que les comités de gestion des centres de santé, des informateurs-clés. Pour ce faire, une organisation a été mise en place selon les niveaux de responsabilité.

3.1 *La structuration du processus de sélection communautaire des indigents*

Un dispositif composé de trois structures de coordination et de deux structures d'exécution a été mis en place pour mettre en œuvre le processus de sélection des indigents. Les structures de coordination étaient basées au niveau central (Ouagadougou), au niveau des districts sanitaires, et au niveau des centres de santé (CSPS). Quant aux structures d'exécution, elles ont été implantées dans les villages.

3.1.1 *La mise en place des structures de coordination*

Au niveau de la coordination, il s'est agi d'une équipe nationale de mise en œuvre (ENMEO) appuyée par quatre assistants techniques régionaux (ATR) chargés de la supervision et basés dans chacune des régions concernées, d'une équipe locale de mise en œuvre (ELMEO), d'un comité de suivi de la sélection (CSS). L'ENMEO était composée d'un coordonnateur, d'un gestionnaire des données, d'un aide-comptable et d'un chauffeur, tous membres de SERSAP. Cette équipe a été appuyée lors de la phase de planification du processus par deux référents techniques ayant une grande expérience en matière de sélection d'indigents pour avoir conduit un processus similaire dans le cadre d'une recherche à Ouargaye et au sein d'une ONG.

Au niveau district, les médecins chefs de district, les Directeurs des services de l'Action sociale et les Maires des communes ont identifié les personnes devant représenter leurs structures respectives au sein des ELMEO. Ces derniers ont été installés officiellement lors des rencontres tenues dans les provinces concernant l'information des populations sur la sélection. Bien que ces choix aient été acceptés unanimement, la question de perdieme journalier lié à l'exécution de leur tâche a été une préoccupation car jugé insuffisant selon ces personnes retenues (8 euros).

Dans les Centres de santé et de promotion sociale (CSPS), le CSS est composé de l'Infirmier chef de poste (ICP), de deux membres du comité de gestion, de deux conseillers municipaux du village abritant le centre de santé.

La mise en place des structures de coordination a impliqué l'ensemble des acteurs au niveau des régions concernées. La prise en compte des agendas de ces différents acteurs en vue de faciliter leur engagement et leur accompagnement a été prépondérante dans le processus de sélection des indigents [Superviseurs]. La non-considération de ces agendas pouvait annihiler cet engagement des acteurs donc entraver le processus de sélection des indigents.

3.1.2 *La mise en place de structures d'exécution*

Au niveau de l'exécution de la sélection, les structures qui ont été mises en place dans chaque village sont la cellule de sélection des indigents (CSI) et le groupe de validation local (GVL). Les membres des CSI étaient représentés principalement par des agents de santé à base communautaire (ASBC), des membres de comités villageois de développement et des responsables des organisations communautaires de base (association, groupement, ...). Un membre sur quatre était de sexe féminin dans les CSI qui comptaient au moins une femme en leur sein, et environ deux CSI sur dix ne comportaient pas de femmes parmi leurs membres qui devraient en compter au moins deux.

Le profil type de membre CSI n'a pas été toujours respecté et cela a concerné environ 14% des cas et à des degrés divers selon les districts. Les profils non indiqués tels que des responsables coutumiers, des leaders religieux, des personnes influentes étaient retrouvées parmi certaines CSI.

Les membres des GVL étaient représentés par des présidents de comités villageois de développement, des responsables coutumiers, des leaders religieux et des conseillers municipaux du village.

La considération des réalités sociales telles que le rôle social des acteurs, les valeurs et les coercitions existant au sein de la société, a été un facteur catalyseur qui a facilité l'adhésion et l'engagement des communautés vis-à-vis de la sélection des indigents [Superviseurs]. Cette situation a été à l'origine du non-respect de la prise en compte du genre et du profil type des membres CSI dans certains villages [Superviseur H1].

3.1.3 L'information des parties prenantes

Des rencontres ont été organisées dans chaque district sanitaire concerné dans l'optique d'informer chaque partie prenante sur le processus de sélection. Ces rencontres, tenues successivement ou parfois de façon concomitante dans plusieurs districts de la même région, étaient présidées par des autorités administratives (Gouverneur ou Haut-Commissaire) et ont regroupé des responsables des services déconcentrés de l'État, des coutumiers et religieux, des représentants de la société civile.

Dans la région du Centre Est, du fait de la suspension des activités due à la crise socio politique ayant occasionné un retard suivant la planification initiale du processus de sélection, l'information des parties prenantes a plutôt été intégrée aux activités de formation des acteurs de la sélection. Aussi, les autorités et les leaders au niveau cette région ont été rencontrés individuellement pour leur expliquer le processus de sélection. Cette situation n'a pas engendré de différence dans la mise en œuvre du processus de sélection dans cette région comparativement aux autres régions.

Les différentes rencontres tenues ont touché l'ensemble des parties prenantes sur le terrain avec des messages synthétisés et adaptés à chaque cible. Aussi, certains médias locaux (agences d'information du Burkina/AIB) ont été mis à contribution. La disponibilité des parties prenantes pour la tenue de ces rencontres a été très remarquable [Superviseurs].

Ces rencontres ont permis, d'une part d'obtenir l'engagement des parties prenantes à accompagner le processus de sélection des indigents à travers l'information et la sensibilisation des populations à la base, et d'autre part de résoudre le problème crucial de l'absence de per dieme pour assurer la sélection des indigents dans les villages qui était source de frustration au sein des acteurs [Superviseur H1].

3.1.4 La formation des acteurs

La formation des acteurs s'est déroulée sous forme de sessions successives à travers des sites dédiés. L'équipe nationale, avec l'appui des référents techniques et des ATR, a assuré la formation des membres ELMEO qui à leur tour, ont formé ceux des CSS avec l'appui des ATR. À cet effet, les membres CSS ont été regroupés dans des sites de formation selon leur proximité géographique. Chaque site comprenait en moyenne huit CSS, avec environ quarante participants. Le contenu des sessions de formation était axé sur le contexte de la sélection, la méthode de sélection (approche communautaire), le concept d'indigent avec les dimensions de l'indigence (Tableau 1). L'usage de la définition de l'indigent a été harmonisé selon les communautés par une traduction en langue locale des dimensions de l'indigence.

Tableau 1: Contenu des dimensions de l'indigence utilisées

Concept d'indigent	Dimensions	Contenu
Personne extrêmement défavorisée socialement et économiquement, incapable de se prendre en charge et dépourvue de ressources internes ou externes	Pauvreté	Manque de ressources financières (incapable de subvenir à ses besoins) Absence de biens (bétail, volaille, matériel, ...) Habitât vétuste
	Incapacité	Handicap moteur Handicap visuel Troubles mentaux Malade chronique Vieillesse
		Dépendance (veuf/ve ; petite enfance, ...)
		Pas d'aide venant des proches
		Pas d'aide venant personnes d'ailleurs
	Absence de soutien	Sentiment d'isolement au sein de la communauté

Les acteurs formés avaient une bonne connaissance de leurs contextes respectifs [Superviseurs]. L'utilisation de module de formation avec des contenus types ainsi que des cas pratiques pour l'animation des sessions dans les différents sites a permis d'harmoniser le contenu des sessions. Un dialogue social à travers les échanges d'informations entre acteurs et la compréhension mutuelle a existé entre participants au cours de ces sessions de formation. Le défi majeur a été la conciliation du programme des sessions de formation avec le planning des activités de santé des districts, ainsi que la gestion des grands effectifs de participants par session de formation [Superviseurs].

3.1.5 L'établissement de listes d'indigents

Pour procéder au choix des indigents, les personnes chargées de la sélection se réunissent et effectuent des propositions de potentiels indigents. Par suite de discussions et éclaircissements, de façon consensuelle, les individus répondant aux critères sont retenus comme indigents. Chaque équipe CSI choisissait un lieu propice (calme et discret) pour la tenue de ces réunions. Ces réunions étaient dirigées par un président chargé d'organiser le déroulement des échanges et un secrétaire pour noter les informations sur les indigents retenus. Il s'agissait de discussion entre membres CSI pour aboutir à une identification consensuelle d'indigents suivant la définition de l'indigent et leur connaissance du village. Une liste provisoire d'indigents du village était constituée à l'issue de ces réunions. Dans ce sens, les membres CSI pouvaient tenir plusieurs réunions pour un même village, et tous les villages concernés ont été couverts. La définition de l'indigent étant qualitative, pour retenir une personne comme indigente, les membres CSI recherchaient un consensus au tour des dimensions de pauvreté, d'incapacité physique ou mentale et d'absence de soutien endogène ou exogène. Cette démarche avec l'engagement manifeste des membres CSI, a permis de sélectionner des indigents suivant la définition [Superviseurs].

3.1.6 La validation des listes provisoires d'indigents

Les listes provisoires d'indigents sélectionnés étaient soumises aux membres des GVL ou à une assemblée générale pour leur validation. Les communautés avaient la possibilité de remettre en cause

les listes proposées.

La validation, assurée par les GVL, a consisté à examiner les listes provisoires et vérifier que les indigents retenus sont des personnes qui existent réellement dans les villages et répondent à la définition de l'indigent. C'est à l'issue de cet exercice, qu'une liste définitive d'indigents est retenue par village et consignée dans un cahier.

La validation par une assemblée générale rassemblant toute la population a concerné les villages dans lesquels le profil des membres CSI n'avait pas été respecté. Les listes étaient exposées et discutées par l'assemblée générale présidée par les leaders et sages des villages afin d'assurer une impartialité. Cette validation par les assemblées générales a été décidée pendant la mise en œuvre du processus et n'ont pas été maîtrisées par les structures de coordination qui n'étaient préparées à prendre en compte cette situation.

A l'issue de l'obtention des listes définitives, les indigents retenus étaient informés individuellement afin de minimiser leur stigmatisation dans les villages.

La grande majorité (96%) des séances de validation des listes n'a pas été supervisée par manque d'information sur la date de ces validations ou par l'exécution de plusieurs validations à une même date [Superviseur H1].

Le suivi des validations et l'assurance de la représentativité populaire des assemblées générales ont été des défis majeurs dans le processus de sélection [Superviseurs].

3.1.7 L'enregistrement des indigents sélectionnés

Les indigents sélectionnés suite à la validation des listes ont été enregistrés à l'aide de tablettes munies d'une application informatique (RTA survey). Cet enregistrement associait aux informations d'état civil des indigents, une prise de photo d'identité avec une géolocalisation. Les données enregistrées étaient transmises instantanément sur un serveur dédié. Quarante agents d'enregistrement, ayant un profil universitaire avec une expérience en matière de collecte informatisée des données, ont été recrutés et formés avec l'appui d'un consultant de la Banque Mondiale pour assurer les enregistrements. Ces agents ont été répartis par village pour assurer l'enregistrement des indigents. Les informations collectées étaient transmises par internet sur un serveur hébergé au Vietnam en vue de la constitution d'une base de données, puis pour l'établissement des cartes d'indigents munies de code unique d'identification.

L'utilisation de cette technologie informatique a assuré une bonne qualité de la collecte des informations et de la constitution d'une base de données unifiées et fiables. L'utilisation d'un identifiant unique de l'indigent associé aux coordonnées géographiques du ménage a évité les doublons éventuels. Le débit de la connexion internet dans les villages ainsi que la disponibilité des indigents dans les ménages lors du passage des agents d'enregistrement ont été des déterminants majeurs pour le bon déroulement de cette opération d'enregistrement des indigents sélectionnés. Suite à l'enregistrement, un peu plus de cent mille indigents ont été sélectionnés avec des proportions variant entre 2% et 17% selon les districts sanitaires et 6% pour l'ensemble des huit districts.

3.2 *Les facteurs contextuels et leurs impacts sur le processus de sélection communautaire des indigents*

Quelques faits marquants qui ont jalonné l'ensemble du processus de sélection communautaire des indigents ont été traduits sur la figure 3. Du démarrage en juin 2014, au plan national suivant l'évolution

le processus de sélection des indigents a été momentanément interrompu suite aux troubles socio-politiques que le Burkina-Faso a connu en fin Octobre 2014. Les districts n'étant pas au même niveau de mise en oeuvre du processus, ces troubles avaient perturbé suivant les districts soit l'étape de la formation des membres CSI et GVL, soit celle de l'enregistrement des indigents sélectionnés. Suite à l'instauration d'un nouveau gouvernement dans le pays, le processus a repris son cours normal. Les Maires de communes ayant été remplacés par des délégations spéciales, les ATR ont été chargés de porter auprès de ces derniers qui au départ n'étaient pas associés au processus, les informations concernant la sélection des indigents. Le résultat global de la sélection obtenu donnait 3,2% d'indigents. Ce niveau enregistré était loin de l'objectif de 15 à 20% qui s'est avéré être une estimation trop ambitieuse. Néanmoins, pour satisfaire les exigences de la BM par rapport à la proportion d'indigents attendus, des actions ont été entreprises en vue d'accroître si possible la proportion d'indigents sélectionnés. Les villages qui avaient une proportion d'indigents inférieure à 10% ont été identifiés et conviés à réviser leur sélection afin d'améliorer le niveau atteint. Les ATR avaient été chargés du suivi de proximité de cette révision des listes auprès des CSI. Il s'agissait de procéder à un ratissage surtout dans les villages abritant plusieurs hameaux de culture tout en s'assurant du respect de la méthode de sélection.

Au sein de l'ENMOE, le départ d'un des membres et aussi d'un ATR a entraîné une réorganisation interne avec une répartition des tâches de ces derniers aux autres membres pour la poursuite du processus de sélection à tous les niveaux de mise en oeuvre.

Au niveau des districts sanitaires, après que la planification de la sélection ait été faite de concert avec le Ministère de la santé, des campagnes de vaccination contre la poliomyélite (VPO) et de traitement de masse contre les maladies tropicales négligées (TDM), ainsi que la tenue de sessions de conseils municipaux (CM) constituaient autant d'événements émergents qui ont perturbé le processus de sélection. Nombreux acteurs conviés à ces événements étaient fortement impliqués dans le processus de sélection des indigents. Cela a entraîné une réorganisation des sessions de formation des acteurs, des reports dans la tenue des rencontres d'identification ou la tenue de plusieurs rencontres d'identification des indigents dans les localités, l'augmentation des sorties de supervision.

Dans le district sanitaire de Bâtié et dans une moindre mesure à Kaya, certains membres CSI ont abandonné la sélection des indigents pour se ruer vers l'or en éclosion dans des sites aurifères. Du fait de la non prévision de substitution systématique de membre non disponible, cette situation a non seulement entraîné des difficultés dans le suivi des CSI mais aussi a occasionné un retard dans le processus de sélection.

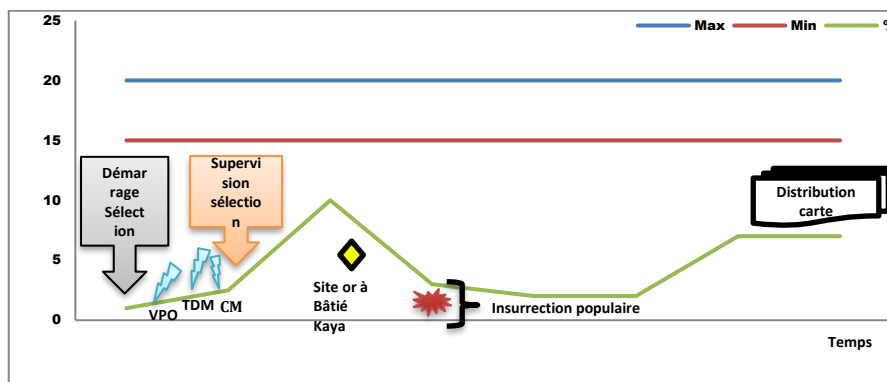


Figure 1. Behavior over time graph

Source: Auteur

3.3 Les adaptations opérées lors du processus de sélection communautaire des indigents

Le processus de sélection communautaire des indigents a subi des adaptations dans la mise en œuvre (Tableau 2). Les adaptations majeures ont concerné l'intégration d'autres critères de choix édictés par les communautés pour retenir certaines personnes comme membres CSI tels que les responsables administratifs de village, les leaders coutumiers et religieux, bien que ceux-ci ne répondaient pas au profil type requis selon la conception théorique. Aussi, le choix de la tenue d'assemblées générales pour valider des listes d'indigents pour ce qui concerne les villages ayant des membres CSI qui ne répondent pas au profil type. En plus, la révision du planning du processus de sélection pour prendre en compte d'autres activités survenues après sur le terrain telles que les campagnes (vaccination, traitement de masse) et la tenue des sessions de conseils municipaux. Puis, l'organisation d'un appui systématique aux différentes structures mises en place à travers des suivis de proximité avec une rémunération des agents à la performance en fonction du nombre d'indigents enregistrés dans la base de données au lieu du paiement mensuel et l'adaptation de l'utilisation de l'outil informatique en assurant la collecte des données hors connexion internet pour ensuite envoyer ultérieurement les données collectées concernant l'enregistrement des indigents sur le serveur.

Ces adaptations bien qu'ayant entraîné des perturbations sur le plan organisationnel, ont facilité d'une part, l'adhésion et l'accompagnement des parties prenantes au processus de sélection, et d'autre part, l'atteinte de résultats en termes d'indigents enregistrés dans la base de données.

Tableau 2 : Eléments d'adaptation du processus de sélection communautaire des indigents

Etapas du processus de sélection		Théorie du processus	Modification qui en résulte
Mise en place des structures	ENMEO	Quatre personnes chargées de la coordination nationale	Trois personnes ont assuré la coordination: une réorganisation des tâches a été effectuée tenant compte des personnes disponibles
	ELMEO	Cinq à sept personnes chargées la coordination au niveau régional	Non fonctionnement des équipes ELMEO à partir de l'étape 4 du processus de sélection: une telle situation pose la question de la pertinence de cette structure
	CSS	Cinq personnes chargées du suivi de la sélection au niveau CSPS	Des sorties terrain dans les CSPS couplées à des appels téléphoniques: les ressources ne permettaient pas aux équipes CSS d'effectuer les sorties nécessaires. La question de la pertinence de cette structure se pose
	CSI	Sept personnes dont au moins trois femmes et au moins une personne qui sait lire et écrire Profil : ASC, accoucheuses traditionnelles, CVD, membres groupement associatifs, organisations paysannes	Non-respect du nombre de femmes et du profil des membres dans les CSI: cela trouve son origine dans l'organisation sociale et l'influence de certains leaders

	GVL	6 personnes Profil : chef de village/chef coutumier, leaders religieux, conseillers municipaux	
Informations des parties prenantes		Rencontre d'information a été réalisée dans chaque district sanitaire concerné (8)	Deux rencontres d'information par district et par région, couplées à la une diffusion de l'information portant sur le processus de sélection aux activités de formation des équipes locales: pour prendre en compte la disponibilité des acteurs
Formation des acteurs	CSS	Sessions de formation par district	Session de formation par commune regroupant des communes voisines: pour prendre en compte les activités impliquant les mêmes acteurs et qui étaient en cours sur le terrain
	CSI/GVL	CSS se déplacent par village pour former les CSI et les GVL	Session de formation coordonnée voire assurée par les ATR et ELMEO en vue de combler la faible disponibilité des ICP, le niveau d'instruction relativement faible de nombreux membres des CSS pour assurer ces formations, et aux difficultés liées à la motivation financière des formateurs et des participants
Etablissement des listes		Enregistrement individuel	Néant
Validation des listes		Réunion de discussion entre membres GVL	Organisation d'assemblée générale: il s'est agi d'une alternative pour corriger le non-respect des profils types des membres CSI et minimiser l'influence de certains leaders sur la sélection
Enregistrement des indigents		Enregistrement manuel, individuel par ménage, avec prise de photo puis constitution d'une base de données	Enregistrement électronique individuel par ménage avec prise des coordonnées GPS, une prise automatique de photo et un envoi instantané des informations par internet sur un serveur: pour plus de qualité des informations et de la base de données collectées
		Rémunération mensuelle des agents chargés de l'enregistrement des indigents	Enregistrement électronique individuel avec prise des coordonnées GPS, une prise automatique de photo mais un envoi différé des informations sur le serveur : pour tenir compte de la disponibilité des indigents dans les ménages, et du déficit du courant électrique et de la connexion internet dans les villages -Rémunération suivant le nombre d'indigents enregistrés par agent -Suivi de proximité des agents chargés de l'enregistrement des indigents

Source: Auteur

3.4 Les interactions entre les parties prenantes du processus de sélection communautaire des indigents

Chacun des huit groupes d'acteurs stratégiques constituant les parties prenantes qui interagissent dans la sélection des indigents (Figure 2) a sa propre représentation qui devrait sous-tendre la mise en œuvre effective de la sélection communautaires des indigents. La Banque Mondiale qui accorde une importance accrue à la proportion d'indigents sélectionnés et à la gestion de la base de données ; l'équipe du service FBR qui est plus préoccupé par la disponibilité d'une base de données des indigents sélectionnés pour leur prise en charge dans les formations sanitaires sous FBR ; l'équipe nationale de mise en œuvre qui fonde leur décision sur la performance des acteurs dans la sélection (nombre élevé d'indigents sélectionnés et enregistrés dans les délais) ; l'équipe locale de mise en œuvre (ELMEO) qui est intéressée par la couverture de la mise en œuvre ; les membres des comités de suivi de la sélection (CSS) qui valorisent la couverture géographique de la sélection. Au niveau exécutif, les membres des cellules de sélection des indigents (CSI) visent inéluctablement la proportion d'indigents recherchée et au final, les membres des groupes de validation locale (GVL) qui recherche une notoriété communautaire.

Chacune des parties prenantes repose son pouvoir sur sa capacité de convaincre l'ensemble des acteurs qu'il agit dans l'intérêt des indigents et des populations. Cela se manifeste généralement par les expressions utilisées. Ainsi, pour la Banque Mondiale et le service FBR « amélioration de la performance du système de santé pour la santé de populations » ; pour les structures de mise en œuvre de la sélection « amélioration de la santé des indigents, soutien aux populations ».

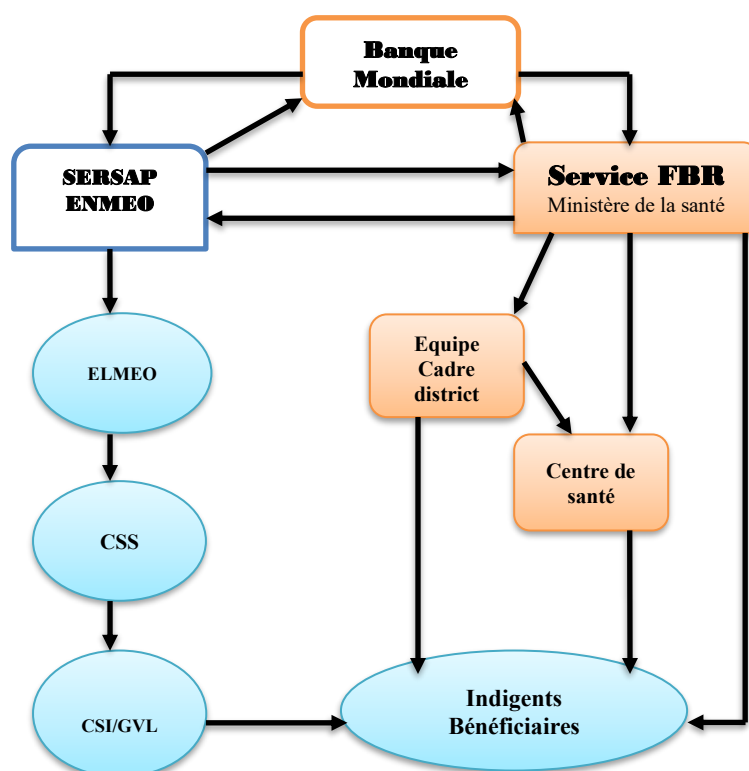


Figure 2: Parties prenantes et leur interaction dans la sélection communautaire des indigents

Considérant que le rôle des parties prenantes ainsi que les logiques sociales constituent des éléments qui sont au centre de la mise en œuvre et de l'appropriation d'intervention en santé publique (Rathwell, 1998 ; Bernard Hours, 2001 ; Lafaye G.C, 2014), un ensemble d'interactions entre parties prenantes de la sélection communautaire des indigents a été observé minutieusement et mis en rapport avec les

logiques d'acteurs mises en évidence dans d'autres recherches (Olivier de Sardan, 1995 ; Ridde, 2011). Les logiques renvoient aux « diverses lignes de cohérences que l'observateur déduit à partir d'une observation empirique d'ensembles de pratiques particulières différentielles, sans préjuger d'une théorie » (Olivier de Sardan, 1995).

A cet effet, partant d'observations empiriques des rapports sociaux entre les parties prenantes du processus de sélection, un type de relation s'est installé et pourrait être à l'origine de la structuration des interactions entre les acteurs et qui ont engendré certains effets constatés. Il s'est agi de relation de pouvoir et d'influence. Dans ce sens, six logiques sont mises en évidence.

3.5 Les logiques d'acteurs mis en évidence

3.5.1 L'opacité

La logique de l'opacité qui correspond à la volonté délibérée de certains acteurs du processus de sélection de dissimuler des informations jugées capitales à d'autres parties prenantes de l'intervention. Cela intervient lorsque certains acteurs n'ont pas accès à certaines informations comme celles ayant trait aux lignes budgétaires suivant les activités. Par exemple, la grande majorité des acteurs chargés de la sélection ignorent le budget alloué à cette activité (*« personne ne sait quel montant est prévu dans le budget pour la ligne enregistrement des indigents et même les autres lignes budgétaires » [Superviseur H2]*). Aussi les rapports finalisés ne sont pas partagés à tous les acteurs (*« Nous ignorons le contenu des rapports transmis par rapport à l'exécution de la sélection des indigents » [Superviseur H3]*).

Une activité planifiée dans la théorie du processus de sélection a été occultée par l'ENMEO au cours de la mise en œuvre. Il s'agit du transfert de compétences concernant le processus de sélection aux Agences de contractualisation et de vérification (ACV) du FBR.

3.5.2 Le discours

La deuxième logique observée renvoie au discours qui un argumentaire construit dans le but de justifier soit le montant des perdiemes servis soit à certaines modifications apportées à la théorie du processus de sélection. Cet argumentaire provient surtout des membres de l'ENMEO et dans une moindre mesure de ceux de l'ELMEO et orienté vers les acteurs d'exécution de la sélection qui pourtant adhèrent. C'est par exemple des discours tels que « le travail communautaire est basé avant tout sur le bénévolat, l'organisation de repas communautaires comme source de désintéressement et les communautés doivent contribuer pour faciliter la mise en œuvre des interventions communautaires ». Au même instant, les membres de l'ENMEO et de l'ELMEO reçoivent des montants satisfaisants de perdieme pour assurer les formations et les supervisions.

3.5.3 Le mépris de l'engagement communautaire

La logique du mépris de l'engagement communautaire se rapporte à la dépréciation de l'implication et de la participation d'une personne dotée de l'onction de sa communauté pour la représentée au sein d'une organisation ayant l'intention de contribuer à son bien-être. Cette logique se manifeste à travers des comportements de membres CIS qui sont réticents ou refusent de procéder à la sélection d'indigents sans rémunération conséquente.

3.5.4 La domination

La quatrième logique repérée concerne la logique de domination qui est la manifestation d'un pouvoir

réel en vue de dominer ou de d'annihiler l'action d'autrui. Cette logique est observée d'une part entre la Banque Mondiale principale partenaire financier de la sélection des indigents et l'ENMEO et d'autre part entre les leaders influents au sein des communautés (chefs de villages, leaders politiques) et des membres CSI. C'est ainsi que l'ENMEO subi les injonctions de la Banque Mondiale afin d'accroître le niveau de sélection des indigents surtout dans les villages qui enregistrent 2 à 5% d'indigents sélectionnés.

(« Nous n'avons pas compris pourquoi c'est un consultant international qui assure la gestion de la plateforme de collecte des données concernant les indigents alors cette compétence existe bien au niveau local ; pire encore, le serveur est hébergé au Vietnam comme si le pays ne dispose absolument rien en ce sens » [Superviseur H4]).

Aussi, certains leaders ont exercé leur influence auprès de membres CSI et GVL afin de sélectionner des personnes même si elles ne répondent pas parfaitement aux critères d'indigents utilisés.

(« Nous avons remarqué que lorsqu'on a demandé de revoir à la hausse la proportion d'indigents sélectionnés, certains ont profité faire sélectionner des personnes certes pauvres mais qui ne répondent pas exactement aux critères utilisés » [Superviseur H3]).

3.5.5 L'accaparement

L'accaparement s'inscrit dans les stratégies mises en œuvre par certains acteurs pour acquérir des ressources dans la satisfaction personnelle ou corporative. Cet accaparement a concerné surtout les ressources financières selon les données empiriques. Des acteurs ont fait de rétention d'informations sur le niveau de sélection et aussi, procédé à une réorganisation des agents chargés de collecter les informations concernant les indigents sélectionnés dans le but de retenir de frais prévus pour ces activités.

(« Un membre de l'ELMEO se retrouve dans un district sanitaire à coordonner seul sans d'autres membres et sans un Assistant Terrain Régional la collecte des données concernant les indigents sélectionnés. De ce fait, les agents chargés de l'enregistrement des indigents sont soumis à sa volonté » [Superviseur H3]).

3.5.6 Le conformisme

Au-delà de ces cinq logiques repérées aussi dans des travaux antérieurs (Olivier de Sardan 1990; Valery Ridde, 2011), la logique de conformisme a été mise en évidence lors du processus de sélection communautaire des indigents.

Cette logique se manifeste à travers la modification de l'attitude ou du comportement d'acteurs afin de se sentir en harmonie avec un groupe d'acteurs et affirmer son appartenance à ce groupe.

C'est ainsi que la tenue d'assemblée générale de validation des listes provisoires d'indigents comme palliatif au non-respect strict du profil type de membre CSI dans certains villages, n'a pas changé fondamentalement le contenu de ces listes proposées. Les propositions d'indigents éventuels n'ont pas fait l'objet de discussions profondes. L'assemblée a simplement validé l'ensemble des listes comme si elle avait été manipulée à volonté bien qu'elle soit supposée minimiser l'influence de certains leaders sur le déroulement de la sélection.

4. Discussion

À notre connaissance, il s'agit là d'une première étude couplant une approche réflexive et qui se penche sur le processus de sélection communautaire à large échelle des indigents. Les résultats montrent les

adaptations faites, en marge de la théorie du processus de sélection, et qui ont concerné le profil des acteurs d'exécution, le mode de validation des listes d'indigents, la prise en compte des activités de routine sur le terrain, le mode de collecte des données concernant les indigents, ainsi que la structuration des interactions qui ont existé entre les acteurs et qui ont mis en rapport des normes, des systèmes de valeurs hétérogènes, des savoirs et des représentations hétérogènes, des systèmes d'action hétérogènes.

Les discussions menées donnent à penser que les enseignements tirés au sujet du processus de sélection communautaire des indigents sont les suivants:

- la méthode de sélection des indigents devra être adaptée au contexte; le caractère multidimensionnel de l'indigence, la diversité socioculturelle des communautés et le contexte national et local variant méritent d'être pris en compte.
- la pertinence de certaines structures (ELMEO, CSS) se pose; ces structures ont été mises en place en suivant le modèle pyramidal du système de santé en place et se trouvent à un moment donné du processus sans apport substantiel.
- le rôle des acteurs, les rapports sociaux et le contexte sont confirmés comme étant des facteurs déterminants de la sélection communautaire des indigents.
- les obstacles tels que la non disponibilité permanente de certains acteurs impliqués, l'absence de connexion internet et d'électricité dans les villages, l'influence de certains leaders communautaires (coutumier, religieux, représentant administratif), les réticences liées à la motivation financière, survenant dans l'environnement général ne sont pas des obstacles majeurs et il est possible de recenser au niveau organisationnel des facteurs propres à favoriser le succès de la sélection.

4.1 *Les limites méthodologiques*

L'étude intervient dans un contexte où l'Etat burkinabé s'est engagé à prendre en compte les indigents dans l'assurance-maladie universelle du pays. Les informations utilisées n'intègrent pas les propos des indigents et des différentes communautés. La pratique réflexive devait être associée au processus de sélection des indigents avec des outils permettant de collecter des informations complémentaires à même d'approfondir l'analyse des résultats afin d'éviter l'effet de l'égo-professionnalisme. Aussi, à ce moment des éléments émergents pourraient être réinvestis dans le processus de sélection pour offrir de nouveaux objets de réflexion. Néanmoins, avec le concours de personnes ayant vécu l'expérience de la sélection (superviseurs, membres ECD, ELMEO), les résultats ainsi obtenus permettent d'établir les discussions suivantes:

4.2 *La structuration du processus de sélection communautaire des indigents et les adaptations opérées*

Il n'est pas aisé d'aborder la question de la sélection des indigents sans avoir recours à des études antérieures. Cependant, la rareté des études scientifiques sur cette question (Ridde, V. et Jacob J. P, 2013) est toujours d'actualité. Le processus de sélection des indigents conduit au Burkina-Faso a connu des adaptations sur le terrain mais les étapes sont restées invariantes dans tous les districts sanitaires concernés. Ces adaptations ont été opérées du fait de certaines considérations sociales qui ont existé au sein des communautés et liés au rôle attribué à chaque acteur au sein de la société. Ces réalités trouvent sans doute leur fondement dans l'organisation sociale ainsi que les attributs et les perceptions des communautés. Cette organisation sociale forme les structures sociales, régule et ordonne les interactions entre entités sociales ainsi que les normes sociales et les formes de hiérarchisation, le rôle

dévolu à certains membres au sein de la communauté. C'est le cas des femmes, à qui le rôle de mère de famille est attribué, avec une sorte de division de travail qui leur confère des tâches autres que la représentation de la communauté au sein d'organes telles que les cellules de sélection des indigents. L'appropriation du processus de sélection aux conditions de terrain à travers les adaptations a été favorisée par la flexibilité induite dans le processus, ainsi que la démocratisation et la décentralisation qui ont été développées. Ce qui répond au souci d'associer étroitement les communautés locales au processus puisqu'il s'agit d'une approche de sélection purement communautaire. Des auteurs ont relevé le fait qu'avec les communautés locales, l'accès à l'information sur les conditions de vie des individus et des ménages serait plus facile et moins coûteux, elles seraient plus à même de reconnaître les vrais indigents et limiter leur stigmatisation (Oumarou I., 2013). L'inadaptation des processus de sélection des indigents aux réalités locales peut conduire à une inefficacité d'une politique sélection. Ainsi, la méthode de sélection à utiliser constitue une question d'importance capitale (Pasquier-Doumer L., Lavallée E., Olivier A. et al., 2009).

La prise en compte de la volonté des communautés basée sur leurs réalités a facilité leur adhésion au processus de sélection car intègre la manière dont ces communautés pensent, ce qui a du sens pour elles, et comment elles imaginent et expliquent les choses (Kottak C., 2006). Les résultats observés sur le terrain dans des contextes très variés selon les districts sanitaires sont positifs. Ces résultats sont la manifestation de l'implication et de la participation effectives des communautés au processus de sélection. L'adhésion des communautés ainsi que la prise en compte des valeurs, constituent des conditions de réussite d'une intervention en santé publique (Raimondeau, J., Bréchat, P., Huteau, G., Marin, P. & Naty-Daouin, P., 2020).

Le résultat final de sélection obtenu est dû au fait que, les difficultés et les perturbations telles que la crise socio-politique qu'a traversée le Burkina-Faso avec le changement d'acteurs au niveau des collectivités par des délégations spéciales, les campagnes nationales de vaccination et de traitement de masse dans les districts, le départ d'un acteur de l'équipe nationale de mise en œuvre ont pu être aplanies cours du processus de sélection. Ces événements intervenus dans la sélection s'apparentent à ce que des auteurs ont critiqué dans l'exécution de toute activité humaine où les actions menées n'engendrent pas nécessairement le succès; les objectifs ne sont atteints que dans la mesure où face à des difficultés, des adaptations ont pu être opérées au cours des actions (Moore GF., Audrey S., Barker M., et al., 2015). D'autres auteurs précisent le fait que les interventions complexes comme un processus de sélection d'indigents, sont par nature imprévisibles et doivent être adaptées aux différents contextes (Moore GF., Audrey S., Barker M., et al., 2015). Ces adaptations visent à garantir le succès d'une telle intervention.

4.3 Les facteurs contextuels et leurs impacts sur le processus de sélection communautaire des indigents

Quelques faits marquants, comme précédemment matérialisés sur la figure 3, ont jalonné l'ensemble du processus de sélection communautaire des indigents. Du démarrage en juin 2014, au plan national suivant l'évolution le processus de sélection des indigents a été momentanément interrompu suite aux troubles socio-politiques que le Burkina-Faso a connu en fin Octobre 2014. Les districts sanitaires n'étant pas au même niveau de mise en œuvre du processus, ces troubles avaient perturbé suivant les districts soit l'étape de la formation des membres CSI et GVL, soit celle de l'enregistrement des indigents sélectionnés. Suite à l'instauration d'un nouveau gouvernement dans le pays, le processus a repris son cours normal. Les Maires de communes ayant été remplacés par des délégations spéciales,

les ATR ont été chargés de porter auprès de ces nouvelles autorités communales qui au départ n'étaient pas associés au processus, les informations concernant la sélection des indigents. Le résultat global de la sélection obtenu donnait 3,2% d'indigents. Ce niveau enregistré était loin de l'objectif de 15 à 20% qui s'est avéré être une estimation trop ambitieuse. Néanmoins, pour satisfaire les exigences de la BM par rapport à la proportion d'indigents attendus, des actions ont été entreprises en vue d'accroître si possible la proportion d'indigents sélectionnés. Les villages qui avaient une proportion d'indigents inférieure à 10% ont été identifiés et conviés à réviser leur sélection afin d'améliorer le niveau atteint. Les ATR avaient été chargés du suivi de proximité de cette révision des listes auprès des CSI. Il s'agissait de procéder à un ratissage surtout dans les villages abritant plusieurs hameaux de culture tout en s'assurant du respect de la méthode de sélection.

Au sein de l'ENMOE, le départ d'un des membres et aussi d'un ATR a entraîné une réorganisation interne avec une répartition des tâches de ces derniers aux autres membres pour la poursuite du processus de sélection à tous les niveaux de mise en œuvre.

Au niveau des districts sanitaires, après que la planification de la sélection ait été faite de concert avec l'équipe du Ministère de la santé, des campagnes de vaccination contre la poliomyélite (VPO) et de traitement de masse contre les maladies tropicales négligées (TDM), ainsi que la tenue de sessions de conseils municipaux (CM) ont constitué autant d'événements émergents qui ont perturbé le processus de sélection. Nombreux acteurs conviés à ces événements étaient fortement impliqués dans le processus de sélection des indigents. Cela a entraîné une réorganisation des sessions de formation des acteurs, des reports dans la tenue des rencontres d'identification ou la tenue de plusieurs rencontres d'identification des indigents dans les localités, l'augmentation des sorties de supervision.

Dans le district sanitaire de Bâtié et dans une moindre mesure à Kaya, certains membres CSI ont abandonné la sélection des indigents pour se ruer vers l'or en éclosion dans des sites aurifères. Du fait de la non prévision de substitution systématique de membre non disponible, cette situation a non seulement entraîné des difficultés dans le suivi des CSI mais aussi a occasionné un retard dans le processus de sélection.

4.4 Les interactions entre les parties prenantes du processus de sélection communautaire des indigents

Au cours du processus de sélection des indigents, différents types d'exercices de pouvoir ont été constatés de façon empirique dans les interactions entre les parties prenantes qui ont joué un rôle central dans la sélection. A ce sujet, plusieurs auteurs ont relevé l'existence de divers modes d'exercice du pouvoir dans tout système d'interactions et de rapports sociaux entre parties prenantes (Lafaye G.C., 2014; Lienard G. et Mangez E., 2015). Les interactions ont créé des normes entre les parties prenantes et ont abouti à des accords qui ont permis d'enregistrer des résultats.

Suivant le type de pouvoir exercé, il y a eu des répercussions sur le comportement des acteurs à savoir les réticences et méfiances. Dans la sélection des indigents en Inde, la logique de l'opacité a été relevée et était telle que des milliers d'intermédiaires commettaient des abus, toute chose qui amène les auteurs à qualifier cette situation de fraude (Jhabvala R. et Guy S., 2011).

Dans les pratiques sur le terrain, les acteurs perçoivent des perdiemes sous forme d'indemnité pour la mise en œuvre de la majeure partie des activités de santé (sensibilisation, campagne de vaccination, ...). À ce propos, une récente étude a révélé que dans la mise en œuvre des activités de santé au niveau communautaire, la compensation des agents communautaires reste un problème récurrent (Drabo KM., Sondjo G., Hien H., Tinto H., Traoré M., Valéa I., et al., 2015). Le paiement

régulier des agents communautaires peut résoudre beaucoup de problèmes, mais peut aussi avoir des conséquences négatives imprévues, selon la façon dont il est géré (WHO, 2010). Les messages et idées véhiculés par les équipes nationale et locale pour faire croire qu'il s'agit là, d'une action communautaire et que cela ne permet pas d'octroyer des perdiemes aux acteurs, n'ont pas reçus d'écho favorable auprès des communautés. Ces derniers percevaient le processus de sélection comme un projet nanti en ressources financières (surtout de la BM). Le type de rapport développé par les équipes nationale et locale fait référence à une logique de discours d'autant plus que certains acteurs bénéficiaient de perdiemes pour le même processus de sélection.

Les manifestations de réticences et de refus de certains acteurs à conduire la sélection renvoient à une logique du mépris de l'engagement communautaire. En contexte africain, la santé des indigents a toujours été une préoccupation pour les familles et les communautés dans leur organisation, à travers une entraide solidarité endogène pour une cohésion sociale (Lecestre-Rollier B., 2015). Le refus d'accompagner une action visant à améliorer l'accès aux soins de santé des indigents, correspondrait à une absence de considération du service public.

La BM, principale institution financière qui a appuyé la sélection communautaire des indigents, impose ses orientations à l'ENMEO. La dualité « national/international » semble inhérente à tout partenariat avec une « méga » structure à envergure internationale comme la BM. Cette dualité peut se traduire par des tensions déclarées ou dissimulées, des pratiques, mais elle devrait nécessairement améliorer les relations de partenariat. Pour satisfaire les exigences de la BM afin que le niveau de sélection avoisine 15 à 20% d'indigents, sur instruction de l'ENMEO, les membres CSI ont poursuivi la sélection qui semblait pourtant être terminée (mais avec moins de 10% d'indigents sélectionnés). Il n'y avait pas de conflit d'intérêts qui puisse rendre la sélection effectuée très sévère, contrairement à la recherche de Ouargaye, où les acteurs ont été sévères et une augmentation des listes n'était pas envisageable car ils voulaient préserver leur caisse de (Morestin F., Grant P. et Ridde V, 2009).

Cette appréciation du niveau de sélection obtenue initialement n'a pas été soutenue par des évidences. Des auteurs ont pourtant trouvé dans l'évaluation de la sélection des indigents, que le niveau de sélection pouvait être amélioré par la correction de certaines erreurs ou par le recalcul des scores (Kouanda S., Traoré A., Kankouan J, 2009). Une évaluation de la présente sélection pouvait mieux expliquer la proportion d'indigents obtenue et éclairer les décisions dans le sens de l'amélioration de la couverture des indigents.

La poursuite pure et simple de la sélection, bien que des dispositions aient été prises par l'ENMEO afin que la méthode soit respectée scrupuleusement, a été à l'origine des erreurs constatées et éventuellement de fausses inclusions. Ce qui pourrait faire apparaître, dans ce processus visant l'équité, comme un feed back loop avec un sentiment d'iniquité au sein de toute la communauté. Les communautés suivant leur perception peuvent élaborer leurs propres critères indépendamment les uns des autres, et les résultats de la sélection communautaire pourront présenter de grandes différences d'une communauté à l'autre, et créer des insuffisances dans la prise en charge des indigents (Jhabvala R. et Guy S, 2011).

Lors de l'étape d'enregistrement des indigents sélectionnés, si la technologie utilisée permettait de garantir la pertinence des données collectées et d'améliorer l'exactitude de ces données, elle a engendré des difficultés surtout dans les zones rurales dépourvues d'un débit connexion internet suffisant et de source permanente d'électricité. Aucun mécanisme n'avait été mis en place afin de prévenir ces difficultés. Ce qui pourrait être à l'origine de multiples erreurs, telles que des identités ne correspondant pas aux photos ou aux villages d'origine, constatées sur les cartes d'indigents. L'assurance qualité de

la collecte des données englobe, aussi bien les mécanismes et les processus mis en place à cet effet, que les intérêts et la motivation des acteurs impliqués.

La distinction des rapports qui ont existé entre la BM et l'ENMEO, laisse apparaître une logique de domination. Le rôle de la BM dans le processus de sélection (financement) fait que ses actions sont de facto bien légitimes. Ce qui corrobore cette pensée selon laquelle, « les rapports sociaux entre les groupes sont conçus comme des rapports de domination dus à des situations de groupe et de classe liées à des ressources et des enjeux spécifiques aux divers champs dans lesquels les situations de domination peuvent s'exercer » (Lafaye G.C., 2014).

Dans la logique de l'accaparement, le fait de dissimuler certaines informations et de procéder localement à une réorganisation des agents de collecte des informations concernant les indigents sélectionnés, les acteurs impliqués dans la sélection ont acquis des ressources indépendamment de celles prévues. En effet, l'absence de l'ENMEO et d'un ATR a favorisé cette situation. Les agents de collecte ont dû subir les désidératas des acteurs de l'ELMEO qui avait accès aux ressources dédiées à la collecte des données. La conséquence est que les agents de collecte ne percevaient pas toujours la montant exact de leur perdième à l'insu des membres de l'ENMEO. Valéry Ridde relevait qu'en fine, dans la stratégie d'accaparement c'est l'acquisition de deniers supplémentaires. Le recours à cette logique par les acteurs s'explique par la mainmise sur l'argent, que ce soit d'une manière directe ou par l'intermédiaire d'un positionnement stratégique en occupant un poste favorable à une telle entreprise (Valéry Ridde, 2011).

Dans les interactions, le conformisme amène certains acteurs à modifier leur comportement pour se sentir en harmonie avec le reste de la communauté. Au sein des communautés, dans les relations avec les autres, l'enjeu de l'individu est de sauvegarder ou accroître son estime de soi. En fonction des circonstances, l'individu choisira d'être conformiste pour ne pas être rejeté (Bernard Hours, 2001). Pour Gauffmann les individus sont des stratèges qui gèrent leur identité.

5. Conclusion

Cette analyse de l'implantation de la sélection communautaire des indigents dans huit districts sanitaires du Burkina-Faso en 2014 intégrant une approche réflexive est à notre connaissance novatrice en matière de recherche en intervention de santé publique portant sur la prise en charge des indigents. L'analyse est centrée sur les parties prenantes du processus de sélection et ne couvre pas les propos des indigents sélectionnés. Le processus de sélection a suivi sept étapes essentielles. Deux structures de coordination et trois structures d'exécution ont été mises en place pour le pilotage du processus. Ce processus de sélection apparaît comme une intervention assez complexe au regard des composantes qui interagissent les unes avec les autres, du niveau de l'influence du contexte, des divers groupes d'acteurs de différents niveaux hiérarchiques, des effets diversifiés générés, du caractère multidimensionnel du concept d'indigent.

L'analyse montre que les étapes du processus se sont heurtées à des réalités liées aux contextes et aux acteurs et a engendré des adaptations qui ont tout de même permis d'aboutir à la sélection d'environ 100 000 indigents soit 6% de la population cible contrairement à 15 à 20% attendus. Aussi, des logiques de pouvoir sont constatées dans les interactions entre les parties prenantes. Six types de logique à savoir l'opacité, le discours, le mépris de l'engagement communautaire, la domination, l'accaparement, le conformisme ont été relevées et ont structuré les interactions entre les parties prenantes.

À travers cette expérience du Burkina Faso, il convient donc, que le processus communautaire de

sélection des indigents, soit dynamique et adaptatif, et aussi soutenu par une communication sociale lors du passage à plus grande échelle avec l'assurance maladie universelle pour laquelle l'État burkinabé s'engage à payer pour les indigents.

D'autres réflexions permettraient à travers les quelques voies que la présente étude a tenté de tracer, de bonifier les connaissances sur une approche dynamique et adaptative de sélection des indigents pour une prise en charge adéquate de cette cible et pour plus d'équité des systèmes de santé d'autant plus que, le contexte est plus marqué d'une part par une instabilité socio-politique et d'autre part par une insécurité grandissante entraînant des déplacements de population.

Remerciements

Tous nos remerciements à l'endroit des autorités du Ministère de la santé du Burkina Faso, aux différentes parties prenantes du processus de sélection communautaire des indigents.

Conflit of Intérêts

Tous les auteurs déclarent qu'aucun conflit d'intérêt n'est lié à cet article.

Références

- Atchessi N. (2017). Recours aux soins de santé des indigents et des personnes âgées en Afrique de l'Ouest: cas du Burkina Faso et du Nigeria: <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/19257>
- Bernard Hours. (2001). Systèmes et politiques de santé: de la santé publique à l'anthropologie, Paris, Karthala. Cahiers d'études africaines [En ligne], 201 | 2011, mis en ligne le 05 mai 2013, consulté le 15 juin 2021.
- Criel B., Samba B.A., Kane F., Noirhomme M., Waelkens MP. (2010). Une expérience de protection sociale en santé pour les plus démunis: Le fonds d'indigence de Dar-Naïm en Mauritanie. Antwerp, ITG Press.
- Damschroder L., Aron D., Keith R., Kirsh SR, Alexander AJ, Lowery JC. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Sci* 4, 50 DOI :10.1186/1748-5908-4-50.
- Deville C, Escot F, Ridde V, Touré L. (2018). Les processus d'identification des plus pauvres à l'épreuve du terrain: une comparaison Bénin-Mali-Sénégal. APAD Roskilde University, Denmark.
- Drabo KM., Sondjo G., Hien H., Tinto H., Traoré M., Valéa I., et al. (2015). Prise en charge communautaire du paludisme chez la femme enceinte au Bénin, au Burkina Faso et en Gambie. *Global Health Promotion* 2013 20 :10; Vol 20 DOI: 10.1177/1757975912462417.
- Dyer, W.G. Jr., Wilkins, A. L. (1991). « Better stories, not better constructs, to generate better theory: a rejoinder to Eisenhardt », *Academy of Management review*, Vol.16, n°. 3, pp. 613-619.
- Eisenhardt, K.M. (1991). Better Stories and Better Constructs: The Case for Rigor and Comparative Logic, *Academy of Management Review*, Vol.16 n°3, pp. 620-627.
- Emerson, R. M., Fretz, R. I. & Shaw, L. L. (1995). *Writing Ethnographic Fieldnotes*, Chicago-London, University of Chicago Press.
- INSD (2015). Enquête multisectorielle continue 2014: Profil de pauvreté et d'inégalités Ouagadougou, Burkina-Faso.
- INSD, ICF International. (2012). Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples du Burkina-Faso 2010. Calverton, Maryland, USA: INSD et ICF International.

- Ipr. (2004). *Projet fonds d'équité: premier rapport et discussions successives. Etude de faisabilité dans la Zone de Santé Rurale de Bokonzi, Dongo, RDCongo*: Institut pour la promotion rurale.
- Jhabvala R. et Guy S. (2011). *Le ciblage des politiques sociales indiennes: entre inefficacité et iniquité. Alternatives sud*, vol. 18-2011 / 141.
- Kaddar M., Stierle F., Schmidt-Ehry B., Tchicaya A. (2000). *L'accès des indigents aux soins de santé en Afrique subsaharienne*. In: *Tiers-Monde*, tome 41, n°164.
- Kalavakonda V., Groos N. et Karasi JC. (2007). *Mid-term evaluation of the Global Fund to Fight HIV/AIDS, Tuberculosis and Malaria 5th Round Project on Health Systems Strengthening. Rwanda*.
- Kohn L., Christiaens W. (2012). *L'utilisation des méthodes qualitatives dans les études du KCE. Method*. Bruxelles: Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE). Report 187B. D/2012/10.273/67.
- Kottak C. (2006). *Mirror for Humanity*. McGraw-Hill, New York. ISBN 978-0-07-803490-9.
- Kouanda S., Traoré A., Kankouan J. (2009). *Evaluation du processus d'identification des ménages bénéficiaires dans le cadre de l'opération emergency response to high food prices in Burkina Faso main cities. Burkina Faso – EMOP 10773.0*.
- Lafaye G.C. (2014). *La domination sociale dans le contexte contemporain. Recherches sociologiques et anthropologiques* DOI: 10.4000/rsa.1203.
- Lecestre-Rollier B. (2015). *Les solidarités familiales au Maroc: permanences et changements, Mondes en développement*, 2015/3 (n° 171), p. 51-64. DOI: 10.3917/med.171.0051.
- Lemieux, V. (2002) *L'étude des politiques publiques, les acteurs et leur pouvoir*, Québec, Les Presses de l'Université Laval.
- Lienard G. et Mangez E. (2015). *Régimes d'action et rapports de pouvoir. Vers un approfondissement de la théorie bourdieusienne de la domination? Recherches sociologiques et anthropologiques*. DOI: 10.4000/rsa.1435.
- Mary W.K., Klaus B., Bunnak P., Samnang B, Louise B et al. IDPoor. (2018). *a poverty identification programme that enables collaboration across sectors for maternal and child health in Cambodia*. *BMJ* ;363: k4698.
- Men C. et Meessen B. (2008). *Community Perceptions of Pre-identification Results and Methods in Six Health Equity Fund Areas in Cambodia*. In *Health and social protection: experiences from Cambodia, China and Lao PDR*. Antwerp: ITGPress.
- Moore GF., Audrey S., Barker M., et al. (2015). *Process evaluation of complex interventions: Medical Research Council guidance*. *BMJ*, 350, h1258.
- Morestin F., Grant P. et Ridde V. (2009). *Criteria and processes for identifying the poor as beneficiaries of programs in developing countries*. Montreal, CRCHUM: <http://www.equitesante.org/equity-of-access-to-healthcare/>.
- Olivier de Sardan. (1995). *Anthropologie et développement. Essai en socio-anthropologie du changement social*. Marseille: APAD; Paris, Karthala, Éditeur, 1995, 221 pp Collection: Hommes et société.
- Olivier de Sardan Jean-Pierre. (2001). *Les trois approches en anthropologie du développement*. In: *Tiers-Monde*, tome 42, n°168. *Anthropologie du développement, fiscalité, géographie industrielle, éducation* DOI: <https://doi.org/10.3406/tiers.2001.1546>
- Olivier de Sardan, J.-P. (1990). *Sociétés et développement* », in D. FASSIN & Y. JAFFRÉ, *Sociétés, développement et santé*, Paris, Ellipses: 28-37.

- Pasquier-Doumer L., Lavallée E., Olivier A. et al. (2009). Cibler les politiques de lutte contre la pauvreté dans les pays en développement? Un bilan des expériences. *Revue d'économie du développement*, Vol. 17.
- Pfadenhauer, L. M., Mozygemba, K., et al. (2015) Context and implementation: A concept analysis towards conceptual maturity. *Zeitschrift Für Evidenz, Fortbildung Und Qualität Im Gesundheitswesen*. 2015, 109(2), 103-114. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2015.01.004>.
- Pfadenhauer, L.M., Mozygemba, K., et al., (2015): Context and implementation: A concept analysis towards conceptual maturity. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 109 (2). pp. 103-114. ISSN 1865-9217 <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2015.01.004>.
- PNUD. (1999). *La lutte contre la pauvreté en Afrique subsaharienne*. Paris, Economica.
- Raimondeau, J., Bréchat, P., Huteau, G., Marin, P. & Naty-Daoufin, P. (2020). *Manuel de santé publique*. Presses de l'EHESP. <https://doi.org/10.3917/ehesp.raimo.2020.01>
- Rathwell, T. (1998). Implementing Health Care Reform: A Review of Current Experience », in R. B. Saltman, J. Figueras & C. Sakellarides (eds.), *Critical Challenges for Health Care Reform in Europe*, Buckingham Philadelphia, Open University Press: 385-399.
- Ridde, V. et Jacob J. P. (2013). *Les indigents et les politiques de santé en Afrique. Expériences et enjeux conceptuels*. Louvain-La-Neuve, Academia-L'Harmattan s.a; 478p.
- Ridde, V., Bonnet, E., Nikiema, A., Kadio, K. (2010). A spatial analysis of a community-based selection of indigents in Burkina Faso. *Global Health Promotion* DOI: 10.1177/1757975912462417.
- Ridde, V., Yaogo M., Kafando Y., Kadio K., Ouédraogo M., Sanfo, M, et al. (2011) "Challenges of Scaling Up and of Knowledge Transfer in an Action Research Project in Burkina Faso to Exempt the Worst-off from Health Care User Fees. *BMC International Health & Human Rights* 11(Suppl 2): S9.
- Saetren, H. (2014). Implementing the third-generation research paradigm in policy implementation research: An empirical assessment. *Public Policy and Administration* 105.<https://doi.org/10.1177/0952076713513487>.
- Serge B. P., Perrenoud. (2016). Développer la pratique réflexive dans le métier d'enseignant. *L'orientation scolaire et professionnelle* [En ligne] <http://journals.openedition.org/osp/4894>.
- SERSAP. (2014). *Mise en œuvre et suivi d'un processus communautaire de sélection des indigents dans huit districts sanitaires au Burkina-Faso. Guide méthodologique du processus de ciblage*. Document de travail, Ouagadougou, Burkina-Faso.
- Stephen D., Edoardo M., Rachel S-W., Michael S., Althea-Maria R., Dill L. (2017), The targeting effectiveness of social transfers, *Journal of Development Effectiveness*, 9:2, 162-211, DOI: 10.1080/19439342.2017.1305981.
- Tremblay MC., Parent AA. (2014). Reflexivity in PHIR: Let's have a reflexive talk! *Canadian Journal of Public Health*, 105.
- Valéry Ridde. (2011). « Politiques publiques de santé, logiques d'acteurs et ordre négocié au Burkina Faso », *Cahiers d'études africaines* [En ligne] <http://journals.openedition.org/etudesafricaines/16603>; DOI: https://doi.org/10.4000/Etudes_africaines.16603.
- Waelkens M. (2007). *Assessment of the Community Health Fund in Muheza, Tanga Region, Tanzania*. Institute of Tropical Medicine. Antwerp.
- WHO (2010). *Women and health: today's evidence tomorrow's agenda*. Geneva. WHO publications.
- World Bank. (2014). *Where have all the poor gone?* <http://documents.worldbank.org/ACS45450>.

© 2023 SIDIBE et al., licensee *Bamako Institute for Research and Development Studies Press*. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>)

Publisher's note

Bamako Institute for Research and Development Studies Press remains neutral regarding jurisdictional claims in map publications and institutional affiliations.



Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, Volume 5 (1)

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

Received, 31 December 2022

Accepted, 4 February 2023

Published, 11 February 2023

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

Research

Current trends in West African universities, students' psychological distress, and quality of life: a quantitative study

Tendances actuelles dans les universités ouest-africaines, détresse psychologique des étudiants et qualité de vie : une étude quantitative

Konabe Bene

General Studies Department, College of Humanities and Sciences, Prince Sultan University, Kingdom of Saudi Arabia,

Corresponding author: kbene@psu.edu.sa; phone numbers: +966 55 080 1593

Abstract

Terrorism threats on education in West Africa, massification, student pauperization, unemployment, living environments, university managements, and poor infrastructures have seemingly affected students' lifestyles, learning, achievements, mental health but also teaching, and learner-instructor interrelationship. In the light of this, it was argued that new difficulties have emerged on university and college campuses. This study aimed to find out the prevalence of the resulting depression, anxiety, and stress among university students in a French speaking West African university and to gauge their general quality of life. Instruments included the depression, anxiety, and stress scale (DASS-21), subscales of the Multidimensional Students' Life Satisfaction Scale and General Quality of Life (MSLSS), and a demographic questionnaire. Participants were 348 female and male students. Descriptive analyses revealed that 10.05% of the students had levels of depression ranging from mild to moderate, 19.25% had levels of anxiety ranging from mild to severe, and 3.15% of participants had stress levels ranging from mild to moderate. Multiple linear regression analyses showed that students' depression and anxiety predicted their quality of life. None of the different mean scores between female and male students, however, were statistically significant. Based on the findings, we argued that, although the studied population has psychological distress comparable to that of students elsewhere albeit current issues, cultural and

geographical differences, they reported older ages and lower grade point averages (GPA). Psychological distress, quality of life, social, economic factors, and lack of infrastructures impact university students' health, achievement, and the vision, mission, and quality of higher education.

Keywords: Higher education. Emergent issues. Learning. Psychological distress. Quality of life.

Résumé

Les menaces terroristes sur l'éducation en Afrique de l'Ouest, la massification, la paupérisation des étudiants, le chômage, les cadres de vie, la gestion des universités et la médiocrité des infrastructures ont apparemment affecté les modes de vie des étudiants, l'apprentissage, les acquis, la santé mentale mais aussi l'enseignement et l'interrelation apprenant-instructeur. À la lumière de cela, il a été soutenu que de nouvelles difficultés sont apparues sur les campus. Cette étude visait à déterminer la prévalence de la dépression, de l'anxiété et du stress qui en résultent chez les étudiants d'une université francophone d'Afrique de l'Ouest et à évaluer leur qualité de vie générale. Les instruments utilisés comprenaient l'échelle de dépression, d'anxiété et de stress (DASS-21), des sous-échelles de l'échelle multidimensionnelle de satisfaction de la vie des étudiants et de la qualité de vie en générale (MSLSS) et un questionnaire démographique. Les participants étaient au nombre de 348 étudiants féminins et masculins. Des analyses descriptives ont révélé que 10,05 % des étudiants avaient des niveaux de dépression allant de léger à modéré, 19,25 % avaient des niveaux d'anxiété allant de léger à sévère et 3,15 % des participants avaient des niveaux de stress allant de léger à modéré. Des analyses de régression linéaire multiple ont montré que la dépression et l'anxiété des étudiants prédisaient leur qualité de vie. Cependant, aucun des différents scores moyens entre les hommes et les femmes n'était statistiquement significatif. Sur la base des résultats, nous avons soutenu que, bien que la population étudiée ait une détresse psychologique comparable à celle des étudiants ailleurs, malgré les problèmes actuels, les différences culturelles et géographiques, ils ont signalé des âges plus avancés et des moyennes pondérées cumulatives (GPA) inférieures. La détresse psychologique, la qualité de vie, les facteurs sociaux, économiques et le manque d'infrastructures ont un impact sur la santé, la réussite, la vision, la mission et la qualité de l'enseignement supérieur.

Mots clés : Enseignement supérieur, Problèmes émergents, Apprentissage, Détresse psychologique, Qualité de vie.

1. Introduction

Higher education has been undermined by a multitude of difficulties that directly affect students (Chapleo & O'Sullivan, 2017) as the primary beneficiaries of the offered services in universities. The difficulties relate but are not limited to the academic governance (Rall, Morgan, & Commodore, 2019), the inclusivity and the experiences of students and staff in the higher education sector (Bozalek & Boughey, 2012), teaching and learning (Kebritchi, Lipschuetz, & Santiago, 2017), decaying infrastructures (Kobla, Mirriam, & Li-Hua, 2018), terrorism threats on

schools (Bene, 2022), and student mental health (Center for College Mental Health [CCMH], 2021).

Other known predictors of student learning and level of achievement encompass the student's full-time status, their degree of financial stress, whether they are perceived as young or old learners with ages ranging from 18 to 34, and whether the student is male or female, female students being more vulnerable to failure (Stallman, 2010). More literature reviews found other factors such as students' social and demographic, situational, and academic-based factors as possible causes of students' difficulties, resulting in psychological distress (Sharp & Theiler, 2018). Furthermore, the outcome of research in higher education suggests that most universities on the African continent have admitted students beyond their capabilities. The excess number of students resulted in massification, hence a reduction of the quality of higher education. It was argued that the quality of higher education has a considerable impact on students' psychological distress, learning and achievement. For example, the rate of graduation in higher education in Africa has remained relatively low (Mohamedbhai, 2014). The issues of massification have been addressed over the years and it appears to be at the core of most problems in African universities.

Massification in higher education.

The word massification was utilized regarding universities and colleges to refer to the quick augmentation in student enrolment (Scott, 1995). In West Africa, it was argued that enormous university student admission was not followed by increase in funding, resulting in decreasing number of teaching staff and poor infrastructures. Consequently, the quality of pedagogy, the effectiveness of student evaluation, and equity were undermined (Ntim, 2016). In Ghana, most universities lack sufficient resources to meet the needs that was brought about as the results of the augmented student numbers (Kobla, Mirriam, & Li-Hua, 2018). Clearly, massification considerably has negative impacts on teaching and learning. Compared to the large number of enrolled students, infrastructures such as lecture rooms, learning materials and research laboratories become insufficient or are simply inaccessible. Also, the increased learner to instructor ratio was found to create the instructor's lack of attention to the learner or the instructor's inability to control small group work. Instead, teachers were found to foster memorization techniques that are based on mere repetition as assessment methods. It was discussed that in several universities, the failure rates were as high as 70 percent for freshmen and sophomores (Mohamedbhai, 2008). It is in this light that Kipchumba (2019) argued that the lack of funding, weak university management and governance, alongside poor quality and overuse of the university infrastructures such as libraries, laboratories overcrowded lecture rooms, and student's student houses are significant burdens on the quality of higher education. Correlations were found between poor study conditions, failure, and psychological distress.

The role of psychological distress

Healthwise, over the past recent years, a substantial body of studies have indicated that university students undergo significantly higher levels of depression, anxiety, and stress (CCMH, 2021; Mackenzie, Wiegel, Mundt, Brown, Saewyc, Heiligenstein, & Fleming, 2011; Mahmoud, Staten, Hall, & Lennie, 2012). College and university students' mental health status have been equated to severe crises that have continually worsened both in number and in severity. International studies conducted with different undergraduate student participants have yielded moderate to high levels of depression, anxiety, and stress prevalence (Singh et al. 2017). The studies were conducted in Spain (Fernández-Rodríguez et al. 2019; Ramón-Arbués et al. 2020), Bosnia and Herzegovina

(Racic et al. 2017), Sudan (Dafaalla et al. 2016), China (Gao et al. 2020), Jordan (Dalky, & Gharaibeh, 2019), the US where college students are diagnosed for anxiety and depression (CCMH, 2021; Oswalt et al. 2020). Studies showed that the level of psychological distress alongside quality of life and other developments on campuses negatively affect student learning and achievement. Research revealed that college students' high degrees of psychological distress negatively affect their academic achievement and course completion as measured by the level of student dropouts. The Healthy Minds Study (Beiter et al. 2015) showed that undergraduate and graduate students' high occurrence of anxiety and depression impair their academic performance.

Student victimization and academic underachievement

It was argued that from main beneficiaries of higher education, university students' have become the main victims of massification. Life on campuses has become stressful because learners are challenged and must cope with a countless number of difficulties (Pedrelli et al.(2015). Frustrated students have become ungovernable and have been on the streets to demonstrate against their university managements or their countries' governments to improve their life and study conditions. Other major consequences of the deteriorated campus conditions involve graduating without gaining the employability skills, brain drain, poor research conditions, frequent clashes between students, or student unions and university administration (Makosso, 2006).

In the landlocked country Burkina Faso, university students' lives have undergone recent unenviable changes and challenges that contribute to the degradation of students' mental wellbeing and quality of life. Student idleness due to lack of course scheduling resulting in student demotivation, shortage of faculty members, lack of lecture rooms, significant extension of the number of years until graduation, student's perceived bleak future, instructors' attitudes, and plethora of students in auditoriums are a few of the new issues that have evolved over the past decades, and are believed to be factors that can affect students' psychological distress and quality of life. Although many studies have been conducted globally on the prevalence of depression, anxiety, and stress among college students, alongside their academic achievements, and quality of life, data pertaining to French speaking West African university students' psychological distress and quality of life have been non-existent. To the best of our knowledge, in the contexts of massification in higher education, increase in student mental disabilities, student victimization, academic underachievement, and terrorism threats, this is the first study that examines together, French speaking West African university students' perceptions and rankings of factors that could cause rises in their psychological distress, that assesses levels of psychological distress, that attempts to predict students' quality of life, and compares male and female students across levels of depression, anxiety, stress, and quality of life.

The current development of the social environment in West Africa, namely in institutions of higher education requires further investigations.

The Present Study

In the present study, the investigators utilized quantitative approaches to analyze the nature of students' psychological distress alongside their quality of life as the results of current social developments relating to institutions of higher education. The aim of the present study was to get insight into French speaking West African university students' psychological wellbeing and

quality of life in an era when terrorism threats, pauperization, exponential population growth contribute to lifestyle modification universities. The objectives were quadruple: The first objective was to examine French speaking West African university students' perception of factors that could cause rises in their psychological distress. The second objective was to gauge the students' levels of depression, anxiety, stress, and quality of life. Quality of life was measured as students' life satisfaction with themselves and life satisfaction with their living environments (Huebner, 1991). The third objective was to assess variables that predict students' quality of life, and the fourth objective was to compare male and female students' levels of depression, anxiety, stress, and quality of life. The present study attempted to answer the following questions: (a) What are college students' perception of factors that could affect their mental health? (b) What are college students' levels of depression, anxiety, stress, and quality of life? (c) To which extent do depression, anxiety, stress, age, and GPA predict students' quality of life? (d) Do female college students have higher levels of depression, anxiety, stress, and better quality of life than their male counterparts?

2. Materials and Methods

2.1. Study area and Population

Data collection took place in early January 2022, in Ouagadougou, the capital city of Burkina Faso, West Africa. The targeted population was university students, mainly from the Ki-Zerbo university. See table 1 for more detailed information regarding participants' characteristics.

2.2. Participants

This survey design used descriptive, correlational, and comparative analyses. The study used a convenient sampling method to recruit college students who were available on campus at the time of the data collection and volunteered to be part of the research. The data were collected through a paper and pencil questionnaire. Participants were 348 university students whose ages ranged from 18 to 35 with a mean of 25.06 (SD = 2.99). The sample size included 172 (49.4%) female and 176 (50.6%) male students. Green (1991) recommended a rule of thumb to determine sample size in which $N \geq 50 + 8K$ when testing R^2 , K being the number of variables. As the present sample size was deemed acceptable, we removed a dozen responses with multiple missing information. Considering the number of variables, the sample size was found sufficient to run regression analyses. Nationalities that were represented included Cote D' Ivoire, Niger, Tchad, Togo, and Burkina Faso. Participants' levels of education ranged from college first year to doctoral levels. Fields of study included Sciences, Social Sciences, and other fields clustered as Humanities. See table 1 for more details about specific areas of study. Participants provided demographic information regarding their gender, age, academic information such as GPA, current education attainment, and they rated their levels of stress, anxiety, depression, and quality of life. Students also indicated by levels of importance factors that they perceived as more likely to affect their learning and achievement. Data collection took place in early January 2022, in Ouagadougou, the capital city of Burkina Faso, West Africa. See table 1 for more detailed information regarding participants' characteristics.

Table 1. Descriptive statistics of sample characteristics

Variables	Demographics	N	%
Age ranges			
	Below 20 years	9	2.59
	From 20 to 24 years	150	43.10
	From 25 to 29 years	162	46.55
	30 years and above	27	7.75
Genders			
	Females	N= 172 Mean age = 24.62 y	49.4
	Males	N= 176 Mean age = 25.49 y	50.6
GPA (out of 20.0)			
	Below 10	81	23.27
	From 10 to 15	260	74.71
	Above 15	7	2.01
	Females' mean GPA	10.30/20	
	Males' mean GPA	11.27/20	
Levels of education			
	Freshmen	68	19.54
	Sophomores	150	43.10
	Juniors	75	21.55
	Master's students	52	14.94
	Doctoral students	1	.28
Areas of studies			
	Anglophone studies	48	13.79
	Biology	15	4.31
	Economics	46	13.21
	Geography	14	4.02
	German	33	9.48
	History	39	11.20
	Law	32	9.19
	Linguistics	17	4.88
	Management	4	1.15
	Mathematics	4	1.15
	Medicine	6	1.72
	Modern letters	37	10.63
	Philosophy	5	1.43
	Psychology	9	2.58
	Sociology	38	10.91

2.3. Variables

The first instrument used for the data collection was a demographic questionnaire that was carefully developed by the investigators and used to address the first objective of the study, that is, to examine French speaking West African university students' perception of factors that could cause rises in their psychological distress. It required participants to indicate their gender, age, academic information regarding their GPA, current education attainment. In a table that was provided, participants also were required to rank, from the most likely to the least likely, factors that could cause their levels of depression, anxiety, and stress to rise, the raw number 1 being the most important factor and the raw number 10 being the least important factor. The factors included (1) difficulty of field of study, (2) unemployment, (3) economic challenges, (4) sickness, (5) loneliness, (6) instructors' attitude, (7) friends' attitude, (8) family members' attitude, (9) self-esteem, and (10) other factors.

Next, the investigators used the Depression Anxiety Stress Scale (DASS-21) as the second but major tool for data collection to address the second objective, that is, to gauge the students' levels of depression, anxiety, stress, and quality of life. The same tools were used for the third and fourth objectives (to assess variables that predict students' quality of life (3) and to compare male and female students' levels of depression, anxiety, stress, and quality of life (4)). The DASS scale is a 21-item instrument that measures the underlying symptoms of depression, anxiety, and stress (Carmin, & Ownby, (2010). The DASS-21 (Lovibond & Lovibond, 1995) has been given increasing support because of its robust psychometric properties. It was discussed that the DASS-21 possesses good internal consistency, excellent convergent validity, and good discriminative validity. Studies indicated that the DASS-21 could be utilized with older individuals instead of other scales developed to gauge comparable concepts (Gloster et al. 2008). The internal consistency that was reported in the initial instrument validation study was .81 for Depression subscale .73 for Anxiety subscale; and .81 for stress subscale (Tonsing, 2014).

Finally, the Abbreviated version of the Multidimensional Students' Life Satisfaction Scale (MSLSS) was used for the data collection (Huebner, 2001) alongside the DASS-21 to address the same objectives. The MSLSS is a measure of happiness with parents, siblings, mates, neighborhood, educational settings, self, and overall quality of life. The investigators specifically utilized two subscales of the MSLSS of which were the 4 items that measure individuals' quality of life, namely their satisfaction with Self (*There are lots of things I can do well; I think I am looking good; I like myself; most people like me.*) and the 2 items that measure individuals' quality of life, namely their satisfaction with their Living Environment (*I like my neighborhood; I like where I live*). It was argued that the shortened 18-item version of the MSLSS offers a favorable substitute for the assessment of five life areas that are relevant to young people's quality of life. Reported Cronbach Alphas for the subscales were superior or equal to 0.85 (Zumbo et al. 2007).

The whole questionnaire which included the DASS-21, the two subscales of the Multidimensional Students' Life Satisfaction Scale and General Quality of Life (MSLSS) were the validations of the French adaptations (Ramasawmy, 2015; Coudronnière et al. 2018). In the present study Cronbach's Alpha was .88 for the DASS-21, with .70, .77 and .81 for Depression, anxiety, and stress respectively. Regarding the MSLSS, Cronbach's Alpha was .70.

2.4. Procedures

Ethical approval and authorization were granted prior to the data collection from the main campus of the Ki-Zerbo University in Ouagadougou, Burkina Faso. By taking the survey, participants also gave their consents. All participants were at least 19 years old. The age of 17 is the legal age in Burkina Faso. The DASS-21 scale contained a Likert scale ranging from 0 to 3, 0 being *did not apply to me at all*, 1 being *Applied to me to some degree or some of the time*, 2 being *applied to me to a considerable degree or a good part of the time*, and 3 being *applied to me very much or most of the time*. Students were required to read each statement and circle a number 0, 1, 2, or 3 to indicate the degree to which the statement has applied to them recently. The MSLSS subscales also contained a Likert scale ranging from 0 to 5, 0 being *totally disagree*; 1 being *disagree*; 2 being *slightly disagree*; 3 being *somewhat agree*; 4 being *agree*, and 5 being *completely agree*. Students were required to read each statement and circle a number 0, 1, 2, 3, 4 or 5 to rate their personal experience regarding the items. Using convenient sampling, all questionnaires were completed on campus within two weeks. Ten to 15 minutes were needed to complete each survey. The data were reported in excel sheet and transported to SPSS version 28.0 where they were cleaned, screened for missing data, outliers, and finally analyzed.

2.5. Data Analysis

To answer question 1 regarding college students' perception of factors that could affect their mental health to worsen, the investigators analyzed students' arrangement of the suggested 10 factors by levels of importance. The factors were the followings: (1) difficulty of field of study, (2) unemployment, (3) economic challenges, (4) sickness, (5) loneliness, (6) instructors' attitude, (7) friends' attitude, (8) family members' attitude, (9) self-esteem, and (10) other factors. See table 2 for the results.

To answer question 2 regarding student participants' levels of depression, anxiety, stress, and quality of life, the researchers computed total scores of all subscales independently. Regarding the DASS-21, interpretation of the total score was based on a table provided by the developers of the instrument (Basha & Kaya, 2016). Report of quality of life was also provided independently. The first 4 items addressed the participant's quality of life, especially their satisfaction with themselves. Total score ranged from 0 to 20. The last two items addressed participants' quality of life, especially their satisfaction with their living environments. Total score ranged from 0 to 10. The total scores were matched with the interpretation provided by the developer of the instrument in an attempt to classify participants (Michele Athay et al. 2012).

Inferential analysis

The investigators performed correlation analyses that involved the depression, anxiety, and stress subscales of the DASS-21 (Lovibond & Lovibond, 1995), the two subscales (*life satisfaction with self and life satisfaction with living environment*) of the MSLSS (Huebner, 2001), students' age, and GPA to describe the directions of relationships between the included variables. To answer the question 3, (To which extent do depression, anxiety, stress, age, and GPA predict students' quality

of life?) the investigators ran two multiple regression analyses. Quality of life was measured on two subscales that include life satisfaction with self and life satisfaction with living environment, indicating two dependent variables. The total score of the Life satisfaction with self and the total score of the life satisfaction with Living environment were used as the dependent variables. The independent variables in each of the regression analyses included student age, GPA, and the three subscales of the DASS-21.

The researchers checked for the several assumptions of multiple regression analyses prior to interpreting the results. Creswell (2009) argued that there is a danger of statistical inference validity that may occur in the events assumptions of an examination are inaccurate because of lack of statistical power or interference of the statistical probabilities. The following assumptions of which were the assumptions of linearity, reliability of measurement, homoscedasticity, and normality have been the most examined ones. Assumptions one and two were checked by simple visualizations and were met. They first required that the dependent variables be measured on a continuous scale and secondly required the inclusion of two or more independent variables which are either continuous or categorical variable. We used IBM SPSS software version 28.0, IBM Corp (2021) to assess all other assumptions that encompass the assumptions of linearity, reliability of measurement, homoscedasticity, and normality. Since all the assumptions were met and none of them was violated, results of the multiple regression analyses were interpreted.

Finally, to answer question 4 relating to gender differences, the investigators run independent *t* tests to compare female and male students on their levels of depression, anxiety, stress, and quality of life. Prior to interpreting the results, the six assumptions of the independent sample *t* test were verified.

Assumption one was met. The dependent variables were measured on a continuous scale. Assumption two was met as the independent variables consisted of two categorical, independent groups that were *male* coded 1 and *female* coded 2. Assumption three had independence of observations. In other words, there was no relationship between the observations in none of groups. We used SPSS statistics 28.00, IBM Corp (2021) to check assumptions four, five, and six. Regarding Assumption four, we had previously checked and removed outliers. The assumption was met. Our dependent variable was approximately normally distributed for each group of the independent variable, thus meeting assumption five. And finally, the assumption of homogeneity of variance was met, as observed in the output of the *t* test.

3. Results

Findings regarding students' perceptions of factors that could affect their mental health (Objective one) suggested economic challenges and unemployment with respectively 158 (45.40%) and 85 (24.43%) participants. Economic challenges and unemployment were ranked as primary causes alongside sickness with 41 (11.78%) participants and difficulty of the field of study with 21 (6.03%) participants. Table 2 shows more rankings of factors that were perceived as more likely to cause rise in the levels of depression, anxiety, and stress.

Statistical analyses regarding the second objective (the students' levels of depression, anxiety, stress, and quality of life) suggested that 313 (89.94%) participants had total scores ranging from zero to nine, indicating normal level of depression. Twenty-five (7.18%) participants had total scores ranging from 10 to 13, indicating mild depression, and 10 (2.87%) participants had total scores ranging from 14 to 20, indicating moderate levels of depression. Total scores ranging from 21 to 27 revealed severe depression and scores over 28 were considered extreme severe depression. In the present study, students did not report total scores that were larger than 21.

Further analyses suggested that 281 (80.74.34%) students had total scores ranging from zero to seven. The latter had normal levels of anxiety. Thirty-three (9.48%) students had total scores ranging from eight to nine and were classified as having mild anxiety. Twenty-seven (7.76%) students had total scores ranging from 10 to 14 and were classified as having moderate levels of anxiety. Seven (2.01%) students had total scores ranging from 15 to 19, indicating that they had severe anxiety. No participants had total scores above 20, which would have been an indication of extreme severe level of anxiety.

The analysis of the last subscale of the DASS-21, namely the stress subscale suggested that 337 (96.83%) participants had total scores ranging from zero to 14, indicating that the latter had normal levels of stress. Ten (2.87%) participants had total scores ranging from 15 to 18 and were classified as having mild levels of stress and 1 (.28%) student had a total score ranging from 19 to 25, indicating that that student had a moderate level of stress. No students had scores ranging from 26 to 33 which would have been severe levels of stress. No students had scores above 34 either, which would have been extreme severe levels of stress. See table 3 for students' levels of depression, anxiety, and stress results.

The researchers also analyzed students' quality of life. Total score ranged from zero to 20 for students' life satisfaction with self. Thus, total scores equal or higher than 18 were considered high level of life satisfaction. Thirty-two (9.19%) students were found in this group. Total scores between 13 and 17 were considered medium. Two hundred and fifty-one (72.12%) students were found in this group. Total scores lower than 13 were considered low levels of satisfaction. Sixty-five (18.67%) participants were included in this group. The last two items addressed participants' quality of life, especially their satisfaction with their living environments. Total score ranged from zero to 10. Total scores equal or higher than 9 were considered high level of satisfaction. Forty (11.49%) participants were found in this group. Scores between 6 and 9 were considered medium and 168 (48.27%) participants were found in this group. Scores lower than 6 were considered low level of satisfaction with one's living environment. One hundred and forty (40.22%) students were found who were not satisfied with their personal living environments. See table 4 for students' levels of quality of live.

Table 2. Students' ranking of the most important factors that could associate with their mental health

	Primary cause	Secondary cause	Tertiary cause
	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>
Difficulty of field of study	21 (6.03)	80 (23)	101(29.0)
Unemployment	85 (24.43)	73 (21.0)	71(20.4)
Economic challenges	158 (45.40)	84 (24.1)	39 (11.2)
Sickness	41(11.78)	63 (18.01)	64 (18.04)
Loneliness	14 (4.0)	24 (6.9)	23(6.6)
Instructors' attitude	20 (5.7)	9 (.6)	19 (5.5)
Friends' attitude	3(.9)	4(1.1)	9(2.6)
Family members' attitude	4 (1.1)	8(2.3)	14(4.0)
Self-esteem	1(.3)	2(.6)	7(2.0)
Other factors (unspecified)	1(.3)	0 (0.00)	1(.3)

Table 3. Prevalence of depression, anxiety, and stress

	Levels	%
Stress	Normal	96.83
	Mild	2.87
	Moderate	.28
	Severe	0
	Extreme severe	0
Anxiety	Normal	80.74
	Mild	9.48
	Moderate	7.76
	Severe	2.01
	Extreme severe	0
Depression	Normal	89.94
	Mild	7.18
	Moderate	2.87
	Severe	0
	Extreme severe	0

Table 4. Levels of students' quality of live

	Levels	%
Quality of life/ Satisfaction with Self	High	9.19
	Medium	72.12
	Low	18.67
Quality of life/ Satisfaction with living environment	High	11.49
	Medium	48.27
	Low	40.20

Inferential

Life satisfaction with self was positively correlated with Life satisfaction with living environment ($r = .172$, $P < 0.05$), was positively associated with students' age ($r = .180$, $P < 0.05$), negatively associated with depression ($r = -.276$, $P < 0.001$), negatively associated with anxiety ($r = -.221$, $P < 0.001$), and negatively associated stress ($r = -.210$, $P < 0.01$). Student GPA was not correlated with any of the other variables. Table 5 shows other correlation analyses.

Table 5. Correlations

	1	2	3	4	5	6	7
Life satisfaction with Self	-						
Life satisfaction with Living Environment	.165** .002	-					
GPA	.061 .258	.003 .954	-				
Age	.079 .142	.050 .355	.109* .043	-			
Depression	-.087 .107	-.246** <.001	-.031 .565	-.146** .006	-		
Anxiety	-.050 .356	-.244** <.001	.016 .762	-.094 .081	.550** < .001	-	
Stress	-.039 .467	-.109* .042	.001 .988	-.184** <.001	.583** < .001	.498** < .001	-

** $p < .01$, * $p < .05$.

Multiple regression analyses were conducted to address the third objective (to assess variables that predict students' quality of life) and the results showed a significant effect of students' life satisfaction with environment on life satisfaction with self ($F(6, 341) = 2.166$, $p < .05$, with Adjusted $R^2 = .020$, suggesting that 2 % of the variance were predicted by the listed factors. Student depression, anxiety, stress, age, and GPA did not significantly predict life satisfaction with self. The second multiple regression analysis showed a significant effect of students' levels of depression and anxiety on students' life satisfaction with living environment ($F(6, 341) = 6.598$, $p < .001$, with Adjusted $R^2 = .088$, suggesting that 8.8 % of the variance were predicted by the listed factors. Student stress, age, and GPA did not contribute significantly to predicting the outcomes. See table 6 and 7 for more details.

Table 6. Multiple regression analysis of depression, anxiety, stress, age, and GPA on life satisfaction with self

Variables	Beta	SE	95%		β	P
			LL	UL		
Depression	-.043	.056	-.152	.067	-.055	.443
Anxiety	.013	.052	-.090	.116	.017	.804
Stress	.009	.047	-.085	.102	.013	.855
Students' age	.058	.052	-.043	.160	.061	.260
Students' GPA	.069	.072	-.072	.211	.052	.335
Life Satis.with Environment	.170	.062	.049	.291	.153	.006

- Dependent variable: Life satisfaction with Self
- $P < .05$.

Table 7. Multiple regression analysis of depression, anxiety, stress, age, and GPA on life satisfaction with Living environment

Variables	Beta	SE	95%		β	P
			LL	UL		
Depression	-.134	.048	-.228	-.040	-.190	.005
Anxiety	-.127	.045	-.216	-.039	-.180	.005
Stress	.062	.041	-.019	.143	.100	.132
Students' age	.011	.045	-.077	.100	.013	.802
Students' GPA	-.012	.063	-.135	.111	-.010	.846
Life satisfaction with self	.129	.047	.037	.220	.143	.006

- Dependent variable: Life satisfaction with living Environment
- $P < .05$.

Regarding the fourth objective (to compare male and female students' levels of depression, anxiety, stress, and quality of life), the results of the independent t test regarding depression indicated a non-statistically significant difference between male ($M = 3.94$, $SD = 3.78$) and female students ($M = 3.99$, $SD = 3.50$), [$t(346) = -.116$, $P = .908 > .05$]. The comparison of anxiety revealed a non-statistically significant difference between male ($M = 4.35$, $SD = 3.79$) and female students ($M = 4.58$, $SD = 3.45$), [$t(346) = -.560$, $P = .576 > .05$], the comparison of stress showed a non-statistically significant difference between male ($M = 4.83$, $SD = 4.24$) and female students ($M = 4.85$, $SD = 3.94$), [$t(346) = -.044$, $P = .965 > .05$]. Furthermore, the comparison of life

satisfaction with self indicated a non-statistically significant difference between male ($M = 14.40$, $SD = 2.83$) and female students ($M = 14.41$, $SD = 2.85$), [$t(346) = -.050$, $P = .961 > .05$], and finally, the comparison of life satisfaction with living environment indicated a non-statistically significant difference between male ($M = 5.88$, $SD = 2.52$) and female students ($M = 5.65$, $SD = 2.60$), [$t(346) = .837$, $P = .403 > .05$]. See table 8 for more details about the results of the comparisons.

Table 8. Differences between male and female college students on five tests

	Male		Females		df	t	P	Cohen's d
	M	SD	M	SD				
Depression	3.94	3.78	3.99	3.50	346	-.116	.908	-.012
Anxiety	4.35	3.79	4.58	3.45	346	-.560	.576	-.060
Stress	4.83	4.24	4.85	3.94	346	-.044	.965	-.005
Life satisfaction with Self	14.40	2.83	14.41	2.85	346	-.050	.961	-.005
Life satisfaction with living environment	5.88	2.52	5.65	2.60	346	.837	.403	.90

- Levene's test indicated that the homogeneity of variance assumption was met.

4. Discussion

Results suggest that out the 348 participants, 25 had mild depression, and 10 reported moderate level of depression. Both mild and moderate groups accounted for 10.05% of all participants. Thirty-three students had mild anxiety, 27 had moderate level of anxiety and seven had severe anxiety. Overall, mild, moderate, and severe levels of anxiety accounted for 17.24% of participants. Ten participants had mild level of stress and one student had moderate level of stress. Overall, all students who reported having stress were 3.16% of participants. The rest of participants reported normal level of mental health. We however acknowledge that the present findings are not a replacement for a medical diagnosis. Compared to past studies with similar objectives, it may be argued that college students have various levels of depression anxiety, and stress across the globe that impact both the process of learning and its outcomes as regard participants low achievements.

The perceived psychological distress significantly affects student organization and learning outcome (Sousa et al., 2021). Higher degrees of procrastination were found to relate to increased psychological distress. Student procrastination and psychological distress also correlate with mental inflexibility. The outcomes showed that negative emotions and procrastination could be associated with mental inflexibility-related self-regulation (Eisenbeck, Carreno, & Uclés-Juárez, 2019). Psychological distress revealed increased test anxiety and results in student low

achievement whereas higher levels of student self-esteem were correlated with student success (Hyseni Duraku, & Hoxha, 2018). Only depression was found to be a psychological predictor of academic performance among Egyptian health students (Aboalshamat, Hou, & Strodl, 2015). Other negative impacts of psychological distress on student learning include in addition to academic self-regulation (Durand-Bush, McNeill, Harding, & Dobransky, 2015), lack of motivation (Bailey & Phillips, 2016), and low academic self-efficacy beliefs (Grøtan, Sund, & Bjerkset, 2019).

Regarding student's quality of life, 32 (9.19%) students reported that they were highly satisfied with themselves, 251 (72.12%) were moderately satisfied, and 65 (18.67%) reported that they have low level of satisfaction. Considering students' satisfaction with their living environments, 40 (11.49%) participants were highly satisfied, 168 (48.27%) were moderately satisfied, and 140 (40.22%) 104 (52.26%) students were not satisfied with their living environments. Students' dissatisfaction with their living environments seems to relate with their economic challenges as suggested by their classification of factors that may cause rises in their psychological distress. Past studies found that the quality of the environment and students' physical health were the most important factors of depression, anxiety, and stress (Dafaalla et al. 2016). Students' quality of life was found to be moderate in 33.2% of participants and poor in 4.9% (Rezaei et al. 2007). In the same vein, Beiter et al. (2015) found statistically significant differences between anxiety and depression scores of college students who lived in the dorms and those who lived off-campus. More specifically students who lived off-campus had higher anxiety and depression mean scores. In this light, it was argued that on a demographic basis, students who had the highest levels of stress, anxiety, and depression lived off-campus. Clearly, off-campus living environments were poorer, thus resulting in more psychological vulnerabilities. Living-off campus could also be accounted for by students' low purchasing power.

Students who reported economic challenges as primary causes of psychological distress were 158 (45.40 %). Those who reported economic challenges as a secondary cause were 84 (24.1). Overall, economic challenges emerged as the first factors. Economic factors were followed by unemployment concerns, which were also followed by difficulties of the fields of study, and then sickness. The present findings are supported by Ray and Joseph (2010) who asserted that physical, environmental, and social factors, draining work times, corporal stress, poor boarding facilities, alongside rapport with peers and instructors, parental expectations, and peer pressure are strongly related to medical students' stress levels.

In the same light, Abdallah (2014) reported that several demographic, social, behavioral, and educational aspects have strong relationships with either depression, anxiety, or stress at statistically significant levels. Abdallah listed students' gender, quality of residence, perceived social economic status, loneliness, the absence of social activities previously held in the family of origin, sleeplessness, long-lasting physical sicknesses, factors related to difficulty of the field of study such as the use of the English language, exam related issues, and staff member-related issues. Beiter et al. (2015) ranked factors that caused students to have higher levels of psychological distress and reported that the top three factors included academic accomplishment, pressure to succeed, and prospective graduate study projects. Ramón-Arbués (2020) reported factors such as student age, gender, and self-esteem.

The present study revealed that undergraduate participants with an average age of 25 and ages ranging from 18 to 33 appear to be older than their counterparts in western and Asian universities and their average GPA appear lower. In Hoyt et al. (2021), 707 undergraduate students were recruited across the US whose mean age was 20 years. Similar mean age was found in Kim et al. (2011) in which American students' ages ranged from 18 to 24 years, with a mean age of 20 and from 18 to 28 for Korean students with a mean age of 23. Students' ages that were perceived as old were found to be a factor of failure in the existing literature (Stallman, 2010) and could be a possible reason for students in West Africa to be worried about life, especially if they are full time students and heads of families.

Regarding correlational analyses, findings suggested that Life satisfaction with self correlates positively with life satisfaction with living environment, depression correlates with life satisfaction with living environment and negatively with student age. Student age correlates positively with GPA. Anxiety correlates negatively with living environment and positively with depression. Finally stress correlates negatively Living Environment, negatively with student age, positively with depression and anxiety. Regression analyses revealed that students' levels of depression, anxiety, and Life satisfaction with self predicted life satisfaction with students living environment. Correlational analyses in past studies found similar results. Fooladi et al. (2014) found statistically significant results with inverse relationships between depression, anxiety, stress, and participants' life quality, indicating that the higher the level of depression, anxiety, and stress, the lower the quality of life. Yael et al. (2013) also argued that stress, anxiety, and depression had a direct relation with one another and an inverse relation with quality of life.

The quality of pedagogy, the effectiveness of student evaluation, and equity were undermined (Ntim, 2016). Most universities in west Africa lack sufficient resources to meet the needs that was brought about as the results of the augmented student numbers (Kobla, Mirriam, & Li-Hua, 2018). The success rates were as low as 30 percent among first- and second-year's students (Mohamedbhai, 2008). Kipchumba (2019) argued that the lack of funding, weak university management and governance, alongside poor quality and overuse of the university infrastructures such as libraries, laboratories, overcrowded lecture can reduce the quality of student life and cause psychological distress.

Comparative analyses did not show any differences between male and female students in the present study. Although some past studies found differences between male and female students, other reported no significant differences. Abdallah (2014) reported that Egyptian male students were more likely to develop depression than their female counterparts whereas Egyptian female students were found to be more at risk for anxiety and stress than their male counterparts. Ramón-Arbués et al. (2020) found that factors such as being a female student, dwelling with one's family members, relationship instability or loneliness, and poor food intake among others were related to symptoms of stress whereas relationship instability or loneliness was strongly associated with depressive symptoms.

Although the underrepresentation of girls and women in science, technology, engineering, and mathematics (STEM) fields is a continual concern for social scientists and policymakers (Stoet, & Geary, 2018), college male and female students have undergone the same hardship of new the trends in colleges due to massification. In most universities male and female students, once admitted share the same infrastructures and suffer from the same difficulties.

Study Limitation

Convenient sample method was used for data collection and may not provide a representative result of all university students in the targeted population. Since self-reported data was utilized in the present study, it is possible that students' responses could be biased. Using only two subscales of the MSLSS could also have limited the scope of the findings about students' life satisfaction with self, life satisfaction with living environment, and general quality of life.

5. Conclusion and Implications for academic development practice

The findings and the existing literature suggest a correlation between the mentioned difficulties that hinder students' learning and achievement. In other words, when students' quality of life and quality of learning conditions are improved, they are more likely to achieve at higher levels and graduate early. Since psychological disorders, namely anxiety and depression can obstruct college students' wellbeing and performances, it is essential to gauge their mental health and provide them with psychological intervention early. To accomplish this, interventions on campuses should be organized that must prevent psychological distress, large scale survey on mental health should be given and follow-up provided. Stress reduction plans should be provided in the form of elective courses and students should be encouraged to engage in multiple extra-curricular activities. The presence of mental health services and infrastructures is highly recommended on all university campuses. Furthermore, globally, university students should be provided with courses on resilience to tackle emerging difficulties such as terrorism and pandemics that are unpredictable. To tackle the issues of university massification that affect both instruction and learning, African universities should shift significantly to hybrid types of course delivery, initiate and foster faculty members' professional development in the area of teaching technology, and facilitate the democratization of internet use. Taking online courses from students' homes or families can alleviate the burden of psychological distress. Online courses can separate students yet were found to be less negatively influential on learning (Guppy et al., 2022).

Conflict of interest

There is no conflict of interest to declare

References

- Abdallah A. R., M. GH (2014). Depression, anxiety, and stress among first year medical students in an Egyptian public university. *International Research Journal of Medicine and Medical Sciences*, 2(1):11-9.
- Aboalshamat, K., Hou, X. Y., & Strodl, E. (2015). Psychological well-being status among medical and dental students in Makkah, Saudi Arabia: A cross-sectional study. *Medical teacher*, 37(sup1), S75-S81.
- Bailey, T. H., & Phillips, L. J. (2016). The influence of motivation and adaptation on students' subjective well-being, meaning in life and academic performance. *Higher education research & development*, 35(2), 201-216.

- Beiter, R., Nash, R., McCrady, M., Rhoades, D., Linscomb, M., Clarahan, M., & Sammut, S. (2015). The prevalence and correlates of depression, anxiety, and stress in a sample of college students. *Journal of affective disorders*, 173, 90-96.
- Basha, E., & Kaya, M. (2016). Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS): The Study of Validity and Reliability. *Universal Journal of Educational Research*, 4(12), 2701-2705.
- Beiter, R., Nash, R., McCrady, M., Rhoades, D., Linscomb, M., Clarahan, M., & Sammut, S. (2015). The prevalence and correlates of depression, anxiety, and stress in a sample of college students. *Journal of affective disorders*, 173, 90-96.
- Bene, K. (2022). Gauging secondary school students' terrorism-related resilience in the Sahel region of Burkina Faso: A quantitative study. *Psychology in the Schools*.
- Bozalek, V., & Boughey, C. (2012). (Mis) framing higher education in South Africa. *Social Policy & Administration*, 46(6), 688-703.
- Carmin, C., & Ownby, R. L. (2010). Assessment of anxiety in older adults. *Handbook of assessment in clinical gerontology*, 45-60.
- Chapleo, C., & O'Sullivan, H. (2017). Contemporary thought in higher education marketing. *Journal of Marketing for Higher Education*, 27(2), 159-161.
- Coudronnière, C., Bacro, F., Guimard, P., & Muller, J. B. (2018). Validation of a French adaptation of the Multidimensional Student's Life Satisfaction Scale in its abbreviated form, for 5-to 11-year-old children with and without intellectual disability. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 43(4), 407-420.
- Creswell, J. W. (2009). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (3rd ed.). New Delhi: Sage Publications India Pvt Ltd.
- Dafaalla, M., Farah, A., Bashir, S., Khalil, A., Abdulhamid, R., Mokhtar, M., ... & Abdalrahman, I. (2016). Depression, anxiety, and stress in sudanese medical students: a cross sectional study on role of quality of life and social support. *American Journal of Educational Research*, 4, 937-42.
- Dalky, H. F., & Gharaibeh, A. (2019). Depression, anxiety, and stress among college students in Jordan and their need for mental health services. *In Nursing forum*, 54(2), 205-212.
- Durand-Bush, N., McNeill, K., Harding, M., & Dobransky, J. (2015). Investigating stress, psychological well-being, mental health functioning, and self-regulation capacity among university undergraduate students: is this population optimally functioning? *Canadian Journal of Counselling and Psychotherapy*, 49(3).
- Eisenbeck, N., Carreno, D. F., & Uclés-Juárez, R. (2019). From psychological distress to academic procrastination: Exploring the role of psychological inflexibility. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 13, 103-108.
- Fernández-Rodríguez, C., Soto-López, T., & Cuesta, M. (2019). Needs and demands for psychological care in university students. *Psicothema*, 414-421.
- Fooladi, N., Jirdehi, R., & Mohtasham-Amiri, Z. (2014). Comparison of depression, anxiety, stress and quality of life in drug abusers with normal subjects. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 159, 712-717.
- Gao, W., Ping, S., & Liu, X. (2020). Gender differences in depression, anxiety, and stress among

- college students: a longitudinal study from China. *Journal of affective disorders*, 263, 292-300.
- Gloster, A. T., Rhoades, H. M., Novy, D., Klotsche, J., Senior, A., Kunik, M., ... & Stanley, M. A. (2008). Psychometric properties of the Depression Anxiety and Stress Scale-21 in older primary care patients. *Journal of affective disorders*, 110(3), 248-259.
- Green, S.B. (1991). How many subjects does it take to do a regression analysis? *Multivariate Behavioural Research*, 26(3), 499-510.
- Grøtan, K., Sund, E. R., & Bjerkeset, O. (2019). Mental health, academic self-efficacy and study progress among college students—The SHoT study, Norway. *Frontiers in psychology*, 10, 45.
- Guppy, N., Boud, D., Heap, T., Verpoorten, D., Matzat, U., Tai, J., ... & Bartolic, S. (2022). Teaching and learning under COVID-19 public health edicts: the role of household lockdowns and prior technology usage. *Higher Education*, 84(3), 487-504.
- Hyseni Duraku, Z., & Hoxha, L. (2018). Self-esteem, study skills, self-concept, social support, psychological distress, and coping mechanism effects on test anxiety and academic performance. *Health psychology open*, 5(2), 2055102918799963.
- IBM Corp. (2021). IBM SPSS Statistics for Windows, Version 28.0; IBM Corp.: Armonk, NY, USA.
- Kebritchi, M., Lipschuetz, A., & Santiago, L. (2017) Issues and challenges for teaching successful online courses in higher education: A literature review. *Journal of Educational Technology Systems*, 46(1), 4-29.
- Kim, Y., Sohn, D., & Choi, S. M. (2011). Cultural difference in motivations for using social network sites: A comparative study of American and Korean college students. *Computers in human behavior*, 27(1), 365-372.
- Kipchumba, S. K. (2019). African Perspective of the challenges and prospects of massification of higher education. *Editon Consortium journal of curriculum and educational studies*, 1(3), 131-145.
- Kobla, A. O. K., Mirriam, B., & Li-Hua, W. (2018). The impact of massification on higher education in Africa: a case study of Bunda College of Agriculture in Malawi and University of Cape Coast in Ghana. *European Journal of Economic and Business (ISSN-2456-3900)*, 3(1).
- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour research and therapy*, 33(3), 335-343.
- Mackenzie, S., Wiegel, J. R., Mundt, M., Brown, D., Saewyc, E., Heiligenstein, E., ... & Fleming, M. (2011). Depression and suicide ideation among students accessing campus health care. *American journal of orthopsychiatry*, 81(1), 101.
- Mohamedbhai, G. (2008). The effects of massification on higher education in Africa (pp. 20-24). Accra: Association of African University Press.
- Mahmoud, J. S. R., Staten, R. T., Hall, L. A., & Lennie, T. A. (2012). The relationship among young adult college students' depression, anxiety, stress, demographics, life satisfaction, and coping styles. *Issues in mental health nursing*, 33(3), 149-156.
- Makosso, B. (2006). La crise de l'enseignement supérieur en Afrique francophone: une analyse

- pour les cas du Burkina Faso, du Cameroun, du Congo, et de la Côte d'Ivoire. *Journal of Higher Education in Africa /Revue de l'enseignement supérieur en Afrique*, 69-86.
- Michele Athay, M., Kelley, S. D., & Dew-Reeves, S. E. (2012). Brief Multidimensional Students' Life Satisfaction Scale—PTPB Version (BMSLSS-PTPB): Psychometric properties and relationship with mental health symptom severity over time. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 39(1), 30-40.
- Mohamedbhai, G. (2014). Massification in higher education institutions in Africa: Causes, consequences and responses. *International Journal of African Higher Education*, 1(1).
- Ntim, S. (2016). Massification in Ghanaian higher education: Implications for pedagogical quality, equity control and assessment. *Int Res High Educ*, 1(1), 160-169.
- Oswalt, S. B., Lederer, A. M., Chestnut-Steich, K., Day, C., Halbritter, A., & Ortiz, D. (2020). Trends in college students' mental health diagnoses and utilization of services, 2009–2015. *Journal of American college health*, 68(1), 41-51.
- Pedrelli, P., Nyer, M., Yeung, A., Zulauf, C., & Wilens, T. (2015). College students: mental health problems and treatment considerations. *Academic psychiatry*, 39, 503-511.
- Racic, M., Todorovic, R., Ivkovic, N., Masic, S., Joksimovic, B., & Kulic, M. (2017). Self-perceived stress in relation to anxiety, depression, and health-related quality of life among health professions students: A cross-sectional study from Bosnia and Herzegovina. *Slovenian Journal of Public Health*, 56(4), 251.
- Rall, R. M., Morgan, D. L., & Commodore, F. (2019). Invisible injustice: Higher education boards and issues of diversity, equity, and inclusivity. *Diversity, equity, and inclusivity in contemporary higher education*, 261-277.
- Ramasawmy, S. (2015). *Validation of the "French Depression Anxiety Stress Scales"(DASS-21) and predictors of depression in an adolescent Mauritian population* (Doctoral dissertation, Aix-Marseille).
- Ramón-Arbués, E., Gea-Caballero, V., Granada-López, J. M., Juárez-Vela, R., Pellicer-García, B., & Antón-Solanas, I. (2020). The prevalence of depression, anxiety and stress and their associated factors in college students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(19), 7001.
- Ray I., & Joseph D. (2010). Stress in Medical Students. *JK SCIENCE*, 12(4): 163-4.
- Scott P. (1995). *The Meanings of Mass Higher Education* Buckingham SRHE: Open University Press.
- Sousa, G. M. D., Lima-Araújo, G. L. D., Araújo, D. B. D., & Sousa, M. B. C. D. (2021). Brief mindfulness-based training and mindfulness trait attenuate psychological stress in university students: a randomized controlled trial. *BMC psychology*, 9, 1-14.
- Sharp, J., Theiler, S. A Review of Psychological Distress Among University Students: Pervasiveness, Implications and Potential Points of Intervention. *Int J Adv Counselling* 40, 193–212 (2018). <https://doi.org/10.1007/s10447-018-9321-7>.
- Singh, M.; Goel, N.K.; Sharma, M.K.; Bakshi, R.K. (2017). Prevalence of Depression, Anxiety and Stress among Students of Punjab University, Chandigarh. *Natl. J. Community Med*, 8, 6.
- Stallman, H. M. (2010). Psychological distress in university students: A comparison with general population data. *Australian psychologist*, 45(4), 249-257.

- Stoet, G., & Geary, D. C. (2018). The gender-equality paradox in science, technology, engineering, and mathematics education. *Psychological science*, 29(4), 581-593.
- Tonsing, K. N. (2014). Psychometric properties and validation of Nepali version of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21). *Asian Journal of Psychiatry*, 8, 63-66.
- Yael, B., Ilan, R., Uri, G., Yaacov, D., Yariv, G (2013). Depression and anxiety following myocardial infarction and their inverse associations with future health behaviors and quality of life. *Annals of Behavioral Medicine*, 46(3), 310-321.
- Zumbo, B. D., Gadermann, A. M., & Zeisser, C. (2007). Ordinal versions of coefficients alpha and theta for Likert rating scales. *Journal of modern applied statistical methods*, 6(1), 4.

© 2023 KOBE, licensee *Bamako Institute for Research and Development Studies Press*. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>)

Publisher's note

Bamako Institute for Research and Development Studies Press remains neutral regarding jurisdictional claims in map publications and institutional affiliations.



Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, Volume 5 (1)
ISSN :1987-071X e-ISSN 1987-1023
Received, 27 October 2022
Accepted, 13 February 2023
Published, 3 March 2023
<http://www.revue-rasp.org>

Research

Aspects épidémiologiques et gestion de la covid-19 au district sanitaire de Tenkodogo (Burkina Faso)

Cheick Omar Diallo^{1,*}, Dounsoe Jules Valery Bonzi² et Koine Maxime Drabo³

¹Département de santé publique, Université Joseph Ki Zerbo, Ouagadougou, Burkina Faso

²Département de santé publique, Université Joseph Ki Zerbo, Ouagadougou, Burkina Faso

³Département de santé publique, Université Joseph Ki Zerbo/ Institut de recherche en sciences de la santé IRSS, Ouagadougou, Burkina Faso

*Correspondance : cheick23@gmail.com ; Tel : +226-71-58-69-11 / 78-86-58-81

Résumé

Le système sanitaire au Burkina Faso a été mis à rude épreuve avec la Covid-19. Nous analysons dans cette étude, les stratégies de santé publique adoptées par les formations sanitaires du District de Tenkodogo en réponse à cette épidémie. La méthodologie adoptée a consisté en une étude transversale descriptive mixte à visée analytique, menée entre juin et juillet 2021 auprès d'utilisateurs de services de santé choisis aléatoirement, d'agents de santé impliqués dans la gestion de la Covid-19 dans 11 formations sanitaires du district. Nous avons effectué une revue documentaire au sein de formations sanitaires et mené des interviews en face à face afin d'analyser les stratégies adoptées. De mars 2020 à juin 2021, 143 cas dont l'âge variait entre 1 et 77 ans ont été notifiés. Leur âge moyen était de 33,12 ans et 83,08% avaient moins de 45 ans. La Covid-19 a entraîné un risque psychologique et des répercussions sur les activités de routine. Les tests de diagnostic rapide étaient indisponibles dans certaines formations sanitaires et la limite de temps préconisée par les directives de soins a entraîné un effet inattendu dans l'exécution des protocoles de prise en charge des pathologies courantes. Le Burkina Faso devrait développer des stratégies durables et adaptées à son contexte socio-culturel et économique, en veillant à une plus grande cohérence entre le système d'information communautaire et celui des formations sanitaires, pour être plus efficace et efficient.

Mots clés : Epidémiologique, gestion, Covid-19, Burkina Faso

Abstract

The health system in Burkina Faso has been put to the test with Covid-19. In this study, we analyze the public health strategies adopted by health facilities in the District of Tenkodogo in response to this epidemic. The methodology adopted consisted of a mixed descriptive cross-sectional study with an analytical aim, conducted between June and July 2021 among randomly selected users of health services, health workers involved in the management of Covid-19 in 11 health facilities. of the district. We carried out a documentary review within health facilities and conducted face-to-face interviews in order to analyze the strategies adopted. From March 2020 to June 2021, 143 cases ranging in age from 1 to 77 years were reported. Their average age was 33.12 years old and 83.08% were under 45 years old. Covid-19 has led to psychological risk and repercussions on routine activities. Rapid diagnostic

tests were unavailable in some health facilities and the time limit recommended by care guidelines led to an unexpected effect in the execution of protocols for the management of common pathologies. Burkina Faso should develop sustainable strategies adapted to its socio-cultural and economic context, ensuring greater consistency between the community information system and that of health facilities, to be more effective and efficient.

Keywords: Epidemiology, management, Covid-19, Burkina Faso

1. Introduction

Suite à l'apparition du coronavirus ou Covid-19 à Wuhan en Chine (« De 2019-nCoV à Covid-19, le nouveau coronavirus change de nom », s. d.; Lu, Stratton, & Tang, 2020; Wu et al., 2020), l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) déclarait face à l'explosion exponentielle des cas, l'urgence de santé publique de portée mondiale en mars 2020 (Cucinotta & Vanelli, 2020; Ministère de la santé, Burkina Faso, 2020). Courant janvier 2021, 91 389 948 cas positifs étaient recensés dans le monde (Rasskin, s. d.), pour 2% de cas et un taux de mortalité de 2% dans la zone Afro de l'OMS (« Weekly Operational Update on COVID-19 - 11 January 2021 », s. d.). Le Burkina Faso dénombrait 8 278 cas pour un taux de mortalité de 1,07% (Rasskin, s. d.). Le pays, à l'instar d'autres de la sous-région, a mis en place des stratégies (Ministère de la santé, Burkina Faso, 2020) pour contrer cette maladie qui mettait à mal le tissu socio-économique et le système de santé (OMS, 2020).

Malgré l'équipement en matériel de détection, la création d'une task-force contre les maladies à potentiel épidémique depuis 2014 (Blandine Bila & Gouo, 2015), tout semblait à refaire au Burkina Faso. En effet, l'activation de la riposte (Centre d'Analyse des Politiques Economiques et Sociales, 2020; Institut National de Santé Publique, 2020), la mise en place progressive de formations en cascade des agents de santé sur la surveillance à base communautaire (SeBaC) (Diarra-Nama, s. d.) dans les régions et Districts sanitaires (DS), n'ont pas limité la propagation de l'épidémie. Face à une gestion centralisée de la COVID-19 à ses débuts, la non-application de la stratégie de surveillance intégrée de la maladie et de la riposte (SIMR) pourtant adoptée par le Burkina Faso depuis 1998 (Ministère de la santé, Burkina Faso, 2012), la défaillance des comités de veille communautaires, provinciaux, de gestion des épidémies, la gestion de la maladie n'a pas pu être optimale.

Des « structures organisationnelles inappropriées » (J. P. Unger, Macq, Bredo, & Boelaert, 2000) expliquent en partie l'inertie et l'incapacité d'exploitation des opportunités qui se sont présentées aux formations sanitaires. Pour Contandriopoulos, la capacité d'un système à atteindre avec efficience ses fins, dépendra du degré de cohérence qui existe dans le temps entre son système de représentations et de valeurs, sa gouvernance et son système clinique (Contandriopoulos, 2002).

La mauvaise coordination intersectorielle, la nécessité de renforcer les capacités des pays africains à détecter les urgences de santé publique et à y répondre de manière appropriée (Lokossou et al., 2021) ont été évoqués. Pour Rey et collaborateurs, la mauvaise gestion et le manque de coordination associés à l'aide internationale, remettent en cause l'efficacité et l'acceptabilité des expériences passées par les populations (Rey & Dare, s. d.).

Au Burkina Faso, au vu des stratégies mises en pratique dans l'endiguement de l'épidémie et leurs résultats, quelles leçons tirer? En d'autres termes, qu'elles ont été les opportunités pour inscrire les actions mises en œuvre au sein des Districts sanitaires (DS) dans la durée ?

Afin de « cartographier » ces opportunités pour le système de surveillance des épidémies au Burkina Faso, cette étude se fixe pour objectifs i) de décrire l'épidémiologie, les risques et les ressources

consacrées au District de Tenkodogo et ii) d'analyser les stratégies adoptées par les formations sanitaires au cours de la gestion de la COVID-19.

2. Matériaux et Méthodes

2.1. *Type et cadre d'études*

Une étude transversale descriptive mixte à visée analytique, a été menée dans le DS de Tenkodogo, en raison de sa proximité géographique avec le Togo et le Ghana et le flux de voyageurs. Ce DS a enregistré son premier cas de Covid-19 en avril 2020.

2.2. *Période et population d'études*

L'enquête a été menée entre juin et juillet 2021 et les données quantitatives collectées ont concerné la période allant du 9 mars 2020 au 30 juin 2021.

La population d'études était composée : i) des utilisateurs des services de santé (patients/accompagnants) du DS ayant fait l'expérience de la maladie ou impliqués dans la prise en charge d'un cas, ii) des agents de santé (AS) ainsi que des membres de l'équipe cadre de District (ECD), iii) des agents du niveau intermédiaire à la Direction Régionale de la Santé (DRS) et iv) ceux du Centre opérationnel de réponse aux urgences sanitaires (CORUS) au niveau central.

La gestion a été définie comme l'action ou la manière d'administrer, de gérer, de diriger, d'organiser quelque chose (Larousse, s. d.).

2.3. *Echantillonnage et technique de collecte des données*

Afin de décrire l'épidémiologie, les risques sanitaires, professionnels, socio-politiques et les ressources consacrées au DS de Tenkodogo, nous avons inclu toutes les 28 formations sanitaires à savoir les centres de santé et de promotion sociale (CSPS) et le centre médical urbain (CMU).

Pour analyser les stratégies (préventives, de sensibilisation-communication, de dépistage, curative) et les nuisances à travers les perceptions des acteurs sur la gestion de la Covid-19, dix (10) CSPS ont fait l'objet d'un choix raisonné (zones sécurisées, situées à moins de 50 Km). Dans chacun de ces CSPS, les données ont été collectées chez : tous les infirmiers chefs de poste (ICP), l'ensemble des AS des CSPS, et cinq utilisateurs par CSPS (patient/accompagnant de malade) choisis aléatoirement (3ème, 5ème, 7ème, 9ème, 11ème) à l'issue de consultations. Il n'y a pas eu de refus.

Au CMU de Tenkodogo, les surveillants d'unités de soin (SUS) des services de la Médecine et de la Maternité où consultaient le plus de patients, ont été inclus. Cinq (05) utilisateurs ont été choisis aléatoirement à l'issue de consultations. Par service, 2 AS consentant ont été sélectionnés par tirage aléatoire à partir de la liste des agents. Il n'y a pas eu de refus.

Afin d'explorer la coordination d'ensemble dans la gestion de la Covid-19, le médecin chef du District (MCD), les Chargés de l'information sanitaire et de la surveillance épidémiologique (CISSE) du District et de la DRS, le Gestionnaire de données du CORUS ont été inclus (Tableau 1).

Tableau 1: Effectif par niveau, des personnes enquêtées suivant la fonction (District sanitaire de Tenkodogo, juin 2021)

Niveau District :	Centres de santé et de promotion sociale (CSPS)	Centre Médical Urbain (CMU)	Equipe cadre de District (ECD)
	Infirmier chef de poste (10)	Surveillant(e) d'unités de soins (2)	Médecin chef de District (1)
	Agents de santé (29)	Agents de santé (4)	Chargé de l'information sanitaire et de la surveillance épidémiologique (1)
	Utilisateurs (55)		
Niveau régional :	Chargé de l'information sanitaire et de la surveillance épidémiologique Régional (1)		
Niveau central :	Gestionnaire de données (1)		

Source : Entretiens avec les personnes enquêtées de l'étude

Comme technique de collecte de données, nous avons procédé à une revue documentaire des données organisationnelles des formations sanitaires : effectif du personnel, formations et rapports dont disposaient les ICP, les SUS (télégramme lettre officielle hebdomadaire – TLOH, finances) et les CISSE (base SIMR, plans d'action du DS).

Afin d'analyser les stratégies adoptées, des entretiens en face à face ont été conduits auprès des personnels pour leur perception concernant la gestion de la Covid-19, leurs activités suivant les caractéristiques « Mintzbergienne » du DS (Mintzberg, 1980). Ce qui a permis de dégager les opportunités.

2.4. Outils de collecte, traitement, analyse et interprétation des données

Nous avons utilisé : i) une grille d'analyse documentaire pour la collecte des données épidémiologiques, des risques et des ressources ii) un questionnaire individuel a été adressé au personnel de santé et aux utilisateurs sur leur perception de la gestion de la Covid-19.

Ces outils ont fait l'objet d'un prétest dans une formation sanitaire (FS) de Ouagadougou.

Les données quantitatives ont été saisies et analysées sur Excel. La variable « Profession » a été recodée pour les besoins de l'analyse. Les caractéristiques des personnes enquêtées, les données d'épidémiologie et les risques sanitaires sont présentés en termes d'effectifs et de pourcentages.

Les données des questionnaires ont été traitées par analyse thématique avec le logiciel NVIVO 12.

Nous nous sommes référés au plan de préparation et de riposte à l'épidémie de Covid-19 au Burkina Faso et au guide d'orientation de la continuité des soins et des services de santé dans le contexte de la pandémie de la Covid-19, pour nos analyses de la gestion de la maladie et des stratégies préconisées (Ministère de la santé, Burkina Faso, 2020; Ministère de la santé, Burkina Faso & Organisation Mondiale de la Santé, 2020). La synthèse des perceptions des différents acteurs nous a permis d'appréhender les caractéristiques des FS, du DS et les opportunités manquées qui ont, ou peuvent impacter durablement le choix des stratégies.

Toutes nos analyses ont été effectuées en nous inspirant du cadre conceptuel de Lallau B. (Figure 1) (Lallau, 2004) qui propose des pistes pour explorer en situation de pauvreté, la durabilité et les capacités de choix offertes à des acteurs pour éviter les cercles vicieux.

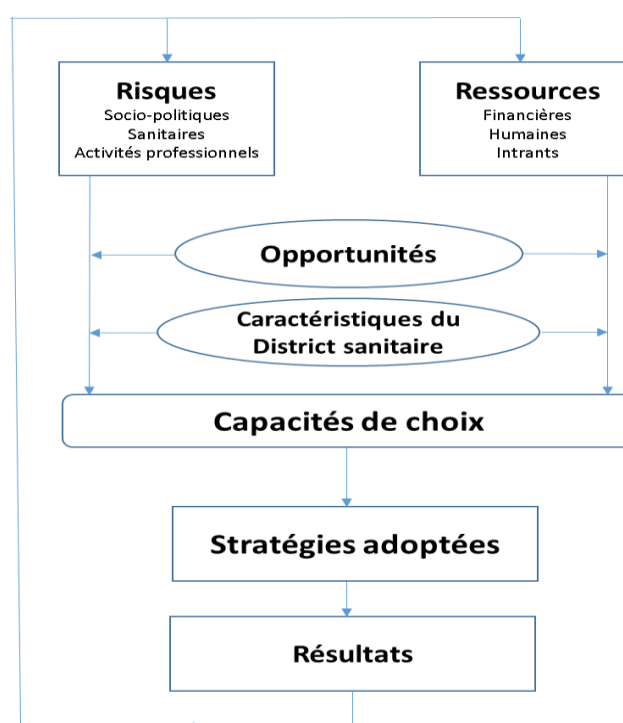


Figure 1 : Cadre conceptuel (adapté de Lallau B, 2004)

L'étude a obtenu l'autorisation du ministère de la santé et l'approbation du comité d'éthique institutionnel de l'Institut de recherche en sciences de la santé (IRSS) (N2019-012/MESRSI/SG/CNRST/IRSS/CEIRES).

La participation des personnes ciblées par la recherche était volontaire. Une fiche d'information et un formulaire ont été adressés aux enquêtés afin de recueillir leur consentement éclairé. La confidentialité des données individuelles ainsi que l'anonymat ont été préservés à l'aide de codes.

3. Résultats

3.1. Caractéristiques des enquêtés

Le sex ratio des enquêtés est de 1,11 en faveur des femmes. Celles-ci représentent 52,73% (29/55) des utilisateurs de services de santé et 42,86% (21/49) des agents de santé (AS).

Le nombre moyen d'agents de santé (AS) dans les formations sanitaires (FS) est de 6 [extrêmes de 3 – 17]. La moyenne d'années de service des responsables de FS de 9,4 ans [4 – 17 ans] et leur moyenne d'années de responsabilité de 2,66 ans [1 – 5 ans].

3.2. Caractéristiques « Mintzbergienne¹ » du District sanitaire de Tenkodogo

L'équipe cadre de district (ECD) assure la planification des stratégies nationales, la synthèse de l'information et des évaluations des formations sanitaires, la coordination des activités et la

¹ Le modèle de Mintzberg distingue : L'apex, la technostucture, la logistique, la ligne intermédiaire et les unités fonctionnelles

collaboration intra et intersectorielle (Plan d'action 2019 du DS). Elle est dirigée par le médecin-chef (MCD) appuyé du CISSE du District qui coordonne les activités de surveillance.

En soutien aux missions de l'ECD, la ligne intermédiaire constituée des Infirmier(e)s chefs de poste (ICP) des CSPS et de Surveillant(e)s d'unités de soins (SUS) au CMU, participent à la réussite des activités de surveillance en s'appuyant sur l'existence de dispositifs (technostructure, structures d'appui logistique), de guides (SIMR, diagnostic-traitement, ...), du laboratoire du CMU et de formations continues etc. L'OMS est le partenaire privilégié du DS en termes d'appui à la surveillance (Plan d'Action 2016-2017). La tenue des cadres de concertation pour la surveillance des épidémies est irrégulière: Comité provincial de secours d'urgence (COPROSUR), Comité provincial de gestion des épidémies (Plans d'actions 2018-2019).

En termes de capacité de dépistage et de prise en charge des maladies, on note une insuffisance en personnel qualifié au niveau CSPS (Plan d'action 2019), en plus de ruptures fréquentes d'intrants (Plans d'Action 2016-2017). Pour la gestion de la Covid-19, le DS dispose d'une seule équipe d'intervention rapide (EIR) pour ses unités fonctionnelles (27 CSPS et le CMU).

Concernant le financement des formations sanitaires, on constate des retards fréquents de virements des fonds par l'Etat (Plan d'Action 2019).

Au niveau communautaire, les populations préférentiellement ont recours à l'auto-médication, aux tradipraticiens de santé (TPS) et aux produits prohibés. La mise en œuvre des activités communautaires connaît une souffrance du fait de l'indisponibilité des indicateurs (Plan d'Action 2018). Toutefois, les CSPS ont une expérience de travail avec les leaders communautaires, coutumiers/religieux, les responsables administratifs, le personnel de santé du privé, les organisations de la société civile (OSC), les transporteurs et les agents de santé à base communautaire (ASBC), à travers les campagnes de traitement de masse, les sensibilisations/communications.

L'insuffisance de formations des agents de santé des CSPS sur le système national de l'information sanitaire (SNIS), la SIMR, influe négativement sur la surveillance et la qualité des données et est à l'origine d'une faible notification des maladies sous surveillance dans les CSPS et au niveau communautaire (Plan d'action 2019). En 2020, la proportion de prestataires de santé du DS formés en prévention contre l'infection (PCI) était de 67,60%.

3.3. *Epidémiologie, risques et ressources pour la Covid-19 au District sanitaire de Tenkodogo*

Entre le 9 mars 2020 et le 30 juin 2021, 143 cas ont été notifiés. Et 83,08% avaient moins de 45 ans [Extrêmes de 1 et 77 ans] pour une moyenne d'âge de 33,12 ans.

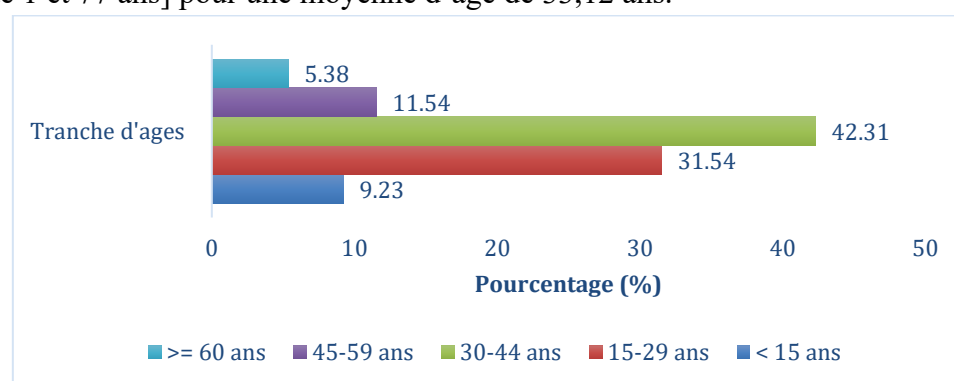


Figure 2 : Répartition par tranche d'âge des cas notifiés au District de Tenkodogo (juin 2021)

Source : Base de données COVID du service de surveillance épidémiologique (CISSE), District de Tenkodogo

La profession des cas notifiés n'était pas bien documentée, mais les professionnels de santé semblaient les plus touchées avec 26 cas (30,58 %) (Tableau 2).

Tableau 2: Profession des cas notifiés, District sanitaire de Tenkodogo (N=85)

Profession	Effectif	(%)
Professionnels de la santé	26	30,58
Institutrice/instituteur	22	25,88
Forces de défense et de sécurité	11	12,95
Etudiant(e)s	10	11,77
Chauffeur routier	6	7,06
Cultivateur/Femme au foyer	4	4,71
Autres travailleurs du public	2	2,35
Commerçant(e)	2	2,35
Orpailleur	2	2,35
Total	85	100

Source : Base de données COVID du service de surveillance épidémiologique (CISSE), District de Tenkodogo

Parmi les cas notifiés, 71 ont été confirmés (masculin : 44, féminin : 27) et 58 cas contacts identifiés (tous investigués et négatifs). Il était impossible de déterminer à partir des données locales, la provenance des cas. Parmi les cas confirmés, 98,59% ont guéri. Un décès a été enregistré en communauté (non investigué) pour 0 décès en formation sanitaire.

Les risques ont été d'ordre sanitaire pour la population et les AS, liés à la durée de la pandémie qui a entraîné un déni de la maladie et des résistances au respect des mesures de protection préconisées (port de masque, utilisation de gel hydro alcoolique ...), relevé par PAR003 (Accompagnant de malade, juin 2021) en ces termes : « *au début, les gens appliquaient bien. Maintenant ils sont fatigués* ». Le coût des accessoires de protection individuelle (masque, gel) a parfois été évoqué pour justifier les réticences. Comme le souligne PAR018 (Accompagnant de malade, juin 2021) : « *Il y'avait une période où les moyens de protections étaient moins chers mais aujourd'hui c'est cher. On ne peut plus payer une fois que s'est gâté. Ici, la daba coûte 350 f, tu ne vas pas prendre l'argent de 2 dabas pour payer [un] cache-nez* ».

Le nombre croissant de cas suspects et positifs, a fait courir aux communautés un risque psychologique. Ce qui a entraîné une baisse de la fréquentation des formations sanitaires, avec des répercussions sur les activités de routine comme la vaccination. En effet, la charge psychologique s'est accrue vu l'inexistence de traitement, la stigmatisation des cas positifs et la peur d'être contaminé. La conséquence a été un accroissement de l'automédication avec un effet sur le dépistage comme le rapporte PPT007 (ICP, juin 2021) : « *Oui il y'a eu des effets. J'ai remarqué que pendant la période, les patients qui ont la toux évitent de se faire consulter. Ils disent que : si j'arrive, on risque de me*

garder pour des examens. [...] ils préfèrent aller chercher des produits pour prendre. [...] J'ai peur que moi-même j'attrape la Covid [...], du moment où il n'y a pas de traitement fixe ».

La mise en quarantaine des villes où au moins un cas a été diagnostiqué le 27 mars 2020 et, le confinement des cas contacts décidés par l'Etat, ont été des entraves à la libre circulation des personnes et des biens (« Covid-19 au Burkina », s. d.). Cela a fait craindre un risque de crise socio-politique et économique avec des manifestations spontanées des commerçants du secteur informel.

Les ressources financières n'étaient pas suffisantes pour la mise en place effective de la PCI, malgré la diversité des sources de financement : CoGes (29,17%), budget communal (25%), communauté (4,16%), des ONG (8,33%) et du DS 33,34%. Pour nos enquêtés, ces difficultés financières seraient en partie liées à la baisse des capacités des CoGes déjà impliqués dans la politique de la gratuité des soins ; cela est rapporté par PPT003 (Agent de santé CMU, juin 2021) : « [...] Avec la gratuité il y'a beaucoup de choses que le CMU prend en charge, ça fait que c'est compliqué ».

En termes d'intrants, les tests de diagnostic rapide (TDR) pour le dépistage étaient indisponibles au niveau des CSPS, rapporté par PPT014 (Agent de santé CSPS, juin 2021) : « Ha ! Franchement dit, pour le dépistage [...] on n'a pas le matériel. Si nous constatons un cas suspect, peut-être c'est à Tenkodogo qu'on va faire le dépistage ». Ce qui s'explique par la non formation des AS des CSPS à l'utilisation des TDR, comme le confirme PPT008 (membre ECD, juin 2021) : « [...] la difficulté à notre niveau avec les TDR Covid, il y'a la formation qui n'est pas encore arrivée au niveau CSPS ».

3.4. Stratégies adoptées dans le District sanitaire

L'enquête a relevé quatre stratégies pour la lutte contre la Covid-19.

En termes de prévention il y a eu les :

✓ **Mesures personnelles.** Neuf FS Sur 11 (81,81%) ne disposaient pas d'équipements de protection individuelle (EPI). La vaccination de routine des enfants et celle contre la Covid-19 ont été perturbées avec un accroissement des perdus de vue, attesté par PPT001 (ICP, juin 2021) : « [...] ça a impacté sur les autres campagnes. Comme je venais de le dire plus haut, il y'a eu une campagne VPI2, j'étais obligé de faire de porte en porte [...] ».

✓ **Mesures collectives.** Seul le CMU disposait d'un service de tri fonctionnel et d'une gestion rigoureuse du flux des utilisateurs. Les AS ont confirmé l'existence de comité de veille pour chaque CSPS constitué d'ASBC, de l'ICP et des leaders coutumiers et religieux. Neuf de ces comités sur 10 tenaient régulièrement des rencontres.

✓ **Mesures environnementales.** Quatre (4) FS disposaient d'un plan de nettoyage de leurs locaux.

✓ **Mesures de ripostes.** Une salle d'isolement était disponible dans 72,72% des cas. Le guide de prise en charge de la Covid-19 était disponible dans 6 FS sur 11.

Selon les données de l'assistance téléphonique, en matière de sensibilisation-communication, le centre d'appel dédié à la Covid-19 a enregistré 9 appels venant du DS de Tenkodogo, ce qui représente 0,40% des 2236 appels recensés.

Les fournisseurs de supports de sensibilisation sur la Covid-19 étaient diversifiés (Tableau 3) et plusieurs canaux de diffusion ont été utilisés les messages (affiches, crieurs publics, radio, brochures, réseaux sociaux, télévision). La radio était la plus utilisée.

² Vaccination Polio-Injectable

Tableau 3 : Sources des supports de sensibilisation, District sanitaire de Tenkodogo

Source du support	Nombre de messages	Proportion de formations sanitaires (%)
Gouvernement	3	25,00
ONG	5	41,67
DRS	3	25,00
ECD	7	58,33
Autres	4	33,33

Source : Rapport COVID du service de surveillance épidémiologique (CISSE), District de Tenkodogo

Des difficultés financières ont modulé le nombre de diffusions, comme le rapporte PPT010 (Agent de santé CSPS, juin 2021) : « *Pour que ça soit radiodiffusé, il faut les moyens. Voilà, alors que si y'a pas les moyens, ça ne sera pas radiodiffusé. Donc les difficultés sont financières.* ».

Les AS ont relevé la clarté, la pertinence et le caractère instructif des messages, souligné par PPT003 (Agent de santé CMU, juin 2021) : « *C'était des messages courts et compréhensibles... j'ai trouvé ça très bien parce que même un enfant de CPI, un tout petit enfant qui n'est pas à l'école, sait ce que c'est que la COVID, qu'est-ce qu'il faut faire pour ne pas avoir la Covid* ».

Pour le dépistage, le test diagnostic de la Covid-19 avec les TDR était confirmé avec la PCR³, disponibles au CHR et les laboratoires de référence.

Le délai d'acheminement des prélèvements au laboratoire était inférieur à 24 h et le délai de rendu des résultats entre 24 et 72 h.

Ce dépistage relevait des EIR du centre hospitalier régional et du DS. Le rôle des CSPS se limitait à la notification des cas suspects comme le souligne PPT008 (membre ECD, juin 2021) : « *Donc ça fait que le dépistage est limité au CHR et au niveau de l'équipe [EIR]* ».

La prise en charge curative des patients a été marquée par la déstructuration de l'offre de soins, le manque de moyens de protection et de médicaments. Le comportement de certains agents de santé a aussi impacté la qualité des soins, comme le rapporte PAR001 (Accompagnante de malade, juin 2021) : « *quelquefois, il y'a la qualité, quelquefois non. Il y'a des manques de médicaments et souvent le personnel ne prend pas soins de nous* ».

4. Discussion

Les résultats obtenus offrent des éléments de réflexion sur les stratégies de gestion des épidémies au Burkina Faso et en contextes similaires.

De l'organisation au District sanitaire de Tenkodogo et la capacité de choix de ses acteurs : le système n'a pas bien intégré la gestion des pandémies nouvelles.

Le DS de Tenkodogo, à l'instar des autres districts du pays, a développé et adopté les textes organisant la riposte dès la déclaration de l'épidémie. Sa technostucture assurant la guidance scientifique, avec sa tendance à tout standardiser, a cependant été fragilisée par l'indisponibilité du guide de prise en charge de la Covid-19 pour certains AS (6 FS sur 11), les rendant « sous-informés » sur les stratégies

³ Réaction en Chaîne par Polymérase : test de diagnostic moléculaire

à adopter. L'idée traditionnelle qui est de diffuser ces guides à travers des sessions de formation des acteurs et la rareté des finances (Matt et al., 2020) ont été les causes probables.

Il a aussi manqué aux professionnels de santé la responsabilité d'être des acteurs du changement face à la variation des stratégies, du fait des nouvelles informations sur le virus. Ces dernières contrariaient les actions en plus du désir des politiques à tout centraliser. La considération organisationnelle de type bureaucratie professionnelle (Barabel, 2017) des formations sanitaires (CSPS, CMU) du district, n'a pas permis une liberté d'action et de stratégie aux CSPS, en leur permettant de sortir de la routine pour innover. Un fait déjà souligné par Unger, pour qui, les services de santé africains ont pris la physionomie que voulaient leur donner les intérêts corporatistes du personnel de santé et l'inertie institutionnelle (J.-P. Unger, 2012).

Avec la limitation du temps de prise en charge des patients préconisé par les directives de continuité des soins (Ministère de la santé, Burkina Faso & Organisation Mondiale de la Santé, 2020), l'effet inattendu a été le non-respect des protocoles de prise en charge des cas Covid-19 et des autres pathologies. Le continuum de soins s'est trouvé alors perturbé avec des temps de consultation ou d'examen physique des malades raccourcis et, un impact sur les soins curatifs, préventifs et promotionnels. En effet, l'approche verticale qui a consisté à partir du problème de santé qu'est la Covid-19 pour contrôler la maladie au lieu de partir des services de santé (approche horizontale), a induit une fragmentation des services et créé des barrières. Ce qui a entravé l'accès, généré les gaspillages et l'inefficacité, encouragé une iatrogénèse clinique, sociale et culturelle et éloigné la majorité de la population de la prévention, de l'accès aux services généraux (Atun, s. d.).

La peur légitime des agents de santé de se faire contaminer, le manque d'accompagnement psychosocial et le déni de l'existence de la maladie relevés également par Ridde (Ridde, Valéry & Faye, Adama, 2021), sont des facteurs compromettant la qualité des soins, expliquant la baisse de la fréquentation des FS et la hausse des cas. Ce qui contraste avec l'étude de Sombié et collaborateurs, qui relevait que les principales attentes des communautés du District de Tenkodogo s'orientent vers la disponibilité de soins de qualité à coût réduit (Sombié, Ilboudo, Soubeiga, & Samuelsen, 2017).

Nonobstant ces facteurs, nous avons relevé un taux de létalité nul en formation sanitaire. Diouf et collaborateurs rapportaient dans leur étude une létalité de 2,06% au Sénégal (Diouf, Bousso, & Sonko, 2020). Cette disparité de chiffres pourrait s'expliquer par une faiblesse dans l'identification des cas, la non inclusion des TPS et l'inexistence d'un système robuste de rapportage communautaire des décès et de leurs causes (autopsie verbale).

Des opportunités : Les responsables sanitaires du DS ont probablement manqué « d'audace » et d'esprit d'innovation dans un contexte de rareté des ressources.

Selon Contandriopoulos, la gouvernance n'est pas seulement la prise de décisions en position d'autorité pour organiser de façon optimale des ressources. Il est également nécessaire de tenir compte de la complexité des processus (Contandriopoulos, 2008). En matière de prévention il aurait été opportun d'activer la gouvernance locale avec au centre des préoccupations, la communauté, encadrée, orientée et informée par les agents de santé et leurs relais communautaires. Ce qui aurait permis l'empowerment (Augoyard & Renaud, 1998) pour des comportements individuel et collectif responsables, favorables à la limitation de la contamination.

La négligence des valeurs culturelles, dans les stratégies de lutte, peut expliquer l'échec de l'adhésion et de l'application des recommandations sur le long cours par les populations. En effet, selon le

ministère de la santé du Burkina Faso, parce que les TPS n'ont pas été inclus de façon efficiente et les communautés peu impliquées, la prévention est restée faible (Ministère de la santé, Burkina Faso & Organisation Mondiale de la Santé, 2020). Or, on connaît l'importance des TPS dans les recours aux soins et dans le circuit du malade en Afrique. Une approche inclusive avec un partage du pouvoir des professionnels, participative communautaire auraient pu contribuer à stopper la propagation de l'épidémie, avec le support logistique du DS. Le dynamisme apparent des comités de veille des CSPS, s'il était également associé à une régularité des rencontres des comités provinciaux aurait permis d'avoir une idée réelle des situations épidémiologiques.

En ce qui concerne le volet sensibilisation-communication, l'absence d'informations exploitables sur la provenance des cas, n'a pas permis de déterminer les localités où il aurait fallu intensifier les messages de sensibilisation. Les autorités sanitaires auraient ainsi pu plaider pour une implication/participation du monde associatif et des malades guéris de ces lieux dans leurs messages de sensibilisation, pour avoir un plus grand impact.

Les facteurs tels que l'oscillation de la coercition des mesures édictées à des fins politiques, les rectifications dans la communication sur la maladie, au début de la pandémie et l'absence de transparence dans la gestion de la riposte, ont entraîné le renforcement de la suspicion populaire vis-à-vis des messages.

En plus de son impact sur l'économie nationale (« Impact économique de la Covid-19 au Burkina Faso: environ 360.000 personnes touchées entre 2020 et 2021 », s. d.) lié à la fermeture des marchés et Yaars (KOACI, s. d.), la Covid-19 semblait affecter la population jeune à Tenkodogo et au Burkina Faso, alors que dans d'autres pays, elle touchait plus les personnes âgées. Un dépistage à grande échelle et l'utilisation de l'outil traceur COVIDRESULT (« Covid result », s. d.), un géo-référencement des cas et surtout une recherche-action, auraient pu permettre de confirmer ou infirmer ce constat et d'adapter nos stratégies basées sur celles adoptées par d'autres pays. En effet, pour Semporé et collaborateurs au Burkina Faso, la connaissance de l'épidémiologie d'une maladie est incontournable pour la définition de stratégies adéquates de riposte. En ce sens, la recherche est une opportunité pour la capitalisation des leçons apprises (Semporé et al., 2020).

Le manque de finances dans les FS lié au retard fréquent de virements de fonds par l'Etat, n'a pas permis aux CSPS d'anticiper plus de sensibilisations, ni de tenir régulièrement des cadres de concertation concernant les événements inhabituels. La conséquence est le constat d'une population et d'agents de santé apeurés avec une propension à l'automédication.

Très peu de FS disposaient d'un service de tri à l'entrée, ce qui explique sans doute le faible nombre de cas dépistés et la disparité des chiffres avec d'autres études menées dans la sous-région comme celle de Ridde et collaborateurs, au Sénégal, qui rapportaient 79,7% (Ridde, Valéry & Faye, Adama, 2021). Un service de tri à l'entrée, connecté sur l'outil COVIDRESULT aurait pu permettre de « capter » les cas probables fréquentant les centres de santé et le suivi des cas contacts. Malheureusement cet outil est resté réservé aux voyageurs.

Aussi, la centralisation de la PCR et le prélèvement des cas réservés aux seuls membres de l'EIR, n'a-t-elle pas facilité la collaboration entre les acteurs des laboratoires ou favorisé la transmission du savoir-faire. De plus, le manque de formation des AS des CSPS à l'utilisation des TDR a posé un problème de disponibilité de ressources compétentes. Ce qui a retardé leur mise à contribution pour le dépistage communautaire des cas.

5. Conclusion

Le monde est confronté à la ré-surgescence des épidémies ces dernières décennies. Couplés à la mobilité et la mondialisation des échanges, les risques de propagation de maladies à potentielle épidémique sont évidents. L'étude n'a pas inclut les centres de santé privés, confessionnels et présente un risque de ne pas être représentatif des districts sanitaires du Burkina Faso. Néanmoins, afin de faire face aux menaces épidémiologiques sur le long terme, le Burkina Faso devrait s'atteler au renforcement de la surveillance sanitaire et au développement de mécanismes innovants, adaptés à son contexte socio-culturel et économique pour une plus grande efficacité des stratégies de riposte et du continuum de soins.

Pour que s'opère une intégration dynamique et cohérente entre les décisions concernant les grands principes organisateurs du système d'offre de soins, les décisions en période épidémique et, au vu des faiblesses constatées dans la gestion de l'épidémie à Covid-19, une pérennité des stratégies, il faudrait repenser différemment l'action collective en capitalisant les leçons apprises. En veillant à une plus grande cohérence entre le système d'information communautaire et les formations sanitaires, le système de gestion et celui du financement et en rendant opérationnelle la veille sanitaire et son suivi du communautaire au niveau central.

Remerciements

Nous remercions tous les participants à l'étude qui ont pris le temps de répondre à nos questions et à nous faire part de leurs préoccupations. Nous remercions également le Ministère de la santé et de l'hygiène publique pour l'autorisation accordée. Cet article et la recherche qui le sous-tend n'auraient pas été possibles sans le soutien financier du projet Emerging Epidemics : Improving preparedness in Burkina Faso par le biais du Ministère des Affaires étrangères du Danemark (projet 17-06-KU).

Conflit of Intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

Références

- Atun, R. A. (s. d.). *Quand les programmes verticaux (indépendants) ont-ils une place dans les systèmes de santé ?* 35.
- Augoyard, P., & Renaud, L. (1998). Le concept d'«empowerment» et son application dans quelques programmes de promotion de la santé. *Promotion & education*, 5(2), 28-35.
- Barabel, M. (2017). IX. Henry Mintzberg – *Les configurations organisationnelles*. EMS Editions. Consulté à l'adresse <https://www.cairn.info/les-grands-auteurs-en-management>.
- Blandine Bila, & Gouo, A. (2015, mai). *La menace Ebola au Burkina Faso entre rumeurs et riposte nationale*. Présenté au colloque en sciences sociales sur l'épidémie d'Ebola en Afrique de l'Ouest, Dakar. Dakar.
- Centre d'Analyse des Politiques Economiques et Sociales. (2020). *L'économie burkinabè à l'épreuve*

du COVID-19 : Conséquences et orientations pour un développement durable (p. 18). Burkina Faso: CAPES.

Contandriopoulos, A.-P. (2002). Pourquoi est-il si difficile de faire ce qui est souhaitable?: *Gestion*, Vol. 27(3), 142-150. <https://doi.org/10.3917/riges.273.0142>

Contandriopoulos, A.-P. (2008). La gouvernance dans le domaine de la santé : Une régulation orientée par la performance: *Santé Publique*, Vol. 20(2), 191-199. <https://doi.org/10.3917/spub.082.0191>

Covid result. (s. d.). Consulté 10 juin 2022, à l'adresse <https://covidinfo.sante.gov.bf/rendezvous/>

Covid-19 au Burkina : Mise en quarantaine des villes touchées à partir du vendredi 27 mars 2020 - leFaso.net. (s. d.). Consulté 19 juillet 2022, à l'adresse <https://lefaso.net/spip.php?article95747>

Cucinotta, D., & Vanelli, M. (2020). WHO Declares COVID-19 a Pandemic. *Acta Bio Medica Atenei Parmensis*, 91(1), 157-160. <https://doi.org/10.23750/abm.v91i1.9397>

De 2019-nCoV à Covid-19, le nouveau coronavirus change de nom. (s. d.). Consulté 4 février 2021, à l'adresse Regional Office for Africa website: <https://www.afro.who.int/fr/news/de-2019-ncov-covid-19-le-nouveau-coronavirus-change-de-nom>

Diarra-Nama, D. A. J. (s. d.). Encore un peu d'effort pour en finir avec la COVID-19 ! *Burkina Faso*, 15.

Diouf, I., Bousso, A., & Sonko, I. (2020). Gestion de la pandémie COVID-19 au Sénégal. *Médecine de Catastrophe - Urgences Collectives*, 4(3), 217-222. <https://doi.org/10.1016/j.pxur.2020.08.009>

Impact économique de la Covid-19 au Burkina Faso : Environ 360.000 personnes touchées entre 2020 et 2021. (s. d.). Consulté 3 mai 2022, à l'adresse <https://www.findevgateway.org/fr/actualites/impact-economique-de-la-covid-19-au-burkina-faso-environ-360000-personnes-touchees-entre>

Institut National de Santé Publique. (2020). *Rapport COVID 19* (N° Version 1.0; p. 48). Burkina Faso: Institut National de Santé Publique.

KOACI. (s. d.). Burkina Faso : Coronavirus, fermeture d'une trentaine de marchés. Consulté 3 mai 2022, à l'adresse KOACI website: https://www.koaci.com/article/2020/03/25/burkina-faso/societe/burkina-faso-coronavirus-fermeture-dune-trentaine-de-marches_139821.html

Lallau, B. (2004). Pauvreté, durabilité et capacités de choix : Les paysans centrafricains peuvent-ils éviter le cercle vicieux ? *Développement durable et territoires*, (Dossier 3). <https://doi.org/10.4000/developpementdurable.1185>

- Larousse, É. (s. d.). Définitions : Gestion - Dictionnaire de français Larousse. Consulté 5 mai 2022, à l'adresse <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/gestion/36853>
- Lokossou, V. K., Usman, A. B., Sombie, I., Paraiso, M. N., Balogun, M. S., Umeokonkwo, C. D., ... Nguku, P. (2021). COVID-19 pandemic in Economic Community of West African States (ECOWAS) region : Implication for capacity strengthening at Point of Entry. *The Pan African Medical Journal*, 39, 67. <https://doi.org/10.11604/pamj.2021.39.67.29089>
- Lu, H., Stratton, C. W., & Tang, Y. (2020). Outbreak of pneumonia of unknown etiology in Wuhan, China: The mystery and the miracle. *Journal of Medical Virology*, 92(4), 401-402. <https://doi.org/10.1002/jmv.25678>
- Matt, B., Kiendrébéogo, J. A., Kafando, Y., Tapsoba, C., Straubinger, S., & Metangmo, P.-M. (2020). *Présentation de la politique de gratuité au Burkina Faso* (N° 1; p. 76). Washington, DC: Recherche pour la Santé et le Développement et ThinkWell.
- Ministère de la santé, Burkina Faso. (2012). *Guide technique pour la surveillance intégrée de la maladie et la riposte au Burkina Faso (Section 1 à 8 : Etapes de la surveillance)*.
- Ministère de la santé, Burkina Faso. (2020). *Plan de préparation et de riposte à une éventuelle épidémie de COVID-19 au Burkina Faso*.
- Ministère de la santé, Burkina Faso, & Organisation Mondiale de la Santé. (2020). *Guide d'orientation de la continuité des soins et services de santé dans le contexte de la pandémie de la COVID-19*. Directive nationale.
- Mintzberg, H. (1980). Structure in 5's: A synthesis of the research on organization design. *Management science*, 26(3).
- OMS. (2020, avril). *Bulletin N°5 du cluster santé*.
- Rasskin, N. M. and G. (s. d.). COVID-19 Visualizer. Consulté 12 janvier 2021, à l'adresse [//www.covidvisualizer.com](https://www.covidvisualizer.com)
- Rey, L., & Dare, M. (s. d.). *La gestion de la pandémie du coronavirus en contexte africain : quels enjeux?* 18.
- Ridde, Valéry, & Faye, Adama. (2021). *La riposte nationale contre la COVID-19 au Sénégal : De la formulation à sa mise en œuvre*. <https://doi.org/10.5281/ZENODO.5094678>
- Semporé, E., Bazié, H., Ilboudo, B., Kpoda, H., Bila, B., Somé, T., ... Hien, H. (2020). Comment

prendre le pas sur le coronavirus dans un pays en développement : Questions et actions au Burkina Faso. *The Pan African Medical Journal*, 35(37).

Sombié, I., Ilboudo, D. O. S., Soubeiga, A. K., & Samuelsen, H. (2017). Comprendre l'influence des facteurs contextuels sur la participation communautaire à la santé : Une étude de cas dans le district sanitaire de Tenkodogo, au Burkina Faso. *Global Health Promotion*, 24(3), 87-95. <https://doi.org/10.1177/1757975915591685>

Unger, J. P., Macq, J., Bredo, F., & Boelaert, M. (2000). Through Mintzberg's glasses : A fresh look at the organization of ministries of health. *Bulletin of the World Health Organization*, 78(8), 1005-1014.

Unger, J.-P. (2012). *Santé publique : Postgraduat en médecine tropicale et santé internationale (Module 1—Introduction à la santé internationale)*. Notes de cours, IMT, Antwerpen, Belgique.

Weekly operational update on COVID-19—11 January 2021. (s. d.). Consulté 12 janvier 2021, à l'adresse <https://www.who.int/publications/m/item/weekly-operational-update-on-covid-19---11-january-2021>

Wu, A., Peng, Y., Huang, B., Ding, X., Wang, X., Niu, P., ... Jiang, T. (2020). Genome Composition and Divergence of the Novel Coronavirus (2019-nCoV) Originating in China. *Cell Host & Microbe*, 27(3), 325-328. <https://doi.org/10.1016/j.chom.2020.02.001>

© 2023 DIALLO et al., licensee *Bamako Institute for Research and Development Studies Press*. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>)

Publisher's note

Bamako Institute for Research and Development Studies Press remains neutral regarding jurisdictional claims in map publications and institutional affiliations.



Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, Volume 5 (1)
ISSN :1987-071X e-ISSN 1987-1023
Received, 4 January 2023
Accepted, 1 March 2023
Published, 6 March 2023
<http://www.revue-rasp.org>

Research

Problématique de la prise en charge du paludisme chez les enfants de 0 à 5 ans dans le district sanitaire d'Abidjan : cas du versant gourou au plateau Dokui

Malaria management issues for children aged 0-5 years in the Abidjan health district: the case of the guru slope in the Dokui plateau

Dominique Moro MORO

Enseignant-Chercheur à l'Institut d'Ethno-Sociologie (IES) de l'Université Félix Houphouët-Boigny, Côte d'Ivoire,

Correspondance : email : dominiquemoro70@gmail.com ; Tel : +225- 070-755-7910

Résumé

La présente étude analyse les réalités sociales de la prise en charge du paludisme chez les enfants de 0 à 5 ans vivants aux abords du versant gourou d'Abobo Plateau Dokui. Elle a permis de mettre en évidence d'une part, les déterminants sociaux du maintien des populations aux abords du versant gourou mais aussi les mécanismes de prévention voire de protection existant contre le paludisme. D'autre part, elle expose les perceptions socio-sanitaires des riverains du versant gourou face aux insuffisances de la prise en charge du paludisme des enfants de 0 à 5 ans. En outre, selon le principe de la saturation en recherche qualitative, les participants à ce travail ont été sélectionnés selon un recrutement direct et aléatoire sur place. Ainsi, 35 chefs de ménage ou leur représentant légitime, 08 leaders et/ou responsables communautaires et 05 professionnels de santé ont participé à la production des données. Les entretiens de type semi-directif ont été nécessaires pour la collecte des données sur le terrain. Diverses documentations écrites ont également été exploitées afin de circonscrire le problème de recherche. Précédés d'une transcription au terme de leur collecte, les données ont été traitées à travers l'analyse de contenu. Comme résultats, il ressort que les mesures de prévention se résument à la distribution et à la sensibilisation sur leur usage de moustiquaires imprégnées, mais aussi le recours des insecticides. Toutefois, la prise en charge médicale reste limitée car ce sont les parents eux-mêmes qui assurent les frais d'hospitalisation et de médicaments de leurs enfants.

Mots clés : Perceptions, Socio-sanitaires, Paludisme, Moustiquaires imprégnées, Enfants de 0 à 5 ans, Mesures de prévention, Prise en charge.

Abstract

This study analyzes the social realities of malaria management in children aged 0-5 living on the Abobo Plateau Dokui Guru Slope. It highlighted the social determinants of keeping people near the guru, as well as the prevention and protection mechanisms against malaria. On the other hand, it exposes the socio-health perceptions of residents living on the guru side of the river in the face of the inadequacies of malaria management for children aged 0 to 5 years. In addition, according to the principle of saturation in qualitative research, the participants in

this work were selected according to a direct and random recruitment on the spot. For example, 35 heads of households or their legitimate representatives, 08 community leaders and/or leaders and 05 health professionals were involved in the production of the data. Semi-directive interviews were required for field data collection. Various written documents have also been used to identify the research problem. The data was processed through content analysis and was then transcribed when it was collected. The results show that prevention measures are limited to distributing and raising awareness about their use of insecticide-treated nets and also the use of insecticides. However, medical care remains limited as the parents themselves pay for their children's hospitalization and medication.

Keywords: Socio-sanitary, perceptions, malaria, impregnated mosquito nets, children from 0 to 5 years old, preventive measures, treatment.

1. Introduction

Le paludisme constitue un véritable problème de santé publique pour les pays intertropicaux (D. Butler et al, 1997). Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (2020, p. 1), 229 millions cas de paludisme ont été recensés en 2019 dans 87 pays d'endémie palustre et 67% décès enregistrés étaient des enfants de moins de 5 ans. Par ailleurs, l'OMS (2021, p. 2) précise que la crise socio-sanitaire engendrée par la covid-19 a désorganisé les réflexions et actions relatives à une gestion factuelle des questions de lutte (prévention) contre le paludisme. Sur cette base, selon ladite institution sanitaire internationale, la covid-19 a favorisé l'accroissement des taux de morbidité et de mortalité liés au paludisme en 2020 au regard de son influence sur le fonctionnement des organismes spécialisés qui participent ordinairement à sa gestion. En outre, 96% des décès associés au paludisme dans tous les Etats endémiques au cours de l'année 2020 ont été observés en Afrique (OMS, 2021, p. 2).

En Côte d'Ivoire, jusqu'à ce jour, rien ne semble pouvoir freiner la recrudescence de ce phénomène socio-sanitaire qui met en mal la qualité de vie et le bien-être durable des populations dont les plus vulnérables sont les enfants de moins de cinq ans. Ces derniers restent les plus exposés aux risques de morbidité et de mortalité précoce inhérente au paludisme malgré la persistance des efforts de l'Etat ivoirien en matière de lutte contre de cette affection.

Pour rappel, l'intensification des actions étatiques pour réduire le taux d'incidence du paludisme au sein des populations laisse entrevoir diverses interventions à haut impact : des campagnes de distribution gratuite de moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée d'action dans les ménages, une prise en charge médicale non gratuite des cas de paludisme en milieu hospitalier ivoirien voire un développement de la prise en charge communautaire... (Rapport MSHP, 2016, p.1).

La gestion des problématiques socio-sanitaires produites par cette pathologie endémique en Côte d'Ivoire à travers le programme national pour y remédier consiste également à promouvoir les actions suivantes : l'évaluation clinique rapide (état général...) du malade ; l'hospitalisation du patient dans un service de soins intensifs mais aussi un suivi étroit dans une unité de soins spécialisé par des praticiens de santé... Toutefois, l'ensemble des actions menées dans ce processus de prise en charge ne sont pas gratuites mais payantes pour les populations qui reçoivent ces soins de santé. Cette prise en charge revient donc onéreuse aux patients et à leurs proches.

Malgré cette réalité sociale, comme constaté aux abords du versant gourou au Plateau Dokui dans la commune d'Abobo à Abidjan, nombre de personnes s'adonnent à la non utilisation de moustiquaires imprégnées offertes par le programme national de lutte contre le paludisme. Ce rapport négligé à l'adhérence de leurs usages relève généralement des représentations que les populations se font des moustiquaires imprégnées. Pour certaines populations en zones endémiques et particulièrement les habitants de cette localité du district d'Abidjan, ce matériel hygiénique spécialement conçu pour la lutte contre l'infection palustre et ses effets corollaires

lorsqu'il est fixé sur le lit, la chambre représente un espace mortuaire. Pour d'autres riverains dudit quartier, il s'agit d'un obstacle à une respiration de bonne qualité (étouffement lors du sommeil sous les moustiquaires imprégnées). Sous ce rapport, D. Longuépée (2006, p. 101) souligne encore que les enfants peuvent être les plus grandes victimes de ces représentations. Car, pour lui, des perceptions socio-culturelles de certaines communautés les enfants ont un sommeil plus profond donc, ils restent moins gênés par les moustiques au sein des ménages que les adultes.

Par ailleurs, certaines personnes parmi ces groupes d'acteurs produisent des croyances ou idéologies qui présentent les rayons du soleil comme les principaux vecteurs de transmission voire de propagation du paludisme au sein de leur communauté d'appartenance. Cette même perception socio-culturelle particulière du paludisme est traduite dans le travail de M. Egrot et C. Baxerres (2012, p.3) montrant en ce vingt-et-unième siècle que les représentations étiologiques restent inhérentes à la désignation de cette maladie selon des critères sémiologiques. Ainsi, de cette étude qu'ils ont réalisée chez les fon au sud du Bénin, peuvent se lire deux formes de représentations, à savoir : la forme bénigne désignée socialement « wecivo zon assi » (maladie du soleil femelle) et la forme grave qui est potentiellement mortelle appelée « wecivo zon assu » (maladie du soleil mâle).

Le manque d'espace pour l'emplacement de moustiquaires imprégnées constitue également un des facteurs explicatifs de la non observance de son usage chez les réfractaires. En effet, la forte densité humaine à l'intérieur des ménages impose parfois à certains membres de recourir au salon comme un dortoir. Face aux conditions précaires du cadre domestique servant de couchette, il est difficile de fixer décemment les moustiquaires tout en exposant les membres de ces ménages à un véritable risque de contracter constamment le paludisme.

Pourtant, il semble que chez les plus vulnérables notamment les enfants de 0 à 5 ans, la prise en charge face au paludisme reste toujours questionnée en Côte d'Ivoire partant des observations réalisées au quartier Plateau Dokui d'Abobo. De fait, les riverains de cette zone urbaine font remarquer qu'ils assurent eux-mêmes les charges biomédicales de leurs enfants de 0 à 5 ans relatives au traitement du paludisme (grave ou pas). De surcroît, les populations résidant dans le versant gourou du Plateau Dokui se plaignent fréquemment des centres de santé communautaire. Pour elles, la prise en charge du paludisme chez les enfants de 0 à 5 ans devrait être totale pour alléger leurs charges familiales. Au regard des perceptions socio-sanitaires des riverains du versant gourou au Plateau Dokui, quels sont les facteurs explicatifs qui traduisent la persistance du paludisme et les insuffisances de sa prise en charge chez les enfants de 0 à 5 ans ?

2. Méthodologie

La présente étude est produite à partir d'une approche qualitative. Dans cette logique, sa réalisation a nécessité le recours à un guide d'entretien pour des observations empiriques (M. Trimbur, L. Plancke et J. Sibeoni (2022, p. 9)) dans le versant gourou du Plateau Dokui dans la commune d'Abobo. Le choix de cette zone urbaine est justifié par la cadre de vie de ses habitants situé à proximité d'un nid à ciel ouvert de moustiques vecteurs endémiques indéniables leur imposant constamment au risque sanitaire que représente le paludisme. En effet, ces personnes vivent aux abords d'un vaste canal non aménagé et régulièrement soumis à l'épreuve des grandes pluies du district d'Abidjan qui y ruissellent (le versant gourou). Il traverse le quartier tout en constituant, au regard du caractère précaire de son assainissement, un dépotoir mais aussi un canal d'évacuation des eaux usées pour les riverains.

En outre, selon le principe de la saturation en recherche qualitative, la population cible mobilisée pour ce travail de recherche sur la base recrutement direct et aléatoire sur place (R. Mariangela, 2011, p. 87) se définit à travers 35 chefs de ménage ou leur représentant légitime âgé d'au moins 21 ans avec une présence dans le domicile sur une période de plus de 12 mois. Des leaders et/ou responsables communautaires (08) ainsi que 05 professionnels de santé

(personnel médical et paramédical) ont également participé à la production des données sur la gestion de la problématique du paludisme chez les enfants de 0 à 5 ans. Les entretiens de type semi-directif étaient fondamentalement portés sur les items de mesures de prévention et des perceptions de la population relatives à la prise en charge du paludisme chez les enfants de 0 à 5 ans.

Il a été également indispensable dans cette quête d'informations sur les insuffisances de la prise en charge du paludisme chez les enfants de 0 à 5 ans, d'exploiter diverses documentations écrites afin circonscrire au mieux le problème de recherche que ce texte tente d'expliquer.

Le traitement et l'analyse des données ont été précédés d'une transcription au terme de leur collecte. Ensuite, les variables et les catégories ont été décrites et organisées par l'analyse de contenu (P. Wanlin, 2007, p. 249). L'analyse proprement dite s'est faite à partir de ces catégories d'idées qui ont permis, pour chaque thème, d'extraire des messages clés. Ce sont ici des verbatims tels qu'exprimés par les informateurs (enquêtés) en guise d'illustration.

3. Résultats

3.1. Du rapport versant gourou du Plateau Dokui à la prévention du paludisme chez les riverains

3.1.1. Déterminants sociaux du maintien des populations à proximité du versant gourou face au risque sanitaire inhérent au paludisme

Les populations de la zone urbaine du versant gourou du Plateau Dokui s'y maintiennent parce qu'il est facile d'accès. Aussi, relativement à leurs activités socio-économiques il s'agit d'un cadre de vie idéal selon elles. Car, ce lieu est plus proche de la commune d'Adjamé où, la majorité des résidents, commerçants de leur état ou exerçant dans le secteur informel, y vont pour leur approvisionnement quotidien en marchandises. D'autres profitent de cette proximité pour faire leurs emplettes domestiques journalières, hebdomadaires voire mensuelles. Parmi ces riverains, certains détiennent des magasins de toutes sortes (quincailleries, boutiques de vêtements, poissonneries, boucheries, denrées alimentaires...) au sein du grand marché d'Adjamé. Donc, pour être à l'heure à leur lieu de commerce, ils préfèrent se maintenir aux abords de grand canal dont l'aménagement demeure problématique et constituant pour la même occasion un facteur de risque sanitaire notamment de la propagation du paludisme au sein des populations riveraines.

Ce sous-quartier d'Abobo semble s'imposer de par sa situation géographique et surtout stratégique aux habitants résilié à y demeurer malgré la pérennisation du risque socio-sanitaire que constitue cette endémie tropicale et ses effets corollaires pour leur survie et celle de leurs progénitures encore plus vulnérables face à son développement.

Il faut également souligner que pour les personnes qui résident dans ce secteur de la commune d'Abobo, il s'agit d'un cadre de vie favorable pour la réalisation de leurs activités socioprofessionnelles. Car, il leur permet d'accéder ou relier facilement les autres communes du district d'Abidjan (Plateau, Cocody, Treichville...) pour exercer quotidiennement leur profession dans tous les services où ils sont embauchés, sous contrat professionnel... selon leur secteur d'activité ou domaine compétence précis. Donc, les opportunités que leur offre ce quartier déterminent leur résilience face aux facteurs de risques sanitaires notamment comme sources d'amas de moustiques vecteurs de propagation du paludisme au sein des ménages situés à proximité du versant gourou. Par ailleurs, ces acteurs font remarquer que les déplacements quotidiens pour leurs différents lieux de travail sont à moindre coût lorsqu'ils résident sur ce site précisément pour le transport en commun : wôrô-wôrô, taxis communaux, taxis compteurs, bus sotra, gbaka, yango... Pour ceux qui disposent de leur propre voiture personnelle ou autres engins à deux roues, le carburant journalier ou mensuel leur revient également à moindre coût, du fait des courtes distances à parcourir pour rejoindre leur lieu de travail ou pour faire toutes les autres courses inopinées dans les communes voisines et mêmes à l'intérieur de la commune

d'Abobo. Donc, habiter cette zone urbaine à haut risque hygiénique constitue pour ces riverains un manque à gagner en termes économiques.

3.1.2. Prévention du paludisme selon les populations du versant gourou du Plateau Dokui

Le paludisme est une maladie grave qui touche toutes les couches sociales notamment les adultes et les jeunes en passant par les enfants de 0 à 5 ans. Selon les chefs de ménage du versant gourou du Plateau Dokui, la prévention du paludisme commence avec la distribution des moustiquaires imprégnées. Aussi, l'utilisation des insecticides sert à éliminer les moustiques au sein des domiciles, par conséquent, participe à prévenir le paludisme. Ainsi, nombre parents (père et mère de famille) interrogés lors des investigations ont affirmé leur engagement formel à l'utilisation des moustiquaires imprégnées. De ce fait, leurs enfants, surtout les plus petits dormaient effectivement sous ces moustiquaires imprégnées afin de les protéger contre les piqûres des moustiques pour éviter le paludisme. Les propos de cette ménagère témoignent de la présente réalité : *« Depuis que nous avons commencé à dormir sous des moustiquaires imprégnées, nos enfants tombent moins malades qu'auparavant. En tout cas, les maladies liées aux piqûres des moustiques dont le paludisme a considérablement baissé. A présent, nous allons rarement à l'hôpital car nos enfants se portent bien. »* (Ménagère, 39 ans).

Un leader communautaire soutient que des moustiquaires imprégnées ont été distribuées à plusieurs reprises par le programme national de lutte contre le paludisme dans son quartier. Selon ces propos, la distribution de ce matériel de prévention des risques de contamination à cette affection potentiellement mortelle a été effectuée en collaboration avec la mairie d'Abobo. Une sensibilisation sur les bienfaits de la moustiquaire imprégnée dans la lutte contre le paludisme a été effectuée par lesdites institutions sanitaires et municipales. Et depuis ce temps, ils ont mis en application les conseils reçus, en dormant sous des moustiquaires imprégnées pour la préservation de la santé familiale, bien plus, celle des enfants de 0 à 5 ans désignés généralement vulnérables par les experts du système sanitaire national voire international.

Toutefois, une bonne partie des enquêtés reste sceptique face à l'emploi des moustiquaires imprégnées et leurs portées hygiéniques sur le bien-être physiologique des populations qui en font réellement bon usage. Selon elles, le recours à la moustiquaire imprégnée ne garantit à personne la protection contre le paludisme. De fait, les riverains du versant gourou passent plus de temps hors des maisons ou des domiciles qu'à l'intérieur des chambres sous des abris anti-moustiques aux fins de les préserver du risque de contracter cette pathologie infectieuse tropicale. Par ailleurs, ces perceptions sociales réfractaires face à l'utilisation de la moustiquaire imprégnée semblent indissociables au niveau d'instruction (analphabète, primaire en grande majorité) de nombre d'habitants du versant gourou du Plateau Dokui qui constitue dans cette logique un frein pour le changement de leurs comportements socio-sanitaires face maladie endémique. Car, cela ne facilite pas la compréhension dans l'explication des mesures barrière contre le paludisme afin de protéger leurs enfants, surtout, les plus petits (0-5 ans).

3.2. Perceptions socio-sanitaires des riverains du versant gourou du Plateau Dokui face à la prise en charge du paludisme des enfants de 0 à 5 ans

3.2.1. Regard social des chefs de ménage et des leaders communautaires face à la prise en charge du paludisme des enfants de 0 à 5 ans

L'un des objectifs ayant suscité la production de cette étude est de cerner le regard social des populations vivant aux abords du versant gourou relativement à la prise en charge du paludisme chez les enfants de 0 à 5 ans. Ainsi, les participants à ce travail de recherche soutiennent que la prise en charge du paludisme des enfants de 0 à 5 ans s'observe uniquement à la gratuité du test de diagnostic rapide. En effet, selon ces derniers, lorsqu'ils envoient leurs enfants souffrants à l'hôpital pour des soins, les techniciens de laboratoire effectuent le test pour savoir de quoi ils sont affectés. S'ils sont établis malades du paludisme, le test n'est pas payant. La rapidité du

test permet de vite détecter la maladie afin de commencer le plus tôt possible le traitement. Cependant, les ordonnances sont à leurs frais. Par conséquent, pour ces acteurs, il est difficile de parler d'une prise en charge totale du paludisme en Côte d'Ivoire parce qu'ils ne reçoivent pas de médicament gratuitement dans le cadre du traitement de leurs enfants désignés malades. Ce chef de ménage en illustre la portée en ces termes :

« On n'a jamais soigné gratuitement nos enfants qui souffrent du paludisme à Abidjan ici, même ceux de 0 à 5 ans. Si ton enfant est malade et que tu n'as pas d'argent, il va mourir. Leur affaire de prise en charge là n'est pas totale, car elle concerne seulement le test de diagnostic rapide. » (Chef de ménage, 43 ans).

En outre, les habitants du versant gourou font remarquer quasiment ensemble que la prise en charge du paludisme n'est pas encore effective en Côte d'Ivoire car les consultations et les hospitalisations sont payantes. Un des leaders communautaires, rencontrés lors de la collecte de données sur cet objet de recherche, vient renchérir cette perception socio-sanitaire à travers ce récit :

« Nous savons tous qu'Abidjan ici, c'est chacun qui soigne ces enfants. On entend parler de prise en charge du paludisme des enfants de 0 à 5 ans. Mais, on se demande si les nôtres, sont concernés. De ce fait, nous ne pouvons pas témoigner qu'il existe une prise en charge du paludisme des enfants de 0 à 5 ans à Abidjan, Pourtant l'information selon laquelle, qu'il y a une prise en charge du paludisme des enfants de 0 à 5 ans circule partout à Abidjan ici. » (Leader communautaire, 44 ans).

3.2.2. Facteurs explicatifs des insuffisances parentales dans la prise en charge des enfants de 0 à 5 ans de la zone urbaine du versant gourou du Plateau Dokui

Les enfants restent fragiles et surtout vulnérables face aux piqûres de moustiques. Donc, ils contractent très régulièrement le paludisme. Or, la majeure partie des ménages du versant gourou travail dans le secteur informel. Donc, il est difficile pour eux d'assurer seuls sans aucune forme d'assurance maladie fonctionnelle, les prises en charge de leurs enfants de façon efficiente, chaque fois que leurs enfants sont victimes du paludisme. De surcroît, la fréquence ou les possibilités de faire cette maladie reste imprévisible donc, ses résurgences ne peuvent pas être prédéterminées dans le temps. Elles se produisent de façon inopinée et souvent à un moment où les parents ne disposent pas de ressources financières suffisantes pour faire face simultanément aux charges domestiques et celles des soins biomédicaux inhérentes aux frais engendrés par la gestion de la crise sanitaire relative au paludisme et ses effets corollaires (transport, séjours hospitaliers, médicaments, alimentation des malades...).

Ils ne peuvent donc pas mobiliser suffisamment de ressources pour chaque fois financer la prise en charge de leurs enfants victime du paludisme, assurer la scolarisation des plus âgés en âge d'aller à l'école, les charges fixes du ménage (nourritures quotidiennes, loyer, eau, électricité...) car cela leur revient socialement insurmontable pour eux les membres de leur famille. Surtout, qu'eux-mêmes les responsables de ménage ne sont pas à l'abri des cas de contaminations et des crises palustres. Donc, la constante résurgence des cas de crises de paludisme participe à un amenuisement considérable de leurs ressources financières déjà fragiles et incertaines du fait de la qualité du secteur d'activité socio-économique notamment informel dans lequel ils sont pour la plupart insérés.

Par ailleurs, au regard des fréquences rapprochées de chutes ou rechutes morbides dues au paludisme, quand un enfant de moins de 05 ans y est constamment affecté, la mère qui est une actrice du petit commerce ne peut vendre convenablement. Elle fait donc de faibles revenus pour les besoins de la famille dont elle a une grande responsabilité dans le maintien de sa qualité de vie et son épanouissement socioéconomique. Parallèlement à cette réalité, cette catégorie d'enfants (0 à 5 ans) est contrainte d'observer les autres types de rendez-vous biomédicaux qui

s'imposent à eux (vaccins, consultations de routine...) pour leur garantir une bonne croissance et un état de santé général acceptable. Et tout cela revient à la charge des parents qui doivent en plus payer les frais de traitement du paludisme quelles qu'en soient les fréquences de récurrences. De plus, il demeure difficile de les hospitaliser seuls dans un centre de santé sans mobiliser les journées entières de leurs géniteurs qui dans le même temps doivent produire les ressources socioéconomiques quotidiennes pour subvenir aux besoins subsistances familiales. Ils ont donc continuellement besoin d'une assistance parentale lorsqu'ils sont internés en milieu hospitalier.

3.3. Professionnels de santé et prise en charge du paludisme des enfants de 0 à 5 ans versant gourou d'Abobo

Selon les professionnels de santé, la lutte contre le paludisme a connu un réel succès à partir du début des années 2000. De ce fait, la mortalité associée au paludisme a été réduite de moitié ces vingt dernières années. Cette réalité socio-sanitaire est justifiée la mise en œuvre effective des tests de dépistages plus rapides et disponibles appuyés par des traitements combinés à base d'artémisinine pour soulager efficacement les souffrants. Les combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine (substance active médicamenteuse isolée de la plante *Artemisia annua*), avaient été recommandées initialement pour le traitement du paludisme selon l'OMS, bien qu'aujourd'hui ne fortement préconisés. (OMS, <https://www.who.int/fr/director-general/speeches/detail/protecting-our-best-weapon-in-treating-malaria>)

Aussi, l'utilisation de plus en plus importante de moustiquaires imprégnées, d'insecticides antimoustiques, ainsi que la multiplication des programmes de prévention ont contribué à faire chuter le taux de mortalité dû au paludisme, en particulier chez les enfants de 0 à 5 ans. Ces médicaments et ces mesures de prévention participent manifestement à une lutte objective contre le paludisme.

Malgré cela, la prise en charge médicale du paludisme chez les enfants de 0 à 5 ans demeure partielle donc, problématique. En réalité, hormis le test de diagnostic rapide du paludisme qui est effectué gratuitement, les hospitalisations et les médicaments sont payants. Ce sont les parents qui prennent les frais d'hospitalisation et les soins de leurs enfants en charge sans aucun apport extérieur. Par conséquent, la prise en charge du paludisme en Côte d'Ivoire et surtout chez les enfants de 0 à 5 ans n'est pas effective.

Cet agent de santé résident dans le quartier partage son avis sur cette matière à réflexion :

« Nous avons tous appris que les enfants de 0 à 5 ans doivent être pris en charge concernant le paludisme. Malheureusement, nous constatons le contraire sur le terrain. Le manque de suivi fait que l'application de cette prise en charge n'est pas effective. (Infirmier, 39 ans)

Toutefois, il faut retenir qu'il existe de nouveaux remèdes efficaces contre le paludisme. Cela participe à réduire réellement le nombre de mort lié au paludisme, en passant de 4431 cas en 2016 à 1641 en 2018 (Tanoh et al, 2020).

4. Discussion

La présente réflexion sur la problématique de la prise en charge du paludisme chez les enfants de 0 à 5 ans traduit d'une part les déterminants sociaux du maintien des populations aux abords du versant gourou au Plateau Dokui mais aussi les mécanismes de prévention voire de protection existant contre le paludisme. D'autre part, elle présente les perceptions socio-sanitaires des riverains du versant gourou du Plateau Dokui face aux insuffisances de la prise en charge du paludisme des enfants de 0 à 5 ans.

Il est à souligner que, pour des raisons socio-économiques voire professionnelles nombre de parents restent attachés à ce sous quartier d'Abobo traversé par le versant gourou. Quoique ce canal semble constituer l'une des principales sources du caractère irréductible de cette endémie tropicale dans cette zone d'Abidjan. De fait, les difficultés observées sur la qualité de son

aménagement et/ou de son assainissement inachevé participent à la production des moustiques qui représentent les réels facteurs de transmission et de propagation des infections palustres selon les spécialistes de la biomédecine moderne. Et comme l'argumente E. K. Magne (2012, p. 4) dans ses travaux en citant Curto De Casas et Carcavallo (1995), ce type d'espace favorise la prolifération des populations pathogènes et/ou des vecteurs tels que les moustiques (anophèles femelles infectées) car, constituant de meilleurs refuges et des ressources nutritives pour leur espèce. De surcroît, les moustiques ne se contentent pas uniquement de s'introduire et de demeurer à l'intérieur des domiciles. Ils sont également présents à l'extérieur des maisons tout en envahissant l'ensemble du quartier. Alors que, du point de vue de la prévention du paludisme chez les enfants de 0 à 5 ans, les leaders communautaires et les chefs de ménage précisent que celle-ci se résumait juste à la distribution des moustiquaires imprégnées pour se protéger contre les piqûres de moustiques la nuit au couché dans les logis.

D'ailleurs, les campagnes de distribution des moustiquaires imprégnées par l'Etat et ses divers partenaires (ONG, OMS, pays occidentaux, asiatiques voire des sous-régions continentales...) n'impliquent nécessairement pas leur usage par les populations qui les réceptionnent, même si elles sont souvent accompagnées de sensibilisations sur leur bien fait sur la qualité de vie des personnes au sein des ménages qui les utilisent décemment. Alors comme le souligne D. Longuépée (2006, p. 101), certaines populations ne construisent pas réellement un rapport entre moustiques et risque de transmission des gènes du paludisme à l'homme. Cela légitime par conséquent la sous-utilisation des moustiquaires imprégnées, pourtant testées efficaces dans la lutte antipaludique au regard des conclusions de cet auteur.

Ainsi, nombre de personnes préfèrent parfois les garder dans leur maison comme des biens matériels. D'autres les utilisent à d'autres fins domestiques (enclos pour élevages de volailles, pour jardinage, tamis pour farines de maïs, mil, sorgho, éponges de vaisselles ou d'animaux de compagnie (chien) ou animaux comestibles (moutons, chèvres...). D'autres encore les offrent en termes de dons ou de présents à leurs proches lors de leurs déplacements dans leur village ou localité d'origine.

Cette manière d'utiliser ce matériel de lutte contre les piqures de moustiques et le paludisme influence négativement les objectifs assignés aux divers programmes de prévention à travers la distribution des moustiquaires imprégnées par les autorités sanitaires du pays consistant à réduire au mieux le taux contaminations de cette pathologie pernicieuse au sein des populations parmi lesquelles les enfants de 0 à 5 ans restent encore plus vulnérables.

Ces facteurs d'échecs de la lutte contre les piqures de moustiques qui génèrent le paludisme dans l'organisme des populations et menaçant leur survie sont aussi observables dans le processus de prise en charge biomédicale de leurs enfants de 0 à 5 ans. Cette problématique relative aux insuffisances de la prise en charge du paludisme produit des répercussions dramatiques chez cette catégorie d'acteurs notamment en Afrique comme le prouve l'OMS (2021, p. 1) à travers ces données. Cette organisation sanitaire atteste que les enfants de moins de 5 ans ont représenté environ 80 % de l'ensemble des décès palustres dans la zone africaine. De plus, elle relève qu'au sein des populations exposées au risque de paludisme, les nourrissons, les enfants de moins de 5 ans, les femmes enceintes font parties des groupes sociaux les plus à mêmes de le contracter et de développer une forme de morbidité sévère voire de décès.

Par ailleurs, quelques rares fois la démoustication du versant gourou est inscrite dans le programme de lutte contre le paludisme. Alors que, avec les eaux usées qu'il regorge, il participe constamment à la production des amas de moustiques qui empestent les domiciles des riverains voire envahissent tout le sous-quartier du versant gourou et ses environs. Face à cette réalité, l'OMS (2021, p. 2) laisse entrevoir ses inquiétudes face aux divers progrès dans la lutte mondiale contre la maladie qui semblent menacer par l'émergence d'une résistance de l'anophèle aux insecticides. Donc, si ce phénomène perdure dans le temps, il mettra à mal les espoirs des populations qui ont recours aux insecticides à tubes pulvérisables (Timor, Rambo,

Oro, Laser, Boxer, Baygon...) mais aussi à spirales combustibles pour éliminer les moustiques dans les domiciles en vue de palier aux insuffisances de la prise en charge du paludisme chez les enfants de 0 à 5 ans. Dans la mesure où, l'OMS dénonce encore la question de la résistance aux antipaludiques. Elle reste surtout préoccupée les cas de paludisme pharmacorésistant récemment observés en Afrique. D'où, elle recommande un suivi régulier de l'efficacité des médicaments pour orienter les politiques thérapeutiques dans les pays d'endémie notamment pour déceler précocement les divers cas de résistance aux antipaludiques pour rechercher les réponses adaptées à leur gestion.

5. Conclusion

Le paludisme demeure un problème important de santé publique chez les enfants de 0-5 ans. Ainsi, la fréquence élevée et la sévérité du paludisme grave a emmené les décideurs à prendre le problème à bras le corps. De ce fait, des mesures de prévention telles que la distribution de la moustiquaire imprégnée et l'utilisation des insecticides ont été initiées. Aussi, le test de diagnostic rapide permet de vite détecter la maladie afin de commencer rapidement le traitement pour éviter les complications.

Toutefois, les présentes investigations dévoilent une prise en charge partielle du paludisme chez les enfants de 0 à 5 ans car les frais d'hospitalisations et de médications ne relèvent des charges de l'Etat de Côte d'Ivoire. Alors que le paludisme de la femme enceinte et de l'enfant de 0 à 5 ans sont considérées comme des formes graves et compliquées, au même titre que l'accès pernicieux, la fièvre bilieuse hémoglobinurique ou encore le paludisme viscéral évolutif (PNLP-CI, 2013). De ce fait, l'observation laisse entrevoir que la prise en charge du paludisme chez les enfants de 0 à 5 ans vivant aux abords du versant gourou au Plateau Dokui et par analogie dans le district d'Abidjan n'est pas totale car l'Etat mise seulement sur la prévention.

Conflit d'intérêt

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

Références bibliographiques

BUTLER D., MAURICE J., O'BRIEN C., 1997, *Time to put malaria control on the global agenda*, Nature, 386 (6625) : 535-536.

LONGUEPEE D., 2006, « *Paludisme, institutions et croissance : que penser du débat actuel ?* », revue Économie et institutions, N° 8, Pagination : 95-118, Mis en ligne le 31 janvier 2013, URL : <http://journals.openedition.org/ei/1125>, DOI : <https://doi.org/10.4000/ei.1125>.

EGROT M., BAXERRES C., 2012, « *Représentations sociales du paludisme* », in FONTENILLE D, DELORON P, Vaincre le paludisme, Suds en ligne : les dossiers thématiques de l'IRD, <http://www.suds-en-ligne.ird.fr/paludisme/maladie/representations01.html>.

MAGNE E. K., 2012, « *Paludisme et interprétations sociales du changement climatique à l'ouest du Cameroun* », *Territoire en mouvement Revue de géographie et aménagement*, 14-15, Mis en ligne le 01 juillet 2014, URL : <http://journals.openedition.org/tem/1726>, DOI : <https://doi.org/10.4000/tem.1726>.

MARIANGELA R., 2017, « *Les enquêtes qualitatives en bibliothèque : quelles techniques pour quels résultats ?* » *MENER L'ENQUÊTE Guide des études de publics en bibliothèque*, EVANS Christophe (dir.), Villeurbanne, Publication sur Open Edition Books : 04 avril 2017, DOI : 10.4000/books.pressenssib.563, pp. 80-92

TRIMBUR M., PLANCKE L. et SIBEONI J., 2022, *Réaliser une étude qualitative en santé, guide méthodologique*, <https://www.researchgate.net/publication/358769151>.

Organisation mondiale de la santé, 2020, [rapport sur le paludisme dans le monde](https://www.who.int/publications-detail/protecting-our-best-weapon-in-treating-malaria), en ligne : www.who.int.

Organisation mondiale de la santé, 2021, [rapport sur le paludisme dans le monde](https://www.who.int/publications-detail/protecting-our-best-weapon-in-treating-malaria), en ligne : www.who.int.

Organisation Mondiale de la Santé, Déclaration à l'occasion du lancement du Plan mondial pour enrayer la résistance à l'artémisinine : <https://www.who.int/fr/director-general/speeches/detail/protecting-our-best-weapon-in-treating-malaria>, consulté le 18/02/2023

WANLIN P, 2007, « *L'analyse de contenu comme méthode d'analyse qualitative d'entretiens : une comparaison entre les traitements manuels et l'utilisation de logiciels* », Recherches qualitatives – Hors-Série – Numéro 3 Actes du colloque, Bilan et perspectives de la recherche qualitative, Association pour la recherche qualitative, ISSN 1715-8702.

TANO M A., 2013, Directives de prises en charge du paludisme. (PNLP-CI).

TANO M A 2020, *Zéro palu, bulletin semestriel d'informations sur la lutte contre le paludisme en Côte d'Ivoire*, PNLPI, 1er semestre.p13

Rapport Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (MSHP), 2016, Enquête de prévalence parasitaire du paludisme et de l'anémie (EPPA-CI), Décembre 2016, Abidjan, Côte d'Ivoire.

© 2023 MORO, licensee Bamako Institute for Research and Development Studies Press. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>)

Publisher's note

Bamako Institute for Research and Development Studies Press remains neutral regarding jurisdictional claims in map publications and institutional affiliations.



Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, Volume 5 (1)

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

Received, 16 March 2023

Accepted, 11 April 2023

Published, 11 April 2023

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

Short

Construire un dialogue entre psychanalyse et anthropologie aujourd'hui

Olivier Douville^{1,*}

¹Psychanalyste, Laboratoire CRPMS de l'Université Paris-Cité, Membre d'honneur du Collège International Psychanalyse et Anthropologie, Paris

Correspondance : douville.olivier@yahoo.fr

Introduction

L'anthropologie et la psychanalyse sont des disciplines récentes. L'anthropologie a quelques droits à affirmer son antériorité dans la mesure où la fondation académique de la discipline remonte à Morgan en 1881 alors que le terme de psychanalyse ne surgit sous la plume de Freud qu'une quinzaine d'années plus tard. Toutefois, leurs objets se sont entremêlés pour deux raisons principales. D'une part, Freud considérait que les motivations inconscientes du désir humain prenaient leur source dans un drame préhistorique que récapitulait chaque développement singulier, ce y compris à Vienne et en Europe au début du XX^e siècle. Nous touchons là une thèse forte, mais vigoureusement contestée selon laquelle l'ontogenèse (développement de chacun) récapitule inconsciemment le phylogénèse (sédimentation de drames préhistoriques). D'autre part, des psychanalystes et anthropologues ont voulu cerner les types de personnalités induites par les logiques des cultures, de Geza Roheim à G. Devereux. Enfin le thème de l'inceste de son interdit (versus psychanalytique) ou de sa prohibition (versus anthropologique) semble traverser tel un fil rouge ces deux disciplines à l'époque de leur âge d'or.

Freud et son rapport à l'anthropologie

Pour Freud, homme de culture, l'anthropologie et la sociologie (ces deux disciplines ne s'étant trouvées distinguées mais non disjointes qu'après sa mort, vers la fin des années 1950), sont des partenaires nécessaires, inévitables presque pour la psychanalyse.

En ce point, une question ne manque de se poser : Osons proposer que ce n'est pas l'Oedipe qui est universel, mais le fait que tout sujet est être de langage et est en conséquence exilé d'une jouissance primitive mais qui, sans relâche, peut faire retour sur lui. Les lois de séparation du corps de l'enfant d'avec le corps de la mère et les figures tutélaires de l'interdit qui interviennent dans cette séparation orientant alors désir et rivalités peuvent se trouver orchestrer dans des contextes du-différents que ceux qui concernent la famille occidentale, comme l'ont montré les Ortigues à partir de leurs observations faites à Dakar, mais encore et antérieurement des contemporains de Freud, tel le psychanalyste indien Bose qui, vivant et exerçant à Calcutta, donnait au père un rôle déterminant dans l'éveil de la sensorialité de l'enfant (Douville, 2009).

Toutefois, si la psychanalyse freudienne s'était contentée d'égrener une suite de correspondances entre ce qu'apportent l'analyse des institutions totémiques et celle des rituels et le matériel inconscient que dévoilent les cures, cette idée d'une analogie n'aurait amené qu'un effet de miroir entre les savoirs anthropologiques et psychanalytiques. La culture reste un lieu de problèmes conceptuels utiles pour comprendre mieux la clinique, la cure. Mais aussi cette part obscure du collectif qui ne se révèle pas dans le simple examen des modèles idéaux de comportements et de valeurs. On est donc loin d'une psychanalyse appliquée qui prétendrait donner des leçons, interpréter dans son jargon tout ce qui semble *a priori* étranger ou exotique. Ce que la psychanalyse dévoile est que le sujet humain n'est pas « maître » de son monde, que la réalité du lien social est débordée et divisée par le pulsionnel, et donc par le sexuel.

Un malentendu subsiste toujours néanmoins à propos de ce qui serait ici universalisable. Il est clair que les extrêmes disparités des modèles familiaux et des règles d'alliance ne peuvent permettre d'universaliser la structure manifeste de la famille occidentale en étalon de ce qui serait « normal » dans la construction des individus et des collectifs. L'accès à un rapport au symbolique, qui va au-delà des imbrications entre l'imaginaire des premières relations, est loin de nécessiter, où que ce soit, l'imposition d'un père de famille, lequel aurait la tâche un peu

lourde de figurer à la fois, le tiers, le rival et le modèle. Pour le dire autrement, il manque sans doute à quelques psychanalystes une théorie opératoire du tiers symbolique qui ne se rabattrait pas sur une célébration du patriarcat. Avec la pointe des élaborations lacaniennes, on y voit tout de même plus clair. Lacan indique que c'est avec l'appareil de langage que chacun se structure, et que c'est bien l'incorporation de cet appareil qui crée la première séparation entre le sujet et ses jouissances. En cela cette première castration est antérieure à ce qui sera repris ultérieurement dans les modèles de l'interdit et de l'échange qui sont au cœur des configurations des lignées et des filiations.

Un rappel s'impose ici : l'« universel », ce n'est pas pareil que l'international. On ne prouve pas l'universel et on ne le fait surtout pas par une comparaison entre peuples et mœurs, même si cette comparaison est très étendue

L'épistémologie de l'anthropologie la fait s'éloigner des grandes généralités, toujours suspectes d'ethnocentrisme, pour privilégier l'empirisme, la collecte, le rapport aux documents et aux témoignages.

Sujet et institution

L'inscription du sujet dans les institutions culturelles exige une séparation qui fait de lui un mortel, sexué et parlant. Elle suppose donc que tout sujet institué doit s'appuyer sur une logique symbolique et signifiante. La ligne de fabrique des montages institutionnels recoupe ce qu'est la prise du sujet par le langage en tant que tout langage articulé porte en lui-même une séparation et un interdit.

Or le XX^e siècle en sa seconde moitié et tout particulièrement entre 1949, date de publication des *Structures élémentaires de la parenté* et 1974, date où Lacan s'orientant vers la topologie des surfaces déclara qu'il n'était plus structuraliste, a su travailler, sans les confondre plus d'une notion d'inconscient. En ce sens, l'ethnologie et la psychanalyse, mais encore et toujours la linguistique explorent des inconscients « structurants » :

- Règles et dispositifs de parenté, pour l'ethnologie
- La langue comme système de signe et d'opposition signifiante (pour la linguistique)
- Transformations réglées des mythes, des rites et des objets culturels (pour l'anthropologie structurale)

L'inconscient est-il vide ? empli d'un pathos ? Copie conforme et intériorisée de ce que les culturels demandent impérativement à chacun de refouler, comme le soutenaient Linton et Devereux ?

De facto, les phénomènes actuels de migration, d'exil et de délégitimation du sujet nous interdisent de nous aider d'aucune façon d'un inconscient culturaliste – c'est du moins ce que je vais tenter de démontrer maintenant.

Aujourd'hui, avec et après Devereux

Soucieux, à son tour, de modéliser la nature des rapports entre une approche clinique et une approche anthropologique (ou sociologique) des conduites symptomatiques, Georges Devereux, dans son *Ethnopsychanalyse Complémentariste* invente une épistémologie. Pour désigner les univers de pertinence de ces deux discours, il introduit la notion de

complémentarisme appelée à un succès durable. Rappelons en la Logique. Le complémentarisme ethnopsychanalytique édicte l'autonomie conceptuelle absolue du discours sociologique (ou ethnologique) et du discours psychologique, mais aussi leur totale interdépendance en ce qu'ils se rapportent aux mêmes faits empiriques pertinents. Cette distinction est directement héritée du principe de Heisenberg-Borg ¹ qu'elle généralise aux sciences humaines. Dans cet effort pour disjoindre l'explication ethnologique de l'explication clinique, il entraine de la rigueur et du souci pour le trait singulier de chaque cas. L'épistémologue se sentait reconnu, les penchants à diagnostiquer en termes de psychopathologie des modèles culturels trouvaient là une contention salutaire. Pour autant, l'effort du fondateur de l'ethnopsychanalyse aboutissait aussi à une mise en sériation souvent artificielle.

De plus, le complémentarisme doit supposer des appartenances culturelles stables et quasiment atemporelles. En cela, il est impuissant à distinguer les registres de l'Imaginaire ou du Symbolique au sein desquels jouent les références culturelles pour un sujet ou pour un autre, et à statuer sur eux. C'est pourquoi le parallèle entre guérisseur traditionnel et thérapeute que tente un certain nombre d'ethnopsychiatres français, après leur maître G. Devereux et simplifiant son héritage, ne concerne en rien les raisons et les enjeux de nos démarches et de nos actes. Disons ici qu'un tel rapprochement : guérisseur/analyste, non seulement ne nous intéresse pas - nous n'en avons guère besoin- mais plus encore nous semble constituer une entrave à toute entreprise thérapeutique des exilés.

Plutôt que de se conformer à un complémentarisme désuet, il importe de saisir avec en quoi les deux discours : anthropologique et psychanalytique peuvent être travaillé l'un par l'autre. On n'omettra guère de souligner que le complémentarisme est une attitude de prudence en matière de diagnostic, quasiment un vade-mecum d'"expert" (apte à distinguer le matériel "culturel", d'un matériel "idiosyncrasique"), mais ce distinguo est souvent artificiel et obsolète puisqu'il ne repose que sur un schéma conceptuel de la société. De plus, négligeant et une théorie du

¹ Il s'agit des relations d'inégalité (ou d'incertitude). Ces relations d'inégalité indiquent la limite de pertinence des concepts macroscopiques classiques, quant on veut les appliquer aux objets microscopiques. Le sens de ces relations est plutôt ouvert et il est parfois controversé par les physiciens car elles répondent et éclairent plusieurs conditions : elles sont à la fois descriptives, heuristiques et donc opérationnelles.

Shématisons par une série de celles qui répondent/ Les concepts de la physique newtonienne perdent leur validité lorsque l'on tente de les appliquer à des objets microscopiques. 2/ Il y a deux grands paradigmes qui régissent la physique classique : le concept de particule et celui d'onde. Une particule est une singularité, un point localisable avec une précision élevée, alors que l'onde s'étend sur tout l'espace (ex : le son et la lumière qui ne sont pas localisables). Ces concepts cardinaux perdent avec Heisenberg et Borg de leur validité et leur existence est remise en question. Pour l'ancienne mécanique newtonienne, tout observateur peut dire et la position et la vitesse de toute particule. En mécanique quantique il est impossible d'allouer simultanément à un objet une particule et une vitesse. La connaissance de l'un limite celle que l'on peut avoir de l'autre. Le produit de la précision de mesure de la position par la précision de mesure de la quantité de mouvement ne peut être inférieure à une quantité fondamentale (de l'ordre de grandeur de la constante de Planck divisée par deux), le produit des deux n'est donc jamais égal à zéro, ce qui restait le cas dans la mécanique classique. Ces relations d'inégalité ne sont pas limitées à la position ou à la quantité de mouvement, on sait définir des quantités canoniquement conjuguées (exemple l'énergie et le temps) . On lit souvent que l'on mesure des particules de durée de vie extrêmement brève : 10 puissances moins 22 secondes. C'est un principe heuristique. Ce qui importe peut-être davantage pour des cliniciens est que Niels Bohr fut le premier à élargir cette relation d'inégalité au langage, et a proposé comme variables conjuguées la Vérité et la Clarté : si c'est vrai, c'est pas clair et si c'est clair, c'est pas vrai (en allant un peu vite).

symbolique, et une pensée de l'exclusion originaire, il est de faible pertinence pour les cliniques qui nous importent : celles dues aux crises et aux brutales modifications du et dans le lien social.

Aujourd'hui

Aujourd'hui encore, des psychanalystes exercent un peu partout dans le Monde ; on attend encore il est vrai que des notions cardinales de la doctrine psychanalytique soient mises à la discussion. Qu'apporte à nos doxas l'existence de la psychanalyse en Inde, au Japon ou en Chine ? Au Sénégal ou en Afrique du Sud ? Aux Antilles ? Beaucoup d'européens prennent régulièrement les grands courriers internationaux pour aller au lointain former ces nouveaux venus dans la communauté psychanalytique, ces impétrants tout plein d'ardeur et soucieux de bien faire. Il est parfois à redouter que le décervelage missionnaire nuise à l'avancée des réciprocités.

Nous sommes face à un choix que nous ne pouvons pas fuir. Soit les diverses anthropologies et sociologies de la famille, promptes et habiles à montrer la complexité et l'instabilité des logiques de composition des familles, auront beau jeu de montrer que notre vieille psychanalyse n'a servi à rien et rejoint le musée des vanités obsolètes car elle n'avait rien anticipé ne traitant et n'idéalisant que des formes et des logiques de la famille et de la filiation datant d'avant la première guerre pendant que la société changeait et dépassait d'elle-même le trio (plus que triangle) œdipien, soit on tiendra, qu'il n'est pas trop téméraire de poser que c'est la psychanalyse elle-même qui a aussi changé le monde et a ouvert les modes d'inscription du désir et de l'interdit dans des configurations familiales plus éparses et plus souples. En cela le dialogue entre la psychanalyse et l'anthropologie – ou pour mieux le dire entre des psychanalystes et des anthropologues ne piétinerait plus à se cristalliser sur le complexe œdipien et sa prétendue universalité (que l'on cherche à tort dans une pseudo mondialisation des conjugalités et des filiations) mais il pourrait situer en quoi les nouveaux visages des mœurs et des habitus sont en partie tributaire de l'invention psychanalytique elle-même.

Inconscient et vie sociale actuelle

Dans notre modernité, les phénomènes de ruptures culturelles prennent une importance considérable. Les ampleurs des migrations en sont l'exemple à la fois le plus illustré et le plus polémique dans le champ clinique. Mais le fait humain du décalage et du passage entre plusieurs systèmes de référence ne saurait se restreindre au simple fait migratoire. Les phénomènes d'errances et d'exclusions, d'exils intérieurs, mènent aussi à s'interroger au plan des réponses institutionnelles. Les questions cliniques concernent d'une part la dimension de l'offre clinique, mais aussi et encore renvoient-elles chaque clinicien psychanalyste à penser et éprouver comment il peut entendre de nouvelles modalités d'inscription des subjectivités dans l'espace et le temps.

La dimension même d'une anthropologie du monde contemporain se réalise au plan d'une souffrance singulière, chez des sujets le plus souvent présentés comme des sujets *sans* (sans lieux, sans papiers, sans collectifs, errants, exilés ou exclus). Une interrogation sur le collectif n'en fait que davantage retour, non sans virulence. C'est dans ce contexte que des psychanalystes et des anthropologues pourraient reprendre les fils d'un dialogue fait de beaucoup de faux espoirs, de malentendus et riche d'incontestables provocations et échanges réciproques.

Aujourd'hui les cliniciens sont pris dans des confrontations interculturelles de plus en plus denses. Et l'accroissement de leurs terrains d'études et d'exercices ne les conduit pas toujours à remettre en cause des schémas anciens et des préjugés tenaces. Il en va ainsi des habituelles notions d'enculturation ou d'intériorisation de la norme et/ou de la référence, encore trop acceptées comme allant de soi.

Où porter alors son regard ? D'emblée toute réponse possible à cette question divise. Soit on réclame une théorie de l'inscription univoque du culturel dans le psychisme ou on s'en autorise ; soit, lâchant les certitudes acquises ou attendues, le clinicien se montre attentif au comment de la transmission de la vie psychique d'une génération à une autre -au travers de la création et/ou du symptôme. Une fois qu'on s'est assuré de l'incomplétude du lien psyché et culture, il reste à la démarche clinique à construire comme champ de recherches, ce qui insiste de la dimension du sujet : la reprise et la défiguration des empreintes culturelles entre l'ouvert de la refondation et la répétition de l'archaïque.

C'est ainsi, qu'au plan des cliniques des nouveaux aspects des malaises dans la civilisation, on observe que la diversité des structures familiales, les scénarii variables selon les uns ou les autres des projets de vie, l'impact subi, consenti ou espéré de la modernité, les nostalgies des modèles traditionnels, forment un ensemble de facteurs qui laissent flotter une forte incertitude sur les formes de socialisation et de transmission à venir. *La modernité peut faire trauma, se présenter comme urgence* . Au-delà des effets des migrations, les situations de crise et les mutations, plus ou moins brutales et généralisées mènent à des interrogations sur les phénomènes de retour, sur les mises en fictions nouvelles, sur les refondations. Nos sociétés actuelles connaissent leurs lignes de fracture. Des mondes jadis distingués par leurs oppositions voient se brouiller les frontières qui les contrastaient jusqu'à maintenant SI le moderne est formellement ou idéologiquement opposé au traditionnel, il n'en demeure pas moins que ces deux registres qui interfèrent dans les montages d'identité sont composites et parfois même ambivalents. Cependant, les divers ferments de ces identités ne sont pas reconnus et aimés sur le même plan au regard des formations de l'Idéal.

Pour cette dernière raison, cet aspect actuel du malaise du lien social dépasse tout ce qui a pu être établi des souffrances psychiques dues à l'expérience historique et concrète de franchissement de frontières objectivables pour venir saisir une part importante du lien social contemporain. La mise en exclusion de plus en plus rapide et importante de population autochtone, généralise et radicalise les dimensions politiques et cliniques de l'exil.

Cliniques de l'exil

Aussi, le champ que nous désirons ouvrir peut-il d'emblée connaître deux risques de fermeture. Nous situerons le premier de ces risques comme une "psychologisation" du psychanalytique, attitude réductrice dont le but est de rendre au plus vite autrui définissable et apte alors à recevoir un certain nombre de traitements, par ce biais positifs et légitimés. Et, à mon sens cette "psychologisation" peut emprunter deux voies tout à fait susceptibles de se superposer l'une à l'autre :

D'une part, par adhésion explicite ou non à l'idéologie du développement -celle qu'on a vu culminer avec la psychologie du Moi- et, d'autre part, en faisant fi de la réalité institutionnelle dans laquelle tous : parents, enfants, éducateurs, juges et psy sont engagés, certes, à des titres divers.

En un premier temps donc , cette psychologisation qui est une idéologie mise en pratique. Elle suppose que les idées de base qui soutiennent notre travail et nos décisions sont normatives et que nous soyons sans plus de doute acquis à la conception qu'il existerait un bon développement du moi individuel, familial, social et culturel. On se souvient de Lacan partant en guerre contre tout usage psychologique, normatif et moralisateur de la psychanalyse. Nous connûmes l'Ego-psychologie -avec son aspect naïf et cruel par quoi les théoriciens de cette école (Hartman, Kriss, Loewenstein) supposaient un modèle stable, mûr et achevé de personnalité forte, c'est à dire "adulte"-; et nous rééditons maintenant à peu près les mêmes choses quand nous réclamons des bonnes familles, des bons parents, des bons enfants, des bons migrants aussi fort que nous croyons que ces idéalités existent quasi-naturellement.

Alors nous estimons utile d'affirmer que les concepts fondamentaux de la psychanalyse ne sont pas de pures inventions à transposer aisément sur toutes les scènes. C'est ici que surgit ici la dimension irréductible du dispositif. On ne lit pas la même réalité de l'inconscient quand on travaille sur du collectif et sur de l'individuel. Une institution n'est pas un divan peuplé. La psychologie des foules peut permettre d'élaborer une analyse du moi, mais l'inverse n'est pas vrai pour une raison somme toute fort simple : un collectif ne dispose pas d'image spéculaire. Enfin, une analyse du moi n'est pas une analyse du sujet.

En conséquence, l'exportation de termes comme fantasme ou désir pour rendre compte de productions psychiques de groupe, en institution, par exemple, pose question. Il n'est pas impossible que ce soit dans cette réduction de l'inter-psychique à l'intra-psychique que se joue la seconde forme de psychologisation de la psychanalyse. De la sorte, la psychanalyste - et des psychanalystes qui se prêtent à cela- deviennent des machineries réduites à l'application d'une batterie de concepts cardinaux (susceptibles de tout interpréter, sur le même plan) . Voyez comme il est facile de mettre le mot désir à toutes les sauces, et comme il est tentant de croire qu'*un désir* se lit d'emblée chaque fois qu'*un acte* excessif ou agressif est posé (ou commis) par tel ou tel parent sur tel ou tel enfant, par exemple ! Or ces actes, c'est non seulement eux que l'on voit et que l'on entend -quand ils ne nous aveuglent ni ne nous assourdissent- mais c'est aussi *à travers eux et entre eux* qu'on peut reconstruire l'ensemble parfois inextricable ou ambivalent des forces désirantes qui sont tapies *derrière*.

Des patients qui viennent nous rencontrer sont porteurs d'une fêlure, d'une fracture ; cette fêlure, cette fracture, il faut l'entendre. Si on les réduit à une identité culturelle, on ne peut pas entendre cette fêlure, on ne peut pas entendre cette fracture et on ne peut pas entendre les efforts inouïs, pas pour faire bien, les efforts pour faire passer leur désir de vivre, qui font que ces sujets vont nouer ensemble des espaces, des lieux, telle une maman africaine, qui peut venir présenter sa fille à une consultation de PMI que dirigeait Claude Boukobza - magnifique clinicienne qui me fait l'honneur de demander d'assister à ses consultations quand il y avait des femmes africaines, -, et bien, ces femmes apportaient le petit cordon de ficelle qui contenait dans une petite poche de cuir deux ou trois versets du Coran ; bien sûr, elles montraient comment autour du nombril on avait, très délicatement, fait quelques légères scarifications en carré, mais en même temps, elles apportaient le stylo avec lequel elles avaient signé quelque chose du livret de famille ; en même temps, elles disaient, c'est formidable parce que j'ai pu acheter le même tabouret, la même taille, la même couleur, celui sur lequel mon enfant s'est assis quand il a été reçu pour la première fois en consultation.

Donc, oui, il y a un énorme effort de tissage, c'est peut-être ça l'expérience « exilante » qui fait que ce que nous entendons, c'est la façon dont ils prennent appui sur, non seulement les références culturelles, mais les bords de la catastrophe à laquelle ils ont échappé et peut-être des idées de vivre d'autres espoirs, d'autres amours, d'autres désirs, que ceux auxquels ils seraient « culturellement programmés ».

Délaissant tout mon intérêt transitoire pour ce qui pourrait ressembler à l'antique et désuète psychologie des peuples, je me suis tourné vers l'anthropologie des mondes contemporains, à la suite de mes lectures de Marc Augé. Il me semblait que cette anthropologie critique a produit des catégories d'analyse et de savoir ethnologique intégrant les dimensions économiques et politiques dans l'analyse des situations de changement social et culturel rapide. S'y indiquait un autre surgissement d'importance pour moi, psychanalyste, celui d'un « désir » de l'anthropologue que je situai et situe comme un désir à l'affût des bouleversements sociaux et subjectifs. Un tel désir porte l'anthropologue du contemporain à être responsable des conséquences que ces bouleversements avaient sur ses engagements intellectuels. Furent congédiés les miroirs de l'exotisme et abandonnées les réifications d'écriture et de témoignage auxquels menaient un tel attrait pour l'exotisme. Cette nouvelle position épistémique et cette nouvelle situation subjective de l'anthropologue pouvait rejoindre ce qui, dans le désir du psychanalyste, se porte à accueillir et à donner lieu à des altérités non prévisibles. Je me suis senti confiant dans la dynamique de ces anthropologues soucieux d'appréhender la position objective et subjective qui était la leur dans la production responsable de connaissances. Cet apport réflexif ne fut pas sans incidences sur ma pratique comme vous allez le lire.

Psychologue clinicien à l'E.P.S. de Ville-Evrard, psychanalyste « en cabinet » je fus souvent – et le suis encore- devant des femmes et des hommes venant de leurs histoires prises dans les déflagrations du socle traditionnel de leurs cultures. Que ce soient les cultures bambaras remodelées par les remuements contemporains de l'histoire du Mali et l'urbanisation grandissante ou encore les cultures khmères du Cambodge. Je fis rencontre de cambodgiens fidèles à ce qui perdurait de convictions bouddhistes pas trop délabrées par les atrocités du génocide cambodgien, mais tout en vivant des rapports profondément bouleversés à l'ancestralité naguère incontestable garante de la solidarité entre les générations. Souvent alors me trouvais-je tараудé par le défi suivant : « Comment entendre les divers codes culturels dont une parole est porteuse, les répétant, les invoquant certes mais les refusant plus souvent qu'on ne le dit lorsque l'on fétichise ladite différence culturelle » ?

La diversité des approches cliniques en situation interculturelle est de plus en plus reconnue. Des chercheurs et des praticiens inscrivent aussi dans leurs réflexions et leurs initiatives le souci de faire place à une clinique de l'expérience du déplacement, dans la mesure où ce genre d'expérience trouble et métisse le rapport des sujets à leurs origines. Il convient encore de ne pas oublier que de nombreux jeunes d'origine étrangère et leurs parents consultent des thérapeutes dans le cadre standard des dispositifs de soin de type "secteur" ou dans le privé, à leur initiative, ce qui donne lieu à des échanges et des réflexions de travail entre psychanalystes et psychothérapeutes français et étrangers. Certains migrants peuvent être curieux, légitimement curieux, d'"essayer" nos systèmes thérapeutiques autochtones. Ils peuvent être curieux de l'étranger que nous sommes pour eux, si nous acceptons l'échange et abandonnons pour cela notre position de maître. C'est donc de façon assez générale que confrontée à la

dimension d'altérité de et dans la culture, la démarche clinique affine son rapport à ses objets et à ses pratiques, glissant de l'approche culturaliste à une volonté de pouvoir opérer avec la dimension culturelle au singulier afin d'accueillir le travail que les forces exilantes opèrent dans la subjectivation et dans le traitement que des sujets font des institutions.

C'est ainsi que nous sommes interrogés par toute rencontre avec qui nous semble non seulement étranger, mais souffrir de et de son étrangeté même. Certes, le clinicien sait bien qu'un message ne se réduit pas à son énoncé que certains faits cliniques insistent quelles que soient les biais par lesquels ils s'expriment, et si, aujourd'hui, les formes d'autismes et ou schizophrénies les plus sévères se ressemblent à la surface du globe ce peut-être en raison de l'uniformisation des modes de prise en charge qui sont liées à la diffusion internationale de normes globales de santé et d'intervention sanitaire. Pour autant, la rencontre avec l'exilé, le migrant et le réfugié peuvent être sources d'un doute bien venu. Allons-nous péjorer par un codage psychopathologique des façons de dire, de croire et de faire qui n'ont rien d'anormales ou d'aberrantes chez tels ou tels personnes de telles ou telles cultures ? Notre façon de faire, recevoir, parler, isoler le souffrant des siens, est-ce exercer une méthode thérapeutique efficace et centrée sur le sujet, ou, à l'inverse, une façon rude d'amputer telle ou telle personne de la polyphonie de groupe qui est censée la soutenir et souvent parler avec lui. L'isoler dans la rencontre singulière avec un psychanalyste, fut-il ce dernier frotté d'anthropologie, est-ce une reconnaissance des droits « ego » ou une stigmatisation supplémentaire, un redoublement d'exil par la haute solitude ?

Mais aussi, penser, que la vie et les mœurs des migrants, soient ici, comme entièrement fondés dans un creuset traditionnel, n'est-ce pas au fond les éloigner plus encore du sens de leur participation à un collectif, les ghettoïser dans un mouvement de compassion redoutablement excluant ?

À dire vrai, cela fera plus d'un quart de siècle que des hommes, des femmes et des enfants qui viennent d'ailleurs ou vivent au lointain, me rencontrent me parlent de leurs souffrances, de leurs espoirs, de la façon dont ils vivent, interprètent et commentent leur situation dans le monde. C'est à chaque fois, tout un puissant bricolage, où les éléments du bâti traditionnel ancien se voient reconsidérés, acceptés à nouveaux frais ou refusés, comme un matériel problématique et non comme un bouillon identitaire. C'est aussi à chaque fois que la dimension du statut politique du sujet est mise au premier plan, lorsqu'il évoque l'importance d'être soigné et/ou accompagné dans une institution républicaine du pays d'accueil, ou à ces moments où les engagements politiques et leurs coûts sont évoqués, où lorsque l'impact des deux guerres mondiales dans la généalogie, les bouleversements des idéaux est abordé. Il me fallut entendre ces patientes et décisives élaborations.

Il s'agit bien de prendre la mesure du fourmillement des recompositions identitaires, des nouvelles fabrications des altérités et d'analyser les processus de métamorphoses, d'hybridation et d'inventions des références qui fourmillent aujourd'hui dans les contacts de société et de culture, mais de situer également le risque réel des radicalisations et des clivages.

En ce sens le projet d'un rapport renouvelé entre clinique et anthropologie est celui de l'examen critique des productions d'altérité et d'identité dans notre modernité et mon propos est d'inciter mes collègues et amis chercheurs et praticiens de terrain à entreprendre une déconstruction critique de ces deux catégories (altérité et identité) très et trop souvent posées comme des évidences quasi-« naturelles » et qui jouent à chaque fois qu'une rencontre avec l'autre est en

jeu. L'altérité travaille et subvertit la différence, elle met en crise toute identité. L'histoire se réveille, se reprend, elle ne s'efface pas, elle s'assume.

En quoi la psychanalyse est-elle concernée ?

Lire les commentaires que chaque psychanalyste d'exception, depuis Freud et la fondation de la discipline, a pu faire des thèses majeures de l'anthropologie, étudier les quelques références tantôt profondes ou tantôt allusives que des anthropologues ont échafaudé à partir de quelques-unes des thèses des psychanalystes mène à poser que la psychanalyse est aussi le nom de l'étude de la logique inconsciente qui joue dans les liens humains naviguant à la godille de la névrose de transfert aux liens sociaux plus ou moins institués.

A rebours d'une tentation assez forte en France qui réduit la psychanalyse à une simple clinique de l'individu, ou même l'assigne à ne plus figurer que comme un complément humaniste de la psychiatrie, il convient de redire à quel point le fondateur de la psychanalyse, Sigmund Freud, a su prendre appui sur la sociologie, l'ethnographie, l'anthropologie religieuse et l'anthropologie du lointain pour affirmer une concordance forte entre le psychisme singulier et les phénomènes collectifs. Que ses sources n'aient pas toujours été les plus actuelles qu'un savant de son époque aurait pu compiler est aussi un fait dont il importe d'examiner les raisons et les conséquences, mais cela n'entrave pas grandement l'incise de la spéculation psychanalytique sur le champ anthropologique, et qui est bien de mettre au jour ce qui entame la relation de soi à autrui : soit la dimension du malaise inhérente à toute forme de civilisation. Ce malaise implique la lutte entre les exigences du travail de la culture et la jouissance singulière du symptôme.

Comment le sujet de l'histoire, jamais réductible à quelque assignation que ce soit vient-il troubler tous les dispositifs qui veulent le réduire à une seule identité ? Cette question est concrète et il nous revient, nous praticiens, d'en prendre au plus possible la mesure en étudiant ce que nos propres dispositifs de consultations et de recherches produisent comme figures d'identité et d'altérité.

Revenons à ce que nous apprennent les patients.

De plus en plus des hommes et des femmes vont décider de leur destinée dans un site qui n'est plus celui de leur naissance ou celui de la naissance de leurs parents. S'ils emportent avec eux des croyances et des rites, ils construisent aussi pour la plupart d'entre eux un désir d'ailleurs, de nouveaux liens. Un désir d'inscription dans un site inédit, prometteur pas assez, décevant parfois, cruel souvent aussi il est vrai.

Alors notre choix est clair, soit le psychanalyste se mue en expert de la culture ou des cultures autres (et à quel titre le ferait-il ? les anthropologues sont bien plus modestes), soit il défend une théorie de son cadre de travail en extension. Cette seconde option repositionne les conditions par lesquelles un psychanalyste respecte l'essentiel de sa tâche : s'adresser à la subjectivité qui cherche ses voies de déplacement et de légitimation. Les migrants que j'ai accueillis, dans mon cabinet de psychanalyste à Paris, ceux que j'ai accompagnés lors de leurs hospitalisations en psychiatrie, dans l'Etablissement Psychiatrique Spécialisé de Ville-Evrard, ne font pas que rechercher le « fond » culturel qu'il serait violent de dénier mais tout aussi violent de leur attribuer comme unique résidence psychique. Ils tentent d'écrire des métaphores

nouvelles de leur lien à la génération, à l'histoire, ils tentent de traduire autrement que par des codes tenus si hâtivement pour traditionnels les symptômes dont ils disent souffrir.

Conclusion

Notre rapport à l'autre, à l'alter, à ses figures est dépendant du discours politique actuel.

Nous ne pouvons ici que refuser l'effet aliénant du discours marchand actuel et de la violence politique qui l'accompagne

Conclure...

Ne croyons pas pour autant la partie jouée ; en effet, le sujet de l'inconscient (ou dit tel) ne saurait être entendu et accueilli sans que l'on répare la possibilité pour la personne de se trouver à nouveau reconnu et défendu comme sujet du droit. C'est ainsi que les cliniques de l'exil, ou plus exactement des effets de l'exil, ne peuvent être une « spécialité du psychanalyste ». Osons une boutade. Si pour une approche de métapsychologie angélique nous sommes tous des exilés de l'intérieur chaque instant de notre pratique nous met sous les yeux que nous n'avons pas tous le même rapport au ministère de l'Intérieur. Nous ne travaillons et élaborons qu'avec d'autres collègues qui réparent les autres dimensions et lieux du sujet, dans sa famille, dans le lien social que forment des pratiques thérapeutiques et éducatives, dans la condition des exilés face aux dispositions et aux dispositifs administratifs et légaux.

Un mot toutefois encore, sur ce qu'apprend le psychanalyste immergé dans ces situations et éprouvant que son désir d'analyste le met au côté de qui tient pour une de nos constituantes subjectives et politiques les plus essentielles le devoir d'hospitalité. Nos repères se brouillent. L'œdipe réduit à une cartographie sociologique s'est perdu en chemin. La culture réduite à un bouillon où l'on doit séjourner pour son plus grand bien, fuit de toutes part, et par les violences et par ce qui survit de ces violences, soit le désir vivant d'aller vers le grand Ailleurs, désir qui frémit en chacun. Qui se souvient qu'un des termes majeurs de la métapsychologie freudienne est le « déplacement »

Cette clinique réciproque, pour quoi je milite encore marque une résistance à ce qui est en péril pour chacun lorsque le sujet est exclu d'un champ politique, économique, social. Là se situe les coordonnées de la responsabilité du psychanalyste en face de ce Réel qui est celui des nouveaux modes de subjectivation des sujets pris dans les violences de l'actuel et qui peuvent trouver assise dans l'accueil que nous leur donnons, là où nous travaillons, et également au sein de nos institutions républicaines, là où nous les accompagnons souvent et les soignons, parfois.

Références

- Althabe, G. (1992), Vers une ethnologie du présent, in Althabe G., Fabre D, Lenclud G., , *Vers une ethnologie du présent* Ed. de la Maison des sciences de l'homme, Paris, 1992 : 247-257
- Augé, M. (1994), *Conditions*, Paris Fayard
- Devereux, G., (1970), *Essais d'ethnopsychiatrie générale*, Paris, Gallimard
- Devereux F ; (1972), *Ethnopsychanalyse complémentariste*, Paris, Flammarion
- Douville O. (2009) *Chronologie de la psychanalyse du temps de Freud*, Paris, Dunod

- Douville, O. (2014), *Les Figures de l'Autre. Pour une anthropologie clinique*, Paris, Dunod, 2014
- Douville, O. (2021), D'une crise de l'hospitalité, dimensions cliniques et politiques de la demande d'asile, in Dimitriandis Y., Douville O., Pestre E., *Trajets et sites de l'exil : psychanalyse et politique*, Paris, Langage/Université de Paris, CRPMS, pp 11-35.
- Figures de la psychanalyse, Logos/Ananké, 29, : « Le langage et l'œdipe », Toulouse Eres, 2015
- Freud S ; 1905 Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie. O.C. X Paris PUF, 2006 pp 59-181
- Freud S. 1908 Die «kulturelle» Sexualmoral und die moderne Nervosität, O.C. VIII Paris PUF 2006, pp 195-219
- Freud S. 1912–1913 Totem und Tabu, O.C. XI Paris PU, 1998, pp 189-315,
- Freud S. 1939 Der Mann Moses und die monotheistische Religio, O.C. XX Paris PUF X, pp 75-218
- Hours B., Selim M. (2012) : *Anthropologie politique de la globalisation*, l'Harmattan, *Journal des Anthropologues*, (1996) n° 64-65 Printemps-été 1996, dossier "Anthropologie et Psychanalyse »
- Lévi-Strauss C. (1949) *Les Structures élémentaires de la parenté*, Paris, Mouton
- Ortigue M.-C. et L. (1984) *Œdipe africain*, réed.Paris, L'Harmattan, 1984
- Pradelles de Latour, C.-H ; *La dette symbolique, Thérapies traditionnelles et psychanalyse*, Paris, EPEL, 2014
- Schneider, M. (2011), *La détresse aux sources de l'éthique*. Paris, Fayard
- Sohrwardi (1976) : *L'Archange empourpré. Quinze traités et récits mystiques*. traduits du persan et de l'arabe par H. Corbin. Paris, Fayard, 1976.

© 2023 DOUVILLE, licensee Bamako Institute for Research and Development Studies Press. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>)

Publisher's note

Bamako Institute for Research and Development Studies Press remains neutral regarding jurisdictional claims in map publications and institutional affiliations.



Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, Volume 5 (1)

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

Received, 18 October 2022

Accepted, 27 March 2023

Published, 7 April 2023

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

Research

Déterminants socio-économiques et demande de soins parodontaux à la clinique de l'Institut d'Odontologie et de Stomatologie de Dakar

Mbathio Diop^{1*}, Mamadou Lamine Guirassy², Amadou Dieng¹ Serigne N. Dieng¹, Cheikh Mouhamadou Mbacké Lô¹

1 Service de santé publique, Institut Odontostomatologie, Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontologie et de stomatologie, Université Cheikh Anta Diop, Dakar, Sénégal

2 Service de parodontologie, Institut Odontostomatologie, Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontologie et de stomatologie, Université Cheikh Anta Diop, Dakar, Sénégal

*Correspondance : email : diopmbathio@yahoo.fr/ Tel :00221775280200

Résumé : Les maladies parodontales causes majeures de la perte des dents, sont très fréquentes. Elles touchent près de 10 % de la population mondiale. L'objectif de cette étude était de décrire les déterminants socio-économiques et la demande de soins parodontaux à l'Institut d'Odontologie et de Stomatologie (IOS) de Dakar. Il s'agissait d'une étude descriptive et rétrospective menée auprès des patients ayant été consultés au service de parodontologie de la clinique Odontologie de Dakar. Les données étaient recueillies à partir des dossiers médicaux du 14 octobre 2019 au 28 mars 2020. Les outils utilisés pour collecter et traiter les informations étaient le logiciel Sphinx et le tableur Excel. Les résultats ont montré que sur les 452 dossiers des patients, 62% étaient de sexe masculin et 65% étaient âgés entre 20 et 40 ans. Plus de la moitié (53%) des patients habitaient à moins de 5 km de la structure de soins et 72% des patients avaient un revenu mensuel inférieur à 100000 FCFA. Le profil épidémiologique, montre que la gingivite (61%) suivie des parodontites (35%) étaient les pathologies les plus diagnostiquées. Près de 45% des patients étaient venus pour un motif fonctionnel. La proximité avec les structures de santé, le revenu, le coût du traitement sont des facteurs qui influencent l'accessibilité aux soins bucco-dentaires. Il est important d'intégrer le profil du consommateur de soins dans la prise en charge globale.

Mots clés : Déterminants sociaux ; demande ; soins parodontaux ; clinique odontologie ; Sénégal.

Abstract : Periodontal diseases, major causes of tooth loss, are very common. They affect nearly 10% of the world population. The objective of this study was to describe the socio-economic determinants and the demand for periodontal care at the Institute of Odontology and Stomatology (IOS) in Dakar. This was a descriptive and retrospective study conducted among patients who were consulted at the periodontology department of the Odontology Clinic in Dakar. Data were collected from medical records from October 14, 2019 to March 28, 2020. The tools used to collect and process the information were the Sphinx software and the Excel spreadsheet. The results showed that of the 452 patient files, 62% were male and 65% were between 20 and 40 years old. More than half (53%) of the patients lived less than 5 km from the health care facility and 72% of the patients had a monthly income of less than 100,000 FCFA. The epidemiological profile shows that gingivitis (61%) followed by periodontitis (35%) were the most diagnosed pathologies. Nearly 45% of patients came for a functional reason. Proximity to health facilities, income, and cost of treatment are factors that influence accessibility to oral health care. It is important to integrate the profile of the health care consumer into the overall care.

Key words: Social determinants; demand; periodontal care; dentistry clinic; Senegal.

1. Introduction

Les maladies bucco-dentaires, notamment les caries et les parodontopathies, comptent parmi les affections les plus répandues dans le monde. Elles touchent toutes les couches de la population (OMS, 2012). Selon l'OMS, les parodontopathies, causes majeures de la perte totale des dents, concernent 267 millions de personnes dans le monde ; elles touchent près de 10% de la population mondiale (OMS, 2022). En Afrique de l'Ouest, les atteintes parodontales sont très diversement appréciées selon les pays. Au Mali, l'étude de Ba et al a rapporté une prévalence de 41,5 % de maladies parodontales chez les patients en consultation en omnipratique au CHU- OS de Bamako (BA, 2018). Guirassy et al ont trouvé chez les militaires sénégalais une prévalence de 69,5% de parodontite contre 23% de gingivites induites par la plaque (Guirassy, 2020). Cette prévalence des pathologies parodontales nécessite une prise en charge de qualité. Cette dernière passe par la disponibilité de l'offre de soins. Cependant, les résultats de Diop et al mettaient en évidence une inégale répartition des chirurgiens-dentistes du secteur public sur l'étendue du territoire, avec 69% exerçant dans la seule région de Dakar (Diop, 2020). Cette offre de qualité est fortement influencée par un financement de la santé adéquat. Cependant, la part de la population par les paiements directs est non négligeable. L'étude de Diop et al sur les ménages sénégalais révèle que 78,2% paient directement les soins bucco-dentaires (Diop, 2017). Ces paiements pourraient entraîner des dépenses catastrophiques de santé et in fine l'appauvrissement de la population.

C'est dans ce contexte que l'étude sur les caractéristiques propres aux usagers joue un rôle important pour lever les barrières qui entravent la consommation de soins. L'objectif de cette étude était de décrire le profil des consommateurs des soins parodontaux à la clinique d'Odontologie de Dakar.

2. Matériaux et Méthodes

2.1. Cadre et population d'études

L'Institut d'Odontologie et de Stomatologie est le premier centre de formation publique des odontologistes de l'Afrique francophone. Il assure l'enseignement des cinq années menant au doctorat d'État de chirurgie dentaire. L'Institut d'Odontologie et de Stomatologie fait partie intégrante de l'université Cheikh Anta DIOP et est un Département de la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontologie et de Stomatologie. Ses missions s'articulent sur des modèles d'enseignement, de recherche et de formation dans le cadre du système qui allie la théorie à la pratique. L'institution dispose de spécialistes dans tous les domaines de l'Odontologie. Il s'agit d'odontologie conservatrice et endodontique, d'orthodontie, de la prothèse, de la santé publique, de la chirurgie buccale, d'odontologie pédiatrique, de la parodontologie et de la radiologie. Cependant, l'étude s'est déroulée dans la clinique de parodontologie qui comporte six fauteuils dentaires.

Elle a consisté à réaliser une enquête exhaustive sur tous les dossiers des patients consultés dans le service durant la période des activités cliniques de l'année académique 2019-2020. La taille d'échantillon est de 452 dossiers.

2.2. Type d'études et critères de sélection

Il s'agissait d'une étude descriptive et rétrospective

Les critères de sélection sont listés ci-dessous :

- dossiers des patients en consultation à l'institut d'Odontologie de Dakar ;
- dossiers des patients présentant des problèmes parodontaux ;
- dossiers des patients avec diagnostic établi et validé par un enseignant du service de parodontologie.

2.3. Variables

Les données épidémiologiques recueillies étaient les caractéristiques sociodémographiques et cliniques. Les caractéristiques sociodémographiques ont été estimées par l'âge, le sexe, le revenu et la distance parcourue. L'âge est recueilli en année et divisé en trois modalités (< 20 ans, [20 à 39], [40 à 59], > 60 ans ; le sexe (Homme/Femme) ; le revenu mensuel correspond à l'ensemble des gains

mensuels de l'individu évalué en FCFA, il est divisé en six catégories (< 50 000, [50 000 à 100 000], [100 001 à 150 000], [150 001 à 200 000], [200 001 à 300 000], 300 000 et plus) et la distance parcourue correspond à la distance estimée en Km, entre le domicile et l'IOS, elle est formée de six modalités (Moins 5 Km, [5 à 9.9], [10 à 14.9], [15 à 20], [20 à 25], 25 et plus). Le coût du traitement a été réparti par plusieurs modalités qui varie de moins de 10 000, [10 000 à 20 000], [20 001 à 30 000], [31 001 à 40 000], [40 001 à 50 000], [50 001 à 60 000], 60 000 et plus.

Les observations cliniques renvoient au motif de la consultation et au type de pathologie parodontale diagnostiquée. Ce dernier traduit la prévalence de la gingivite et de la parodontite

2.4. Collecte et traitement des données

2.4.1. Procédure de collecte

Avant de démarrer l'enquête, une correspondance a été adressée au directeur de Département de l'Institut d'Odontologie et de Stomatologie, afin de solliciter une autorisation qui a été obtenue. De même, la confidentialité des données recueillies dans les dossiers a été respectée. L'étude s'est déroulée durant la période du 14 octobre 2019 au 28 mars 2020.

2.4.2. Outils de collecte et de traitement des données

Les données ont été recueillies de l'exploitation des dossiers des patients consultés dans le service de Parodontologie. Les outils utilisés pour collecter les données étaient des questionnaires. Pour traiter les informations le logiciel Sphinx a été utilisé pour entrer les données et générer des résultats et le tableur Excel a été exploité pour organiser les résultats sous forme de tableaux.

Les données relatives à la distance ont été calculées à l'aide de Google Maps. Pour obtenir les données sur les revenus, un document de l'Agence nationale de la statistique et de la démographie a été utilisé comme référence. Il se trouve dans l'annexe A [ANDS, 2017]. Pour collecter les données, un questionnaire présenté en annexe B a été utilisé. Le logiciel Sphinx a été utilisé pour saisir les données et générer des résultats pour traiter l'information. Le tableur Excel a ensuite été utilisé pour organiser ces résultats sous forme de tableaux. Le logiciel Stat a été utilisé pour effectuer des tests de chi-deux.

Considérations éthiques

Le protocole a été approuvé par le comité d'éthique de l'Université Cheikh Anta Diop. Avant la collecte de données de chaque individu, le consentement libre et éclairé était demandé. A la fin de l'examen clinique, chaque personne bénéficiait d'une séance de motivation et d'enseignement à l'hygiène orale et d'un kit de brosse à dent et de dentifrice. Les informations provenant de chaque individu étaient traitées en toute confidentialité.

2.5. Analyse des données

L'analyse Test de khi-deux entre a permis d'étudier les relations probables entre le coût du traitement et le revenu du consommateur de soins. Le seuil de significativité était fixé à 5%. Egalement, le test de moyenne a rendu possible d'étayer la relation qui existe entre l'âge et le type de pathologies.

3. Résultats

Caractéristiques socio-économiques

Sur les 452 dossiers des patients, 65% des patients appartenaient à la classe d'âge de 20 à 40 ans. L'âge moyen des patients était de 33,45 ans ($\pm 4,16$). Dans l'échantillon, 62% des patients étaient de sexe masculin et 38% étaient de sexe féminin. La majorité des patients (72 %) avaient un revenu inférieur ou égal à 100 000 FCFA. En ce qui concerne la distance entre la structure et le lieu d'habitation, plus de la moitié (53%) des patients habitaient à moins de 5 km suivis 17,70% qui étaient dans un rayon de 5 à 10 km (**tableau I**)

Demande de soins parodontaux

✓ Profil épidémiologique

L'étude a révélé que 45% des patients étaient venus en consultation pour un motif fonctionnel, suivi de 22% pour la référence ensuite 18,2% effectuaient une visite systématique. Enfin, le motif de consultation esthétique a été évoqué par 13,7% des patients. Cette présente étude révèle que la prévalence de maladies était de 61% gingivites et 35% parodontites (**Tableau II**).

✓ Analyse de la significativité de la différence

▪ Age et pathologie

Selon les résultats obtenus, la valeur de p est inférieure au seuil de signification de 0,01 nous pouvons affirmer de façon significative que l'âge moyenne des personnes qui souffrent d'une gingivite et différente de l'âge moyenne de personnes souffrante de parodontite. (**Tableau III**)

▪ Revenu et le coût du traitement

Pour ces données, la valeur de p est inférieure au seuil de signification de 0,01. On peut donc en conclure que les variables sont associées et que le revenu varie en fonction du coût. (**Tableau IV**).

Tableau I : Distribution des caractéristiques des patients selon leurs fréquences

Caractéristiques	Effectif (n=452)	Pourcentage	Moyenne (±Ecart-type)
Sexe			
Homme	280	62%	
Femmes	172	38%	
Age (en année)			
< 20 ans	23	5%	
[20 à 39]	294	65%	
[40 à 59]	108	24%	33,45 ± 4,16
> 60 ans	27	6%	
Distance parcourue (en km)			
Moins 5	239	52,90%	
[5 à 9.9]	80	17,70%	
[10 à 14.9]	64	14,20%	9,63± 26,08
[15 à 20]	12	2,70%	
[20 à 25]	16	3,50%	
25 et plus	36	8,00%	
Revenu (en FCFA)			
< 50 000	76	16,80%	
[50 000 à 100 000]	250	55,30%	
[100 001 à 150 000]	56	12,40%	
[150 001 à 200 000]	29	6,40%	2,4 [100 001 à 150 000] ±1,23
[200 001 à 300000]	19	4,2%	
300 000 et plus	21	4,60%	
NR	1	0,20%	
Coût du traitement (en FCFA)			
Moins de 10 000	312	69,00%	
[10 000 à 20 000]	45	10,00%	
[20 001 à 30 000]	26	5,80%	
[31 001 à 40 000]	33	7,30%	13428,25±13378,90
[40 001 à 50 000]	14	3,10%	
[50 001 à 60 000]	12	2,70%	
60 000 et plus	4	0,90%	

Source : données de l'étude

Tableau II : distribution du profil épidémiologique selon les fréquences

Variables	Effectifs (n=452)	Pourcentage
Motifs de la consultation		
Fonctionnel	203	45%
Référence	99	22%
Visite systématique	82	18,20%
Esthétique	62	13,70%
Urgence	5	1,10%
Réévaluation	1	0,20%
Type de pathologie parodontale		
Gingivites	276	61%
Parodontites	158	35%
Autres	18	4%

Autres* : insertion crétale du frein labial supérieur, dysfonctionnement de l'appareil manducateur...

Source : données de l'étude

Analyse de la significativité de la différence

✓ Age et pathologies

Selon les résultats obtenus, la valeur de p est inférieure au seuil de signification de 0,01 nous pouvons affirmer de façon significative que l'âge moyenne des personnes qui souffrent d'une gingivite et différente de l'âge moyenne de personnes souffrante de parodontite. (**Tableau III**)

Tableau III : Test de moyenne entre l'âge et le type de diagnostic

Group	Obs	Mean	Std, Err,	Std, Dev,	95% Intervalle de confiance	
Gingivite	276	27,75725	0,5739943	9,53591	26,62727	28,88723
Parodontite	158	44,24684	1,196817	15,04375	41,8829	46,61077
combined	434	33,76037	0,6837613	14,24457	32,41646	35,10427
Diff		-16,48959	1,180958		-18,81073	-14,16845
P-value = 0,000						

Source : données de l'étude

✓ Revenu et le coût du traitement

Pour ces données, la valeur de p est inférieure au seuil de signification de 0,01. On peut donc en conclure que les variables sont associées et que le revenu varie en fonction du coût. (**Tableau IV**)

Tableau IV : Test de khi-deux entre le coût et le revenu

Coût	Revenu						Total
	<50 000	> 300 000	[100 000 à 150 000[	[150 000 à 200 000[	[200 000 à 300 000[	[50 000 à 100 000[	
Moins de 10000	50 11.24	17 3.82	36 8.09	14 3.15	14 3.15	180 40.45	311 69.89
[10 000 Å 20 000]	10 2.25	0 0.00	8 1.80	3 0.67	1 0.22	23 5.17	45 10.11
[20 001 Å 30 000]	4 0.90	1 0.22	3 0.67	1 0.22	3 0.67	14 3.15	26 5.84
[31 001 Å 40 000]	5 1.12	3 0.67	7 1.57	2 0.45	0 0.00	16 3.60	33 7.42
[40 001 Å 50 000]	2 0.45	0 0.00	1 0.22	6 1.35	0 0.00	5 1.12	14 3.15
[50 001 Å 60 000]	3 0.67	0 0.00	0 0.00	2 0.45	0 0.00	7 1.57	12 2.70
60 000 et plus	1 0.22	0 0.00	0 0.00	1 0.22	1 0.22	1 0.22	4 0.90
Total	75 16.85	21 4.72	55 12.36	29 6.52	19 4.27	246 55.28	445 100.00

Pearson Chi2 = 59.86 Prob = 0.0010

Source : données de l'étude

4. Discussion

Notre étude réalisée à la clinique parodontologie au département d'Odontostomatologie de Dakar a mis en évidence les caractéristiques sociodémographiques et cliniques des patients.

Sur les 452 dossiers des patients, 65% des patients appartenaient à la classe d'âge de 20 à 40 ans. Ce résultat est comparable à celui de Berthé et al en 2020 qui a rapporté une tranche d'âge de 15 à 44 ans la plus représentée, soit 63,42%. Cette prédominance pourrait s'expliquer par la jeunesse de la société sénégalaise comme l'atteste l'agence nationale de la statistique et de la démographie (ANSD) en 2020 qui dit que l'âge moyen de la population sénégalaise est de l'ordre de 19 ans. Egalement, la patientèle de la clinique de parodontologie est constituée en grande partie par des étudiants vu que son site d'implantation est l'Université Cheikh Anta Diop de Dakar.

Les patients étaient majoritairement de sexe masculin avec une prévalence de 62%. Nos résultats corroborent avec ceux rapportés par l'étude menée par Diawara et al 2018 et Kane et al 2020 réalisées au Mali (Diawara, 2018 et Kane, 2020). Par contre nos résultats diffèrent de ceux décrits par l'étude

de Zouaoui (2021) et Soofi (2020) avec respectivement 56,45% 55,4 % de sexe féminin. (Zouaoui, 2021 et Soofi, 2020)

Par ailleurs, la distribution des patients par distance parcourue est un indicateur clé de l'accessibilité géographique. Dans notre étude, plus de la moitié (53%) des patients habitaient à moins de 5 km de la structure de soins. Nos résultats sont inférieurs à ceux de Berthé et al en 2020 et DIOP en 2018 qui trouvent respectivement des pourcentages de 77,04% et de 81% (Berthé, 2020 et Diop, 2018).

Cela pourrait s'expliquer par la proximité de la structure de santé. Bien que d'énormes efforts aient été constatés dans la construction des infrastructures, il reste beaucoup à faire dans le milieu rural. Cette réalité est confortée par les résultats de Faye et al en qui ont trouvé qu'en milieu rural au moins 52% de la population sont situés à plus de 50 kilomètres entre le domicile et les services dentaires (Faye, 2016).

Le niveau de revenus des patients est crucial dans l'étude pour estimer leur capacité à prendre en charge leurs soins de santé bucco-dentaire. Cette présente étude révèle que 72% des patients avaient un revenu inférieur à 100000 FCFA. Ce résultat s'explique par le fait que beaucoup parmi eux bénéficient de bourse qui s'élève à 50000 FCFA. Le statut social et économique, joue un rôle important dans la fréquentation des structures sanitaires. L'étude de Lô et al en 2016 a montré que les commerçants et les autres (étudiants dans la plupart des cas) fréquentent les établissements dentaires publics respectivement 31% et 11%. Les fonctionnaires fréquentent davantage les établissements privés. (Lô, 2016)

Parallèlement la méconnaissance de la couverture maladie et le taux élevé de l'activité informelle augmentent le paiement direct. Selon Diop en 2017, ce dernier s'élève à 78,3% (Diop, 2017).

Sur le plan clinique, les résultats ont permis de remarquer que près de 45% des patients étaient venus se faire consulter pour un motif fonctionnel, 22% des patients ont été référés 18,2% des patients effectuaient une visite systématique. De plus, le motif de consultation esthétique a été évoqué par 13,7% des patients alors que 1,1% et 0,2% des patients étaient venus respectivement en urgence ou pour une réévaluation.

Cette forte prévalence de motif fonctionnel pourrait s'expliquer par l'inconfort, la difficulté de s'alimenter et la douleur. A cet effet, l'étude de Berthé (2020) a trouvé la douleur comme le motif principal de consultation (78,22%). Ba (2018) a rapporté la douleur avec 46,6%, le saignement 31,4% et la mobilité 10,5%.

Par ailleurs, la relation entre les maladies parodontales et les maladies systémiques est établie. Celle-ci pourrait justifier les références et le motif de visite systématique qui sont respectivement 22% et 18,2%. L'étude de Faye et al., aborde dans le même sens, 95% des spécialistes des maladies chroniques ont référé chacun en 2012 au moins un patient atteint de maladies générales à des chirurgiens-dentistes

(Faye, 2013). Plusieurs auteurs ont montré l'importance d'une bonne hygiène bucco-dentaire dans l'équilibre du diabétique (Kanouté, 2017, Olivier, 2018, Watt, 2020).

Par rapport au motif esthétique qui s'élevait à 13,7% dans cette étude, Azouaoui et al ont trouvé le double soit 29,9 %. Ceci confirme l'engouement que connait cet aspect chez nos patients majoritairement jeunes, de plus en plus demandeurs (Azouaoui, 2020).

Par rapport, au type de pathologie, l'étude a révélé 61% de gingivites et 35% de parodontites. Cette étude est superposable à celle de Guirassy et al (2020) chez les militaires qui a trouvé une prévalence de 69,5% de parodontite contre 23% de gingivites induites par la plaque.

Cette fréquence des tendances des maladies parodontales pourrait s'expliquer par un manque de temps des militaires à faire des visites systématiques mais également passent plus de temps sur le terrain.

Nos résultats montrent que les variables, revenu et coût, sont associées. Plus les patients ont des revenus faibles, plus ils sont exclus dans la prise en charge du détartrage. Plusieurs études ont montré le renoncement aux soins bucco-dentaires pour des raisons financières (Diop, 2018 ; Sangaré, 2012). Cependant, le recours aux soins bucco-dentaires est rendu possible en France grâce à l'assurance maladie obligatoire (AMO) et à l'assurance complémentaire (Sylvie Azogui-Levy, 2017).

5. Conclusion

L'accès aux soins bucco-dentaires est toujours limité. Il est fortement influencé par le profil des consommateurs de soins. Ainsi, il est intéressant d'étudier les déterminants socio-économiques et la demande en soins. L'étude a permis d'apporter une estimation des caractéristiques sociodémographiques des patients et de leur profil épidémiologique. Cette étude a mis en évidence une fréquence élevée des maladies parodontales à l'Institut d'Odontologie et de Stomatologie de Dakar. Les patients sont caractérisés par une population jeune à faible revenu.

Ces données pourraient permettre de définir les besoins de traitement, mais aussi tenir compte du revenu afin d'éviter les dépenses catastrophiques en santé qui appauvrissement davantage les patients. Toutefois l'étude des coûts réels de la prise en charge des maladies parodontales pourrait aider à la prise de décisions afin d'établir des tarifs adaptés au profil des consommateurs de soins bucco-dentaires.

Remerciements

A tout le service de parodontologie du département Odontologie de Dakar particulièrement au chef de service Pr Henri Michel Benoist.

Conflit of Intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts par rapport à cet article. Ce travail a été effectué sur des fonds propres des auteurs

Bibliographiques

Agence Nationale de la Démographie et de la Statistique. (2017) Enquête Régionale Intégrée sur l'Emploi et le Secteur Informel (ERI-ESI) Sénégal. 73-141 pages, Disponible sur https://www.ansd.sn/ressources/rapports/Senegal_ERI-ESI_RapportFinal.pdf

BA M, DIAWARA O, BA B, NIANG A, KOITA H, TOURE A et al. (2018) Contribution de l'étude des maladies parodontales en omnipratique : A propos de 153 cas. *Afriq J. Dent. Implantol.* (11):44-50, Disponible sur <https://revues.imist.ma/index.php/AJDI/article/view/15775/8791>

BERTHE D, NIARE L, SANGARE M, BAMBA S, TRAORE A A, KANE A ST. (2020) Motifs de consultation des patients dans le Service d'Odontostomatologie de l'Hôpital de Kayes en 2018. *MALI SANTE PUBLIQUE. TOME X (1):*79-83

DIAWARA O, BA B, BA M, NIANG A, KANE A, KAYENTAO K, et al. (2018) Oral Hygiene: Knowledge and Practices of Students in Three Quranic Schools in Koutiala, Mali. *Pesqui Bras Em Odontopediatria E clínica integrada.* 18(1): 1-6, Disponible sur <https://pdfs.semanticscholar.org/83be/538e4f3eb7d4323b91c9f9b9e43d4efc4303.pdf>

DIOP M, DIENG SD, KANOUTE A, NDIAYE ML, DIOUF M, LO CMM, FAYE D. (2020) Etude de l'offre de soins bucco-dentaires dans les structures publiques du sénégal. *Rev Col Odonto-Stomatol Afr Chir Maxillo-fac.* 27(4):21-26. Disponible sur https://www.revues-ufhb-ci.org/fichiers/FICHIR_ARTICLE_3075.pdf

DIOP M, KANOUTE A, DIOUF M, NDIAYE A D, LO C M M, FAYE D, CISSE D. (2017) Financial Access to Dental Care Through Health Insurance in Senegal. *Science Journal of Public Health.* 5(5): 359-364.

DIOP M, KANOUTÉ A, DIOUF M, NDIAYE AD, LO CMM, FAYE D, CISSÉ D. (2017) Financial Access to Dental Care Through Health Insurance in Senegal *Science Journal of Public Health.* 5(5): 359-364.

DIOP M, KANOUTÉ A, NDIAYE AD, SOUGOU NM, LO CMM. (2018) Assessment of the accessibility of oral health care of Senegalese households International Journal of Medical and Health Research. 4(8):12-17.

DIOP M, KANOUTE A, DIOUF M, GUIRASSY ML, SOUGOU NM, NDIAYE AD1, LO CMM, FAYE D, CISSE D. (2018) Oral Healthcare Renunciation and Socioeconomic Determinants. Open Journal of Epidemiology. 8:109-116. Disponible sur [10.4236/ojepi.2018.83009](https://doi.org/10.4236/ojepi.2018.83009)

FAYE D, KANOUTE A, LO CMM. (2013) Chirurgiens – dentistes et spécialistes des maladies chroniques : approche intégrée dans la prise en charge des patients au Sénégal. Cah. Santé Publique. 12(1): 37-46. Disponible sur https://www.revues-ufhb-ci.org/fichiers/FICHIR_ARTICLE_1701.pdf

FAYE D, KANOUTÉ A, DIOP M, LÔ C.M, DIOUF M, CISSE D. (2016) The effect of the distance between dental structures and localities on preventing periodontal diseases in Senegalese rural population. Science J Public Health. 4 (5): 381-386.

GUIRASSY ML, KANE AST, THIAM D, DIALLO AM, FALL N, DIOUF A, SECK-DIALLO A, BENOIST HM. (2020) Evaluation des besoins en soins parodontaux de militaires sénégalais sélectionnés pour une mission de maintien de la Paix Au Mali, Rev Col OdontoStomatol Afr Chir Maxillo-Fac, 27(1):27-32. Disponible sur http://revues-ufhb-ci.org/fichiers/FICHIR_ARTICLE_2984.pdf

HUCK O, BUXERAUD J. (2018) Une hygiène bucco-dentaire adaptée pour tous. Actualités Pharmaceutiques. 57(579):18-21, Disponible sur <https://doi.org/10.1016/j.actpha.2018.07.004>

KANE AST, GUIRASSY ML, TOURE K, DIALLO B, DIAWARA O, SITA-CRESPBLA, et al. (2020) Evaluation de l'hygiène buccodentaire des patients consultant le service d'odontostomatologie du centre de santé de référence de ouelessebougou au mali. afr j dent implantol. (17):22-32

KANOUTE A, DIOP M, DANKOKO B.S, FAYE D, LO C.M. (2017) Evaluation of the relationship between oral diseases and glycemic control in insulin dependent diabetic children. Science J Public Health. 5(6):440-445

LEVY SA, LAURE M, LEFEVRE B. (2017) Inégalités d'accès aux soins dentaires. Après-demain. 2(42):30-32

LO C M, DIOP M, FAYE D, KANOUTE A, DIOUF M, CISSE D. (2016) The Determinants of the Use of Oral Health Care Services by Consumers in West Africa- The Case of Senegal. *Science J Public Health*. 4(6):445-450.

OMS (2012) Santé bucco-dentaire. Aide-mémoire N°318. Disponible sur <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/fr>

OMS (2018) Santé bucco-dentaire : les faits principaux. Disponible sur <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>. Consulté le 05/04/22

OMS (2020) Santé bucco-dentaire Améliorer la santé bucco-dentaire dans le cadre des travaux portant sur la couverture sanitaire universelle et les maladies non transmissibles à l’horizon 2030. EB148/8 Disponible sur https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB148/B148_R1-fr.pdf.

SANGARE, A.D., SAMBA, M. AND BOURGEOIS, D. (2012) Illness-Related Behavior and Sociodemographic Determinants of Oral Health Care in Dabou, Ivory Coast. *Community Dental Health*, 29(1):78-84

SOOFI M, YAHYA P, BEHZAD KBEHROOZ H. (2020) Socioeconomic-related inequalities in oral hygiene behaviors: a cross-sectional analysis of the PERSIAN cohort study. *BMC Oral Health*. 20(1):63. Disponible sur DOI: [10.1186/s12903-020-1036-6](https://doi.org/10.1186/s12903-020-1036-6)

WATT, R., SERBAN, S. (2020) Multimorbidity: a challenge and opportunity for the dental profession. *Br Dent J*. 229: 282–286. Disponible sur <file:///C:/Users/HP/Downloads/s41415-020-2056-y.pdf>

ZOUAOUI A, BOUZIANE D, BOUSMAT A, HADJKADOUR I, CHABNI N. (2021) Evaluation de la pratique des mesures de l’hygiène bucco-dentaire chez les patients consultant au service de parodontologie du CHU de Tlemcen. *Rev.Sc.Med d’ORAN*. (3):13-16. Disponible sur https://facmed.univ-oran1.dz/images/N3_RSMO.pdf

© 2023 DIOP, licensee *Bamako Institute for Research and Development Studies Press*. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>)

Publisher's note

Bamako Institute for Research and Development Studies Press remains neutral regarding jurisdictional claims in map publications and institutional affiliations.



Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, Volume 5 (1)

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

Received, 9 January 2023

Accepted, 30 March 2023

Published, 7 April 2023

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

Research

Organisations féminines et pratiques agricoles urbaines des femmes du groupement Yahafiligui de Korhogo dans le Nord de la Côte d'Ivoire

Koffi KONAN^{1,*}, Franck-Gautier GACHA², Sylvanus Innocent N'GORAN¹,
Kouamé Michaël AMANI²

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

²Département de Sociologie, Université Péléforo Gon Coulibaly de Korhogo, Côte d'Ivoire

*Auteur correspondant : konankoffi_456@yahoo.fr, cel : (+225) 0747022537

Résumé

La crise alimentaire qui sévit dans le monde en général et sur le continent africain en particulier a fortement modifié la pratique de l'activité agricole. En effet, cette dernière va connaître une mutation spatiale pour se pratiquer davantage dans le milieu urbain. Ainsi, ce travail de recherche fait-il un diagnostic du transfert de la pratique agricole rurale dans l'espace urbain exercée par les organisations féminines dans la ville de Korhogo. Dans cette perspective, cette étude d'une part, met en exergue le rôle des femmes du groupement Yahafiligui dans la pratique de l'agriculture urbaine à Korhogo et d'autre part, dégage les logiques d'action qui sous-tendent leur implication dans cette activité agricole. Inscrite dans une approche mixte, l'étude intègre un volet quantitatif via un questionnaire et un volet qualitatif à travers un guide d'entretien qui ont été utilisés pour la collecte des données. A partir de l'analyse de contenu, les résultats permettent de reconsidérer l'espace urbain de Korhogo comme un lieu de production agricole. Aussi, cet espace social se présente-t-il comme lieu de transmission du savoir entre aînées et cadettes sociales et de reconstruction socio-économique.

Mots clés : Organisation féminine, Agriculture urbaine, Crise alimentaire, Reconstruction socio-économique, Korhogo.

Abstract

The food crisis that is raging in the world in general and on the African continent in particular has greatly modified the practice of agricultural activity. Indeed, the latter will experience a spatial mutation to be practiced more in the urban environment. Thus, this research work makes a diagnosis of the transfer of rural agricultural practice in the urban space exercised by women's organizations in the city of Korhogo. In this perspective, this study on the one hand, highlights the role of women of the Yahafiligui group in the practice of urban agriculture in

Korhogo and on the other hand, identifies the logic of action that underlies their involvement in this agricultural activity. As part of a mixed approach, the study includes a quantitative component via a questionnaire and a qualitative component through an interview guide that were used for data collection. From the content analysis, the results make it possible to reconsider the urban space of Korhogo as a place of agricultural production. Also this social space presents itself as a place of transmission of knowledge between older and younger social and socio-economic reconstruction.

Keywords: Women's organization, Urban agriculture, Food crisis, Socio-economic reconstruction, Korhogo.

1. Introduction

A l'origine, l'agriculture se pratiquait exclusivement en milieu rural. Dans ces conditions, il paraissait incongru de pratiquer l'agriculture en milieu urbain. « La juxtaposition des termes « agriculture » et « ville » sonne comme un paradoxe de nos jours, tant nos cités se sont artificialisées et déconnectées du contexte rural (P. Mayol et E. Gangneron, 2019, p.8). Cependant, à partir du XIX^{ème} siècle, la pratique de l'agriculture ne se fera plus uniquement dans les zones rurales. C'est dans cet ordre d'idées que L. Perrau (2021) a affirmé que : « la relation entre ville et agriculture » a débuté avec l'avènement de la révolution industrielle. En effet, il soutient en substance que :

Depuis la révolution industrielle, les évolutions urbaines et agricoles ont bouleversé le lien entre la ville et la campagne. Les périphéries des villes sont menacées par le phénomène de la périurbanisation, et leurs espaces agricoles ont perdu leur fonction d'approvisionnement en denrées alimentaires locales (L. Perrau, op.cit., p. iv).

La perte de la fonction d'approvisionnement des denrées par le milieu rural trouve également des éléments de réponses avec la réduction des terres cultivables dans le milieu rural, la pression démographique et les conflits fonciers, qui rendent le climat social rural délétère, occasionnant le départ des jeunes ruraux vers les zones urbaines. Cette situation s'est accentuée davantage avec le réchauffement climatique, dont la conséquence immédiate est la crise alimentaire qui sévit partout dans le monde. Dans ce XXI^{ème} siècle, la pratique de l'agriculture connaît une mutation spatiale avec l'intervention de nouvelles technologies agricoles qui vont révolutionner les pratiques agricoles, avec la technique hors sol, ayant fortement contribué à la déconstruction et à la reconstruction des rapports aux hommes et à l'espace agricole.

Afin de faire face à la question liée à la réduction des terres cultivables et par ricochet à celle de la crise alimentaire, provoquée en partie par l'étalement des villes africaines, les ingénieurs agronomes vont susciter des pratiques agricoles à la périphérie et même à l'intérieur des zones urbaines. Ce constat est corroboré par P. Mayol et E. Gangneron, (idem), qui affirment ceci :

[...], dans certains pays (par exemple à Hanoi au Vietnam ou à Dakar au Sénégal), une partie significative de l'alimentation des habitants et des habitantes, reste produite en ville ou à proximité. C'était vrai aussi pour la France jusqu'à une époque relativement récente.

Comme la littérature le montre si bien, avec les auteurs tels que S. Champagne (1991), D. Diagne et D. Pesche (1995), C. Nyeta (2017), P. Mayol et E. Gangneron (op.cit.), L. Perrau (op.cit.), aucun continent, ni aucun pays n'est en marge de la pratique de l'agriculture urbaine. Elle est présentée par les acteurs du développement comme une alternative face à la problématique de la crise alimentaire, qui sévit dans l'ensemble des pays membres de la FAO, dont la Côte d'Ivoire est membre. Pour la FAO (2022), il est plus que jamais urgent de définir la crise alimentaire comme l'une des priorités et un droit pour tous, au niveau de chaque Etat et des institutions de Bretton Woods. C'est à ce titre, que sur le droit à l'alimentation pour atteindre les objectifs du développement durable, la FAO (op.cit.) fait la précision selon laquelle : « l'alimentation est un droit humain. [...] Ce n'est que lorsque chacun jouira du droit humain à une alimentation adéquate que nous serons sur la bonne voie pour atteindre les Objectifs de Développement Durable »¹. Dans le but donc d'atteindre les objectifs du développement durable assignés par la FAO (op.cit.), les Etat membres ont adopté des résolutions, dont la pratique de l'agriculture urbaine.

En Côte d'Ivoire, l'agriculture urbaine se pratique partout, y compris dans les grandes villes comme Abidjan, Bouaké, Daloa et Korhogo. La ville de Korhogo est une ville naissante du point de vue de la modernisation, qui connaît un élan de développement avec l'exécution du programme présidentiel d'urgence. Ce programme a permis à cette ville du Nord de la Côte d'Ivoire de renforcer l'administration publique en personnel et des infrastructures relativement modernes. La ville de Korhogo dispose de nombreuses infrastructures, entre autres : une université publique, des directions régionales, un centre hospitalier régional. En dépit de cette mutation administrative et infrastructurelle, en vue d'améliorer les conditions de vie et de travail des populations, la ville de Korhogo n'a pas rompu avec son activité traditionnelle principale qu'est l'agriculture, en général et l'agriculture urbaine en particulier. Au contraire, elle connaît une prolifération de cette forme d'agriculture. L'agriculture urbaine est pratiquée par divers acteurs dont des groupements féminins. Parmi ces groupements, figurent le Katana des femmes du quartier Natio-Kobadara, le Chigata et le Yahafiligui des femmes productrices de maraichers et de vivriers du quartier Sinistré.

Cette pratique de l'agriculture en milieu urbain et la problématique de la délocalisation et de la relocalisation de l'agriculture du rural vers la ville constitue un paradoxe. En effet, de nombreuses femmes fédérées autour des organisations féminines comme le groupement Yahafiligui s'adonnent à cette pratique agricole au sein de la ville de Korhogo.

Ainsi deux constats se dégagent-ils. Le premier porte sur la persistance de la pratique agricole dans la ville de Korhogo et le second sur la forte féminisation de cette activité. Dans ces conditions, il apparaît nécessaire de s'interroger sur le déplacement de l'agriculture du rural

¹ FAO (2022) <https://www.fao.org/right-to-food/resources/resources-detail/fr/c/1453723/>

vers la ville de Korhogo et également le rôle de la femme dans ce secteur. Alors, il se pose la question de savoir ce qui explique la persistance de la pratique de l'activité agricole urbaine dans la ville de Korhogo. Par ailleurs, pourquoi les pratiquants de cette activité sont-ils majoritairement des femmes fédérées dans des groupements ? Ces interrogations permettent de questionner les femmes membres du groupement Yahafiligui afin de connaître leur rôle dans la pratique de l'agriculture urbaine à Korhogo, mais aussi et surtout de dégager les logiques d'actions qui sous-tendent leur forte implication dans cette activité agricole.

2. Matériel et méthodes

Le volet théorique de cette recherche implique deux approches théoriques que sont : la théorie sociologique des organisations et la théorie du développement urbain. En ce qui concerne la théorie des organisations, elle s'intéresse au traitement de la complexité des interactions, des processus et des évolutions au sein des organisations (M. Barabel, O. Meier et T. Teboul, 2013). Aussi, la théorie des organisations tient-elle « compte de l'évolution de la vie des organisations, sur le plan social (théorie de la structuration évolutionniste et post-moderniste), humain (théorie des conventions) et professionnel (sociologie du travail) » (M. Barabel, O. Meier, T. Teboul, op.cit.)². Quant à la théorie du développement urbain, elle s'intéresse à la « critique des développements théoriques récents sur la nature de la croissance urbaine » (M. Dimou et A. Schaffar, 2011, p.179). Dans cette approche, la théorie du développement urbain établit une « relation entre la croissance démographique d'une ville et la taille de sa population, synonyme du volume d'externalités positives ou négatives présentes » (M. Dimou et A. Schaffar, *ibid.*).

Le volet empirique s'est déroulé de novembre 2019 à mai 2020, dans la commune urbaine de Korhogo, précisément dans les quartiers Sinistré, Téguré, Haoussabougou et Natio Kobadara. Ces quartiers étaient autrefois des villages environnants de la commune de Korhogo. En effet, ces villages, qui sont devenus des quartiers de la commune de Korhogo, du fait de l'étalement de la ville, étaient au départ, des terres cultivables de différents chefs de famille de ces villages. Le choix de ces quartiers est également légitimé d'une part par la densité de la pratique de l'activité agricole et par la densité de la population dans ces quartiers de la ville de Korhogo. Cette étude qui s'intéresse à la pratique de l'agriculture en milieu urbain concerne nécessairement une certaine catégorie de personnes que sont : les femmes productrices de maraîchers et vivriers du groupement féminin Yahafiligui de Korhogo, les chefs de quartiers et de communautés, les agents de l'ANADER, des agents de la mairie, des agents de la direction régionale de l'agriculture. L'étude a mobilisé la technique d'échantillonnage par contraste pour les données qualitatives. En ce qui concerne les données quantitatives, il a été prévu d'interroger l'ensemble des femmes membres du groupement Yahafiligui, excepté la présidente, la secrétaire et la trésorière à qui un guide d'entretien a été administré. Ainsi 86 femmes ont-elles été interrogées lors de l'administration du questionnaire contre 13 personnes ressources via le guide d'entretien, dont : 03 représentantes du groupement, 02 chefs de

²<https://www.cairn.info/les-fondamentaux-du-management--9782100589319-page-113.htm?contenu=article>

quartiers, 02 chefs de communautés, 02 agents de l'ANADER, 02 agents de la mairie et 02 agents de la Direction Régionale l'Agriculture de Korhogo.

Le questionnaire et le guide d'entretien ont été élaborés sur la base des résultats escomptés de l'étude. Ainsi quatre thématiques ont-elles été dégagées pour la construction des outils de collecte des données à savoir : (i) identité des enquêtés, (ii) la dynamique des groupements associatifs féminins dans la pratique agricole à Korhogo, (iii) les déterminants socio-culturels de la pratique agricole dans la ville de Korhogo, (iv) les besoins et la pratique agricole dans la ville de Korhogo. Les données quantitatives collectées ont été traitées à l'aide du logiciel statistique Sphinx. Ce logiciel de dépouillement rapide a permis le croisement des variables telles que : l'âge, la situation matrimoniale, le nombre d'enfants et le cursus scolaire des femmes membres du groupement. Le croisement de ces variables a permis de déterminer l'influence de celles-ci sur la participation des femmes membres du groupement à la pratique de l'agriculture urbaine. En ce qui concerne les données qualitatives, elles ont été traitées de façon manuelle. Elles ont été retranscrites de façon systématique en lien avec les différentes thématiques en fonction des résultats de l'étude. Ces données ont fait également l'objet d'une analyse de contenu en fonction des différentes thématiques contenues dans le guide d'entretien. Ainsi l'analyse de contenu a-t-elle été jugée pertinente dans le cadre de cette étude dans la mesure où elle a permis de mettre en exergue les représentations symboliques, idéologiques et axiologiques que les personnes interrogées associent à la pratique de l'agriculture urbaine dans la ville de Korhogo.

3. Présentation des résultats de l'étude

3.1. Caractéristiques des enquêtées

Les caractéristiques des femmes enquêtées portent essentiellement sur la tranche d'âge, la situation matrimoniale, le nombre d'enfants et le cursus scolaire. Les femmes issues du groupement Yahafiligui de Korhogo sont relativement jeunes, comme l'atteste le tableau n°1. Les données du terrain montrent que 97% des femmes exerçant l'agriculture urbaine dans la ville de Korhogo sont issues du groupe ethnique sénoufo, contre 3% issues du grand groupe Akan.

Tableau n°1 : Répartition des femmes selon la tranche d'âge

Tranche d'âge	Valeur absolue	Valeur relative
[18-25ans]	21	24,40%
[26-35 ans]	22	25,60%
[36-45 ans]	22	25,60%
[46 ans et plus]	21	24,40%
Total	86	100,00%

Source : Notre enquête de terrain, Mai 2020

Le tableau ci-dessus montre que les femmes interrogées appartiennent à quatre tranches d'âges. L'âge minimum autorisé à prendre part à l'étude est de 18 ans. La partition des femmes selon leur tranche d'âge laisse entrevoir des groupes de femmes homogènes cultivatrices dans

le milieu urbain de Korhogo. Le tableau n°1 indique une répartition quasi-équitable entre les différentes tranches d'âge. En revanche, il existe une disproportion entre ces femmes en ce qui concerne leur statut matrimonial.

Tableau 2 : Répartition des femmes selon la situation matrimoniale

Situation matrimoniale	Valeur absolue	Valeur relative
En couple	64	74,40%
Veuve	6	7%
Célibataire	16	18,60%
Total	86	100,00%

Source : Notre enquête de terrain, Mai 2020

Le tableau n°2 montre 74,40% de femmes en couple, contre 7% de veuves et 18,60% célibataires. La quasi-totalité des femmes célibataires appartiennent à la tranche d'âge [18-25 ans]. Cette situation trouve son explication dans la culture sénoufo qui est favorable au mariage précoce chez la jeune fille.

Tableau 3 : Répartition des femmes selon le nombre d'enfants en charge

Enfant	Valeur absolue	Valeur relative
Oui	73	84,90%
Non	13	15,10%
Total	86	100,00%

Source : Notre enquête de terrain, Mai 2020

Pour le groupe ethnique sénoufo du Nord de la Côte d'Ivoire, un enfant se conçoit au sein du couple. Toute chose qui justifie ainsi que 84,90% des femmes du groupement ont au moins un enfant. Parmi celles-ci, 22% ont entre [1 et 2 enfants], contre 43% qui ont entre [3 et 5 enfants], 27% qui ont entre [6 et 8 enfants] et 8% qui ont [8 enfants et plus]. Ces enfants appartiennent majoritairement aux femmes en couple, divorcées et veuves. En revanche, la seule femme vivant en concubinage et deux célibataires ont des enfants. Issues des quartiers de la périphérie occasionnée par l'étalement de la ville de Korhogo, plus de la moitié des femmes interrogées dans le cadre de cette étude sont non-scolarisées, comme le précise le tableau n°4.

Tableau n°4 : Répartition des femmes selon qu'elles aient été scolarisées ou non

Scolarisée	Valeur absolue	Valeur relative
Oui	34	39,50%
Non	52	60,50%
Total	86	100,00%

Source : Notre enquête de terrain, Mai 2020

Le tableau de la répartition des femmes selon leur cursus scolaire indique 60,5% de femmes non-scolarisées, contre 39,5% de scolarisées. Parmi les femmes scolarisées, aucune n'a le niveau universitaire. Seulement 21% ont atteint le niveau secondaire, contre 79% de niveau primaire. Les données de l'étude laissent entrevoir un taux de scolarisation relativement faible. Cela se justifie par le peu d'intérêt que les parents de ces femmes accordent à la scolarisation

de la jeune fille sénoufo. Pour une communauté exclusivement agricole, ces femmes sont pour la plupart reléguées au rang de ménagères et de main d'œuvre locale pour leur conjoint.

Le tableau n°5, qui consigne la répartition des femmes selon qu'elles exercent une autre activité, en dehors de l'agriculture urbaine est évocateur.

Tableau 5 : Exercice d'une activité non-agricole par les enquêtées

Autre activité	Valeur absolue	Valeur relative
Oui	31	36,00%
Non	55	64,00%
Total	86	100,00%

Source : Notre enquête de terrain, Mai 2020

Ce tableau indique que 64% des femmes interrogées n'ont pas d'autres activités en dehors de l'agriculture, contre 36% qui affirment pratiquer d'autres activités. En effet, en plus de l'agriculture urbaine, 36% des femmes pratiquent des petits commerces à domicile et au marché. La non-scolarisation des femmes cultivatrices retreint le champ de la pratique d'autres activités autre que l'agriculture, le commerce et celui de servante. « *Je viens du village et je ne sais rien faire à part cette activité donc je n'ai de chance si j'arrête* », comme le précise S.A., une agricultrice. Aussi cette situation est-elle justifiée par le fait que l'agriculture est considérée comme l'activité principale de la communauté sénoufo. Par conséquent la pratique de l'agriculture urbaine constitue pour ces femmes le prolongement de l'agriculture en milieu rural. Pour ces femmes, les espaces urbains cultivés sont similaires aux terres cultivables du milieu rural, transposées dans le milieu urbain.

3.2. Femmes et espaces urbains cultivés à Korhogo

Korhogo est une ville située dans le Nord de la Côte d'Ivoire et traditionnellement favorable à la culture des légumes. Cette potentialité agraire dévolue à la ville est perceptible grâce à la fertilité des sols et du climat. Ainsi, plusieurs espaces sont-ils propices à la pratique de l'agriculture urbaine dans la ville de Korhogo. En revanche, cette pratique connaît des difficultés en raison de la réduction des espaces cultivables à cause de la forte croissance urbaine liée à la construction des bâtis. En dépit de ces contraintes, les femmes cultivatrices développent des stratégies leur permettant de pratiquer l'agriculture urbaine, qui constitue une véritable source de revenus pour elles. Les femmes procèdent par l'identification des espaces de terrains nus, de maisons inachevées, de ménages et des bas-fonds, comme le montrent les images des photos n°1 ; 2 ; 3 et 4.



Photo 1 : culture sur un terrain non-construit



Photo 2 : culture dans une maison inachevée



Photo 3 : culture dans un ménage



Photo 4 : culture dans un bas-fonds

Source : Notre enquête de terrain, Mai 2020

Comme l'indiquent si bien les images ci-dessus, les terrains non bâtis, les cours des maisons inachevées, les enceintes des ménages jugés vastes et les bas-fonds offrent des possibilités d'espaces cultivables aux femmes du groupement Yahafiligui. Cependant, les espaces les plus utilisés sont les bas-fonds (54,70%) et les terrains non bâtis (37,20%).

Tableau 6 : Répartition des espaces cultivables des femmes du groupe

Espaces cultivables	Valeur absolue	Valeur relative
Culture dans une maison inachevée	1	1,20%
Culture agricole sur un terrain non bâti	32	37,20%
Culture agricole dans une cour habitée	6	7%
Culture agricole dans un bas-fond	47	54,70%
TOTAL	86	100%

Source : Notre enquête de terrain, Mai 2020

Dans ces espaces propices à la pratique de l'agriculture urbaine, les femmes sont organisées en sous-groupes. Financées par des partenaires, les femmes sont dotées de machines agricoles et bénéficient au moins deux fois dans l'année de formations agricoles initiées par l'ANADER.

Dotées de matériels et de produits modernes afférents à l'agriculture intensive, les femmes arrivent à cultiver des produits maraîchers et vivriers tels que : la salade, le piment, les aubergines, le chou, etc. La pratique de l'agriculture urbaine se manifeste selon les mêmes critères, que celle de l'agriculture rurale. En effet, ces produits sont cultivés de façon séquencée et en fonction de la période propice durant l'année. Toute chose qui laisse entrevoir que la pratique de l'agriculture urbaine répond aux mêmes normes et exigences du calendrier agricole en milieu rural. Aussi, le respect de ce principe permet-il à ces femmes de considérer la pratique de l'agriculture urbaine comme une activité qu'elles exercent à plein temps et à tout instant afin de soutenir les charges familiales.

Outre la production des produits maraîchers, les femmes assurent également la collecte, le stockage et la commercialisation des produits maraîchers et vivriers sur les différents marchés de la ville, en gros ou au détail.

3.3. Pratique agricole urbaine comme moyen de transmission du savoir

Le peuple Sénoufo est originellement agriculteur. Sa sédentarisation dans le Nord de la Côte d'Ivoire est une preuve historique de la recherche des terres cultivables afin de subvenir à ses besoins. Ainsi, le Sénoufo se présente-t-il comme un peuple dont les rapports sociaux s'entretiennent majoritairement autour de la pratique de l'agriculture. Outre son caractère régulateur des rapports sociaux en pays Sénoufo, l'agriculture a fini par s'intégrer comme un élément essentiel de la culture du peuple Sénoufo. Vues sous cet angle, les séances de pratique de l'agriculture sont considérées comme des moments de transmission de savoirs, de connaissances, etc. Ainsi, la pratique de l'agriculture participe-t-elle à la socialisation des cadets par les aînés en pays Sénoufo.

Par parallélisme de forme, en considérant les groupements comme des institutions au même titre que la famille, alors, la pratique agricole devient pour les femmes du groupement Yahafiligui un besoin éducatif. La pratique de l'agriculture a été inculquée aux femmes du groupement dès le bas âge. Ce savoir agricole est exclusivement connu de toutes les femmes Sénoufo du groupement. En retour, elles ont le devoir moral d'enseigner cette pratique à leurs cadettes. « *Nous sommes des cultivatrices, nous avons appris ça avec nos parents parce qu'eux aussi ils sont agriculteurs* », en témoignent les propos de la présidente du groupement. Les propos de la présidente traduisent un esprit de conservation, de domestication et de perpétuation de la pratique agricole, dans des relations sociales, développées autour de la terre. La pratique de l'agriculture en tant que source d'éducation et de transmission du savoir est reproduite au sein du groupement Yahafiligui, où les anciennes apprennent aux nouvelles inscrites les pratiques culturelles. A ce niveau, les séances d'apprentissage se font à deux niveaux, à savoir : au niveau informel et formel. Le niveau informel est le volet qui correspond parfaitement à cette relation entretenue entre cadettes et aînées sociales. Dans cette relation, c'est le facteur « expérience » capitalisé par l'aînée, qui est mis en exergue et partagé avec les cadettes. Le volet formel fait intervenir les formations initiées par l'ANADER. A ce niveau, ce sont davantage les techniques culturelles qui sont mises en relief et surtout comment sont utilisés les produits phytosanitaires. L'intériorisation de ces manières de faire et ces techniques agricoles constituent pour ces femmes pratiquant l'agriculture urbaine un capital culturel, du point de vue de P. Bourdieu, qu'elles mettent au service du groupement.

Pour ces femmes, la pratique de l'agriculture urbaine est symboliquement et idéologiquement associée à une double fonction. Elle correspond d'une part à la pratique d'une activité génératrice de revenus et d'autre part à la production et à la reproduction des rapports sociaux d'entraide, de solidarité et de cohésion sociale développés au sein et autour du groupement.

3.4. Pratique agricole urbaine comme moyen de reconstruction socio-économique

L'agriculture est une activité pratiquée en vue de satisfaire les besoins de subsistance. En effet, elle constitue pour les femmes membres du groupement une source de subsistance au sein de la famille. A travers cette activité, les femmes arrivent à fournir des légumes et des fruits pour le repas quotidien de la famille.

Outre leur participation à la satisfaction des besoins de subsistance de leur famille, la pratique de l'agriculture urbaine permet aussi aux femmes de se prendre en charge et d'assurer la scolarisation de leurs enfants. En effet, avec la commercialisation des produits agricoles, les femmes parviennent à créer une autonomie financière, qui les rend indépendantes vis-à-vis de leur conjoint. A ce sujet, il ressort auprès de 100% des femmes que l'agriculture urbaine répond à la fois à un besoin de subsistance et de revenu. Ainsi la pratique de l'agriculture urbaine participe-t-elle à la lutte contre la crise alimentaire et au repositionnement socio-économique des femmes. Aussi cette activité contribue-t-elle à la capitalisation des valeurs culturelles et culturelles, entretenues et transmises par les femmes membres du groupement Yahafiligui à leurs cadettes.

4. Discussion des résultats de l'étude

En dépit de l'exécution du programme présidentiel d'urgence, qui a permis la réalisation d'infrastructures modernes, la ville de Korhogo n'a pas rompu avec la pratique de l'agriculture en milieu urbain. Mieux, elle connaît une persistance de cette pratique avec la prolifération des organisations féminines. Il ressort de cette étude que la persistance de la pratique de l'activité agricole par les groupements associatifs féminins s'explique par la satisfaction des besoins socio-économiques et culturels de ces femmes. Cette réalité du terrain cadre avec les objectifs révélés par cette étude, qui a consisté à connaître le rôle des femmes du groupement Yahafiligui dans la pratique de l'agriculture urbaine à Korhogo d'une part et de dégager les logiques d'action qui sous-tendent leur forte implication dans cette activité agricole, d'autre part.

Les résultats de cette étude montrent que l'adhésion des femmes au groupement constitue une stratégie de lutte contre la pauvreté et le chômage. Ainsi, les femmes fédérées au sein du groupement, considèrent-elles celui-ci comme une entreprise au même titre que les services publics et privées de la ville de Korhogo. C'est à ce titre que pour désigner le groupement, elles emploient le concept de « société agricole ». En effet, l'emploi du concept « société agricole » par les femmes est légitimé par les statuts et le règlement intérieur du groupement. Les heures de regroupement, de travail, de la pause et de la fin du travail sont règlementées et respectées au sein du groupement, sous peine de sanction et d'amende. Vu sous cet angle, faire partie du groupement Yahafiligui de Korhogo est symboliquement et idéologiquement ancrée, dans la mémoire collective des femmes comme des employées du groupement et par ricochet détentrices d'une rente à chaque récolte. Dans ces conditions, le motif de la lutte contre la pauvreté et le chômage des femmes à travers la pratique de l'agriculture urbaine est justifié et rejoint par conséquent les résultats des travaux de S. G. Ndèye (2008), du Conseil économique, social et environnemental (CESE) (2020), du rapport établi par le groupe de la Banque Mondiale (2020) et celui du Ministère de la Solidarité et de la Lutte contre la Pauvreté de la République de Côte d'Ivoire (2022). Les résultats de ces études soutiennent que les groupements et les associations de femmes sont des véritables moyens de lutte contre la pauvreté. Aussi ces travaux précisent-ils que les associations de femmes contribuent efficacement à l'amélioration de leurs conditions de vie et par ricochet à celle de leur localité.

Outre la dimension entrepreneuriale associée au groupement Yahafiligui, les femmes perçoivent leur adhésion audit groupement comme le lieu où se développent et s'entretiennent les notions d'entraide mutuelle, de solidarité et de cohésion sociale. Elles définissent le groupement comme étant le microcosme social grâce auquel elles se (re)connaissent, s'identifient et se distinguent par le biais de l'autonomisation économique des autres femmes non-membres du groupement. En plus de l'autonomisation économique, les résultats de cette étude ont montré que l'agriculture urbaine permet aux femmes de subvenir aux charges domestiques. Ce résultat vient corroborer les travaux de S. Champagne (1991) et M. Boulianne (2001), de T. DiLanzo (2017), de E. Young (2017). En effet, E. Young (op.cit., p.1.) soutient dans son rapport que : « Les femmes du monde entier sont des agentes économiques à la fois résilientes et inventives, qui parviennent à passer outre les obstacles basés sur le genre auxquels elles sont confrontées dans leurs efforts pour soutenir la santé, l'éducation et la sécurité économique de leur famille ». Aussi ce positionnement des femmes regroupées au sein des associations féminines a-t-il déjà été par M. Boulianne (op.cit.). En effet, l'auteur précise que : « Les jardins collectifs, portés par des organismes communautaires, se veulent une alternative à l'aide alimentaire et un outil d'insertion sociale pour les personnes appauvries » (M. Boulianne, op.cit., p.63). Cette façon de concevoir l'agriculture urbaine reste toujours d'actualité en ce XXI^{ème} siècle et trouve ainsi des échos favorables chez C. Agnès, A. Louvet et C. Bonneau (2016). Dans leurs travaux, ces auteurs sont arrivés à démontrer que : « l'agriculture urbaine contribue par de nombreux aspects à rapprocher les moyens de production alimentaire des villes et des lieux d'habitat des populations. On peut penser qu'elle permet de faciliter l'accès à l'alimentation pour les urbains et à une alimentation de meilleure qualité » (C. Agnès, A. Louvet et C. Bonneau, op.cit., p.1). Dans ces conditions, il n'est pas exagéré de dire que les groupements féminins pratiquant l'agriculture urbaine sont des mouvements sociaux, qui militent pour l'insertion sociale des adhérentes, participent à la lutte contre la pauvreté mais aussi et surtout contre la crise alimentaire, comme le confirme M. Boulianne (op.cit.).

Au-delà de l'objectif ci-dessus, il convient de faire remarquer que la création des groupements féminins est également légitimée par des connecteurs socio-culturels, qui renvoient au concept d'habitus développé par P. Bourdieu (1980) et repris par P. Champagne et O. Christin (2012). A partir de ce concept, ces auteurs soutiennent le postulat selon lequel la représentation sociale et la pratique sont les deux facettes indissociables d'une même réalité. Ainsi la pratique de l'agriculture urbaine se présente-t-elle comme un champ de transmission de façons de faire et d'être au sein du groupement Yahafiligui. Au sein donc de ce groupement, sont transposées et transmises les valeurs culturelles, telles que les méthodes et les techniques culturelles. Cette conception des groupements féminins rejoint les travaux de C. Agnès, A. Louvet et C. Bonneau (op.cit.) et A. Sangaré (2014), du Conseil de Lémanain (2018) et ceux de N. Fontaine et al (2020). En effet, dans leurs différentes études, ces auteurs parviennent à la conclusion selon laquelle la pratique de l'agriculture urbaine est un système de relations dans lequel les citoyens apprennent, intériorisent et extériorisent les valeurs culturelles. Selon ces auteurs précités, l'agriculture urbaine permet de conserver le lien avec le milieu rural et la sauvegarde de la culture agricole en milieu urbain.

Au regard de ce qui précède, cette étude soutient la thèse selon laquelle la pratique de l'agriculture urbaine dans la ville de Korhogo participe à la construction et à la reconstruction de rapports sociaux de production, au sein et autour du groupement Yahafiligui. Ce processus est matérialisé par la production de denrées et par la production de revenus pour les femmes afin de faire face à la cherté de la vie.

5. Conclusion

Ce travail de recherche montre que l'agriculture urbaine est une réalité sociale pratiquée dans la ville de Korhogo et par des femmes regroupées au sein du groupement Yahafiligui. Cette étude a permis de comprendre non seulement le sens que les femmes du groupement associent à la pratique des activités agricoles dans la ville de Korhogo, mais aussi et surtout de saisir les déterminants socio-culturels, qui sont l'éducation et la transmission des valeurs culturelles. Outre les déterminants liés à cette pratique agricole, cette étude a également mis en exergue deux besoins de la pratique agricole dans la ville de Korhogo, à savoir : le besoin de subsistance et celui de l'autonomisation économique des femmes. Ainsi cette étude est-elle parvenue à montrer que les femmes issues du groupement Yahafiligui sont guidées par le souci de transmettre leur savoir-faire de la pratique agricole à leurs cadettes, de réduire l'insécurité alimentaire et de participer à la prise en charge de la scolarisation de leurs enfants. Toute chose, qui participe pour ainsi dire à la persistance de la pratique agricole urbaine dans la ville de Korhogo.

Remerciements

Nous tenons à exprimer nos sincères remerciements à l'ensemble des femmes du groupement Yahafiligui, aux chefs de quartiers, aux chefs de communautés, aux agents de l'ANADER, aux agents de la mairie et aux agents de la Direction Régionale l'Agriculture de Korhogo.

Conflit d'intérêt

Nous déclarons sur l'honneur qu'aucun conflit d'intérêt n'est lié à cet article.

Références bibliographiques

AGNES Catalina, LOUVET Apolline et BONNEAU Cécile, 2016, Agriculture urbaine et justice sociale. Abstract. Retrieved from, p.1-19. www.environnement.ens.fr/IMG/pdf/1.http://www.ceres.ens.fr/IMG/pdf/1-agriculture-urbaine-justice_-_final.pdf.

BOULIANNE Manon, 2001, L'agriculture urbaine au sein des jardins collectifs québécois empowerment des femmes ou « domestication de l'espace public » ? Anthropologie et société 25(1), p.63-80. <https://doi.org/10.7202/00021>. <https://www.erudit.org/fr/revues/as/2001-v25-n1-as371/000210ar.pdf>.

BOURDIEU Pierre, 1980, Le sens pratique, Paris : Les éditions de minuit. Retrieved from, 239p. www.leseditionsdeminuit.fr/livpre. https://monoskop.org/images/8/8c/Bourdieu_Pierre_Le_sens_pratique_1980.pdf.

CHAMPAGNE Patrick et CHRISTIN Olivier, 2012, *Habitus In : Pierre Bourdieu : Une initiation* [en ligne]. Lyon : Presses universitaires de Lyon, 2012 (généré le 15 février 2023). ISBN : 9782729711207. DOI : <https://doi.org/10.4000/books.pul.5142>.

CHAMPAGNE Suzanne, 1991, *Pratiques associatives féminines en milieu urbain et péri-urbain au Burkina-Faso. Nouvelles pratiques sociales*, 4(1), pp.109-120. <https://doi.org/10.7202/301120ar>.

Conseil de Lémanain, 2018, *L'agriculture urbaine, une opportunité pour les politiques publiques, une nécessité pour les exploitations enclavées par la ville*, Thématique d'étude 2018 de l'Union Lémanique des Chambres d'Agriculture, 86p. https://www.agrigeneve.ch/images/ULCA_agriculture_urbaine.pdf.

Conseil Economique, Social et Environnemental (CESE), 2020, *Lutte contre la pauvreté la pauvreté pour une société plus inclusive*, revue du Conseil économique, social et environnemental, 24p. <https://www.lecese.fr/sites/default/files/publications/Oeil%20du%20CESE%208.pdf>.

DIAGNE Daouda et PESCHE Denis, 1995, *Les organisations paysannes et rurales Des acteurs du développement en Afrique sub-saharienne*, Groupe de travail : Etat et organisations rurales, 82p. http://hubrural.org/IMG/pdf/dos_ir3.pdf.

DiLanzo Tatiana, 2017, *Renforcer la participation politique et le pouvoir décisionnel des femmes*, Deliver for Good, 7p. <http://womendeliver.org/wp-content/uploads/2018/11/deliver-for-good-french-political-participation-brief-april-2017.pdf>.

FAO (2022) <https://www.fao.org/right-to-food/resources/resources-detail/fr/c/1453723/>

FONTAINE Nicolas, JOUIS Sandrine, MARTIN Astrid, OTIS Frédéric, 2020, *L'agriculture Urbaine, Guide de bonnes pratiques sur la planification territoriale et le développement Durable*, 104p. https://www.mamh.gouv.qc.ca/fileadmin/publications/amenagement_territoire/documentation/GUI_agriculture_urbaine.pdf.

Groupe Banque Mondiale, 2020, *Rapport 2020 sur pauvreté et la prospérité partagée*, 24p. <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/34496/211602ovFR.pdf>.

MAYOL Pascal et GANGNERON Etienne, 2019, *L'agriculture urbaine : un outil déterminant pour des villes durables*, les éditions des journaux officiels, 98p. https://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Avis/2019/2019_15_agriculture_urbaine.pdf.

Ministère de la Solidarité et de la Lutte contre la Pauvreté de la république de Côte d'Ivoire (2022). <https://solidarite.gouv.ci/actualite/actudetail/filets-sociaux-productifs-un-partenariat-avec-l-ong-care-international-pour-renforcer-le-dispositif-des-avec171>.

NDEYE Sokhna Guèye, 2008 Stratégies de lutte contre la pauvreté féminine : exemple des groupements de femmes de la région de Dakar (Sénégal) Par IFAN-CAD, Université Cheikh

NYETA Conseils, 2017, Diagnostic institutionnel des organisations paysannes de la zone du barrage de Sélingué au Mali, 70p. <https://www.iied.org/fr/g04201>. Consulté le 09/10/2022.

PERRAU Léo, 2021, Développement des indicateurs de la relation entre ville et agriculture à l'interface urbain/rural et application à Neerpede, en Région bruxelloise, Gembloux Agro-Bio Tech (GxABT), 114p. https://matheo.uliege.be/bitstream/2268.2/11004/4/TFE_PERRAU_LEO_26_10_2020.pdf.

SANGARE Ali, 2014, repenser le périurbain au Burkina Faso : la problématique de la pratique de l'activité agricole en ville, Sciences et techniques, Lettres, Sciences sociales et humaines, Vol. 30, n°1, Janvier-juin 2014, pp.33-46 https://revuescience-techniqueburkina.org/index.php/lettres_sciences_sociales_et_hum/article/download/515/357. Young Elise, 2017, Stimuler l'autonomisation économique des femmes, Deliver for Good, 9p. http://womendeliver.org/wp-content/uploads/2018/11/Deliver_For_Good_Brief-french-economic-empowerment_7_09.17.pdf.

© 2023 KONAN, licensee *Bamako Institute for Research and Development Studies Press*. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>)

Publisher's note

Bamako Institute for Research and Development Studies Press remains neutral regarding jurisdictional claims in map publications and institutional affiliations.



Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, Volume 5 (1)

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

Received, 13 February 2023

Accepted, 27 March 2023

Published, 14 April 2023

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

Research

L'hésitation à la vaccination COVID-19 dans les communes de Bamako au Mali

Fatoumata Traore¹, Hamsatou Cissé², Ousmane Sy¹, Abdoulaye Coulibaly¹, Ghislain Poda^{1,*}

¹Institut Supérieur de Santé Publique, Bamako, Mali

²Centre Hospitalier Universitaire de Kati, Mali

***Correspondance :** Email : podaghis@yahoo.fr ; Tel : +223-72112320 ;

Resumé

Bien que le développement de vaccins soit un exploit considérable, ce n'est que récemment qu'une attention considérable a été accordée à l'hésitation face au vaccin COVID-19. L'hésitation à la vaccination pourrait être un obstacle à l'optimisation de l'adoption et de l'acceptation des vaccins COVID-19. Cette étude voudrait déterminer les facteurs associés à l'hésitation à la vaccination COVID-19 dans les communes de Bamako au Mali. C'est une étude quantitative, descriptive et transversale utilisant un questionnaire pour déterminer les facteurs associés à l'hésitation à la vaccination COVID-19. La population de cette étude a concerné les adultes vivants dans les communes de Bamako au Mali. Au total 532 personnes vivants dans les communes de Bamako ont accepté de participer dont plus de la moitié étaient des femmes. Environ 18,6 % avaient déjà reçu au moins une dose de vaccin contre la COVID-19. La peur des réactions secondaires (77,1%), était la principale raison de la réticence ou de l'hésitation à la vaccination COVID-19. Cette étude a rapporté une relation significative entre le statut vaccinal et les caractéristiques socio-démographiques à savoir le sexe ($p=0,01$), l'âge ($p=0,02$), situation matrimoniale ($p=0,04$), le niveau d'éducation ($p=0,01$) et la connaissance sur la vaccination COVID-19 ($p=0,002$). L'hésitation à l'égard des vaccins est une menace imminente dans la bataille contre le COVID-19, car l'obtention d'une immunité collective dépend de l'efficacité du vaccin lui-même et de la volonté de la population à l'accepter.

Mots clés : COVID-19, Vaccination, Réticence, Bamako, Mali

Abstract

Although vaccine development is a considerable feat, it is only recently that considerable attention has been paid to COVID-19 vaccine hesitancy. Vaccine hesitancy could be a barrier to optimizing uptake and acceptance of COVID-19 vaccines. This study would like to determine the factors associated with hesitancy to COVID-19 vaccination in the communes of Bamako in Mali. It is a quantitative, descriptive and cross-sectional study using a questionnaire to determine the factors associated with COVID-19 vaccination hesitancy. The population of this study concerned adults living in the

communes of Bamako in Mali. A total of 532 people living in the communes of Bamako agreed to participate, more than half of whom were women. About 18.6% had already received at least one dose of the COVID-19 vaccine. Fear of side reactions (77.1%), was the main reason for reluctance or hesitation for COVID-19 vaccination. This study reported a significant relationship between vaccination status and socio-demographic characteristics, namely gender ($p=0.01$), age ($p=0.02$), marital status ($p=0.04$), education level ($p=0.01$) and knowledge on COVID-19 vaccination ($p=0.002$). Vaccine hesitancy is a looming threat in the battle against COVID-19, as achieving herd immunity depends on the effectiveness of the vaccine itself and the will of the population to prevent it.

Keywords: COVID-19, Vaccination, Reluctance, Bamako, Mali.

1. Introduction

Le déploiement du vaccin COVID-19 a connu divers degrés de succès dans différents pays. Atteindre des niveaux élevés de couverture vaccinale est essentiel pour répondre et atténuer l'impact de la pandémie sur les systèmes de santé et de soins aux personnes âgées et sur la communauté. Dans de nombreux pays, la réticence, la résistance et le refus de la vaccination apparaissent comme des obstacles importants à la vaccination et à l'assouplissement des politiques qui limitent la vie quotidienne. L'hésitation/résistance/refus face aux vaccins est complexe et présente de multiples facettes. Les individus et les groupes ont des raisons diverses et souvent multiples de retarder ou de refuser la vaccination. Ces raisons comprennent : les déterminants sociaux de la santé, la commodité, la facilité de disponibilité et d'accès, la compréhension de la littératie en santé et la clarté de l'information, les jugements concernant les risques par rapport aux avantages, notions de responsabilité collective versus individuelle, confiance ou méfiance à l'égard de l'autorité ou des soins de santé, et croyances, coutumes ou idéologies personnelles ou de groupe (Peters, 2022).

À l'échelle mondiale, la réticence à la vaccination est un problème de santé publique croissant. Elle est préjudiciable à la consolidation des acquis des programmes de vaccination et à l'élimination des maladies ciblées par la vaccination. Une étude conduite en Chine a rapporté que la prévalence globale de l'hésitation au vaccin COVID-19 est à 8,40 % en primovaccination et à 8,39 % en vaccination de rappel (Wu et al., 2021).

En Inde, une étude récente conduite dans une population de 12 812 personnes sur la vaccination contre la COVID-19 a rapporté que 57,8 % des personnes avaient reçu les deux doses de vaccin contre la COVID-19 et 23,2 % n'avaient reçu que la première dose (partiellement vaccinés), alors que 9,1% n'étaient pas vaccinés. La raison d'hésitation à la vaccination la plus signalée était l'inquiétude des effets secondaires (Marathe et al., 2022).

L'hésitation au vaccin COVID-19 au Portugal était élevée soit 56%. Plusieurs facteurs ont été identifiés à savoir la perte de revenus pendant la pandémie, l'absence d'intention de se faire vacciner contre la grippe, une faible confiance au vaccin COVID-19 et la mauvaise réponse des services de

santé pendant la pandémie (Soares et al., 2021)

En Afrique Sub Saharienne, malgré la disponibilité des vaccins contre le SRAS-CoV-2, d'anciens défis se présentent, notamment le stockage dans la chaîne du froid, la logistique de la vaccination de masse et la réticence à la vaccination (Carcelen et al., 2022).

L'exposition à la désinformation sur les vaccins COVID-19 et les inquiétudes du public concernant la sécurité des vaccins pourraient aussi contribuer à la baisse des taux d'acceptation (Moola et al., 2022). Les stratégies visant à augmenter les taux d'acceptation des vaccins devraient inclure l'engagement direct avec les communautés par le biais d'influenceurs, notamment des dirigeants communautaires et des experts de la santé ; une communication claire et transparente sur les vaccins COVID-19, les incitations financières et non financières ; et une forte adhésion des travailleurs de la santé (Moola et al., 2022). Au Sénégal , une étude récente a rapporté que les personnes ayant hésité ou refusé de se faire vacciner représentaient respectivement 12,9 % et 32,8 %. L'hésitation à la vaccination était liée au sexe, au fait de vivre dans de grandes villes, d'avoir une mauvaise attitude envers le vaccin, pensant que le vaccin ne les protégerait pas du virus, l'influence de certaines personnes importantes pour eux et le manque d'informations de la part des professionnels de la santé (Ba et al., 2022).

Le Mali est l'un des derniers pays de l'Afrique de l'Ouest à avoir enregistré des cas de COVID-19. Les deux premiers cas importés ont été enregistrés le 25 mars 2020. A la date du 30 novembre 2022 ; 32 760 cas positifs ont été enregistrés dont 31 941 personnes guéries (97,50%) et 742 décès soit une létalité de 2.26%. Cette létalité fait partie des plus élevées en Afrique de l'Ouest (2%). Au Mali , malgré d'énormes progrès, la couverture vaccinale a stationné autour de 15% , très loin des seuils proposés par l'OMS (OMS, 2023). Par conséquent, traiter la question, s'attaquer aux moteurs de la réticence à la vaccination et aux obstacles à l'acceptation des vaccins est une tâche complexe et importante.

2. Matériaux et Méthodes

2.1. Type et cadre de l'étude

Il s'agissait d'une étude, descriptive et transversale utilisant un questionnaire pour déterminer les facteurs associés à l'hésitation à la vaccination COVID-19 dans les communes de Bamako au Mali. La population de cette étude a concerné les adultes des six communes de Bamako au Mali .

2.2. Processus de collecte et analyse des données

Un questionnaire comprenant quatre parties a été utilisé. La partie 1 concernait les caractéristiques socio-démographiques. La partie 2 concernait les connaissances des adultes sur la vaccination contre la COVID-19. La partie 3 était basée sur le statut vaccinal COVID-19. Enfin la partie 4 les raisons de la réticence à la vaccination contre la COVID-19 .

Les données ont été collectées par cinq agents paramédicaux (techniciens de santé et sage femmes)

bien formés sur la technique d'administration du questionnaire. Une étude pilote a été menée auprès de 10% de l'échantillon. L'étude pilote avait pour objectif d'évaluer la faisabilité, le temps, le coût et les effets indésirables, et d'améliorer la conception de l'étude avant la réalisation d'un projet de recherche à grande échelle. Les données de l'étude pilote ont permis de déterminer la fiabilité du questionnaire avant la collecte des données. La collecte a été effectuée du 1^{er} au 30 Novembre 2022. Les données ont été saisies sur le fichier Excel version 2016 et exportées sur le logiciel SPSS version 25. Les données étaient normalement distribuées, et par conséquent la fréquence ; le pourcentage les proportions ont été utilisés dans les analyses descriptives des variables. Le test du chi carré pour les données catégorielles a été effectué pour apprécier la relation entre les caractéristiques socio-démographiques et l'état vaccinal. Les données ont été considérées comme statistiquement significatives à un niveau alpha de P inférieur ou égale à 0,05.

2.3. *Considérations éthiques*

Le protocole de cette étude a été soumis pour l'approbation du comité d'éthique pour la recherche en santé du Mali. Ensuite une autorisation a été obtenue auprès des autorités sanitaires pour la conduite de l'étude. Aussi, un formulaire de consentement écrit a été soumis à chaque participant avant la collecte des données. Les données des participants resteront confidentielles.

3. **Résultats**

Dans cette étude ; 532 personnes vivants dans les communes de Bamako ont accepté de participer. Au moment de l'enquête, 18,6 % avaient déjà reçu au moins une dose de vaccin contre la COVID-19 (figure 1).

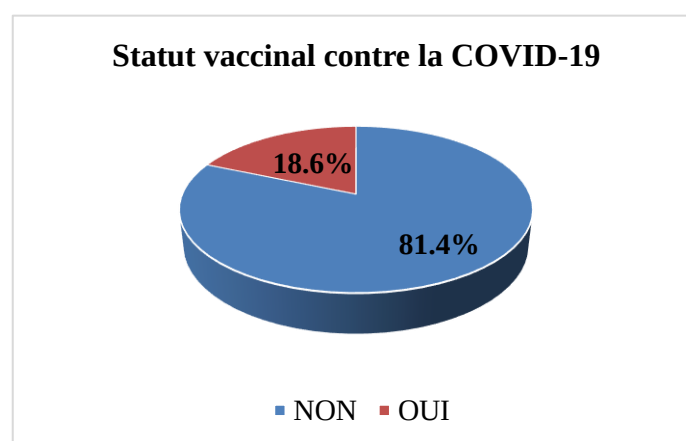


Figure 1 . Statut vaccinal des participants contre la COVID-19

Raisons de la réticence pour la vaccination COVID-19

Cette étude a rapporté que la peur des réactions secondaires (77,1%) , était la principale raison de la

réticence ou de l'hésitation pour la vaccination COVID-19. Cette raison était secondée par les rumeurs négatives dans la communauté (20,9%) (Tableau 1).

Tableau 1 . Raisons de la réticence pour la vaccination COVID-19

	Oui -N(%)	Non -N(%)
A peur des réactions secondaires	410 (77,1)	122 (22,9)
Rumeurs négatives dans la communauté sur la vaccination	111 (20,9)	421 (79,1)
Distance trop élevée de la formation sanitaire	57 (10,7)	475 (89,3)
Mauvais accueil des agents vaccinateurs	86 (16,2)	446 (83,8)

Déterminants de l'état vaccinal contre la COVID-19

Le test de Chi-carré a rapporté une relation significative entre l'état vaccinal et les caractéristiques socio-démographiques à savoir le sexe ($p=0,01$), l'âge ($p=0,02$), situation matrimoniale ($p=0,04$), le niveau d'éducation ($p=0,01$). Par ailleurs une distribution significative a été observée entre l'état vaccinal et la connaissance sur la vaccination COVID-19 ($p=0,002$).

Tableau 2. Déterminants de l'état vaccinal COVID-19 des participants

Items	Non vaccine N (%)	Vacciné N (%)	Valeur de P
Sexe			0,01
Femme	246 (56,8)	47 (47,5)	
Homme	187 (43,2)	52 (52,5)	
Age			0,02
15-25 ans	101 (23,3)	19 (19,2)	
26-45 ans	301 (69,5)	70 (70,7)	
46 ans et plus	31 (7,2)	10 (10,1)	
Situation matrimoniale			0,04
Marié	368 (85,0)	88 (88,9)	
Non marié	65 (15,0)	11 (11,1)	
Profession			0,32
Sans Emploi	47 (10,9)	6 (6,1)	
Commerçant	352 (81,3)	86 (86,9)	
Employé	34 (7,9)	7 (7,1)	
Niveau d'éducation			0,01
Scolarisé	146 (33,7)	30 (30,3)	
Non scolarisé	287 (66,3)	69 (69,7)	
Connaissance			0,002
Mauvaise	160 (37,0)	53 (53,5)	
Bonne	273 (63,0)	46 (46,5)	

4. Discussion

La pandémie de COVID-19 est considérée comme une menace mondiale majeure pour la santé publique affectant tous les aspects socio-économiques. Bien que la distribution efficace et équitable des vaccins contre la COVID-19 soit une priorité politique clé, garantir l'acceptation est tout aussi

important (Al-Mohaithef et al., 2021). La confiance dans les vaccins ainsi que dans les institutions qui les administrent sont des facteurs déterminants du succès de toute campagne de vaccination (Solís et al., 2021).

Cette étude a rapporté que la peur des réactions secondaires était la principale raison de la réticence ou de l'hésitation à la vaccination COVID-19. Cette raison était secondée par les rumeurs négatives dans la communauté. Nos résultats se confirment avec ceux d'une étude conduite en Arabie Saoudite qui a révélé que les préoccupations concernant les effets secondaires étaient le principal obstacle à l'acceptation du vaccin. De plus, la majorité des refus peuvent accepter le vaccin si des études supplémentaires confirment l'innocuité et l'efficacité (Magadmi & Kamel, 2021).

L'hésitation et le refus de la vaccination sont influencés par des considérations d'innocuité et d'effets secondaires (Lin et al., 2021). Les inquiétudes suscitées par les effets secondaires des vaccins ont été liées à la désinformation sur ceux-ci diffusée par les médias sociaux ou même par les médias (sur) profilant effets secondaires précis mais rares (Hoffman et al., 2022). Des enquêtes expérimentales montrent que la réticence à la vaccination augmente lorsque les participants sont exposés à des informations erronées décrivant des effets secondaires graves plus fréquents (Poland & Kennedy, 2022). Les facteurs influençant l'acceptabilité du vaccin comprenaient le sexe, l'âge, la situation matrimoniale, le niveau d'éducation et la connaissance sur la vaccination COVID-19. Le vaccin Johnson Johnson était le plus administré. Nos résultats se rapprochent de ceux de Joshi et al. en 2021 qui a rapporté que le sexe, l'âge, l'éducation et la profession étaient quelques-unes des variables sociodémographiques associées à l'acceptation du vaccin (Joshi et al., 2021). Les caractéristiques démographiques, sociales et contextuelles associées à l'intention de vacciner parmi la population adulte pourraient être susceptibles de jouer un rôle majeur dans tout programme de vaccination ciblé, en particulier la vaccination contre la COVID-19 (AlShurman et al., 2021). Les résultats de notre étude sont en harmonie avec ceux d'une étude antérieure conduite en Corée qui a rapporté que le taux d'hésitation au vaccin COVID-19 était de 21,9 %. L'âge, la profession et la confiance perçue dans l'innocuité et l'efficacité des vaccins étaient associés à la réticence à la vaccination (Kweon et al., 2022). Une méta-analyse reconforte nos résultats en rapportant que plusieurs facteurs influencent l'acceptation ou le refus (origine ethnique, statut professionnel, religiosité, politique, sexe, âge, éducation, revenu, etc.). Les raisons les plus souvent invoquées pour refuser le vaccin étaient les suivantes : être contre les vaccins en général, inquiétudes quant à la sécurité/penser qu'un vaccin produit à la hâte est trop dangereux, considérer le vaccin comme inutile en raison de la nature inoffensive du COVID-19, manque général de confiance, doutes sur l'efficacité du vaccin, croyance d'être déjà immunisé, doute sur la provenance du vaccin (Troiano & Nardi, 2021).

Cette étude n'a pas pu inclure l'aspect qualitatif qui est aussi très important. Une étude future incluant

la méthode qualitative à travers les entretiens semi-directifs, les enregistrements audios suivi d'une transcription et les focus groupes pourraient analyser les perceptions, les croyances des populations sur la vaccination COVID-19 afin de mieux orienter les acteurs de la santé dans l'offre des services de vaccination de la COVID-19.

5. Conclusion

L'hésitation à l'égard des vaccins est une menace imminente dans la bataille contre le COVID-19, car l'obtention d'une immunité collective dépend de l'efficacité du vaccin lui-même et de la volonté de la population de l'accepter. Les facteurs influençant l'acceptabilité du vaccin comprenaient le sexe, l'âge, la situation matrimoniale le niveau d'éducation et la connaissance sur la vaccination COVID-19. La peur des réactions secondaires était la principale raison de la réticence ou de l'hésitation pour la vaccination COVID-19. L'acceptation du vaccin contre la COVID-19 est un déterminant essentiel de l'adoption du vaccin et de la probabilité de contrôler la pandémie de COVID-19. Les résultats de cette étude pourraient le ministère de la santé dans le développement des interventions ou actions pour booster la couverture vaccinale contre la COVID-19 à Bamako et dans tout le territoire Malien .

Remerciements

Nous voudrions remercier tous les participants de cette étude .

Conflit of Intérêts

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt

Références

- Al- Mohaithef M, P. B. (2021). Socio-Demographics Correlate of COVID-19 Vaccine Hesitancy During the Second Wave of COVID-19 Pandemic: A Cross-Sectional Web-Based Survey in Saudi Arabia. *Front Public Health*.
- Arce, J. S. (2021). COVID-19 vaccine acceptance and hesitancy in low and middle income countries. *Nature Medicine*.
- Ashish Joshi, M. K.-M. (2021). Prédicteurs de l'acceptation, de l'intention et de l'hésitation des vaccins COVID-19 : un examen de la portée. *Front Santé Publique*.
- Ba, M. F. (2022, Nov 30). Factors associated with COVID-19 vaccine hesitancy in Senegal: A mixed study. *Hum Vaccin Immunother*.
- Carcelen AC, P. C. (2022, Dec 31). COVID-19 vaccine hesitancy in Zambia: a glimpse at the possible challenges ahead for COVID-19 vaccination rolluount in sub-saharan Africa. *Hum Vaccin Immunother*, 18 (1)1-6.
- Hoffman YSG, L. Y.-E.-K. (2022, Dec). Vaccine hesitancy prospectively predicts noceboside-effects following COVID-19 vaccination. *Sci Rep*.
- Hornsey MJ, L. J.-C. (2020, Jun). Vaccine hesitancy is strongly associated with distrust of conventional medicine, and only weakly associated with trust in alternative medicine. *Soc Sci Med*.
- Joshi A, K. M.-M. (2021). Predictors of COVID-19 Vaccine Acceptance, Intention, and Hesitancy: Ascoping Review. *Front Public Health*.
- Lin C, T. B. (2020). Confidence and Receptivity for COVID-19 Vaccines: A Rapid Systematic Review.

Vaccines (Basel).

Magadmi RM, K. F. (2021). Beliefs and barriers associated with COVID-19 vaccination among the general population in Saudi Arabia. *BMC Public Health*.

Marathe SD, B. S. (2022). Facteurs associés à la réticence à la vaccination contre la COVID-19: une enquête communautaire auprès des ménages dans le district de Pune du Maharashtra, en Inde. *Journal des rapports sur la santé mondiale*.

Moola S, G. N. (2021, Nov). A rapid review of evidence on the determinants of and strategies for COVID-19 vaccines. *J Glob Health*.

Olivia, T. (2021). COVID-19 Vaccine perceptions in Africa: social and behavioural science data. *Social Science in Humanitarian Action Platform*.

OMS. (2023, janvier). *Tableau de bord de l'OMS sur le coronavirus*. Récupéré sur Organisation Mondiale de la Santé: <https://covid19.who.int/>

Peters, M. (2022, Jul). Addressing vaccine hesitancy and resistance for COVID-19 vaccines. *Int J Nurs Stud*.

Poland GA, K. R. (2022). Vaccine safety in an era of novel vaccines: a proposed research agenda. *Nat Rev Immunol*, 22(4): 203-204.

Samanta S, B. J. (2022). Awareness, knowledge and acceptance of COVID-19 vaccine among the people of West Bengal, India: . *A web-based survey*. *Vacunas*, 23:S46-S55.

Soares P, R. J. (2021, Mar 22). Factors Associated with COVID-19 Vaccine Hesitancy,. *Vaccines (Basel)*.

Solis Arce JS, W. S. (2021). Acceptation et hésitation du vaccin COVID-19 dans les pays à revenu faible et intermédiaire. *Nat Med* 27, 1385-1394.

Troiano, G. .. (2021). Réticence à la vaccination à l'ère de la COVID-19. *Santé publique*.

Wu J, L. Q. (2021, Nov). COVID-19 Vaccine Hesitancy Among Chinese Population: A Large-Scale National Study. *Front Immunol*.

© 2023 PODA, licensee *Bamako Institute for Research and Development Studies Press*. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>)

Publisher's note

Bamako Institute for Research and Development Studies Press remains neutral regarding jurisdictional claims in map publications and institutional affiliations.

Research

Logiques de la mobilité pédestre spatiale des populations des quartiers périphériques de Daloa (Centre-ouest de la Côte d'Ivoire)

Atsé Laudose Miguel ELEAZARUS^{1,*}

¹Département de Géographie, Université Jean Lorougnon GUÉDE-Daloa (Côte d'Ivoire)

*Correspondance: E-Mail : eleazarus20@gmail.com; Tel: (+225)0787064786/0555198330

Résumé

La forte croissance spatio-démographique de la ville de Daloa suscite des problèmes de mobilité spatiale, vécus particulièrement par les populations des zones périphériques. Les difficultés de mobilité spatiale des populations des quartiers périphériques de la ville se traduisent par la prépondérance de la marche à pied. Quelles sont les logiques du développement de la mobilité pédestre dans les quartiers de la périphérie urbaine de Daloa ? Cette étude quantitative et qualitative se propose de comprendre les logiques de la mobilité pédestre des populations des quartiers périphériques de Daloa. La méthodologie repose sur la recherche documentaire soutenue par une enquête de terrain. Les principaux résultats indiquent que 47% des ménages ont recours à la marche pour les déplacements tant à l'intérieur des quartiers périphériques qu'entre un quartier périphérique et les autres que compose la ville. À défaut, les ménages alternent la marche et le taxi-véhicule qui représentent 21% et 18% des déplacements dans les mêmes espaces de mobilité. L'impraticabilité des routes majoritairement non revêtues et la faiblesse des revenus des ménages fondent la mobilité piétonne dans les périphéries urbaines de Daloa.

Mots-clés : Daloa, marche à pied, mobilité spatiale, pauvreté ménagère, quartiers périphériques.

Logics of spatial pedestrian mobility of the populations of the peripheral districts of Daloa (Central-Western Côte d'Ivoire)

Abstract

The strong spatial and demographic growth of the city of Daloa has given rise to problems of spatial mobility, which are particularly experienced by the populations of the peripheral areas. The spatial mobility difficulties of the populations of the city's peripheral districts are reflected in the preponderance of walking. What are the logics of the development of pedestrian mobility in the districts of the urban periphery of Daloa? This study aims to understand the logic of pedestrian mobility in the outlying districts of Daloa. The methodology is based on documentary research supported by a field survey. The main results indicate that 47% of households use walking for travel both within the peripheral districts and between a peripheral district and the others in the city. Otherwise, households alternate between walking and using a vehicle taxi, which account for 21% and 18% of trips in the same mobility areas. The impassability of mostly unpaved roads and low household incomes underpin pedestrian mobility in the urban peripheries of Daloa.

Keywords: Daloa, walking, spatial mobility, household poverty, peripheral districts.

1. Introduction

L'urbanisation en Côte d'Ivoire qui se caractérise par son rythme effréné fait aujourd'hui de nombreux habitants ruraux, des citadins. Le taux d'urbanisation qui était de 32% en 1975 est en effet passé à 50,3% en 2014 et à 52,5% en 2021 selon les résultats des recensements de l'Institut National de la Statistique (INS). La majorité de la population vivant ainsi sur le territoire national réside aujourd'hui dans les villes. Cette urbanisation démographique, dévoreuse d'espace pose des problèmes de la mobilité spatiale.

À l'image de la plupart des villes de la Côte d'Ivoire, Daloa connaît dans son processus d'urbanisation une forte croissance démographique et un étalement rapide et non maîtrisé de l'espace résidentiel. Les résultats des différents recensements de l'INS ont permis de dénombrer dans la ville 421 879 citadins en 2021 contre 261 789 habitants en 2014. En 1998, Daloa comptait 173 107 habitants contre 121 842 résidents en 1988 et 60 837 habitants en 1975. Parallèlement, la superficie urbanisée qui était de 217,75 ha en 1955 est passée à 427,97 ha en 1960 (G. M. Yodé, 2017, p. 81). En 1985, l'espace urbain de la ville passe à 2343,33 ha (W.G. Koukougnon, 2012, p. 86) et à 9230,71 ha en 2020 (G. P. Guélé et al, 2021, p. 295). Cette forte croissance spatio-démographique de la ville de Daloa suscite une disjonction de plus en plus forte entre lieux d'habitats et lieux d'emploi, de commerce, de formation, de soins, etc. dans le contexte d'un service de transport souffrant du mauvais état des routes et de moyens de déplacement informels (A. L. M. Eléazarus et al., 2021, p. 35). L'étalement de l'espace résidentiel à travers le développement de quartiers d'habitats plus ou moins denses en périphérie, contribue à l'allongement des distances de déplacements et au recours d'une diversité de moyens de mobilité. A. L. M. Eléazarus et al., (2021, pp. 38-39) soutiennent par exemple que la position excentrée de l'université à laquelle s'ajoute l'absence de moyens de transport dédié aux étudiants représentent pour eux de réels problèmes de mobilité d'autant plus que la marche à pied est le principal mode de déplacement utilisé dans le but de rallier cet établissement d'enseignement supérieur. Les difficultés liées à la mobilité spatiale se posent avec acuité que les populations des quartiers périphériques sous-équipés sont d'autant plus touchées. À l'évidence, une diversité de moyens, dont la mobilité pédestre est mobilisée pour sortir du quartier périphérique. Le problème qui fonde donc cette étude est en lien avec les difficultés liées à la mobilité spatiale dans la ville de Daloa. Quelles sont les logiques du recours à la marche à pied comme forme principale de mobilité spatiale des populations des quartiers périphériques de Daloa ? Cette étude vise à comprendre les fondements de l'usage de la mobilité pédestre comme mode de déplacement des populations des quartiers périphériques de Daloa. Elle part du constat du peu de données relatives à la demande et aux pratiques de mobilité dans les villes secondaires d'Afrique. L'hypothèse formulée est que le recours à la mobilité pédestre par les populations des quartiers périphériques repose sur le faible revenu des ménages, combinée à l'impraticabilité des routes.

2. Méthodologie

Les données collectées auprès de 320 ménages dans huit (8) quartiers périphériques des secteurs Nord, Sud, Est et Ouest de la ville (Figure 1) ont permis d'appréhender les motifs de déplacement des populations, les moyens de déplacement utilisés, les distances parcourues, la perception de l'offre du service du transport. La technique du choix raisonné adoptée repose sur la typologie de l'habitat comme critère de base. Ainsi, sur la base de la prédominance des habitats du type évolutif et de cours dans le paysage urbain, 40 ménages ont été de manière

3. Résultats

3.1. La mobilité quotidienne des populations des quartiers périphériques de Daloa

Le déplacement désigne un mouvement entrepris par un individu d'un point à un autre pour accomplir une tâche (A. R. M. Yaya, 2018, p.134). L'examen de la mobilité quotidienne des ménages des quartiers périphériques de Daloa impose d'analyser les caractéristiques des déplacements, notamment le nombre et la fréquence des déplacements, les modes et motifs de déplacement.

3.1.1. Le nombre et la fréquence de déplacement journalier

Un déplacement journalier est le fait pour une personne de quitter sa résidence pour une destination précise et de revenir à sa classe de départ (sa résidence). Il correspond ainsi à un mouvement d'aller et retour, en considérant le lieu de résidence comme point de départ. Le nombre et la fréquence de déplacement journalier sont dépendants du statut socioprofessionnel, du sexe, de l'âge et du revenu des populations vivant en périphérie de Daloa (Figure 2).

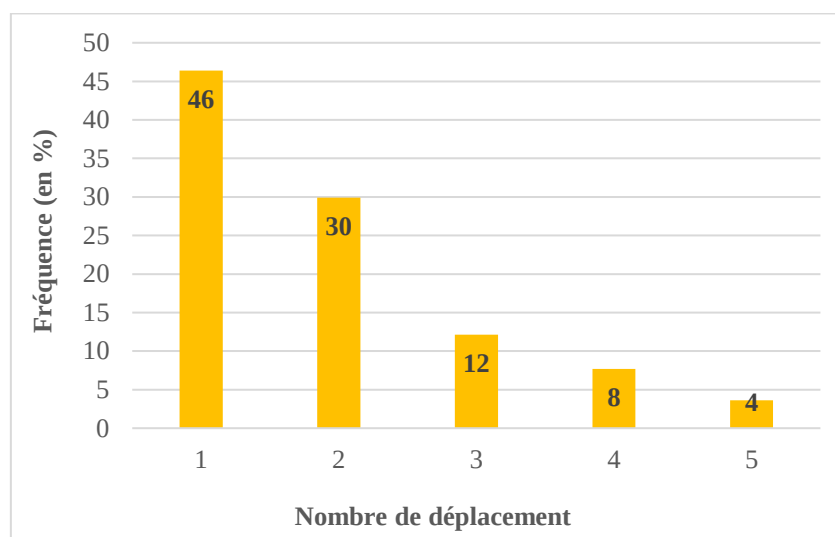


Figure 2 : Nombre et fréquence de déplacement des populations des quartiers périphériques de Daloa

Source : Les enquêtes de terrain, 2022

L'examen de la figure ci-dessus révèle que les populations des quartiers périphériques se déplacent jusqu'à cinq (05) fois en moyenne par jour. Elles effectuent au total 1485 déplacements par jour, soit une moyenne de déplacement journalière de 1,7 par personne. Spécifiquement, plus de $\frac{3}{4}$ (76%) des personnes enquêtées effectuent 1 à 2 déplacements par jour, contre 20% qui effectuent 3 à 4 déplacements en moyenne par jour. Seulement 5% des populations des périphéries urbaines ne se déplacent que 5 fois en moyenne dans la journée. Les populations effectuant un déplacement par jour sont les plus importantes, surtout qu'elles représentent 46% des enquêtés.

3.1.2. Une nette domination de la marche à pied dans la répartition modale des déplacements

Les pratiques de mobilité des populations des quartiers périphériques de Daloa sont définies en tenant compte de deux zones de destinations selon les investigations de terrain, notamment les destinations intra-quartier et inter-quartier. En outre, la répartition modale tient compte du

fait que l'individu est en activité ou pas et de la distance parcourue. Dans tous les cas, la marche à pied, la bicyclette, les deux roues-moteur individuelles, la voiture individuelle, le taxi-véhicule et l'alternance entre la marche à pied et le taxi-véhicule sont les modes de mobilité auxquels ont recours les populations.

3.1.2.1. La répartition modale selon les zones de destination

Les déplacements effectués par les populations des quartiers périphériques de Daloa se font soit à l'intérieur du quartier de résidence ou du quartier périphérique vers un autre quartier de la ville, qu'il soit de la périphérie urbaine ou non.

3.1.2.1.1. Les formes de mobilité spatiale dans les déplacements intra-quartiers

Les déplacements à l'intérieur des quartiers périphériques sont dominés par la mobilité pédestre (Figure 3).

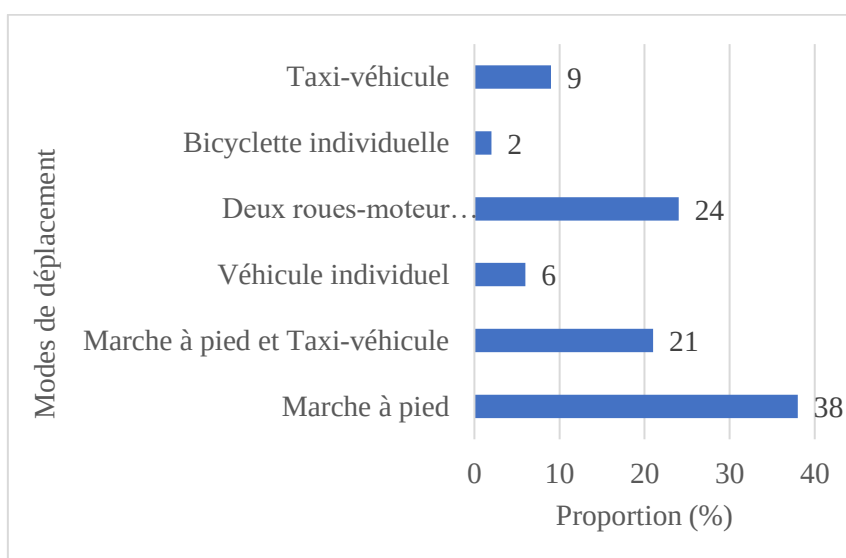


Figure 3 : Répartition modale dans les déplacements intra-quartiers

Source : Les enquêtes de terrain, 2022

Il ressort de l'analyse de la figure ci-dessus que les déplacements à l'intérieur des quartiers périphériques de Daloa se font majoritairement à pied (38%). Ce mode de mobilité spatiale est suivi des deux roues-moteur individuelles (24%) puis de l'alternance entre la marche à pied et les taxis-véhicule (21%). Le taxi-véhicule, le véhicule individuel et la bicyclette sont moins sollicités dans les déplacements intra-quartiers. Ces formes de mobilité sont successivement l'apanage de 9% ; 6% et 2% des populations.

3.1.2.1.2. Les formes de mobilité spatiale dans les déplacements inter-quartiers

Comme dans les déplacements intra-quartiers, les citoyens des quartiers périphériques de Daloa ont recours à la marche, aux taxis-véhicule, aux deux roues-moteur individuelles, aux véhicules individuels et alternent la marche et le taxi-véhicule. Selon les investigations de terrain, 18% des populations ont recours à l'alternance entre la marche et le taxi-véhicule, alors que 32% sollicitent le taxi-véhicule pour rallier les autres quartiers de la ville. Les déplacements en deux roues-moteur concernent 24% des populations, tandis que le véhicule individuel est utilisé par 16% des citoyens. La marche à pied est sollicitée par 9% des populations et la bicyclette compte pour seulement 1% des déplacements inter-quartiers.

3.1.2.2. Les motifs de la mobilité spatiale des populations des quartiers périphériques

Les motifs de déplacements des populations des quartiers périphériques de Daloa se rangent dans trois groupes :

- Le déplacement à caractère professionnel avec le travail ;
- Le déplacement à caractère socioculturel composé des études, des soins, des visites, de l'accompagnement de proche, de la prière, des loisirs ;
- Le déplacement à caractère domestique avec les achats (Figure 4).

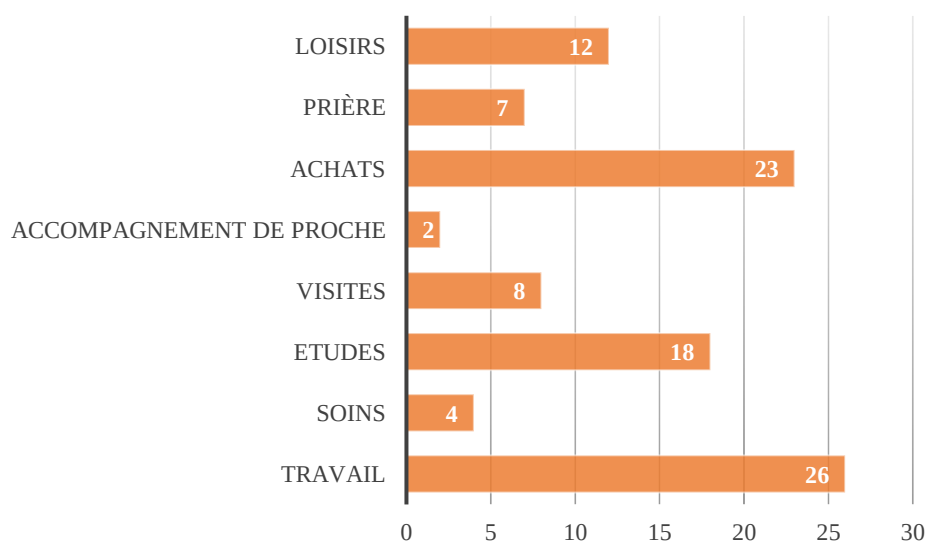


Figure 4 : Les motifs des déplacements des populations des quartiers périphériques de Daloa

Source : Les enquêtes de terrain, 2022

Les déplacements pour le travail viennent en tête avec 26% des déplacements quotidiens des citoyens. Ils sont suivis par les achats (23%), comme les achats de produits alimentaires pour la cuisine domestique. On y compte également les achats de produits manufacturiers et de biens d'équipement. Les études effectuées par les étudiants et les élèves, représentent 18% des déplacements quotidiens des populations des quartiers périphériques tandis que les loisirs comptent pour 12%. Il s'agit pour les citoyens des déplacements vers les maquis, les restaurants ou les bars de la ville en vue de partager une boisson ou de déjeuner entre amis. Les déplacements pour la visite représentent 8% du total des déplacements tandis que ceux relatifs à la prière sont pour 7%. Les soins et l'accompagnement de proche sont marginaux avec respectivement 4% et 2% des motifs de déplacement. Toutefois, les investigations de terrain ont relevé que la prépondérance des motifs de déplacement des populations est dépendante de la zone de destination (Tableau 1).

Tableau 1 : Répartition des motifs de déplacement des populations des quartiers périphériques par zone de destination

Motifs de déplacement	Répartition par zone de destination (en %)		
	Intra-quartier	Inter-quartier	Total
Travail	7	19	26
Soins	1	3	4
Études	7	11	18
Visites	5	3	8
Accompagnement de proche	2	0	2
Achat	6	17	23
Prière	5	2	7
Loisirs	4	8	12
Total	35	65	100

Source : Les enquêtes de terrain, 2022

Les populations sortent généralement de leur quartier périphérique de résidence pour satisfaire leurs besoins quotidiens. En effet, la satisfaction des besoins quotidiens se fait à 65% en dehors du quartier. Seuls les déplacements pour la prière, les visites et pour l'accompagnement de proche se font majoritairement dans les quartiers périphériques de résidence où se trouvent les personnes visitées ou qui font l'objet d'accompagnement. Aussi, trouve-t-on la plupart des édifices religieux fréquentés. Pour le reste, il s'agit d'équipements sanitaires, économiques (marché) et scolaires qui sont concentrés dans le centre-ville. G. P. Guélé et al. (2021, p. 297) soutiennent par exemple que : « la répartition des établissements scolaires publics de Daloa se caractérise par une forte concentration du cycle secondaire dans le Centre-ville ». Cette réalité conduit les populations des quartiers périphériques à effectuer des déplacements inter-quartiers. Les modes de déplacement sont également fonction des motifs (Tableau 2).

Tableau 2 : Motifs de déplacement en fonction des pratiques de mobilité

Motifs de déplacement	Modes de déplacement (en %)						Total
	Marche à pied	Taxi-véhicule	Deux roues-moteur individuelles	Véhicule individuel	Bicyclette	Marche à pied et taxi-véhicule	
Travail	3	6	8	5	0	4	26
Soins	0	2	1	1	0	0	4
Études	4	5	3	0	1	5	18
Visites	4	0	3	0	0	1	8
Accompagnement de proche	1	0	0	0	0	1	2
Achat	4	9	5	3	0	2	23
Prière	3	0	1	1	0	2	7
Loisirs	1	4	4	2	0	1	12
Total	20	26	24	12	1	16	100

Source : Les enquêtes de terrain, 2022

La marche à pied et l'alternance entre la marche et le taxi-véhicule dominent dans les pratiques de mobilité (36%), et ce, en tenant compte du total des motifs de déplacement. Spécifiquement, on observe une prépondérance de l'alternance entre la marche et le taxi-véhicule (5%) et de la mobilité piétonne (4%) dans les déplacements à destination des structures de formation. Il s'agit ici d'élèves ou d'étudiants qui en dehors de la marche à pied, alternent cette forme de mobilité

avec le taxi-véhicule. A. L. M. Eléazarus et al., (2021, p. 39) stipulent d'ailleurs que la marche est le principal moyen de déplacement utilisé par les étudiants dans le but de rallier l'université de Daloa, suivie de la combinaison de la marche et des taxis-véhicules. Ici, le taxi-véhicule est en général sollicité dans la matinée dans le but d'être à l'heure au cours, tandis que la marche sert à regagner après les cours la résidence. Cette stratégie développée dans les formes de mobilité spatiale est également l'apanage pour la prière, les visites et l'accompagnement de proche.

Somme toute, la mobilité pédestre représente la forme de mobilité privilégiée par les populations des quartiers périphériques de Daloa (47%) à côté de sa combinaison avec le taxi-véhicule. Son usage dans tous les motifs de déplacement des populations repose sur plusieurs facteurs qu'il importe d'appréhender.

3.2. Le mauvais état des routes et la faiblesse du revenu des ménages comme fondements de la prépondérance de la marche à pied

L'usage de la marche à pied comme principale forme de mobilité des citoyens des quartiers périphériques repose sur le mauvais état des routes et la faiblesse du revenu des ménages.

3.2.1. Le mauvais état des routes comme marqueur du paysage urbain

La ville de Daloa est parsemée par un réseau de routes qui s'organisent autour de voies primaires traversant la ville du Nord au Sud et de l'Est à l'Ouest, de voies secondaires qui assurent les liaisons inter-quartiers et des voies tertiaires pour la circulation intra-quartier (Figure 5).

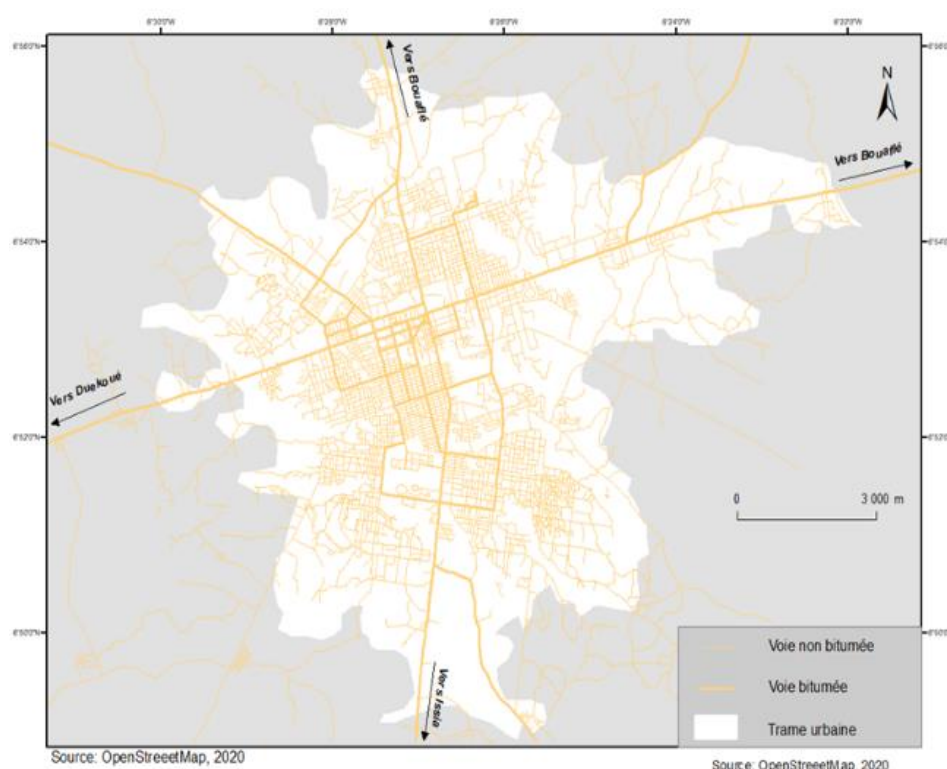


Figure 5 : Le réseau routier de la ville de Daloa

La ville compte un réseau de routes relativement dense avec un linéaire total de 441,43 km, dont 17,05 km de linéaires revêtus, soit 4 % du linéaire total. Les routes non revêtues dominent le linéaire total avec 424,38 km. Hormis les voies principales traversant la ville du Nord au Sud

et de l'Est à l'Ouest, la plupart des quartiers périphériques sont parcourus par des routes non revêtues. Ce sont des voies en mauvais état qui ne garantissent pas la fluidité des déplacements motorisés (Photo 1).

Photo 1 : L'état d'une route non revêtue au quartier Tazibouo université de Daloa



Source : Eléazarus, 2022

Si des nids de poule sont observés sur les routes bitumées, celles non revêtues sont ravinées sous l'action de l'érosion et/ou marquées par des touffes d'herbes et des tas d'immondices. En saison pluvieuse, la boue latéritique et les grandes flaques d'eau sur ces voies cèdent la place à la poussière asphyxiante de la saison sèche (A. L. M. Eléazarus, 2021, p. 36). L'absence d'aménagement de certains bas-fonds et le ravinement des voies isolent des quartiers périphériques, une situation qui impose aux populations résidentes la marche à pied d'autant plus que l'accès motorisé à ces zones de la ville est rendu difficile. Le ménage a ainsi recours à la marche pour satisfaire son besoin. Sous d'autres angles, la marche est développée sur une distance relativement longue pour accéder à une zone disposant d'une voirie relativement praticable. À ce stade, le ménage sollicite le taxi-véhicule, notamment pour les déplacements sur une longue distance. Les taxis-véhicules qui monopolisent l'offre du service de transport collectif à raison de 200 FCFA la course, privilégient leurs trafics sur les voies relativement praticables. Le mauvais état des routes dans les périphéries urbaines représente ainsi un frein à une offre du service de transport de qualité. En lien avec cette réalité, Mme Y (36 ans), ménagère et résidente du quartier Kennedy municipal extension affirme d'ailleurs que : « *Les matins, il est très difficile pour moi d'aller faire le marché, car il est rare de trouver un taxi. J'attends pendant au moins 30 min avant de pouvoir emprunter un taxi ou je suis obligée de marcher sur une longue distance dans l'espoir d'en trouver* ». La mauvaise qualité des voies allonge ainsi la durée d'attente des populations qui par ailleurs mobilisent des efforts de marche supplémentaires dans la satisfaction de leur besoin quotidien de mobilité. Plus encore, les citoyens désireux de rallier leur résidence dans les quartiers périphériques de la ville parsemés de routes en état de dégradation, effectuent des dépenses supplémentaires. M. X (44 ans), agent de santé et habitant du quartier Tazibouo université soutien en ces termes : « *Je paye régulièrement un tarif double ou je prends en course un taxi pour espérer rentrer chez moi dans un délai raisonnable surtout aux heures de pointe. Dans le cas contraire, je suis obligé*

d'attendre jusqu'à 45 min pour emprunter un taxi qui va dans mon quartier ». L'accès difficile au service privé du transport collectif à Daloa, sur fond du mauvais état des routes qui parcourent les quartiers périphériques impose l'usage de la marche à pied dans les déplacements de retour. Cette forme de mobilité est plus exploitée pour les populations ayant pour zone de départ le centre-ville ou des zones dotées de routes praticables.

3.2.2. La marche à pied sur fond de ménages à revenus faibles

La domination de la marche à pied dans la répartition modale des formes de mobilités des populations périphériques découle du manque de ressources financières des ménages. Cela est d'autant indubitable que le taux de pauvreté à Daloa est d'une importance significative. En effet, la région administrative du Haut-Sassandra avec pour chef-lieu la ville de Daloa, figure parmi les régions pauvres de la Côte d'Ivoire avec un indice de pauvreté de 54,9% contre une moyenne nationale de 46,3% (Ministère d'État, Ministère du Plan et du Développement de Côte d'Ivoire, 2015). L'usage de la marche comme forme de déplacement est pour le citoyen de la périphérie une stratégie lui permettant de « faire des économies ». Mme Z (54 ans), commerçante souligne à juste titre que : « *Par manque de moyens, je préfère marcher pour aller prier dans mon église située à tout au plus 1 km que d'emprunter un taxi. Cela me permet de faire de petites économies et de subvenir à mes besoins* ». Le faible revenu des populations limite le recours aux déplacements motorisés au profit de la mobilité pédestre. La pratique de cette forme de mobilité est récurrente dans les déplacements intra-quartiers. En effet, 42 % des populations des quartiers périphériques ont recours à la marche à pied dans leurs déplacements intra-quartiers contre 24% qui alternent la marche et le taxi-véhicule. Cette réalité résulte de la distance moyenne parcourue. En effet, les populations parcourent en moyenne moins de 1 km pour satisfaire à leurs besoins nécessitant des déplacements à l'intérieur de leur quartier.

4. Discussion

L'urbanisation de la ville de Daloa s'accompagne de difficultés liées à la mobilité spatiale des populations, notamment dans les quartiers périphériques. Pourtant dans ces quartiers, les populations se déplacent jusqu'à cinq (05) fois en moyenne par jour avec un total de 1485 déplacements par jour, soit une moyenne de déplacement journalière de 1,7 par personne. Les problèmes de mobilité spatiale se posent avec acuité dans les périphéries urbaines de Daloa que la marche à pied représente la forme de mobilité la plus sollicitée. Africa Ceo Forum (2022, pp. 2-3) note d'ailleurs que l'Afrique fait face à l'explosion des villes, avec une urbanisation exceptionnellement rapide, à la fois en termes de population et de surface impliquant la prépondérance de la marche dans les villes. La forte dynamique spatio-démographique des villes se traduisant par le développement de quartiers périphériques, soulève des questions de mobilité. Le Groupe de la Banque mondiale (2021, p. 38), soutient que la marche à pied reste le principal mode de déplacements dans les villes secondaires d'Afrique, malgré la motorisation croissante. Cette forme de mobilité reste très prisée dans les déplacements intra-quartiers où l'on enregistre de courtes distances que dans la mobilité inter-quartier tel que stipulé par L. O. Diaz (2005, p. 27) en ces termes : « L'utilisation des modes de déplacement est étroitement corrélée à la dimension spatiale du déplacement. La marche est le mode de déplacement quasi exclusif à l'intérieur du quartier ou pour se rendre dans les quartiers limitrophes ». Au-delà, les citoyens des périphéries urbaines ont recours aux véhicules individuels, aux véhicules deux roues-moteur, à la bicyclette et aux taxis-véhicules, seuls moyens assurant le transport collectif

dans la ville. L'intérêt accordé à la marche dans les modes de mobilité repose sur le mauvais état des routes. En effet, la dégradation des infrastructures routières parsemant les périphéries urbaines isole certains quartiers, privant leurs résidents des services de l'offre privée du transport collectif. Cette caractéristique du processus d'urbanisation des villes est confirmée par K. M. Diby (2018, p. 156) dans son étude sur la ville de Bonoua au Sud-est de la Côte d'Ivoire en révélant que : « Dans les nouveaux quartiers, les voies en terre (...) subissent une forte érosion rendant l'accès à certains points difficile, voire impossible ». Pour satisfaire à leurs besoins de mobilité, des dépenses exorbitantes s'imposent aux populations. X. Godard (2002, p. 102) note à juste titre que : « l'enclavement des quartiers périphériques se traduit par des surcoûts de transport que doivent supporter les ménages résidents de ces quartiers ». Plus l'on est éloigné du centre-ville, plus l'on habite un quartier peu dense ou aux voies dégradées (...), plus le coût de la course est élevé (H. Kanazoé, 2022, p. 41). L'étude a également montré que la faiblesse des revenus des ménages des quartiers de la périphérie urbaine de Daloa justifie le recours à la mobilité piétonne. A. R. M. Yaya et al. (2018, p. 135) abondent dans le même sens lorsqu'ils affirment que les quartiers périphériques de Parakou au Bénin, abritent en grande partie les populations à faible revenu. Ainsi, les ménages qui n'ont pas assez de ressources pour financer l'ensemble de leurs déplacements urbains privilégient la marche, peu importe la distance à parcourir.

Conclusion

De tous les motifs de déplacement pris dans leur globalité, la mobilité pédestre est le principal mode de déplacement des populations des quartiers éloignés du centre-ville de Daloa à côté du taxi-véhicule, du véhicule individuel et de la moto individuelle. Cette prépondérance de la marche tient à l'inadaptation de l'offre du service de transport, se traduisant par l'état de dégradation avancée des voies de communication, isolant certains secteurs de la ville. De plus, la mobilisation de la marche est liée au manque de ressources financières à même de permettre aux ménages à faible revenu de bénéficier des services du transport motorisé. Il revient aux décideurs de jeter les bases d'un développement urbain maîtrisé en vue de satisfaire au bien-être des citoyens, surtout ceux des zones périphériques.

Références bibliographiques

- AFRICA CEO FORUM, (2022). *Les mobilités urbaines en Afrique : bâtir les villes durables de demain*, 61p.
- DIAZ OLVERA L., PLAT D., POCHET P., SAHABANA M., (2005). « La marche à pied dans les villes Africaines », *Transports*, N°429, pp. 24-31.
- DIBY K. M., (2018). « Les problèmes d'aménagement et de développement de la ville de BONOUA au Sud-Est de la Côte d'Ivoire », *Revue Espace Géographique et Société Marocaine*, N°20, pp. 145-165.
- ELEAZARUS A. L. M. et GUELE G. P., (2021). « Les formes de mobilité spatiale des étudiants dans la ville de Daloa au centre-ouest de la Côte d'Ivoire », *Actes du Colloque International du Groupe de Recherche Interdisciplinaire pour le Développement du Centre-Ouest de la Côte d'Ivoire (GRIDCOCI)*, Volume 2, Nouvelles Éditions Balafons (NEB), pp. 27-51.

GODARD X., (2002). « Mobilités quotidiennes et accès au logement: questions d'articulation à partir d'observations africaines », *L'accès à la ville : les mobilités spatiales en questions*, Collection Habitat et sociétés, l'Harmattan, pp. 99-113.

GROUPE DE LA BANQUE MONDIALE, (2021). *Les villes africaines face à la crise de la mobilité urbaine, Défis des politiques nationales de mobilité en Côte d'Ivoire, en Ethiopie, en Guinée, au Ghana, au Kenya, au Nigeria, au Rwanda et au Sénégal*, Programme de politiques de transport en Afrique (SSATP), Rapport transnational, 90p.

GUELE G. P. et ELEAZARUS A. L. M., (2021). « Dynamique spatio-démographique et répartition des établissements scolaires publics dans la ville de Daloa (Côte d'Ivoire) », Les actes du Colloque International de Géographie du Laboratoire Africain de Démographie et des Dynamiques Spatiales (LABORADDYS) et du Département de Géographie de l'Université Alassane OUATTARA (Bouaké, Côte d'Ivoire), GéoVision (Eds), *Revue du Laboratoire Africain de Démographie et des Dynamiques Spatiales*, Numéro Hors-série N°2, Tome 2, pp. 290-304.

KANAZOÉ H., (2022). « L'affordance comme outil pour comprendre la mobilité dans une ville africaine : le cas de Bobo-Dioulasso (Burkina Faso) », *Gari. Recherches et débats sur les villes africaines*, Volume 2, Numéro 1, pp. 31-60

KOUKOUNGNON W. G., (2012). *Milieu urbain et accès à l'eau potable : cas de Daloa (Centre-Ouest de la Côte d'Ivoire)*, Thèse de Doctorat en Géographie, Abidjan, Université Félix Houphouët-Boigny, 370p.

MINISTÈRE D'ÉTAT, MINISTÈRE DU PLAN ET DU DÉVELOPPEMENT DE CÔTE D'IVOIRE, (2015). *Enquête sur le niveau de vie des ménages en Côte d'Ivoire (ENV 2015)*, 91p.

YAYA A. R. M., THOMAS O., ZAKARI S. et DJAOUGA M., (2018). « Urbanisation et déplacements des populations dans la ville de Parakou au Bénin », *Afrique SCIENCE*, 14(3), pp. 126-144.

YODE G. M., (2017). *Urbanisation et dégradation de l'environnement : le cas de Daloa*, Thèse de Doctorat en Géographie, Abidjan, Université Félix Houphouët-Boigny, 350p.

© 2023 ELEAZARUS, licensee *Bamako Institute for Research and Development Studies Press*. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>)

Publisher's note

Bamako Institute for Research and Development Studies Press remains neutral regarding jurisdictional claims in map publications and institutional affiliations.

Research

Personnalité et détresse psychologique, facteurs de risque de survenue de grossesse précoce en milieu scolaire : cas des élèves de l'enseignement secondaire d'Atakpamé

Folly-hola AYEBOUA^{1,*} et Ati-Mola TCHASSAMA²

¹Département de psychologie appliquée, Université de Lomé, Lomé, Togo

²Département de psychopédagogie, Ecole Normale Supérieure d'Atakpamé, Atakpamé, Togo

*Correspondance: follyayeboua@yahoo.fr, Tel: (+228) 91 95 09 22

Résumé

Les grossesses en milieu scolaire deviennent récurrentes au Togo. La région des plateaux a le taux le plus élevé et l'implication des facteurs socio-anthropologiques dans la survenue de ces grossesses précoces est largement démontrée. Mais peu d'études portent sur l'aspect psychologique. De ce fait, cette étude vise à analyser les facteurs psychologiques qui contribuent à la survenue de la grossesse en milieu scolaire. Pour ce faire, une enquête a été réalisée auprès de 67 élèves qui ont des comportements sexuels à risque, âgées de 14 à 19 ans inscrites dans cinq établissements secondaires d'Atakpamé ayant plus de cas de grossesses précoces, présentes les jours de l'enquête et ayant consenti à y participer. Elles ont été soumises à un entretien appuyé des échelles psychologiques telles que le *Psychiatric Symptom Index (PSI)* de Ilfeld (1976) et le *Big Five Inventory* à 10 items (BFI-10-Fr). Les résultats montrent une liaison significative modérée entre le névrosisme et la grossesse précoce et aussi entre la grossesse précoce et la détresse psychologique. Ces résultats suggèrent que les adolescentes ayant des émotions négatives sont plus enclines à tomber précocement enceinte.

Mots-clés : Grossesse précoce ; détresse psychologique ; personnalité ; adolescence ;

Abstract

School pregnancies are becoming recurrent in Togo. Plateau region has the highest rate and the involvement of socio-anthropological factors in the occurrence of these early pregnancies has been widely demonstrated. But few studies focus on the psychological aspect. Therefore, this study aims to analyze the psychological factors that contribute to the occurrence of pregnancy in the school environment. To do this, a survey was conducted among 67 students who have risky sexual behavior, aged 14 to 19 enrolled in five secondary schools in Atakpamé with more cases of early pregnancy, present on the days of the survey. and having consented to participate. They were subjected to an interview based on psychological scales such as the *Psychiatric Symptom Index (PSI)* of Ilfeld (1976) and the 10-item *Big Five Inventory (BFI-10-Fr)*. The results show a moderate significant link between neuroticism and early pregnancy and between early pregnancy and psychological distress. These results suggest that teenage girls with negative emotions are more likely to become pregnant early.

Keywords: Early pregnancy; psychological distress; personality; adolescence;

1. Introduction

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), les indicateurs de santé sexuelle et reproductive des adolescents sont très inquiétants en Afrique subsaharienne. En effet, en 2021, cette région a enregistré 101 naissances pour 1000 femmes (OMS, 2022). En termes de nombre réel d'accouchement, l'Afrique subsaharienne a le chiffre le plus élevé soit 6 114 000 naissances chez les 15-19 ans et 332 000 accouchements chez celles de 10 à 14 ans (OMS, 2022).

Le Togo, pays de l'Afrique subsaharienne n'affiche pas également de bon indicateur de santé sexuelle et reproductive des adolescents. En se basant sur le rapport d'enquête par grappes à indicateurs multiples sixième édition (MICS 6) menée en 2017, le taux de natalité chez les adolescentes est de 79 naissances pour 1000 femmes [Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques et Démographiques (INSEED), 2018]. Ce même rapport indique que le taux de natalité chez les adolescentes est plus élevé en milieu rural, dans les régions de la Kara, Centrale, Plateaux et faible à Lomé Commune. Également, le taux de natalité chez les adolescentes est élevé chez celles de niveau d'instruction préscolaire ou primaire et celles ayant un indice de bien-être économique second ou le plus pauvre. Malheureusement, le constat que nous faisons de nos jours est l'augmentation du taux de grossesse en milieu scolaire. En effet, entre septembre 2020 et mars 2021, il a été recensé 1222 élèves qui sont tombées enceinte selon une enquête de la Direction de la Planification de l'Education (DPE) en collaboration avec le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) et la Banque mondiale¹. Pour l'année scolaire 2021-2022, le ministre de l'éducation indique que 3 160 élèves sont tombées enceinte². Cependant, il est à noter que la région des plateaux ayant pour chef-lieu Atakpamé est la plus touchée par les grossesses en milieu scolaire.

De façon globale, la grossesse des adolescentes demeure un problème majeur de santé publique en ce sens que les complications de la grossesse et de l'accouchement sont la principale cause de décès chez les filles de 15 à 19 ans (OMS, 2022). Bien que de nombreuses sensibilisations se font dans les écoles, le phénomène persiste et cela inquiète. Par ailleurs, l'OMS révèle que les troubles émotionnels sont également fréquents chez les adolescents (OMS, 2021). En effet, la survenue de la puberté, déclenchée par des modifications hormonales, marque le commencement de l'accès à la maturité physique et sexuelle où se conjuguent alors des transformations physiques, cognitives et affectives majeures (Atger, 2007). Les troubles émotionnels relevés à l'adolescence peuvent être dû au processus de transformations affectives. Ces dernières sont liées aux mouvements simultanés de mise à distance des parents et de rapprochement des pairs (Atger, 2007). En évoquant les troubles émotionnels, nous pouvons parler de la détresse psychologique.

La définition de la détresse psychologique ne fait pas l'unanimité dans la littérature. Néanmoins, selon le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, cinquième édition (DSM-5), la détresse psychologique est un éventail de symptômes et d'expériences de la vie

¹ <https://www.republicoftogo.com/toutes-les-rubriques/societe/toujours-trop-de-grossesses-precoces>

² <https://www.republicoftogo.com/toutes-les-rubriques/societe/grossesses-en-milieu-scolaire-baisse-de-8-7#:~:text=%C2%A9%20republicoftogo.com-,Il%20y%20moins%20de%20grossesses%20en%20milieu%20scolaire%2C%20a%20indiqu%C3%A9,tout%20de%20m%C3%Aame%20de%203.160.>

interne d'une personne qui sont communément considérés troublant, déroutant, ou hors de l'ordinaire. Le modèle hiérarchique cognitivo-affectif de Labelle et al. (2001) cités par Machado (2015) postule que la détresse psychologique a trois composantes à savoir l'anxiété situationnelle, l'anxiété de trait et la dépression. La conception de ce modèle est différente de celle de Kovess-Masfety et al. (2010) cités par Machado (2015) qui caractérisent la détresse par un état de mal-être, la présence des symptômes anxieux et dépressif, et aussi des difficultés dans la vie quotidienne. Si les composantes de la détresse psychologique divergent selon les auteurs, ils restent unanimes pour dire que la détresse psychologique réfère à une vaste gamme de symptômes cognitifs et émotionnels : manifestations d'anxiété, de dépression, d'irritabilité, de symptômes cognitifs tels qu'une faible concentration ou de l'indécision, ainsi que des pensées morbides ou suicidaires (Ilfeld. 1976 & 1978 ; Perrault, 1989 ; Préville et al., 1992; Préville, Potvin, & Boyer, 1995 cités par Picard, 2017, p.6). Chez les adolescentes, DiClemente et al. (2001), à travers des analyses multivariées, ont trouvé que celles qui présentent une détresse importante au début de leur étude longitudinale étaient plus susceptibles que leurs pairs, après 6 mois d'avoir eu des relations sexuelles non protégées. De plus, ces auteurs trouvent qu'elles étaient également plus susceptibles de percevoir des obstacles à l'utilisation du préservatif et de craindre les conséquences négatives de la négociation de l'utilisation du préservatif. Ces résultats suggèrent que la détresse psychologique constitue un facteur de risque pour l'adoption des comportements sexuels à risque. Toutefois, face à ces vulnérabilités psychiques, des différences individuelles sont notées. Celles-ci peuvent être attribuée à la personnalité des individus. Cependant, le modèle des cinq facteurs offre, probablement, la description la plus complète de la structure de la personnalité fondée sur cinq dimensions essentielles : névrosisme, extraversion, caractère agréable, ouverture d'esprit et caractère consciencieux (Hjemdal et al., 2010). Les auteurs tels que Raynor et Levine (2009), ont trouvé que l'extraversion élevée était associée à une diminution de l'utilisation du préservatif contrairement à Ruiz-Palomino et al. (2015, p.5) qui ont trouvé des différences statistiquement significatives pour l'ouverture et la conscience. Pour ces derniers auteurs, le groupe des jeunes qui n'utilisent pas systématiquement le préservatif a un score élevé en ouverture et un score faible en conscience par rapport à ceux qui utilisent le préservatif de manière systématique. Dans le même sens, Harville et al. (2014), en menant une étude aux Etats-Unis auprès des adolescentes, ont trouvé que l'agréabilité et l'ouverture étaient associées à une probabilité réduite de tomber enceinte à l'adolescence. De plus, les résultats de leur étude (Harville et al., 2014) montrent que le névrosisme, la conscience et l'extraversion étaient tous associés à une probabilité accrue de tomber enceinte, et que le névrosisme très élevé était associé à un poids de naissance plus faible et l'âge gestationnel uniquement chez les filles noires. Dès lors, la détresse psychologique et la personnalité ne sont-elles pas en lien avec la grossesse adolescente ?

Fort de ces constats, nous formulons l'hypothèse que la personnalité et la détresse influent sur la survenue de la grossesse précoce en milieu scolaire. Ainsi, cette étude vise de façon générale à analyser les facteurs psychologiques qui contribuent à la survenue de la grossesse en milieu scolaire. De manière spécifique, elle a pour finalité d'étudier le lien entre la détresse psychologique et la grossesse des adolescentes d'une part et d'autre part la relation entre la personnalité et la grossesse des adolescentes en milieu scolaire. Ceci permettra de relever la nécessité d'un accompagnement psychologique des adolescentes en milieu scolaire pour la prévention de la grossesse précoce.

2. Méthodologie

Il s'est agi d'une recherche prospective et descriptive effectuée dans la ville d'Atakpamé dans la période d'avril à mai 2022. La ville d'Atakpamé a été retenue comme lieu de recherche car selon les statistiques, elle est le chef-lieu de la région des plateaux et la première région qui enregistre beaucoup de grossesse en milieu scolaire. Cette recherche a porté sur les élèves filles âgées de 14 à 19 ans, inscrites dans 05 établissements scolaires secondaires dont 03 publics et 02 privés choisis en fonction des cas de grossesses enregistrés, présentes les jours de l'enquête et ayant consenti à y participer. La technique d'échantillonnage du tout-venant a été donc adoptée. Au total, 240 filles ont accepté de participer à l'enquête. Sur les 240 filles, 117 sont sexuellement actives et 67 à risque de grossesse précoce.

L'étude a donc porté sur les 67 à risque de grossesse précoce. Elles ont été soumises à un entretien à l'aide des échelles psychologiques telles que le Psychiatric Symptom Index (PSI) de Ilfeld (1976) et le Big Five Inventory à 10 items (BFI-10-Fr).

Le Psychiatric Symptom Index (PSI) de Ilfeld (1976) a permis d'évaluer la détresse psychologique. Le PSI est une échelle de santé mentale comprenant 29 items d'une symptomatologie significative sur le plan clinique et qui recouvre quatre sous échelles : dépression, anxiété, agressivité et problèmes cognitifs. Il fournit également un indice global de détresse psychologique. Les items sont cotés sur une échelle de Likert en quatre points allant de « 1 = très souvent » à « 4 = jamais ». A la cotation, les scores obtenus sont inversés ainsi 4 = 0 ; 3 = 1 ; 2 = 2 et 1 = 3. La somme des scores inversée à chaque item est divisée par 3 multiplié par le nombre des items (29) et le tout multiplié par 100. Cependant, un score égal ou supérieur à 30 signifie qu'il y a un niveau clinique de détresse psychologique.

La version française du Big Five Inventory à 10 items (BFI-10-Fr) de Courtois et al. (2020) a permis d'évaluer les cinq facteurs de la personnalité. Ceux-ci décrivent cinq différents traits de personnalité qui sont l'extraversion, l'agréabilité, la conscience, le névrosisme et l'ouverture. Notons que les traits de personnalité sont des caractéristiques individuelles permettant de distinguer les individus entre eux. L'extraversion est un trait de personnalité caractérisé par la propension à rechercher les contacts sociaux et les stimulations extérieures. L'agréabilité est un trait de personnalité qui se manifeste par une tendance à être compatissant et coopératif envers les autres. La conscience est caractérisée par la capacité à contrôler, réguler et diriger ses impulsions. Le névrosisme est une tendance à éprouver facilement des émotions désagréables. Enfin, l'ouverture est marquée par l'imagination, la curiosité intellectuelle et l'intérêt artistique. Le BFI-10-Fr est composé de 10 items du BFI qui ont été sélectionnés comme étant les plus représentatifs des domaines, c'est-à-dire parmi les plus saturés par le facteur, avec la contrainte finale d'avoir pour chaque domaine un item formulé positivement et un autre négativement. Par exemple pour l'extraversion, l'item positif « est sociable, extraverti » et l'item négatif « est réservé ». Les items ont été cotés sur une échelle de Likert de 5 points allant de « 1 = ce n'est pas du tout moi » à « 5 = c'est tout à fait moi ». Ainsi, le score des items 1, 2, 4, 8 et 10 sont à inverser (1 = 5 ; 2 = 4 ; 3 = 3 ; 4 = 2 ; 5 = 1). Le score de l'extraversion est obtenu en calculant la moyenne des items 1 et 6 ; la moyenne des items 2 et 7 permet d'obtenir le score de l'agréabilité ; les items 3 et 8 pour la conscience ; les items 4 et 9 pour le névrosisme et les items 5 et 10 pour l'ouverture. La stabilité temporelle de l'évaluation des traits de personnalité

par les échelles du BFI-10, mesurée par la corrélation entre le test et le retest à deux semaines, est satisfaisante.

Les données obtenues à l'issue de l'entretien et de la passation des échelles de mesure, ont été saisies grâce au logiciel Epi Data 3.1. Le logiciel SPSS 21 a permis de faire une analyse statistique sur ces données. Nous avons calculé la fréquence sur les variables qualitatives et quantitatives. Concernant la détresse psychologique et ses sous-échelles le seuil clinique 30 a été considéré. Ainsi, obtenir un score inférieur à 30 équivaut à un niveau faible de détresse psychologique et un score égal ou supérieur à 30 équivaut à une détresse psychologique élevée. Pour la personnalité, un score inférieur à 2,5 équivaut à un niveau faible. Par après, le test de khi-deux a permis de tester les hypothèses.

3. Résultats

A l'issue des analyses, voici les résultats auxquels nous sommes parvenus. Sur les 67 à risque de grossesse précoce, 21 soit 31,34% ont eu une grossesse précoce.

3.1. Détresse psychologique

Parmi les filles à risque de grossesse précoce, nous avons trouvé que 40,3% ont une détresse psychologique élevée contre 59,7% qui ont une détresse faible. Pour tester notre première hypothèse, nous avons effectué le test de khi-deux dont les résultats sont présentés dans le tableau 1 ci-dessous.

Tableau 1 : Tableau croisé entre la grossesse précoce et la détresse psychologique

		Grossesse Précoce	
		Oui N (%)	Non N (%)
Détresse psychologique	Faible N (%)	09 (13,43)	31 (46,27)
	Elevé N (%)	12 (17,91)	15 (22,39)
	$X^2_{cal} = 5,94$	$X^2_{lu} = 3,84$	Seuil = 5%
Dépression	Faible N (%)	12 (17,91)	39 (58,21)
	Elevé N (%)	09 (13,43)	07 (10,45)
	$X^2_{cal} = 6,05$	$X^2_{lu} = 3,84$	Seuil = 5%
Anxiété	Faible N (%)	07 (10,45)	20 (29,85)
	Elevé N (%)	14 (20,89)	26 (38,81)
	$X^2_{cal} = 0,62$	$X^2_{lu} = 3,84$	Seuil = 5%
Problèmes cognitifs	Faible N (%)	11 (16,42)	34 (50,74)
	Elevé N (%)	10 (14,93)	12 (17,91)
	$X^2_{cal} = 3,03$	$X^2_{lu} = 3,84$	Seuil = 5%
Agressivité	Faible N (%)	06 (08,95)	15 (22,39)
	Elevé N (%)	15 (22,39)	31 (46,27)
	$X^2_{cal} = 0,11$	$X^2_{lu} = 3,84$	Seuil = 5%

Les résultats du tableau 1 montrent qu'il y a une liaison significative entre la grossesse précoce et la détresse psychologique car $X^2_{cal} > X^2_{lu}$ rejetant l'hypothèse nulle. Cette liaison est modérée ($C = 0,3$). Il ressort donc qu'une faible détresse psychologique réduit la probabilité d'avoir une grossesse précoce. En faisant une analyse avec les différentes sous échelles de la

détresse psychologique, nous trouvons également une liaison significative avec la dépression ($X^2_{cal} > X^2_{lu}$). Ainsi, l'absence des signes de dépression permettent d'éviter une grossesse précoce. Il s'agit également d'une liaison modérée avec $C = 0,3$.

3.2. Personnalité

Au niveau des cinq facteurs de la personnalité, il ressort que 79,10% ont une ouverture élevée contre 20,90%. La conscience est élevée chez 67,16% et faible chez 32,84%. L'extraversion est élevée chez 46,27% contre 53,33% qui ont une extraversion faible. Cependant, l'agréabilité est faible chez 82,09% des filles contre 17,91% qui présente une agréabilité élevée. Le névrosisme est élevé auprès de 71,64% et faible chez 28,36%. Le tableau 2 nous permet de tester notre seconde hypothèse.

Tableau 2 : Tableau croisé entre la grossesse précoce et la personnalité

			Grossesse précoce	
			Oui N (%)	Non N (%)
Big Five	Ouverture	Faible N (%)	06 (08,95)	08 (11,94)
		Elevé N (%)	15 (22,39)	38 (56,72)
		$X^2_{cal} = 1,09$	$X^2_{lu} = 3,84$	Seuil = 5%
	Conscience	Faible N (%)	08 (11,94)	14 (20,90)
		Elevé N (%)	13 (19,40)	32 (47,76)
		$X^2_{cal} = 0,38$	$X^2_{lu} = 3,84$	Seuil = 5%
	Extraversion	Faible N (%)	15 (22,39)	21 (31,34)
		Elevé N (%)	06 (08,96)	25 (37,31)
		$X^2_{cal} = 3,85$	$X^2_{lu} = 3,84$	Seuil = 5%
	Agréabilité	Faible N (%)	16 (23,88)	39 (58,21)
		Elevé N (%)	05 (07,46)	07 (10,45)
		$X^2_{cal} = 0,72$	$X^2_{lu} = 3,84$	Seuil = 5%
	Névrosisme	Faible N (%)	10 (14,93)	38 (56,71)
		Elevé N (%)	11 (16,42)	08 (11,94)
		$X^2_{cal} = 8,69$	$X^2_{lu} = 3,84$	Seuil = 5%

Par rapport aux cinq facteurs de la personnalité, les résultats montrent qu'il y a une liaison significative modérée entre la grossesse précoce et le névrosisme ($X^2_{cal} > X^2_{lu}$; $C = 0,3$) et une liaison faible entre la grossesse précoce et l'extraversion ($X^2_{cal} > X^2_{lu}$; $C = 0,2$). Ces résultats suggèrent que les filles dont les traits de névrosisme sont élevés et les traits d'extraversion sont faibles sont plus susceptibles d'avoir une grossesse précoce.

Cependant, quelle lecture psychologique faisons-nous de ces résultats ?

4. Discussion

La présente étude montre que 31,34% des filles à risque de grossesse précoce sont finalement tombées enceinte. En d'autres termes, ces résultats permettent de voir que le tiers des élèves qui prennent des risques liés à leur sexualité finissent par avoir une grossesse précoce. En vue de comprendre de tels comportements, l'étude à chercher à évaluer le lien entre la grossesse

précoce avec la détresse psychologique d'une part et d'autre part avec la personnalité. Il ressort que les élèves qui tombent enceinte ont une prédisposition à ressentir des émotions négatives. En effet, que ce soit la détresse psychologique ou le névrosisme, ils sont associés à des émotions négatives. Toutefois, les personnes qui ressentent des émotions négatives ont du mal à prendre des décisions pour elles-mêmes. Malheureusement, pour éviter une grossesse, il faut prendre des décisions pour soi-même en adoptant un meilleur moyen de contraception. Ceci pourrait aussi expliquer le fait qu'au-delà des sensibilisations faites, certaines élèves ont du mal à pouvoir adopter une méthode de contraception efficace. Prenons l'exemple du névrosisme. Il est associé à une faible intelligence émotionnelle. Ainsi, il peut impliquer une baisse de motivation pour la recherche d'autres méthodes contraceptives en dehors du préservatif. C'est également le même cas pour la détresse psychologique. Ce qui montre qu'au-delà des sensibilisations foraines, d'autres adolescentes en fonction de leur vécu personnel et de leur personnalité en construction, ont besoin d'un accompagnement psychologique pour prévenir les grossesses en milieu scolaire. D'ailleurs, Beck (1976) en affirmant que les personnes ayant des difficultés émotionnelles ont également des problèmes cognitifs, a proposé un modèle de trois sources de ces problèmes cognitifs appelé la triade de Beck. Ce modèle postule que les personnes déprimées ont des distorsions cognitives sur elles-mêmes, sur leur propre environnement et sur leur environnement. Ce modèle renchérit le fait que l'environnement défavorable dans lequel grandit les adolescentes ayant des grossesses précoces et évoqué dans les différentes études est également source des problèmes cognitifs. Ainsi, le problème de grossesse en milieu scolaire est aussi lié aux facteurs psychosociaux.

Il est à noter que les résultats de cette étude sont similaires à ceux des études précédentes qui ont trouvé que la grossesse en milieu scolaire est liée à la détresse psychologique (DiClemente et al., 2001) et au névrosisme (Harville et al., 2014). Egalement, les résultats de cette étude vont dans le même sens que ceux de Raynor et Levine (2009) qui ont trouvé un lien avec l'extraversion. Par contre, ils divergent de ceux de Ruiz-Palomino et al. (2015) qui ont trouvé un lien avec l'ouverture et la conscience. Cette divergence peut s'expliquer par la différence des contextes de chaque étude et de la diversité des échelles de mesure. Il est à noter que sur les facettes de la personnalité, la littérature n'est point unanime. Ceci amène à continuer des études à grande échelle pour des obtenir des résultats consensuels. De plus, une étude longitudinale évaluant la détresse psychologique à une période T1 et également à une période T2 pourra mieux spécifier la relation entre la détresse psychologique et la grossesse en milieu scolaire.

5. Conclusion

La grossesse en milieu scolaire constitue un véritable problème en Afrique subsaharienne. Les causes évoquées dans les études sont à la fois socio-anthropologiques que biologiques. Malheureusement, peu d'études ont touché l'aspect psychologique. Afin de pallier ce manque et pour offrir une approche de solution pluridisciplinaire, cette étude a pour but d'étudier le lien entre la détresse psychologique, la personnalité et la grossesse précoce. Ainsi, à partir d'une étude transversale menée chez les adolescentes inscrites dans les établissements secondaires d'Atakpamé, il ressort qu'il y a un lien significatif entre la grossesse en milieu scolaire avec la détresse psychologique, de même qu'avec la personnalité. De ce fait, les facteurs psychologiques sans pour autant surpasser les facteurs sociaux et biologiques contribuent également à la grossesse précoce. Il s'avère donc nécessaire de proposer un accompagnement

psychosexuel dans les établissements scolaires afin de renforcer les compétences psychologiques des élèves à faire face à leur difficulté personnelle pour prévenir la grossesse précoce. Des études sur un échantillon large pourront également être menées en vue de mesurer l'efficacité d'un accompagnement psychologique en amont pour la prévention des grossesses précoces.

Conflit d'intérêt

Nous déclarons qu'il n'y a aucun conflit d'intérêt pour cette étude.

Références bibliographiques

Atger, F. (2007). L'attachement à l'adolescence. *Dialogue*, 175 (1), 73-86. DOI10.3917/dia.175.0073

Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. International Universities Press.

Courtois, R., Plaisant, O., Allibe B., Lignier B., Reveillere C., Lecoq G. & John O. (2020). Validation française du Big Five Inventory à 10 items (BFI-10). *L'Encéphale*, 46 (6), 455-462. [10.1016/j.encep.2020.02.006](https://doi.org/10.1016/j.encep.2020.02.006)

DiClemente, R. J., Wingood, G. M., Crosby, R. A., Sionean, C., Brown, L. K., Rothbaum, B. & Davies, S. (2001). A Prospective Study of Psychological Distress and Sexual Risk Behavior Among Black Adolescent Females. *PEDIATRICS*, 108 (5), 1-6. DOI: 10.1542/peds.108.5.e85

DSM-5, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux ("Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders"), publié par l'American Psychiatric Association.

Harville, E. W ., Madkour, A. S . & Xie Y. (2014) Personality and adolescent pregnancy outcomes. *Journal of Advanced Nursing* 00(0), 000–000. doi:10.1111/jan.12481

Hjemdal, O., Friborg, O. & Stiles, T. C. (2010). Résilience et personnalité. *Bulletin de psychologie*, 510 (6), 457-461. DOI 10.3917/bupsy.510.0457

Ilfeld, F. W. (1976). Further validation of a psychiatric symptom index in a normal population. *Psychological Reports*, 39 (3, Pt 2), 1215 – 1228. <https://doi.org/10.2466/pr0.1976.39.3f.1215>

Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques et Démographiques (INSEED), 2018. MICS6 TOGO, 2017, Rapport final. Lomé, Togo.

Machado, T. (2015). Santé mentale et santé psychologique : modèles, constats et définitions. *La prévention des risques psychosociaux*, Presses universitaires de Rennes, 37-71.

Organisation Mondiale de la Santé (2021). Santé mentale des adolescents. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>

Organisation Mondiale de la Santé (2022). Grossesse chez les adolescentes. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>

Picard, L. (2007). Détresse psychologique et liens parentaux à l'adolescence: Analyse des trajectoires développementales et des modèles de liaison. Thèse de doctorat, Université de Montréal.

Raynor, D. A. & Levine, H. (2009). Associations Between the Five-Factor Model of Personality and Health Behaviors Among College Students. *Journal of American College Health*, 58 (1), 73-82. DOI: 10.3200/JACH.58.1.73-82

Ruiz-Palomino, E., Ballester-Arnal, R. & Gil-Llario, M. D. (2015). Personality as a mediating variable in condom use among Spanish youth. *Journal of Health Psychology*, 1-6. DOI: 10.1177/1359105315605656

© 2023 AYEBUA, licensee *Bamako Institute for Research and Development Studies Press*. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>)

Publisher's note

Bamako Institute for Research and Development Studies Press remains neutral regarding jurisdictional claims in map publications and institutional affiliations.



Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, Volume 5 (1)
ISSN :1987-071X e-ISSN 1987-1023
Received, 10 February 2023
Accepted, 18 May 2023
Published, 19 May 2023
<http://www.revue-rasp.org>

Research

Déterminants psychosociaux de la vaccination contre la Covid-19 dans le district de Bamako

Mamadou F Sissoko^{1*}, Yaya Sangaré¹, Chaka Coulibaly¹, Mahamadou Traoré¹, Fatou Diawara¹,

¹Institut National de Santé Publique (INSP), Bamako, Mali.

*Auteur correspondant : Tél : (+223)76421341 ; email : fadialamamadou28@gmail.com

Résumé

En dépit de la mise en œuvre de la vaccination contre la Covid-19 dans le district de Bamako, de la tenue de multiples campagnes d'information et de sensibilisation, certaines personnes sont toujours réticentes à se faire vacciner. L'objectif général de cette étude était d'étudier les déterminants psychosociaux de la vaccination de la population du district de Bamako contre la Covid-19. Il s'agissait d'une étude transversale quantitative qui s'est déroulée dans le district de Bamako en janvier 2022. L'étude a concerné les hommes et les femmes âgés de 18 ans et plus. La taille de l'échantillon était de 2 700 personnes et nous avons fait un échantillonnage en grappe. Les données après nettoyage étaient transférées et analysées sur SPSS 21. Les variables étudiées étaient entre autres les connaissances, les perceptions, les attitudes et les influences sociales de la vaccination contre la Covid-19. Selon les résultats, 30,7% des enquêtés avaient une bonne connaissance contre 69,3%, 96,9% une perception positive contre 3,1% et 66% une attitude positive contre 34%. Parmi les enquêtés vaccinés, 30,4% ont été influencés par un professionnel de santé, 28,7% par les médias, 23,8% par une personne proche et 19,2% par une personne déjà vaccinée. Il ressort de l'étude que les perceptions et les attitudes étaient associées à la vaccination contre la Covid-19 ($P=0,0005$). Les différents déterminants psychosociaux étudiés ont tous eu des impacts sur la vaccination contre la Covid-19.

Mots clés : Covid-19, vaccination, population, district de Bamako, Mali.

Abstract:

Despite the implementation of vaccination against Covid-19 in the district of Bamako, the holding of multiple information and awareness campaigns, some people are still reluctant to be vaccinated. The general objective of this study was to study the psychosocial determinants of vaccination of the population of the district of Bamako against Covid-19. This quantitative cross-sectional study took place in the district of Bamako in January 2022. The study involved men and women aged 18 and over. The sample size was 2,700 people and we did cluster sampling. The data after cleaning were transferred and analyzed on SPSS. Statistics 21. The variables studied included knowledge, perceptions, attitudes and social influences of vaccination against Covid-19. According to the results, 30.7% of respondents had a good knowledge against 69.3%, 96.9% a positive perception against 3.1% and 66% a positive attitude

against 34%. Among the vaccinated respondents, 30.4% were influenced by a health professional, 28.7% by the media, 23.8% by a close person and 19.2% by a person already vaccinated. The study shows that perceptions and attitudes were associated with vaccination against Covid-19 ($P=0.0005$). The various psychosocial determinants studied all had impacts on vaccination against Covid-19.

Keywords: Covid-19, vaccination, population, Bamako district, Mali

1. Introduction

Apparue à Wuhan dans la province de Hubei en Chine Centrale en décembre 2019, la Covid-19 a successivement passé toutes les échelles de graduation des urgences de l'OMS. Ainsi, en février 2020 l'état d'urgence sanitaire mondiale est décrété suivi par la déclaration d'une pandémie (Mali. Plan Humanitaire Covid-19, 2020.)

La situation épidémiologique mondiale de la Covid-19 continue d'être marquée par une augmentation progressive du nombre de nouveaux cas liée à l'importante propagation du variant Delta dans plusieurs pays du monde (ONU Info, 2021)

En Afrique près de 8,4 millions de cas de contamination ont été signalés dont 214 000 décès (OMS, 2019)

Au Mali, le premier cas est déclaré le 25 mars 2020 et au 03 novembre 2021, les chiffres officiels indiquent 16 195 cas dont 324 guéris et 569 décès (Ministère de la santé du Mali, 2021).

Face à la recrudescence des cas de Covid-19, les autorités maliennes ont pris des mesures visant à rompre la chaîne de contamination. Dans cette dynamique, elles annoncent la mise en place d'une commission chargée de l'élaboration et de la mise en œuvre d'un plan national de vaccination contre la Covid-19 (Ministère de la santé et du développement social, 2021). Ainsi, le Mali a entrepris la campagne de vaccination non contraignante contre la maladie à coronavirus à partir du 31 Mars 2021. De cette date à nos jours, certaines personnes se sont fait vacciner. Mais depuis un certain temps, nous constatons une certaine timidité de la population face à la vaccination contre la Covid-19 malgré la tenue de multiples campagnes de sensibilisation et d'information.

Le problème suscite de nos jours un intérêt dans la mesure où les facteurs liés au comportement humain paraissent de plus en plus comme un des facteurs fondamentaux dans l'acceptation ou le refus de la vaccination. Une étude réalisée par l'Institut National de Santé Publique (INSP) de Bamako en juin 2021 a révélé la réticence de certaines personnes pour des raisons de non-confiance aux vaccins consécutive aux rumeurs néfastes, aux effets secondaires supposés et au comportement des premiers responsables face à la vaccination (Institut national de santé publique du Mali, 2021). Pour mieux appréhender l'influence du comportement humain sur la vaccination, il nous a paru nécessaire de mener cette étude sur les déterminants psychosociaux de la vaccination contre la Covid-19 dans le district de Bamako.

L'objectif général de cette étude était d'étudier les déterminants psychosociaux de la vaccination de la population du district de Bamako contre la Covid-19. Plus spécifiquement, il s'agissait de :

- ✓ déterminer les caractéristiques sociodémographiques des enquêtés,
- ✓ déterminer les connaissances de la population du district de Bamako sur la vaccination ;
- ✓ déterminer les perceptions de la population du district de Bamako sur la vaccination contre la COVID19 ;
- ✓ déterminer les attitudes de la population du district de Bamako face à la vaccination contre la COVID-19 ;
- ✓ identifier les influences sociales de la population du district de Bamako sur la vaccination contre la COVID-19 ;

2. Matériels et méthodes

Il s'agissait d'une étude transversale quantitative qui s'est déroulée dans le district de Bamako en janvier 2022. Cette méthode a été choisie pour déterminer le niveau de connaissance, de perception, d'attitude et les influences sociales de la population envers la vaccination contre la Covid-19.

Le district de Bamako est la capitale économique du Mali. Il s'étend d'ouest en est sur 22 km et du nord au sud sur 12 km, pour une superficie de 267 km², avec une population de 3 007 122 habitants. (District de Bamako, 2023)

La population de notre étude était constituée d'hommes et de femmes âgés de 18 ans et plus. Ont été concernés tous les hommes et toutes les femmes, résidant dans le district de Bamako depuis au moins 6 mois, présents au moment de l'enquête et acceptant de répondre à nos questions.

La taille minimale d'échantillon a été calculée selon la formule de Daniel Schwartz ($n = Z^2_{\alpha} \times PQxd/i^2$) en supposant que 79 % de la population a accepté de se faire vacciner contre la Covid-19 (CDC, décembre 2020). Nous avons obtenu une taille minimale d'échantillon de 450 personnes par commune soit 2 700 personnes à enquêter pour les 6 communes.

Nous avons utilisé un échantillonnage en grappe à deux (2) degrés, avec au premier degré le choix des grappes constituées par les quartiers et au deuxième degré le choix des concessions. Chaque grappe a été constituée de 15 personnes qui étaient enquêtées dans 15 concessions et 15 ménages tirés au hasard. Chaque grappe était séparée de la suivante par le pas de sondage. A l'intérieur des grappes pour le choix des concessions, nous sommes partis de celle du chef de quartier et avons évolué selon la direction indiquée par l'embout d'un stylo jeté en l'air. L'enquête a commencé dans la troisième concession suivant celle du chef de quartier en faisant un zigzag.

Les variables étudiées étaient entre autres les connaissances de la population sur la vaccination, les perceptions, les attitudes et les influences sociales de la population envers la vaccination contre la Covid-19.

La cotation des différentes variables a été faite de la manière suivante :

Pour les connaissances de la population sur la vaccination, chaque réponse juste valait un point, pour un score total de 4. Les connaissances étaient qualifiées bonnes pour des scores entre 2, 3 et 4. Elles étaient jugées mauvaises pour un score < 2.

Concernant les perceptions, chaque réponse valait un point, pour un score total de 2. Elles étaient qualifiées positives pour des scores entre 1 et 2. Elles étaient négatives pour un score de 0.

Quant aux attitudes, chaque réponse valait un point, pour un score total de 4. Elles étaient jugées positives pour des scores entre 2, 3 et 4. Elles étaient négatives pour un score < 2.

Pour les influences sociales, une personne qui avait déclaré au moins une source d'influence dans l'acceptation ou le refus de la vaccination était considérée comme ayant été influencée positivement ou négativement.

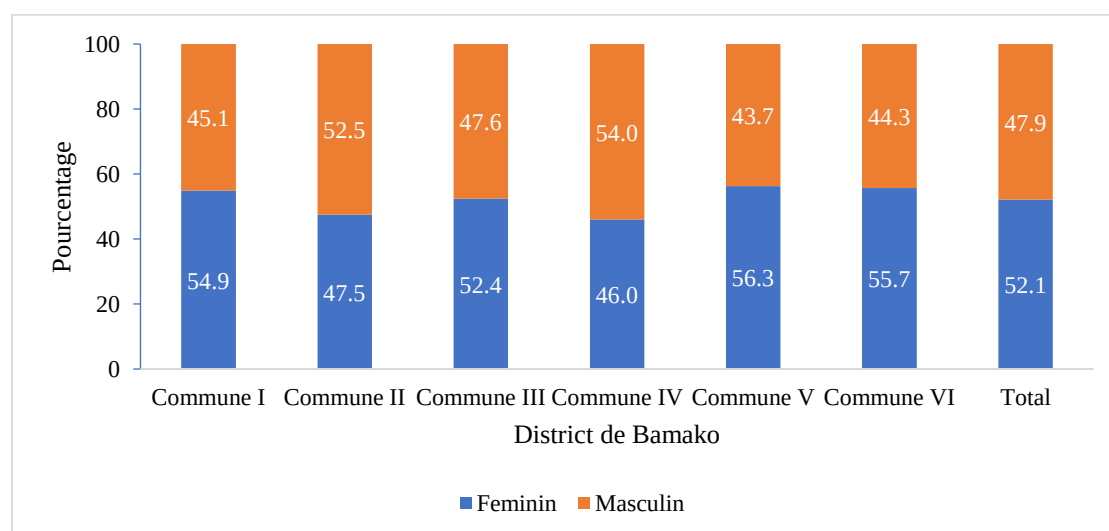
Les données ont été collectées à l'aide d'un questionnaire semi directif. Elles ont été saisies et analysées à l'aide du logiciel SPSS 21. Le Test : χ^2 de *Pearson* a été utilisé avec un seuil de significativité de 0,05. Un consentement libre et éclairé a été demandé aux enquêtés avant le démarrage des entretiens. Ils étaient libres d'accepter ou de refuser avant ou pendant les entretiens.

3. Résultats

L'étude a concerné 2 700 hommes et femmes âgés de 18 ans et plus.

3.1. Les caractéristiques sociodémographiques des enquêtés

Dans notre étude, les femmes étaient les plus représentées avec 52,1% contre 47,9% d'hommes. La tranche d'âge de 35-39 était la plus nombreuse soit 14,9%, suivis de la tranche d'âge de 25-29(14,8%) et de 30-34(13,8%). Les mariés étaient les plus nombreux avec 74,6%, suivis des célibataires 18%.



Graphique 1: Répartition des enquêtés selon le sexe par district sanitaire.

3.2. Les connaissances de la population sur la vaccination

Dans notre étude, 30,7% des enquêtés avaient une bonne connaissance contre 69,3% sur la vaccination.

En analyse bi variée, nous avons trouvé que les connaissances n'étaient pas associées à la vaccination contre la Covid-19. Au contraire, les enquêtés qui avaient une mauvaise connaissance sur la vaccination ont été plus enclins à se faire vacciner que ceux qui avaient une bonne connaissance.

Tableau 1 : Connaissance et vaccination contre la Covid-19

Connaissance	Vaccination contre la Covid-19				Total		p
	Oui		Non				
	n	%	n	%	n	%	
Bonne	231	33,9	606	29,6	837	30,7	0,038
Mauvaise	451	66,1	1439	70,4	1890	69,3	
Total	682	100,0	2045	100,0	2727	100,0	

3.3. Les perceptions de la population sur la vaccination contre la Covid-19

Selon nos résultats, 96,9% des enquêtés avaient une perception positive contre 3,1%. Nous constatons que les perceptions sont associées à la vaccination parce que les enquêtés qui avaient une perception positive étaient plus portés à se faire vacciner que ceux qui avaient une perception négative (67,6%) contre 32,4%), $P=0,0005$.

Tableau 2 : Perceptions et vaccination contre la Covid-19

Perception	Vaccination contre la COVID19				Total		p
	Oui		Non				
	n	%	n	%	n	%	
Positive	661	96,9	1182	57,8	1843	67,6	<0,0005
Négative	21	3,1	863	42,2	884	32,4	
Total	682	100,0	2045	100,0	2727	100,0	

3.4. Les attitudes de la population envers la vaccination contre la Covid19

Selon les résultats, 66% des enquêtés avaient une attitude positive contre 34%.

L'analyse bi variée a montré que les attitudes des enquêtés étaient associées à la vaccination contre la COVID-19 ; parce que, ceux qui avaient une attitude positive étaient plus enclins à se faire la vacciner que ceux qui avaient une attitude négative (66%) contre (34%), $P=0,0005$

Tableau 31 : Attitudes et vaccination

Attitudes	Vaccination contre la COVID19				Total		p
	Oui		Non				
	n	%	n	%	n	%	
Positive	675	99,0	1126	55,1	1801	66,0	<0,0005
Négative	7	1,0	919	44,9	926	34,0	
Total	682	100,0	2045	100,0	2727	100,0	

3.5. Les influences sociales de la vaccination contre la Covid-19

Il ressort de l'étude que 30,4% des enquêtés vaccinés ont été influencés par un professionnel de santé, 28,7% par les médias, 23,8% par une personne proche, 19,2% par une personne déjà vaccinée et 31,8% n'ont reçu aucune influence (Tableau 4).

Tableau 4 : Influences sociales ayant favorisées la vaccination

Influences sociales ayant favorisées la vaccination	Commune I		Commune II		Commune III		Commune IV		Commune V		Commune VI		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Un professionnel de santé	33	37,1	39	31,2	55	50	26	14,9	40	37,4	14	18,4	207	30,4
Une personne proche	18	20,2	26	20,8	29	26,4	35	20	34	31,8	20	26,3	162	23,8
Une personne déjà vacciné contre la COVID-19	12	13,5	32	25,6	25	22,7	41	23,4	12	11,2	9	11,8	131	19,2
Les médias sous leurs diverses formes	17	19,1	48	38,4	51	46,4	47	26,9	13	12,1	20	26,3	196	28,7
Aucune personne	33	37,1	52	41,6	20	18,2	55	31,4	31	29	26	34,2	217	31,8
Autres à préciser	2	2,2	6	4,8	9	8,2	4	2,3	6	5,6	5	6,6	32	4,7

3.6. Discussion

3.6.1. Les caractéristiques sociodémographiques des enquêtés

Dans notre étude, les femmes étaient les plus représentées avec 52,1% contre 47,9% d'hommes. La même tendance est évoquée dans l'étude de Florence Bayle où les femmes constituaient les 2/3 et les hommes les 1/3 (Florence Bayle, 2021).

La tranche d'âge de 35-39 était la plus nombreuse dans notre étude, soit 14,9%. Ce résultat est différent de celui de Florence Bayle où la tranche d'âge de 30-39 ans était la plus nombreuse avec 23,3% (Florence Bayle, 2021).

Les mariés représentaient 74,6%. Ce résultat est comparable à celui de l'étude menée par l'Ecole de Santé Publique de Kinshasa, 76,5% (Ministère de l'enseignement supérieur et universitaire, université de Kinshasa, 2021).

3.6.2. Les connaissances de la population sur la vaccination

Dans notre étude, 30,7% des enquêtés avaient une bonne connaissance sur la vaccination contre 69,3%. Ce résultat est inférieur à celui de Mopti où 67,8% avaient une bonne connaissance et supérieur à celui de Kayes (25,8%).

En analyse bi-variée, nous avons trouvé que la connaissance n'était pas associée à la vaccination parce que les enquêtés qui avaient une mauvaise connaissance étaient plus portés à la vaccination (69,3%) que ceux qui avaient une bonne connaissance (30,7%), $P=0,038$.

Les mêmes tendances sont observées dans une étude réalisée à Mopti et à Kayes par l'Institut National de Santé Publique où les connaissances des enquêtés n'étaient pas aussi associées à la vaccination contre la Covid-19 avec respectivement $P=0,6229$ et $P=0,836$.

3.6.3. Les perceptions de la population sur la vaccination contre la Covid-19

Selon nos résultats, 96,9% des enquêtés avaient une perception positive contre 3,1%. A Mopti, on observe les mêmes tendances où 98,6% des enquêtés avaient une perception positive. Notre résultat est un peu supérieur de celui de Kayes, 83,5%.

Il ressort de l'analyse bi-variée que les enquêtés qui avaient une perception positive étaient plus portés à se faire vacciner que ceux qui avaient une perception négative (67,6%) contre 32,4%),

$P=0,0005$. Dans les études réalisées à Mopti et à Kayes par l'Institut National de Santé Publique, les perceptions étaient associées à la vaccination avec respectivement $P = 0,000$) et $P = 0,019$.

3.6.4. Les attitudes de la population envers la vaccination contre la Covid-19

Il ressort de notre étude que 99% des enquêtés avaient une attitude positive. Ce résultat est comparable à celui de Mopti (97%) et un peu différent de celui de Kayes (70,3%).

L'analyse bi variée de notre étude a montré que les attitudes des enquêtés étaient associées à la vaccination contre la COVID-19 parce que ceux qui avaient une attitude positive étaient plus enclins à se faire vacciner que ceux qui avaient une attitude négative (66%) contre (34%), $P=0,0005$. Dans les études réalisées à Mopti et Kayes, il a été également démontré que les enquêtés qui avaient une attitude positive se sont plus portés à se faire vacciner que ceux qui avaient une attitude négative avec respectivement $P=0,000$ et $P=0,000$.

3.6.5. Les influences sociales de la vaccination contre la Covid-19

Il ressort de l'étude que 30,4% des enquêtés vaccinés ont été influencés par un professionnel de santé, 28,7% par les médias, 23,8% par une personne proche. Les mêmes tendances se retrouvent dans une étude réalisée à Kayes où 36% des enquêtés vaccinés ont été influencés dans leur décision par un professionnel de santé, 32,2% par les médias et 24,5% par une personne proche (Institut National de Santé Publique du Mali, 2021). Dans une autre étude à Mopti, parmi les enquêtés vaccinés 48,6% ont été influencés par un professionnel de santé, 41,3% par une personne proche et 30,2% par les médias (Institut National de Santé Publique du Mali, 2022). D'après les résultats de notre étude, un peu plus du tiers des enquêtés soit, 31,8% n'ont reçu aucune influence dans leur décision de se faire vacciner. Ce résultat est différent de celui de Mopti (13%) et de Kayes (16,2%).

Cependant, 4,3% des enquêtés de notre étude ont été influencés négativement dans leur décision par un professionnel de santé. Ce résultat est comparable à celui rapporté par Florence Bayle dans son étude où 2% de la population interrogée affirme avoir été confrontée à un professionnel de santé lui déconseillant le vaccin. (Florence Bayle, 2021)

Conclusion

L'objectif général de cette étude était d'étudier les déterminants psychosociaux de la vaccination de la population du district de Bamako contre la Covid-19. Grâce aux différentes analyses utilisées, nous avons pu dégager des éléments en lien aux connaissances, perceptions, attitudes et influences sociales des populations du district de Bamako sur de la vaccination contre la Covid-19.

Les différents déterminants psychosociaux étudiés dans cette étude ont tous eu des impacts quant à l'influence des populations sur la vaccination ou non. Les personnes ayant démontré de bonnes perceptions et attitudes ont été plus enclines à se faire vacciner. Nous avons également trouvé que les agents de santé, les médias et les personnes proches ont joué un rôle important dans la vaccination des populations. Cependant, il ressort de l'étude que les connaissances des enquêtés n'étaient pas déterminantes dans la vaccination contre la Covid-19.

Références

District de Bamako (2023), présentation du district de Bamako. En ligne : <https://bamako.ml/district-de-bamako>.

Florence Bayle (2021), Evaluation des Connaissances, Attitudes et Pratiques des habitants de Oremu, Vaiare et Rimatara concernant la vaccination contre la Covid-19. Sciences du Vivant [q-bio]. -En ligne : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03340760>.

Institut national de santé publique (2021), Rapport de l'étude sur la perception des populations de Bamako sur l'acceptabilité de la vaccination contre la Covid-19,

Institut National de Santé Publique du Mali (2022), déterminants psychosociaux de la vaccination contre la Covid-19 dans la région de Kayes.

Institut National de Santé Publique du Mali (2022), déterminants psychosociaux de la vaccination contre la Covid-19 dans la région de Mopti.

Mali, Plan Humanitaire Covid-19 (2020) En ligne : [https://reliefweb.int/report » mali-plan-humanitaire](https://reliefweb.int/report/mali-plan-humanitaire).

Mali_sitrep_Covid-19 (2021), N°167_du_03_octobre_2021.pdf.

Mali_Sitrep_Covid-19 (2021), N°171_du_31_octobre_2021.pdf.

Ministère de la santé et du développement social (2021), communiqués N°611, du 3 novembre 2021.

Ministère de la santé et du développement social (2021), Rapport de situation de la Covid-19 au Mali n°135.

Nations Unies, ONU Info (2021), l'actualité mondiale un regard humain en ligne : <https://news.un.org/fr/story/2021/11/1107682>.

Organisation Mondiale de la Santé (2019), Flambée de maladie à coronavirus, en ligne. <https://www.lemonde.fr/afrique/article/2021/10/15/COVID-19>.

© 2023 SISSOKO, licensee *Bamako Institute for Research and Development Studies Press*. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>)

Publisher's note

Bamako Institute for Research and Development Studies Press remains neutral regarding jurisdictional claims in map publications and institutional affiliations.



Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, Volume 5 (1)
ISSN :1987-071X e-ISSN 1987-1023
Received, 15 September 2022
Accepted, 20 May 2023
Published, 24 May 2023
<http://www.revue-rasp.org>

Research

Connaissances, attitudes et pratiques du personnel infirmier du centre hospitalier universitaire de Fann en matière d'infection à VIH

Gilder Sleeve Tonfak Temgoua⁽¹⁾, Khadim NIANG⁽²⁾, Noel Magloire MANGA⁽¹⁾, Cheikh Tidiane NDOUR⁽¹⁾, Moussa SEYDI⁽¹⁾.

¹Service de maladies infectieuses du CHU de Fann, B.P:15499 Dakar – Fann, Sénégal.

²Institut de Santé et Développement de l'Université Cheikh Anta Diop, B.P:16390 Dakar, Sénégal.

* Correspondance : gildersleeves@yahoo.fr, Tel : +237(695884157)

Résumé

Il s'agissait d'une étude transversale à visée descriptive et analytique visant à étudier les connaissances, attitudes et pratiques des personnels infirmiers dans le but de réduire les comportements à risque et les attitudes de stigmatisation face à l'infection à VIH au sein de cette population. Les données ont été recueillies sur un questionnaire auto-administré et saisies grâce au logiciel Epi Info version 3.5.1. Le taux de participation était de 90,1%. Les infirmiers à 20,2% pensaient qu'il faut isoler les patients séropositifs dans les unités de soins. Un bon niveau de connaissances des moyens de prévention sexuelle du VIH-Sida était retrouvé chez 37% de la population. La principale source d'information était les médias. Le niveau de connaissance était statistiquement lié à l'âge. Les infirmiers sexuellement actifs déclaraient à 15,3% avoir déjà été traités pour une IST. L'usage systématiquement du préservatif lors des rapports sexuels était pratiqué par 6,5% des infirmiers. Le multipartenariat sexuel et la pratique de rapports sexuels avec un(e) professionnel (le) du sexe étaient statistiquement liés au sexe ($p < 0,001$). Les pénétrations anale et buccale étaient retrouvées chez respectivement 2,1 et 18,5% des infirmiers enquêtés. Deux infirmiers ont déclaré un résultat positif au dernier test de dépistage de l'infection à VIH. Il convient de renforcer périodiquement les connaissances du personnel infirmier au travers des médias en vue d'améliorer leurs pratiques et prévenir la transmission du VIH.

Mots clés : VIH, personnel infirmier, transmission sexuelle, CAP, Dakar

Abstract

Health workers in Urban Senegal were surveyed cross-sectionally on knowledge, attitude, and practice (KAP) about HIV infection with the goal of reducing risk behaviors and stigmatizing attitudes towards HIV infection in this population. Data were collected on a self-administered questionnaire and entered using Epi Info version 3.5.1. The participation rate was 90.1%. Health

workers at 20.2% agreed that HIV infected patients should be isolated in care units. A good level of knowledge about sexual transmission route of HIV was found among 37% of the population. The main source of information was the media. The level of knowledge was statistically related to age. Sexually active Health workers reported at 15.3% been already treated for STIs. The systematic use of condoms during sexual intercourse was practiced by 6.5% of health workers. Multiple sexual partners and sexual intercourse with prostitute were statistically associated with gender ($p < 0.001$). The anal and oral sex practice were found in 2.1 and 18.5% of health workers surveyed respectively. Two Health workers reported positive results in the last HIV test. Nurses' knowledge needs to be regularly strengthened through the media to improve their practices and prevent HIV transmission.

Keywords: HIV, health workers, sexual transmission, KAP, Dakar

1. Introduction

La transmission sexuelle du Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) impose des mesures d'hygiène de vie qui jouent un rôle important dans le déterminisme de cette infection.

Fin 2010, l'ONUSIDA estimait à 34 millions le nombre de personnes vivant avec le VIH dans le monde, soit une hausse de 17% par rapport à 2001. Parmi les personnes nouvellement infectées, 70% vivent en Afrique sub-saharienne (OMS, 2012). La majeure partie des personnes nouvellement infectées par le VIH en Afrique sub-saharienne acquièrent le virus durant des rapports sexuels hétérosexuels non protégés (Epstein, 2010). Le Sénégal, pays d'Afrique sub-saharienne situé en Afrique de l'Ouest est un pays à faibles revenus classé par l'ONUSIDA comme pays à épidémie concentrée concernant l'infection à VIH. En effet, le Sénégal fait partie des pays à faible prévalence de l'infection à VIH. Cette prévalence avait été estimée à 0,7% de la population selon l'enquête démographique sanitaire de 2010 (EDS5). Selon cette même enquête, le multipartenariat sexuel au Sénégal est retrouvé chez 0,25% d'adultes féminins et 50,6% d'hommes dont seulement 15% d'entre eux ont utilisé un préservatif au cours du dernier rapport sexuel (Agence nationale de la statistique et de la démographie, 2011).

Les infirmiers sont les acteurs majeurs de la prise en charge globale de l'infection à VIH, ils jouent donc un rôle de pairs éducateurs dans la prévention, et de soignant pour ceux déjà infectés. Ce dernier rôle les expose à une contamination professionnelle, en plus de la contamination personnelle résultant de leurs propres comportements sexuels (Dieleman, 2007 ; Bulterys, 2004). Tandis que leur rôle de prestataire de soin pourrait les conduire à des attitudes de stigmatisation vis-à-vis des personnes vivant avec le VIH (PVVIH). Pour réduire les comportements à risque et les attitudes de stigmatisation face à l'infection à VIH chez les personnels de santé ; leurs connaissances, attitudes et pratiques doivent être identifiées. C'est ce qui a motivé l'initiation de cette étude princeps chez le personnel infirmier du centre hospitalier universitaire de Fann à Dakar. Le but de cette étude était de contribuer à

l'amélioration de l'état de santé des populations par la prévention du VIH-Sida. De manière spécifique, il s'agissait de :

- Déterminer le niveau de connaissances des infirmiers concernant la prévention sexuelle de l'infection à VIH-Sida ;
- Rechercher l'existence d'attitudes et pratiques de stigmatisation du personnel infirmier à l'égard des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) et leurs déterminants ;
- Déterminer les pratiques et attitudes des infirmiers afin de prévenir la transmission sexuelle du VIH-Sida et les déterminants ces pratiques ;

Pour atteindre ces objectifs, des variables ont été définies sur le plan opérationnel. Il s'agissait de:

- **La bonne connaissance des moyens de prévention sexuelle du VIH :** Les connaissances étaient jugées bonnes lorsque trois des quatre moyens de prévention de la transmission sexuelle suivants étaient correctement connus de l'infirmier :

La transmission sexuelle du VIH peut être prévenue par les moyens suivants :

- L'abstinence;
 - la fidélité ;
 - l'usage du préservatif masculin (condom) ou féminin (diaphragme);
 - Le dépistage et traitement des infections sexuellement transmissibles.
- **L'attitude de stigmatisation en milieu de soins :** la stigmatisation était présente lorsque l'enquête (Stangl, 2012) :
 - percevait dangereux, contraignant, inacceptable ou apeurant le fait de prodiguer des soins à une personne connue séropositive et/ou adoptait un comportement d'indifférence, de dédain ou de méfiance envers le patient séropositif,
 - pensait qu'il faille isoler les patients séropositifs au VIH dans les unités de soins,
 - pensait qu'il faille mentionner le statut sérologique sur les bulletins d'examen dont la connaissance n'est pas indispensable.

2. Matériaux et méthodes

2.1 Cadre et type d'étude

L'étude s'est déroulée au centre hospitalier universitaire de Fann à Dakar. Il s'agit d'un établissement public de santé situé au sommet de la pyramide sanitaire du Sénégal (niveau III).

Le CHU Fann de Dakar a une triple vocation : de soins, de formation et de recherche dans le domaine de la santé.

Il est composé de services techniques (Service de radiologie générale, Pharmacie centrale ; Laboratoires de biochimie, bactériologie – virologie et de parasitologie – mycologie) et de services de soins.

Les patients sont consultés et hospitalisés dans les services de soins spécialisés que sont : Neurologie, Pneumologie, Maladies Infectieuses, Psychiatrie, Clinique d'ORL, Neurochirurgie, Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (CTCV) et Service d'accueil et des urgences.

Le personnel médical est constitué en majorité du corps enseignant de la faculté de médecine de pharmacie et d'odontologie de l'université Cheikh Anta Diop de Dakar. Un personnel paramédical important vient en appoint à ce personnel médical. Il est composé d'assistants sociaux, d'infirmiers d'État (IDE), d'infirmiers brevetés, d'assistants infirmiers, d'aide infirmiers, de techniciens de laboratoires. Les IDE et les assistants infirmiers ont une formation de trois ans après l'obtention du Baccalauréat pour les IDE et du Brevet de Fin d'Etudes Moyennes (BFEM) pour les assistants infirmiers. Les Infirmiers brevetés sont recrutés à partir du BFEM pour une durée de formation de deux ans et les aides infirmiers titulaires du certificat d'étude primaire élémentaire (sept ans de scolarité) sont également formés pendant deux ans (Brignon, 2002 ; Kone, 2009). Un personnel administratif et de soutien complète cette liste.

Le corps paramédical est représenté avec un total de 279 agents, dont 203 infirmiers présents dans les services de soins dont la répartition par service et par statut est présentée au niveau du tableau I.

Tableau I: Répartition des infirmiers en fonction du service et du statut

Service/Statut	Infirmier(e) diplômé(e) d'Etat	Infirmier(e) breveté(e)	Assistant(e) infirmier(e)	Aide infirmier(e)	Total
Psychiatrie	3	4	5	9	21
Neurochirurgie	7	0	9	9	25
ORL	6	4	3	10	23
Pneumologie	2	4	3	09	18
CTCV	18	3	5	5	31
Neurologie	12	5	5	7	29
Maladies infectieuses	12	10	9	14	45
Accueil et urgences	2	5	1	3	11
Total	57	33	33	80	203

L'étude s'est déroulée du 19 octobre 2012 au 1^{er} juillet 2013, il s'agissait d'une étude observationnelle de type transversale à visée descriptive et analytique. Elle ciblait l'ensemble des infirmiers exerçant dans les services de soins du CHU de Fann. Le recrutement était exhaustif au vu de la taille non importante de la population cible. Ont été inclus dans cette étude, tout infirmier exerçant dans l'un des services de soins du CHNU de Fann et présent à son poste le jour de l'administration du questionnaire. N'ont pas été inclus à l'étude les infirmiers non consentant à répondre au questionnaire.

2.2 Collecte et analyse des données

Les données ont été collectées sur un questionnaire auto administré comportant 44 questions réparties dans quatre domaines : caractéristiques générales, connaissances sur le VIH/Sida, attitudes vis-à-vis des malades et de la maladie et attitudes et pratiques personnelles en matière de prévention du VIH/Sida.

Le remplissage du questionnaire s'est fait en dehors de toute supervision après obtention du consentement éclairé de l'enquêté.

Les données collectées ont été saisies grâce au logiciel Epi Info version 3.5.1. Un nettoyage des fichiers saisis a été effectué avec le programme analysis du logiciel ce qui a permis de corriger certaines données aberrantes et les erreurs de saisie. Cette base de données épurée a ensuite été analysée grâce au logiciel Epi Info.

- **Étude descriptive** : elle s'est faite par le calcul ou la détermination :
 - des paramètres de position (fréquence pour les variables catégorielles et moyenne pour les variables quantitatives, médiane et mode) ;
 - des paramètres de dispersion (écart type, variance et étendue).
- **Étude analytique** : des croisements des variables qualitatives ont été effectués pour traduire certaines préoccupations formulées dans les objectifs, et liées à la recherche de déterminants. Les tests statistiques appropriés ont été utilisés en considérant une différence comme significative lorsque le p était inférieur à 0,05. L'odds ratio (OR) entouré de son intervalle de confiance (IC) a permis de quantifier la force du lien.

2.3 Considérations éthiques

La participation à cette étude était libre. Un consentement libre et éclairé a été obtenu de l'infirmier avant sa participation.

Les données du questionnaire étaient anonymes et confidentielles.

Aucune rémunération ou indemnisation financière ou matérielle n'a été donnée aux infirmiers enquêtés. Le bénéfice direct était l'obtention d'une information claire sur la prévention de l'infection à VIH. Le bénéfice direct était la meilleure connaissance des connaissances, des

attitudes et des pratiques des infirmiers exerçant au sein du CHNU de Fann en matière d'infection à VIH/Sida ce qui permettra d'élaborer et de mettre en place des stratégies de lutte plus efficaces.

3. Résultats

Sur une population cible de 203 infirmiers, 183 ont été inclus dans l'étude, soit un taux de réponse de 90,1%. Le service de neurochirurgie avait le plus fort taux de participation (100%). Le sexe féminin était prédominant avec une fréquence relative de 71% et un sex ratio homme/femme de 0,40. La tranche d'âge de 30 – 39 était majoritaire (n= 70) avec une fréquence de 38,25%, pour des extrêmes de 21 et 63 ans et une moyenne d'âge de 36,85 ans. La religion musulmane était prédominante avec 88,5% des cas (n=162). Au plan matrimonial, 61,9% de la population était mariée. Les infirmiers diplômés d'Etat représentaient 35,5% de la population, suivis des aides infirmiers dans 23% des cas. La majorité des infirmiers (63,9%) avait une ancienneté de service comprise entre un et dix ans. La médiane d'ancienneté de service était de 8 ans pour des extrémités allant de 1 à 32 ans.

3.1 Connaissances sur le VIH/Sida

Le niveau de connaissance des moyens de prévention de la transmission sexuelle du VIH était bon dans 37% des cas. Une proportion de 12% des infirmiers enquêtés ne connaissait aucun moyen de prévention de la transmission sexuelle du VIH. Le niveau de connaissance était statistiquement lié à la tranche d'âge. La tranche d'âge des 20 – 29 ans avait un bon niveau de connaissances dans 63% des cas. Ce niveau de connaissances de la tranche d'âge des 20-29 ans était statistiquement lié à celui de la tranche d'âge de 30-39 ans avec un *p-value* de 0,001 et un *odds ratio* (OR) de 3,7.

Tableau II : Répartition des infirmiers selon leur âge et leur niveau de connaissances

Niveau de connaissances	Tranches d'âge				Total
	20 – 29 ans	30 – 39 ans	40 – 49 ans	≥ 50 ans	
Bon	29 (63,0%)	22 (31,4%)	13 (29,5%)	6 (26,1%)	70 (38,3%)
Moyen/Mauvais	17 (37,0%)	48 (68,6%)	31 (70,5%)	17 (73,9%)	113 (61,7%)
Total	46 (100%)	70 (100%)	44 (100%)	23 (100%)	183 (100%)
Ref		p = 0,001	p = 0,02	p = 0,008	
	1	OR = 3,7	OR = 4,07	OR = 4,83	-

La figure 1 illustre la fréquence des différentes sources d'information sur le VIH-Sida des infirmiers.

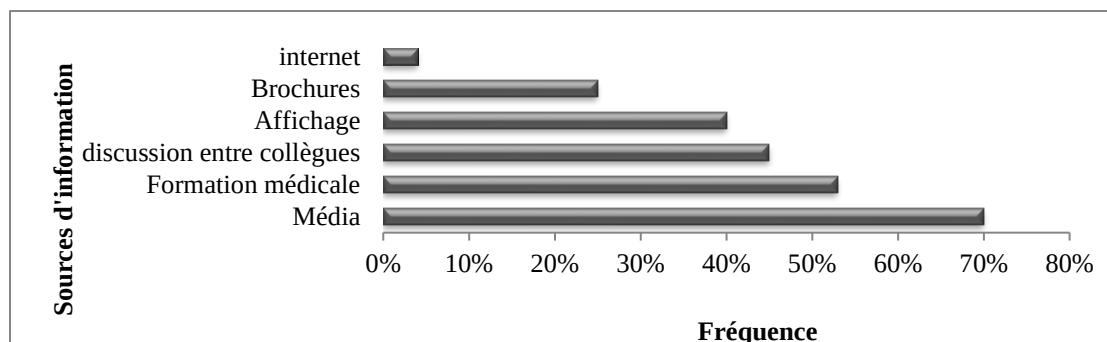


Figure 1: Fréquence des différentes sources d'information sur le VIH-Sida

Les médias étaient la source d'information principale sur l'infection à VIH des infirmiers enquêtés (n=128) avec une fréquence de 70%. La population étudiée à 66,1% avait déjà eu à participer à un séminaire ou à une séance éducative sur le VIH/Sida. La dernière formation s'était déroulée sur le lieu de travail pour 57,9% des infirmiers. La sexualité était considérée comme un tabou pour 11,5% de la population, les sujets relatifs à la sexualité étaient abordés dans 80% des cas avec les amis et dans 51% des cas avec le(s) partenaire(s) sexuel(s).

3.2 Attitudes vis-à-vis des malades et de la maladie

Une proportion de 98,9% des infirmiers enquêtés avait déjà eu à prodiguer des soins à des patients connus séropositifs, soit un effectif de 181. Cependant : 66,7% pensent qu'il faudrait demander systématiquement la sérologie rétrovirale à tout patient hospitalisé ; 18% pensent qu'il ne faudrait pas obtenir le consentement du patient avant la réalisation de toute sérologie rétrovirale et 20% pensent qu'il faudrait isoler les patients séropositifs dans les unités de soins.

Le sentiment de peur lors de la prestation des soins à une personne connue séropositive était perçu par 1,6% des infirmiers (n= 3) et 12,2% des enquêtés avait un comportement de méfiance vis-à-vis des patient séropositifs (n=23).

3.3 Attitudes et pratiques personnelles

Sur le plan sexuel, 95% des infirmiers déclaraient être actifs. De ceux-ci 90,7% déclaraient avoir des rapports sexuels avec pénétration (n=166). Leur(s) partenaire(s) était toujours de sexe opposé. Les pénétrations buccale et anale étaient retrouvées avec des fréquences respectives de 18,5% (n=10) et 2,10% (n=1) de la population. Une infection sexuellement transmissible avait déjà été traitée par 15,3% des infirmiers. L'usage systématiquement du préservatif lors des rapports sexuels était pratiqué par 6,5% des infirmiers contre 53,6% qui l'utilisaient parfois et 40% qui ne l'utilisaient jamais. Le multipartenariat sexuel était retrouvé chez 21,3% des infirmiers enquêtés. La pratique de rapports sexuels avec un(e) professionnel(le) du sexe était retrouvée chez 6,9% des infirmiers et 10,9% de la population avait déclaré avoir déjà eu des

rapports sexuels en échange de cadeaux ou d'argent. Le multipartenariat sexuel et la pratique de rapports sexuels avec un(e) professionnel(le) du sexe étaient statistiquement liés au sexe ($p < 0,001$). Le sexe masculin avait 6,7 fois plus de probabilité d'avoir plus de deux partenaires sexuels et 9,11 fois plus de probabilité de fréquenter les professionnels du sexe que le sexe féminin. Le dépistage de l'infection à VIH avait déjà été réalisé par 83,5% des infirmiers. La raison de ce dépistage pour 45% d'entre eux était la connaissance du statut sérologique. Le dernier test de dépistage remontait à plus d'un an pour 50,3% des infirmiers. Sur toute la population étudiée, deux avaient déclaré un résultat positif au dernier test de dépistage de l'infection à VIH. Ces derniers n'avaient pas partagé leur statut sérologique avec leur(s) partenaire(s) sexuel(s) tandis que la majorité de ceux ayant un résultat négatif l'avaient partagé, il n'y avait pas de relation statistiquement significative entre le résultat de la sérologie et la partage avec le(s) partenaire(s) sexuel(s). Le tableau III représente la distribution des infirmiers selon le temps écoulé depuis la réalisation du dernier test de dépistage du VIH.

Tableau III : Répartition des infirmiers selon le temps écoulé depuis le dernier test de dépistage du VIH

Temps écoulé depuis la réalisation du dernier test de dépistage VIH	Fréquence (n)	Pourcentage (%)
Plus d'un an	77	50,3
Entre 4 et 12 mois	50	32,7
Entre 1 et 3 mois	16	10,5
Moins d'un mois	10	6,5
Total	168	100,0

4. Discussion

Le personnel infirmier au Sénégal reçoit une formation de 2 à 3 ans après le baccalauréat pour les infirmiers diplômés d'Etat, le Brevet de Fin d'Etude Moyennes pour les infirmiers brevetés et les assistants infirmiers et le Certificat d'Etudes Primaires Elémentaires pour les agents sanitaires. Ce qui pourrait expliquer la relative jeunesse des praticiens avec une moyenne d'âge de 36,85 ans. Cette jeunesse de la population étudiée explique aussi l'ancienneté de service observée qui était inférieure ou égale à 10 ans dans la majorité des cas (63,9%) avec une moyenne d'ancienneté de 10,30 ans. Rahlenbeck (2004) au Rwanda avait retrouvé une moyenne d'âge similaire au nôtre (34,1 ans chez les femmes et 36,7 ans chez les hommes), mais un âge moyen d'ancienneté plus bas que le nôtre (3,5 ans).

Le sex-ratio en faveur des femmes dans la population étudiée est le reflet des données démographiques sanitaires du Sénégal qui font état d'une prédominance féminine dans la profession infirmière (Bulterys, 2004). Plusieurs études similaires corroborent cette prédominance féminine (Walusimbi, 2004 ; Chiamaka, 2008 ; Mbilinyi, 2011) avec des fréquences allant de 66 à 92,9%.

La population cible de notre étude est adulte et en activité professionnelle, ceci pourrait expliquer le fait que la majorité de ces infirmiers enquêtés était mariés dans 61,9% des cas. Kiragu (2007) qui avait mené une étude sur le risque de transmission sexuelle et le dépistage du VIH chez 692 personnels soignant infirmier de 5 hôpitaux de Zambie avait retrouvé 50% de mariés ; aussi les travaux de Rahlenbeck (2004) en Zambie et Nyamathi (2008) en Inde avaient retrouvé respectivement 86,6% et 90% de mariés parmi le personnel enquêtés.

Le personnel infirmier enquêté était musulman dans 88,5% des cas, ceci pourrait s'expliquer par le fait que la majorité de la population sénégalaise soit musulmane (Ndiaye, 2011). Ces chiffres se rapprochent de ceux de Mbeba (2011) qui avait trouvé dans son étude 4/5 de musulmans. Par contre Kiragu (2007) avait retrouvé 97% de chrétiens dans son étude.

Le meilleur niveau de connaissance observé dans la tranche d'âge de 20 – 29 ans pourrait s'expliquer par le fait que les médias constituant la principale source d'information dans notre étude seraient plus utilisés par les jeunes. Aussi ces jeunes ont un meilleur niveau de connaissances résultant des enseignements acquis pendant la durée de formation, lieu par excellence d'apprentissage. Cette fréquence est inférieure à celle de Mbeba (2011) qui avait retrouvé un bon niveau de connaissance chez 84% du personnel sanitaire enquêté. Cette différence peut s'expliquer par le fait que la population dans leur étude était hétérogène (médecins, d'infirmiers, techniciens de laboratoire et de travailleurs sociaux), laissant suggérer qu'il existe une relation entre le niveau d'études et le niveau de connaissances. Chiamaka (2008) dans une étude menée au Nigeria sur une population identique à celle de Mbeba (2011) avait montré que le niveau de connaissances des médecins était supérieur à celui des infirmiers. Walusumbi (2004) va plus loin en montrant que même au sein de la seule population des infirmiers, le niveau de connaissances est proportionnel aux années d'étude et au fait d'avoir déjà prodigué des soins à une personne connue séropositive.

Les médias constituaient la principale source d'information dans notre étude. Le personnel enquêté à 66,1% avait déjà eu à assister à une formation sur le VIH-Sida dont la dernière d'entre elle pour la plupart d'entre eux s'est déroulée sur le lieu de travail (49,6%). Ces résultats sont semblables à ceux de Chiamaka (2008) qui avait retrouvé comme principales sources d'information : les séminaires de formation, la radio et l'école. Par contre, Parmeggiani (2010) dans une étude portant sur les connaissances, attitudes et pratiques face aux maladies transmissibles par le sang du personnel soignant dans les services d'urgences d'Italie, avait retrouvé la formation médicale et la littérature scientifique comme principales sources d'information des enquêtés.

Le personnel infirmier enquêté dans notre étude à 98,9% avait déjà eu à prodiguer des soins à une personne connue séropositive. Seule une minorité d'entre eux possède une attitude de stigmatisation vis-à-vis des sujets infectés. Le fait de prodiguer des soins à une personne connue séropositive est perçu comme dangereux pour 24 % (n=44) des infirmiers et 12,2% (n=23) ont une attitude de méfiance vis-à-vis des patients séropositifs. Laraqui (2000) avait retrouvé une attitude de stigmatisation chez le personnel de santé de deux grands hôpitaux du Maroc : 62,2 % de paramédicaux déclarent être anxieux lors de la prise en charge d'un patient infecté par le

VIH. Aussi Diallo (2013) dans une étude portant sur les connaissances, attitudes et pratiques relatives à l'infection à VIH chez le personnel médical du centre hospitalier de Fann avait trouvé une attitude de discrimination des PVVIH par le personnel médical. En effet, 7,96% des personnes interrogées déclaraient refuser des soins médico-chirurgicaux aux PVVIH uniquement du fait de leur séropositivité.

La majorité des infirmiers enquêtés (66,7%) pense qu'il faut demander systématiquement la sérologie rétrovirale à tout patient hospitalisé et pour 82% d'entre eux après un consentement, 20,2% du personnel infirmier pense qu'il faut isoler les patients séropositifs dans les unités de soins. Ce chiffre est proche de celui de Rahlenbeck (2004) qui avait trouvé 32% d'infirmiers favorables à l'isolement des PVVIH. Par contre Laraqui (2000) avait trouvé que 46,6 % des enquêtés proposent l'isolement systématique des séropositifs, alors que 67,2 % imposeraient une sérologie VIH systématique chez toute personne hospitalisée et même à son insu (62,7%).

Au plan sexuel, 95% des infirmiers enquêtés dans notre étude sont actifs, 15% d'entre eux déclare avoir déjà été traité pour une IST. Malgré leur bonne connaissance des moyens de prévention de la transmission sexuelle du VIH, l'usage du préservatif demeure une utopie : seul 6,5% d'entre eux déclarent utiliser toujours un préservatif lors des rapports sexuels, contre 53,6% qui l'utilisent parfois et 39,9% qui ne l'utilisent jamais. Cette faible utilisation du préservatif peut s'expliquer par le fait que la majorité d'entre eux sont mariés et que le préservatif est considéré comme un intrus dans le mariage comme l'affirme l'étude de Chimbiri (2007) au Malawi. Cependant, l'utilisation du préservatif lors de rapports sexuels extra-conjugaux n'a pas été recherchée dans notre étude. Le multipartenariat sexuel retrouvé chez les enquêtés (21,3%) pourrait trouver son origine dans le fait que la polygamie soit une pratique culturellement et légalement acceptée au Sénégal. D'autant plus que ce multipartenariat sexuel est plus fréquent chez les hommes (62,9%) avec une relation statistiquement significative ($p < 0,001$). Ceci n'exclut pas la pratique de rapports sexuels extra-conjugaux par les enquêtés. En effet 6,9% des infirmiers sexuellement actifs déclarent avoir déjà eu des rapports sexuels avec un(e) travailleur (se) du sexe, cette pratique est statistiquement liée au sexe ($p < 0,001$). Nos résultats sont similaires à ceux de l'enquête démographique sanitaire V du Sénégal (2011) qui a retrouvé que le multipartenariat sexuel est plus fréquent au Sénégal chez l'homme que chez la femme avec des fréquences respectives de 11 et 2,5% chez les adultes de 15 – 49 ans. Cette étude a également montré que l'usage du préservatif est proportionnel au niveau d'instruction. Notre étude et celle de Mbeba (2011) au Malawi montrent qu'il n'existait aucune relation entre le niveau de connaissances et l'usage du préservatif ; dans l'étude de Talashek (2007), les infirmiers reconnaissent avoir les mêmes désirs sexuels que les autres et la non utilisation du préservatif et les autres comportements sexuels à risque seraient dus à des facteurs contextuels liés à leur profession : salaire consistant, le fait qu'ils sont admiré de la population qui les considère comme des partenaires sains et ils usent de leur position sociale pour avoir des rapports sexuels avec leurs clients ou un membre de la famille de ce dernier.

Ces facteurs contextuels favorisent le multipartenariat sexuel et la non-utilisation du préservatif, ce qui les expose à l'infection à VIH. Les infirmiers enquêtés à 83,6% déclarent avoir déjà au cours de leur vie réalisé un test de dépistage de l'infection à VIH. Kiragu (2007) en Zambie

avait trouvé 33% d'infirmiers ayant déjà au cours de leur vie fait un test de dépistage du VIH avec une prédominance féminine. Leur taux est inférieur au notre et pourrai s'expliquer par une plus grande accessibilité au dépistage au Sénégal (ONUSIDA, 2011). La simple connaissance du statut sérologique était la principale circonstance ayant motivé le dernier test de dépistage VIH pour la majorité des infirmiers enquêtés dans notre étude (45%). Pour la moitié des enquêtés le dernier test remonte à plus d'un. Les infirmiers à 96, 1% ont retiré le résultat du dernier test, seul 5 infirmiers déclarent n'avoir pas retiré le résultat : par peur du résultat pour trois d'entre eux et par oubli pour les deux autres. Des 148 infirmiers ayant retiré leur résultat, 2 déclarent un résultat positif (1, 4%) et ces derniers n'ont pas partagé le résultat de ce test avec leur(s) partenaire(s) sexuel(s). Shisana (2004) montrait que 15,7 % des professionnels de la santé en Afrique du Sud vivaient avec le VIH-sida. Ce taux supérieur au nôtre pourrait s'expliquer par le fait que l'Afrique du Sud possède une prévalence élevée de l'infection à VIH dans la population générale comparée à celle du Sénégal (ONUSIDA, 2011).

5. Conclusion

Il convient d'améliorer les connaissances des infirmiers sur l'infection VIH de façon judicieuse en prenant d'avantage en compte le volet information-Education et Communication (IEC) des programmes sur le VIH dans le cursus de formation des infirmiers, en renforçant les activités d'IEC sur le VIH-Sida à travers les médias (radio et télévision) et en organisant périodiquement des séances de formation et de recyclage du personnel infirmier sur les connaissances en matière d'infection à VIH.

Remerciements

Nos remerciements au staff administratif de l'université Cheikh Anta Diop et du CHU de Fann de Dakar et au personnels des services d'hospitalisation du CHU de Fann – Dakar.

Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

Références bibliographiques

- Agence nationale de la statistique et de la démographie, Dakar, Sénégal. (2011). *Enquête démographique et de sante a indicateurs multiples 2010-2011*. Rapport préliminaire.
- Brignon, J. (2002). Place de l'infirmier dans le système sanitaire au Sénégal.
- Dans *Professions santé infirmière* (p. 18–19).

- Bulterys, M. (2004). Transmission of HIV-1 infection in sub-Saharan Africa and effect of elimination of unsafe injections. *Lancet*, 363, 482–488.
- Chiamaka, N. (2008). Knowledge, Beliefs and Attitudes about HIV/AIDS related issues, and the Sources of Knowledge among Health Care Professionals in Southern Nigeria. *J R Soc Promot Health*, 128(5), 233–239.
- Chimbiri, A. (2007). The condom is an intruder in marriage : evidence from rural Malawi. *Social science & ; medicine*, 54, 1102–1115.
- Dieleman, M. (2007). “I believe that the staffs have reduced their closeness to patients” : An exploratory study on the impact of HIV/AIDS on staff in four rural hospitals in Uganda. *BMC Health Services Research*, 7, 205.
- Diallo, I. (2013). *Connaissances, attitudes et pratiques relatives à l'infection au VIH chez le personnel médical du centre hospitalier de Fann* [Thèse de doctorat en médecine non publiée]. Université Cheikh Anta Diop.
- Epstein, H. (2010). *The mathematics of concurrent partnerships and HIV: a commentary on Lurie and Rosenthal*. *AIDS Behaviour*, 14, 29–30.
- Karusa Kiragu. (2007). Sexual risk-taking and HIV testing among health workers in Zambia. *AIDS Behavior*, 11, 131–136.
- Kone, K. (2009). *Analyse de la situation des services de soins, du personnel infirmier et du personnel obstétrical dans le système de santé au Sénégal par rapport aux dispositions de la convention N°149 et la recommandation N°157 de l'OIT*. OIT.

- Laraqui, H. (2000). Knowledge and attitudes of health care professionals with respect to AIDS and the risk of occupational transmission of HIV in two Moroccan hospitals. *Cahiers d'études et de recherches francophones / Santé*, 10(5), 15–21.
- Mbeba, M. (2011). Peer Group Intervention Reduces Personal HIV Risk for Malawian Health Workers. *J Nurs Scholarsh*, 43, 72–81.
- Mbilinyi, D. (2011). Health worker motivation in the context of HIV care and treatment challenges in Mbeya Region, Tanzania : A qualitative study. *BMC Health Services Research*, 11, 266.
- Ndiaye, S. (2011). *Enquête Démographique et de Santé au Sénégal 2011, rapport préliminaire*. Centre de Recherche pour le Développement Humain [Sénégal] et ORC Macro.
- Nyamathi, A. (2008). HIV Knowledge Improvement among Nurses in India Using a Train-the-Trainer Program. *J Assoc Nurses AIDS Care*, 19(6), 443–449.
- Organisation Mondiale de la Santé. (2012). *Global HIV/AIDS response : epidemic update and health sector progress towards universal access, progress report 2011*.
- Parmeggiani, C. (2010). Healthcare workers and health care-associated infections : knowledge, attitudes, and behavior in emergency departments in Italy. *BMC Infectious Diseases*, 10, 35.
- Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida. (2012). *Rapport de l'épidémie mondiale 2011*.

- Rahlenbeck, S. (2004). Knowledge, attitude, and practice about AIDS and condom utilization among health workers in Rwanda. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 15, 56–61.
- Shisana, O. (2004). HIV/AIDS prevalence among South African health workers. *South African Medical Journal*, 94, 846–850.
- Strangl, A. (2012). *Measuring HIV stigma and discrimination*. . Washington, DC: International Center for Research on Women.
- Talashek, M. (2007). Identifying what rural health workers in Malawi need to become HIV prevention leaders. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 18, 41–50.
- Walusimbi, M. (2004). Knowledge and Attitude of Nurses Caring for Patients With HIV/AIDS in Uganda. *Applied Nursing Research*, 17, 92–99.

© 2023 TEMGOUA, licensee *Bamako Institute for Research and Development Studies Press*. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>)

Publisher's note

Bamako Institute for Research and Development Studies Press remains neutral regarding jurisdictional claims in map publications and institutional affiliations.

Research

Evaluation du système de surveillance épidémiologique de la fièvre jaune dans le district sanitaire de Kadiolo, 2020

Ousmane SY¹, Emilien Diarra², Mariam Samaké¹, Ousmane Dantoumé Touré³, Lamine Doumbia⁴

^{1,*}Direction Générale de la Santé et de l'Hygiène Publique, Bamako, Mali

²Centre de Santé de Référence de Kadiolo, Région de Sikasso, Mali

¹Direction Générale de la Santé et de l'Hygiène Publique, Bamako, Mali

³Centre Hospitalo-Universitaire de Kati, Mali

⁴Institut Supérieur Privé de Santé Publique, Bamako, Mali

***Correspondance:** ousmasy@yahoo.fr; Tél (+223) 76458026 /66859484

Résumé

La fièvre jaune est une maladie à déclaration obligatoire. Elle est susceptible d'entraîner des flambées épidémiques avec une mortalité élevée. Le taux de létalité peut varier entre 25% et 50%. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) estime chaque année à 200 000 le nombre de cas avec une majorité sur le continent africain. Les mesures de prévention dont disposent les pays ont largement prouvé leur efficacité. Au Mali, le 5 décembre 2019, le Gouvernement a officiellement déclaré une flambée de fièvre jaune dans deux régions très peuplées du pays, Sikasso et Koulikoro. C'est dans ce contexte que nous avons mené cette étude transversale descriptive. L'objectif général était d'évaluer le système de surveillance épidémiologique de la fièvre jaune du 1^{er} janvier 2020 au 31 décembre 2020 dans le District Sanitaire de Kadiolo. L'évaluation du système de la surveillance épidémiologique de la fièvre jaune dans le district sanitaire de Kadiolo a permis de vérifier les capacités de ce district à faire face à la survenue d'éventuelles flambées. Les indicateurs de surveillance épidémiologique évalués étaient bons dans l'ensemble.

Mots-clés: Évaluation, Surveillance épidémiologique, Fièvre jaune, Kadiolo.

Abstract

Yellow fever is a notifiable disease. It is likely to cause epidemic outbreaks with high mortality. The fatality rate can vary between 25% and 50%. The World Health Organization (WHO) estimates the number of cases at 200,000 each year, with the majority on the African continent. The preventive measures available to countries have largely proven their effectiveness. In Mali, on December 5, 2019, the Government officially declared an outbreak of yellow fever in two highly populated regions of the country, Sikasso and Koulikoro. It is in this context that we conducted this descriptive cross-sectional study. The general objective was to evaluate the yellow fever epidemiological surveillance system from January 1, 2020 to December 31, 2020 in the Kadiolo Health District. The evaluation of the epidemiological surveillance system for yellow fever in the health district of

Kadiolo made it possible to verify the capacities of this district to deal with the occurrence of possible outbreaks. The epidemiological surveillance indicators assessed were good overall.

Keywords: Evaluation, Epidemiological Surveillance, Yellow Fever, Kadiolo.

1. INTRODUCTION

La fièvre jaune est une maladie hémorragique d'origine virale transmise par des moustiques infectés de l'espèce *Aedes*. Seulement une minorité des cas sont graves, mais le taux de létalité de la maladie reste élevé et peut atteindre 50%. Les mesures de prévention dont disposent les pays (lutte antivectorielle et la vaccination systématique) ont largement prouvé leur efficacité depuis plusieurs années. La fièvre jaune est endémique dans 34 pays sur les 47 de la région africaine de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 2019).

Dans le monde, l'OMS estime chaque année un nombre de 200 000 cas de fièvre jaune avec 30 000 décès. Des épisodes de fièvre jaune ont affecté le monde entre le XVI^{ème} et le XX^{ème} siècle : aux Antilles, au Brésil, aux Antilles, aux USA, au Portugal, en Espagne, en France, en Ecosse, mais aussi en Afrique dont la plus meurtrière fut celle de l'Ethiopie entre 1960 et 1962 avec 30.000 décès sur un total de 100.000 cas (OMS, 2019).

Dans certaines régions intertropicales d'Afrique (34 pays) et d'Amérique latine (13 pays) la fièvre jaune est endémique (OMS, 2022).

Le continent africain reste de loin le plus touché avec 95% des cas recensés dans le monde. La survenue des épidémies de fièvre jaune a augmenté régulièrement au cours de la dernière décennie, les pays principalement concernés sont entre autres le Burkina Faso, le Cameroun, la Centrafrique, la Côte d'Ivoire, la Guinée, le Liberia et le Sierra Leone (Pharmacies, d, Fièvre jaune).

Au Mali, plusieurs épisodes d'épidémie de fièvre jaune ont été recensés, ainsi de 1969 à 1974 il y a eu 21 cas recensés dont 12 décès soit une létalité de 51,6%. En 1987, 305 cas recensés dont 145 décès (47,5%) notifiés. Ces différents cas ont été recensés dans les cercles de Kati, Kangaba, Kolokani, Kita, Nioro, Diéma et le District de Bamako.

Depuis 1987 jusqu'en octobre 2003 le Mali n'a notifié aucun cas de fièvre jaune ; un peu plus récemment en 2004, 2005 et 2008 le Mali a connu des épidémies de fièvre jaune. Du 12 Octobre au 30 Novembre 2005, 57 cas suspects ont été notifiés par le Centre de Santé de référence (CSRéf) de Bafoulabé dont 12 ont été confirmés au laboratoire national de référence et l'Institut Pasteur de Dakar. Le 13 septembre 2009, 2 cas de fièvre jaune ont été notifiés à Kangaba (Cissoko, M. 2006-2007).

Entre le 3 novembre et le 8 décembre 2019, trois cas de fièvre jaune confirmés en laboratoire, dont deux mortels (taux de létalité à 67 %), ont été détectés grâce au système de surveillance nationale du Mali. En outre, neuf cas suspects et trois cas probables ont été signalés dans le district de Bougouni, et les trois cas probables sont décédés. Le 5 décembre 2019, le Gouvernement du Mali a officiellement déclaré une flambée de fièvre jaune dans les régions de Sikasso et de Koulikoro (Hengy, C, 2019).

La fièvre jaune est une maladie à notification obligatoire et, en tant que tel, tout cas suspect doit être immédiatement communiqué à l'autorité sanitaire locale, étatique ou nationale, qui à son tour a le devoir de le signaler aux organismes internationaux. La détection et le contrôle de la fièvre jaune reposent sur des systèmes de surveillance et de diagnostic solides, le tout associé à un programme de vaccination robuste, et au respect du Règlement sanitaire international (OMS, 2019).

La survenue de l'épidémie de fièvre jaune en Côte d'Ivoire en 2019 (OOAS, 2019) pays frontalier du district de Kadiolo et la flambée de cas observée dans les régions de Sikasso et Koulikoro nous offre l'occasion de jauger la performance du système de surveillance épidémiologique du district de

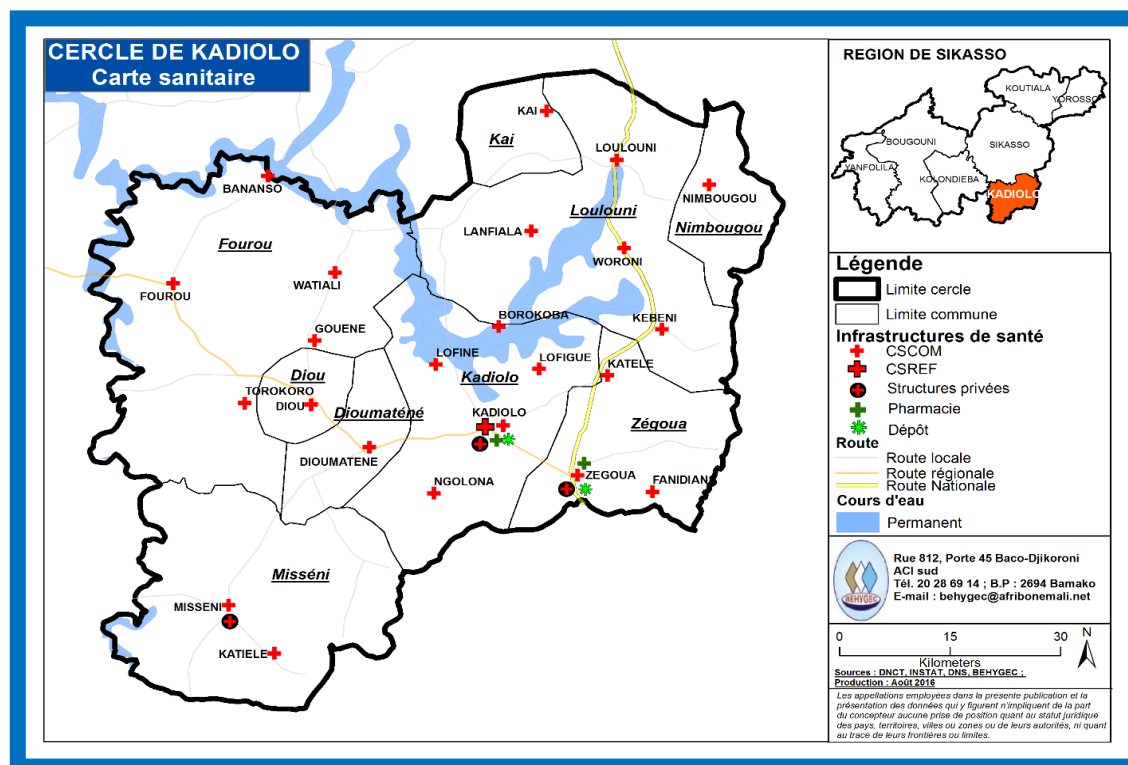
Kadiolo. L'objectif général était d'évaluer le système de surveillance épidémiologique de la fièvre jaune du 1^{er} janvier au 31 décembre 2020 dans le District Sanitaire de Kadiolo.

2. MATERIELS ET METHODES

2.1. Cadre d'étude :

L'étude a été réalisée dans le District Sanitaire de Kadiolo dans l'ensemble des 24 CSCom qu'il comporte.

2.1.1. Présentation du district sanitaire :



2.1.2. Données géographiques :

Le District Sanitaire de Kadiolo épouse totalement les limites territoriales du Cercle de Kadiolo. Le Cercle de Kadiolo couvre une superficie de 6640 km². Il est situé à cent (100) km de Sikasso et à 480 Km de Bamako, Il est limité :

- Au nord par le cercle de Sikasso
- A l'ouest par le cercle de Kolondieba
- A l'est par le Burkina Faso
- Au Sud par la république de Côte d'Ivoire

Situé à l'extrême Sud du Mali le cercle de Kadiolo compte 128 villages regroupés en 9 communes (Kadiolo, Zégoua, Fourou, Misseni, Kaï, Nimbougou, Loulouni, Dyou, Dioumaténé).

2.1.3. Données sociodémographiques :

La population est essentiellement composée de Sénoufo, de Bambara, de Peulh, de Tagoua et de Samogo. La population du Cercle est estimée à 341.049 habitants en 2020 avec un taux d'accroissement de 3,6% selon le recensement général de la population et de l'habitat (RGPH 2009 actualisé). Pendant la saison sèche, nous constatons une forte migration de la population vers les sites d'orpaillages qui sont : Alhamdoulaye, Lollé, Badalabougou, Mashio, Finkolo Dadjan....

2.1.4. Données économiques :

Les principales activités économiques du Cercle sont le commerce, le transport, l'artisanat, le maraîchage, l'agriculture, la pêche, l'élevage et l'orpaillage. Il existe de petites industries alimentaires telles que les boulangeries.

2.1.5. Données sanitaires

Le district dispose d'un centre de santé de référence, 24 CSCom, 2 dispensaires ruraux, 9 maternités rurales, 2 cliniques, 13 Cabinets médicaux, 55 Cabinets de Soins, 07 Officines de pharmacie, 05 dépôts de vente de médicaments, 3 infirmeries (lycée, Mananza et Garnison), et 72 sites ASC fonctionnels. L'accessibilité des populations au paquet minimum d'activités (PMA) est respectivement 62%, 32%, 6% pour les populations vivant dans un rayon de 5km, entre 5-15km et plus de 15km. On note une insuffisance en personnel qualifié dans le district sanitaire soit 5 personnels qualifiés de santé pour 10 000 habitants, les normes de l'OMS étant de 23 personnels qualifiés de santé pour 10 000 habitants.

La médicalisation des CSCom évolue de façon timide avec seulement 29,16% de ceux-ci tenus par des médecins. Les maternités de ces CSCom sont tenues à 12,50% par les sage-femmes, 33,33% des infirmières obstétriciennes et 54,17% par des matrones.

2.2. Type d'étude :

Nous avons conduit une étude transversale descriptive du 01^{er} janvier au 31 Décembre 2020 sur les données de la surveillance épidémiologique de la fièvre jaune de l'année 2020.

2.3. Population d'étude :

L'unité statistique a été le centre de santé communautaire et la population d'étude correspond à l'ensemble du personnel de santé chargé de la surveillance épidémiologique dans les aires de santé du district de Kadiolo.

2.3.1. Critères d'inclusion :

Tout personnel de santé chargé de la surveillance épidémiologique en poste ayant plus d'une année de service dans le District.

2.3.2. Critères de non-inclusion :

Tout personnel de santé chargé de la surveillance épidémiologique en poste qui n'avait pas plus d'une année de service dans le District.

2.4. Echantillonnage

2.4.1. Méthode d'échantillonnage :

Une méthode non probabiliste a été utilisée.

2.4.2. Technique d'échantillonnage :

La technique utilisée a été le choix raisonné. Ce choix a concerné les directeurs techniques des CSCom (DTC) qui sont les chargés de la surveillance épidémiologique des 24 CSCom et le responsable de l'unité des urgences du CSRéf de Kadiolo.

2.4.3. Taille de l'échantillon :

La taille de notre échantillon était de 25 participants et constitué de :

- 24 Directeurs Techniques de Centre
- 1 agent de l'unité des urgences du CSRéf.

2.5. Collecte des données

2.5.1. Les techniques

Les techniques suivantes ont été utilisées :

- L'observation faite avec une grille d'observation.

Cette grille d'observation a permis de vérifier dans les différentes structures la disponibilité et l'utilisation des outils indispensables à la prévention et à la gestion d'une épidémie de fièvre jaune. Il s'agit du guide de la surveillance intégrée de la maladie et la riposte, des directives techniques de gestion de la fièvre jaune, du registre linéaire des cas, des fiches de notifications et l'existence de moyen de communication rapide.

- La revue documentaire faite avec une fiche d'extraction.

2.5.2. Variables :

Les variables retenues pour cette étude sont les suivantes :

- La disponibilité des agents assurant la surveillance épidémiologique ;
- L'utilisation des définitions de cas pour la notification des cas suspects de fièvre jaune ;
- La connaissance du seuil épidémiologique pour les cas suspects ;
- La connaissance du seuil épidémiologique pour les cas confirmés ;
- La disponibilité du guide de surveillance épidémiologique ;
- La disponibilité des directives techniques sur la fièvre jaune ;
- La disponibilité des fiches de notification ;
- La transmission standardisée des données ;
- Le taux de complétude des rapports ;
- Le taux de promptitude des rapports ;
- Le nombre de cas suspect de fièvre jaune
- Le nombre de cas suspect prélevé ;
- L'analyse des données en fonction du temps ;
- L'analyse des données en fonction du lieu ;
- L'analyse des données selon les caractéristiques de personnes ;
- L'utilisation des graphiques ;
- L'existence de moyens de communications rapide ;
- Le temps entre la notification et l'investigation ;
- Le délai d'attente entre les prélèvements et la disponibilité des résultats ;
- Le nombre d'échantillons testés positifs ;
- Le nombre total d'échantillons testés.

2.6. Les limites :

Les facteurs qui ont pu influencer cette étude pour avoir des données complètes sont entre autres :

- La qualité de connexion internet au niveau des aires de santé
- Le dysfonctionnement de la plateforme DHIS2
- L'absence des données des structures privées.

2.7. Traitement et analyse des données :

Les étapes de traitement et d'analyse ont porté sur le dépouillement manuel, et l'utilisation des logiciels Epi info 7.2.2.6 et Excel.

2.7.1. Mode de calcul des attributs :

La Simplicité :

Dans la simplicité on trouve huit paramètres et la moyenne a été calculée en faisant le rapport de la somme des scores des différents paramètres (numérateur) sur le total des paramètres utilisés (dénominateur). La norme de la simplicité $\geq 80\%$.

L'acceptabilité :

L'acceptabilité compte trois paramètres, sa moyenne a été obtenue en divisant la somme des scores des paramètres (numérateur) par le total de paramètres (dénominateur).

La norme de la complétude $\geq 90\%$

La norme de la promptitude $\geq 80\%$.

La représentativité :

La représentativité comporte cinq paramètres, la moyenne a été calculée en faisant le rapport de la somme des scores des paramètres (numérateur) sur le total de paramètres (dénominateur).

La norme de la représentativité est $\geq 80\%$.

La réactivité :

Tout comme l'acceptabilité est constituée de trois paramètres. Le rapport de la somme des scores des paramètres (numérateur) sur le total de paramètre (dénominateur) donne sa moyenne.

La norme du délai entre la notification et l'investigation est de deux jours ;

La norme du délai entre le prélèvement des échantillons et réception des résultats du laboratoire au CSRéf est 3- 7 jours (pour le prélèvement sanguin) (Coulibaly, M. G, 2007-2008) .

La sensibilité : Elle apprécie le degré de vigilance de notre dispositif de surveillance. La durée entre le début de la maladie et la notification ne doit dépasser une semaine.

2.7.2. Aspects éthiques et déontologiques

Toutes les données ont été sauvegardées et scellées dans les archives du CSRéf. Ces données ont été utilisées uniquement pour les besoins de l'article. Nous avons eu le consentement verbal des différents participants avant l'administration du questionnaire.

3. RÉSULTATS

Notre enquête a été menée dans le District Sanitaire de Kadiolo et a concerné vingt-quatre (24) Centres de Santé Communautaires ainsi que l'unité des urgences (salle de tri) du CSRéf, nous avons enquêté 25 personnels de santé impliqués dans la surveillance épidémiologique.

Les résultats sont présentés par objectif.

3.1. Description du fonctionnement de la surveillance épidémiologique de la fièvre jaune

Les informations recueillies nous ont permis de savoir que :

Les CSCom enregistrent les cas suspects de fièvre jaune reçus pendant la consultation médicale dans les registres de consultation externe. Ils informent immédiatement le CSRéf par téléphone ou SMS. Ils prélèvent et acheminent des échantillons de sang au laboratoire du CSRéf. Ils font accompagner le prélèvement d'un formulaire d'investigation bien renseigné. Ils assurent le traitement des malades. Le CSRéf à son tour achemine les échantillons à la Direction Régionale de Santé (DRS) de Sikasso. Les prélèvements sanguins sont envoyés à l'Institut National de Santé Publique (INSP) via la DRS pour confirmation et les résultats seront disponibles au bout de 3-7 jours .

Le responsable de la surveillance épidémiologique (SE) est chargé des activités de la surveillance des maladies. Il agit sous la responsabilité du Médecin chef du District. Il est chargé de collecter les données (recueillir du jour au jour les informations sur la situation épidémiologique), fournir les centres de santé en supports et en matériels de prélèvement. Il n'a pas été concerné par notre enquête. Le chargé du Système Local d'Information Sanitaire (SLIS) et le chargé du Programme Elargi de Vaccination (PEV) sont aussi déterminants dans la surveillance épidémiologique de la fièvre jaune. Ils participent aux activités de supervision, de formation du personnel, de collecte et d'analyse des données.

Au niveau du CScCom, chaque Directeur Technique de Centre est avant tout le premier responsable de la surveillance épidémiologique. Il mène cette surveillance en collaboration avec les autres personnels, les ASC et les relais communautaires. Cette Situation fait du CScCom le niveau opérationnel par excellence pour la surveillance de la fièvre jaune car c'est le premier contact avec la population.

Pendant notre étude, le district sanitaire de Kadiolo a bénéficié de la phase pilote de la Surveillance Epidémiologique à Base Communautaire (SEBAC).

La SEBAC est un processus actif de la participation communautaire dans l'identification, la notification, le rapportage, la réponse face aux événements et aux maladies sous surveillance dans la communauté.

Dans le cadre de la Surveillance à Base Communautaire, l'ASC identifie quotidiennement les alertes, les notifie et les communique au DTC et au Chargé surveillance épidémiologique via des SMS. Par ailleurs, il peut aussi participer aux investigations.

3.2. Identification des cas suspects

Le guide de la surveillance intégrée de la maladie et la riposte (SIMR) était disponible dans seulement 8% des structures enquêtées. Cependant l'ensemble des structures évaluées possédaient les directives techniques soit 100%. Sur l'enregistrement et la notification des cas suspects de fièvre jaune on note beaucoup de points saillants :

- La notification a été faite à travers les fiches de notification dans 100% des CScCom.
- La confirmation de fièvre Jaune (épidémie) : sur les 13 cas suspects de fièvre jaune notifié un a été confirmé positif soit 7,69%.
- La performance de la surveillance de la fièvre jaune : sur 25 structures évaluées seulement 16% avaient notifié au minimum un cas suspect de fièvre jaune en 2020.
- Le temps entre la notification et l'investigation : tous les 13 cas suspects de fièvre jaune notifiés dans le district Sanitaire ont été investigués à 100% dans un délai de moins de deux jours.
- Le délai entre le prélèvement et la disponibilité des résultats : Les différents résultats des prélèvements ont été rendus disponibles après un délai excédant les 7 jours.
- L'analyse et l'interprétation des indicateurs de fièvre jaune : tous les CScCom soit 100% ont fait l'analyse des données selon le temps, le lieu et la personne.

3.3. Enquête et riposte

Un (01) cas confirmé de fièvre jaune a été enregistré dans le district Sanitaire de Kadiolo :

Il s'agissait d'un cas suspect de fièvre jaune chez une jeune femme âgée de 20 ans, allaitante d'un enfant de 7 mois, de sexe féminin, venue de Diarè via Bougou (RCI) et résidente à Nassoulou (Aire de santé de Zegoua/District de Kadiolo) depuis 6 mois. Elle est G2P2V1D1A0 avec notion de fièvre jaune familiale, de statut vaccinal inconnu.

Elle s'est présentée au CScCom avec un ictère non fébrile pour lequel elle eut des traitements traditionnels sans succès.

Reçue au CScCom de Zegoua le 27 Octobre 2020 où elle a eu des traitements médicaux des analyses sanguines dont :

- La CRP : positive
- L'anticorps Anti-VHC : positif
- L'Antigène HBS : négatif.

La notification du cas suspect au District sanitaire a été faite le 27/10/2020 et enregistré sous le N° **EPID : MAI / SIK / KAD / 20 / AMA / 0013**, l'échantillon du prélèvement sanguin a été envoyé le 03/11/2020 au laboratoire de l'Institut National de Santé Publique.

Une équipe composée : (du chargé surveillance épidémiologique et le Médecin DTC du CSCoM de Zegoua tous deux formés en épidémiologie de terrain accompagnés par un consultant de l'OMS) a procédé à l'investigation du cas suspect dans la même semaine.

Un résultat IGM présumé positif a été notifié au district le 21/11/2020 par le chargé de surveillance de la DRS de Sikasso ;

Un résultat **positif** a été notifié au district le 01 décembre 2020 par le Directeur Régional de la santé de Sikasso après confirmation par l'Institut Pasteur de Dakar.

À la suite de cette annonce, le district a organisé une riposte à travers les actions suivantes :

- La recherche active d'autres cas suspects dans la communauté ;
- La promotion de l'utilisation des MILD et la destruction des gîtes larvaires ;
- Sensibilisation des communautés ;
- La réunion du comité local « ONE HEALTH » ;
- Le suivi médical du cas ;
- La vaccination des enfants de 9 mois à 14 ans du village de Nassoulou. On note 776 individus vaccinés pour une population cible de 633 individus attendus.

3.4. Les indicateurs de suivi de la surveillance épidémiologiques :

La complétude des données était de 100% qui a atteint la normale ($\geq 90\%$) par contre la promptitude des rapports de 50% était en deçà de la normale ($\geq 80\%$)

Dans cette étude seuls deux CSCoM, Woroni et Lanfiala ont atteint la norme de la promptitude des rapports avec respectivement 98.1% et 88.7%.

3.5. La retro information :

Entre la Région et le District, la retro information a été faite par courrier électronique ; même chose entre le niveau national et la région. Elle a été faite régulièrement entre le District et les CSCoM. Les moyens de communications rapides existaient dans 100% des CSCoM. La transmission des données a été faite aussi de façon hebdomadaire dans 100% des CSCoM.

3.6. Le niveau des attributs :

Tableau 1 : Représentation selon la simplicité de la surveillance épidémiologique de la fièvre jaune dans le District Sanitaire de Kadiolo en 2020

Simplicité	87%
Disponibilité des agents assurant la surveillance épidémiologique	100
Utilisation des définitions de cas pour la notification des cas suspects de fièvre jaune	100
Connaissance du seuil épidémiologique pour les cas suspects	92
Connaissance du seuil épidémiologique pour les cas confirmés	96
Disponibilité du guide de surveillance épidémiologique	08
Disponibilité des directives techniques sur la fièvre jaune	100
Disponibilité des fiches de notification	100
Transmission standardisée des données	100

Notre évaluation a trouvé une simplicité moyenne de 87% au niveau de la surveillance épidémiologique du district de Kadiolo en 2020.

Tableau I : Représentation selon l'acceptabilité du dispositif de surveillance épidémiologique de la fièvre jaune dans le District Sanitaire de Kadiolo en 2020

Acceptabilité	Normes	83%
Taux de complétude des rapports	≥ 90%	100
Taux de promptitude des rapports	≥ 80%	50
Taux de prélèvement des échantillons	≥ 80%	100

Notre évaluation a trouvé une Acceptabilité à 83% au niveau du dispositif de surveillance épidémiologique de la fièvre jaune du district de Kadiolo en 2020.

Tableau III : Résultat de la représentativité du dispositif de surveillance épidémiologique de la fièvre jaune dans le District Sanitaire de Kadiolo en 2020.

Représentativité	99%
Définition des cas pour la collecte des données	100
Analyse des données selon le temps	100
Analyse selon le lieu	100
Analyse des données en fonction des personnes	100
Analyse selon l'utilisation des graphiques	96

Notre évaluation a trouvé une Représentativité à 99% au niveau du dispositif de surveillance à Kadiolo en 2020.

Tableau IV : Représentation selon la réactivité du dispositif de surveillance épidémiologique de la fièvre jaune dans le District Sanitaire de Kadiolo en 2020.

Réactivité	67%
Disponibilité de moyen de communication rapide	100
Délai entre la notification et l'investigation des cas inférieur à deux jours	100
Délai entre les prélèvements et la disponibilité des résultats inférieur à sept jours	100

Notre évaluation a trouvé une Réactivité moyenne de 67% pour le système de surveillance épidémiologique de Kadiolo en 2020.

Tableau II : Résultat de la sensibilité de la surveillance épidémiologique de la fièvre jaune dans le District Sanitaire de Kadiolo en 2020

Sensibilité	100%
Nombre de cas suspects de fièvre jaune	13
Nombre de cas suspects de fièvre jaune prélevé	13
Notre évaluation a trouvé une Sensibilité de 100% pour le système de surveillance épidémiologique du district de Kadiolo en 2020.	

4. DISCUSSION

Notre étude qui a porté sur l'évaluation de la surveillance épidémiologique de la fièvre jaune, est la première à être réalisée dans le district sanitaire de Kadiolo en dehors de l'étude de Ouattara intitulée « l'évaluation de la surveillance épidémiologique de la rougeole, de la fièvre jaune, de la paralysie flasque, du tétanos maternel et néonatal dans la région de SIKASSO » (Ouattara, S, 2012).

- Nous avons fait un enrôlement exhaustif de tous les 24 CScCom du district sanitaire et du service des urgences du CSRéf.
- Pour bien exécuter ce travail, nous nous sommes focalisés sur les prestataires aux niveaux des différentes structures et étant en poste depuis au moins un an.

Identification des agents enquêtés :

Nous avons enquêté dans 25 structures et questionné 25 prestataires avec différente qualification (médecin, technicien supérieur, technicien de santé...). Le taux de participation a été 100%.

Dans notre étude seulement 28% des personnes impliquées dans la surveillance épidémiologique étaient des médecins ce taux est inférieur à celui de (Diarra, B, 2016-2017). Ce faible taux de médecin traduit l'insuffisance de personnel qualifié au niveau du district de Kadiolo.

Enregistrement et notification des cas suspects de fièvre jaune :

L'enregistrement des cas suspects de fièvre jaune a été fait dans les registres de consultations externes dans la totalité des structures enquêtées qui ont eu à notifier et prélever.

Seulement 16% de nos CScCom avaient notifié au moins un cas suspect de fièvre jaune durant toute l'année 2020. Ce faible taux pourrait s'expliquer par le faible niveau de qualification des agents. Les fiches de notification étaient disponibles à 100%. (Diarra, B, 2016-2017) a trouvé dans une étude similaires une disponibilité de 93.8%.

Envoi des prélèvements au laboratoire pour confirmation

La majorité des prélèvements ont été effectués par les différents directeurs techniques des CScCom (DTC). Les prélèvements ont été acheminés en suite à l'Institut Supérieure de Santé Publique (INSP) via la DRS de Sikasso.

Nous avons trouvé un taux de prélèvements des cas suspects dans les structures enquêtées de 100%. (Ouattara, S, 2012) a trouvé un taux de prélèvement de 94.05% en 2012 dans la région de Sikasso. Les échantillons prélevés ont été reçus en bon état et les comptes rendus disponibles dans un délai excédant une semaine, alors que ce délai devrait être compris entre 3 et 7 jours (Coulibaly, M. G, 2008).

Sur les échantillons de sang traités au laboratoire de l'INSP à la recherche d'IgM de fièvre jaune nous avons un résultat positif à 07,69%. (Konaté, I., & Coll) ont trouvé pendant l'épidémie de fièvre jaune survenue dans les districts sanitaires de Koutiala et de Kolondiéba en 2015 une recherche

d'IgM de fièvre jaune positive à 12,76% par contre (Ouattara, S, 2012) a trouvé de 2004 à 2008 dans sa thèse de doctorat en médecine dans la région de Sikasso un taux de positivité d'IgM à 00%. Dans notre étude le taux de létalité été de 00% est très au-dessous de ceux trouvés par (Maiga, A) 32 % par (Konaté, I., & Coll) 66.67% . La létalité nulle retrouvée dans notre étude s'expliquerait par le fait que le seul cas confirmé a survécu à la maladie.

Etat du dispositif de surveillance

Dans notre évaluation, le guide de la surveillance intégrée de la maladie et la riposte (SIMR) était disponible seulement à 8% dans le district de Kadiolo. En commune VI de Bamako une disponibilité du Guide de surveillance épidémiologique à 100% a été observée (Diarra, B. ,2016-2017).

Les registres linéaires des cas suspects de fièvre jaune à jour étaient disponibles dans de 32%, structures enquêtées. (Diarra, B. ,2016-2017) a retrouvé une disponibilité des registres linéaires des cas suspects de fièvre jaune de 93,8%.

Quant aux directives techniques sur la fièvre jaune la disponibilité a été de 100%, une tendance similaire avait été retrouvée par (Diarra, B. ,2016-2017) en commune IV de Bamako soit 97,3%.

Nous avons observé une complétude des rapports de 100% et une promptitude des rapports de 50%. Notre promptitude a été inférieure à la norme qui doit être supérieure ou égale à 80% . En 2011, (Kouadio, N, 2011) a aussi trouvé une promptitude de 67% et une complétude de 75% qui sont tous respectivement inférieures aux normes 80 % et 90%.

L'analyse de nos données selon les différentes caractéristiques personnes, temps et lieu est revenue à 100%. Les copies dures des graphiques cumulatifs sur l'évolution de la maladie ne sont pas affichées dans la plupart des structures sanitaires. Cependant 96% des personnes enquêtées avaient affiché directement ces graphiques sur l'interface tableau de bord du DHIS2 de leurs ordinateurs.

Au terme de notre étude, nous avons constaté que l'anticipation de la gestion d'une épidémie de fièvre jaune aurait pu être difficile dans certaines aires de santé pour les raisons suivantes :

- Le faible niveau de qualification des acteurs soit 52% de techniciens de santé,
- Seulement 16% des structures ont notifié des cas suspects de fièvre jaune.
- Le guide SMIR était disponible dans seulement 8% des structures.

Dans notre étude 56% agents responsables de la surveillance épidémiologique avaient reçu un renforcement de capacités sur la gestion de la fièvre jaune, ce qui contraste avec le faible taux de notification. Les évaluations de (Diarra, B. ,2016-2017) avec 47% et de (Kouadio, N, 2011) avec 46,4% d'agents formés ont obtenu des taux inférieurs au nôtre.

La formation des acteurs et leur supervision régulière est indispensable pour avoir un système de surveillance performant(Kouadio, N, 2011).

A tous les niveaux les moyens de communication rapide existaient et la retro information est faite entre les différentes structures. La retro est indispensable pour un système de surveillance qui fonctionne normalement. Elle permet également une bonne planification et la prise de décisions au niveau local de même la réception et l'exécution des recommandations et orientations du niveau hiérarchique.

Attributs :

Au terme de notre étude, nous avons une simplicité de 87%. Dans leurs observations (Diarra, B. ,2016-2017) et (Djila, M., & al, 2013) ont trouvé respectivement une simplicité de 83% et 81,86% . Cependant, des efforts doivent être faits pour améliorer la disponibilité du guide de surveillance épidémiologique au niveau des structures sanitaires.

Par rapport à l'acceptabilité, nous avons obtenu un score de 83% qui est en deçà de celle (Djila, M., & al) avec 86,12% et (Diarra, B. ,2016-2017) avec 100%. Le paramètre promptitude des rapports

soit 50% a été jugé inférieur à la norme $\geq 80\%$. Cette situation pourrait s'expliquer en partie par le fait que la promptitude est automatiquement produit à travers le DHIS2 où toute correction dans la base après le délai l'affecte négativement.

Pour la représentativité nous avons trouvé une moyenne de 99 %, nos données sont supérieures à celles observées par (Diarra, B. ,2016-2017) soit 61,8%. Cependant le district de Kadiolo doit améliorer l'utilisation des graphiques par leur affichage sur supports durs au niveau des formations sanitaires. L'étude montre que l'utilisation des graphiques se fait essentiellement à travers le DHIS2. Dans nos résultats, on note une réactivité de 67%, nos résultats sont en presque similaires de ceux de (Diarra, B. ,2016-2017) soit 83%. Des efforts supplémentaires doivent être fournis à tous les niveaux du système de la surveillance épidémiologique afin de respecter le délai entre le prélèvement et l'acquisition des résultats. Ce délai n'est pas normal dans notre étude.

La sensibilité était de 100%. Ce résultat est identique à ceux de (Diarra, B. ,2016-2017) et (Kouadio, N, 2011).

5. CONCLUSION

Dans notre étude, nous avons constaté que le district de Kadiolo dispose d'un système robuste de surveillance épidémiologique avec quelques insuffisances par rapport à la fièvre jaune notamment la réactivité. Notre évaluation a montré que la surveillance épidémiologique de la fièvre jaune dans le district sanitaire de Kadiolo répond bien aux fonctions essentielles d'un système opérationnel. Cependant des efforts importants doivent être fournis pour améliorer la détection et la notification des cas suspects de fièvre jaune dans le district au regard du nombre élevé (84%) de structures enquêtées n'ayant pas fait de notification pendant la période d'étude.

Pour la gestion adéquate et rapide des flambées de fièvre jaune des dispositions doivent être prises pour assurer la formation des agents et respecter le délai entre le prélèvement et la disponibilité des résultats de laboratoire.

Remerciements

Nos remerciements vont à l'encontre de tous ceux qui ont contribué de loin ou de près à l'élaboration de ce document. Un remerciement particulier au médecin chef de Kadiolo pour sa contribution assez remarquable à cette étude.

Conflits d'intérêt

Les différents auteurs qui ont tous contribué à cet article ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

Références

- Cissoko, M. (2006-2007). *Etude épidémio-clinique de l'épidémie de fièvre jaune à Bafoulabe en 2005*. Bamako: Thèse FMPOS.
- Coulibaly, M. G. (2007-2008). *L'épidémiologie de la fièvre jaune au Mali*. Bamako: Thèse FMPOS.
- Diarra, B. (2016-2017). *Système de surveillance épidémiologique de la rougeole de 2013 – 2015 dans le district sanitaire de la commune IV*. Bamako: Thèse FMOS.
- Djila, M., & al, .. (s.d.). *Evaluation du système de surveillance épidémiologique de la méningite dans le district sanitaire de la commune VI de Bamako de 2011 à 2013*.
- Hengy, C. (2019 à 16h43, décembre 17). *Évolution du foyer épidémique de fièvre jaune au Mali. Mon carnet de vaccination numérique*.

- Konaté, I., & Coll, .. e. (s.d.). Gestion de l'épidémie de fièvre jaune survenue dans les districts sanitaires de Koutiala et de Kolondièba en 2015 disponible sur : www.hsd-fmsb.org/index.php/hsd/article/download/...
- Kouadio, N. (s.d.). *Evaluation du système de surveillance épidémiologique des maladies cibles du PEV au niveau central en COTE D'IVOIRE 2011*.
- Maïga, A. (2006). *Epidémiologie de la fièvre jaune dans la région de Kayes*. Bamako: Thèse, Médecine FMPOS.
- OMS. (2019, Mai 7). Principaux repères sur la fièvre jaune. <https://who.int....<Principaux repères>Détail>.
- OMS. (2022). Fièvre jaune-Région africaine (AFRO). *Bulletins d'information sur les flambées épidémiques*, 8.
- OOAS. (s.d.). Bulletin d'information Epidémiologique - Semaine / Week 30 (22 au 28/07/2019) : WHO/AFRO_OEW.
- Ouattara, S. (2012). *Evaluation de la surveillance épidémiologique de la rougeole, de la fièvre jaune, de la paralysie flasque aigue, du tétanos maternel et néonatal dans la région de SIKASSO*. Bamako: FMPOS.
- Pharmacies, d. (s.d.). *FIEVRE JAUNE: Une maladie très surveillée grâce à la déclaration obligatoire*,.

© 2023 TEMGOUA, licensee *Bamako Institute for Research and Development Studies Press*. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>)

Publisher's note

Bamako Institute for Research and Development Studies Press remains neutral regarding jurisdictional claims in map publications and institutional affiliations.



Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, Volume 5 (1)

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

Received, 11 April 2023

Accepted, 28 May 2023

Published, 1 June 2023

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

Research

Effets de l'annonce du diagnostic de la COVID-19 sur les voyageurs en Côte d'Ivoire

Kouamé Mathias N'DRI^{1,*}, Amadou OUATTARA¹, konan Bah Modeste GNAMIEN³, Cataud Marius GUEDE¹, Louis Penali KONÉ²

¹Département d'Épidémiologie et Recherche Clinique, Abidjan, Institut Pasteur de Côte d'Ivoire

²Unité de paludologie, Abidjan, Institut Pasteur de Côte d'Ivoire

³Unité de Formation et de Recherche Sciences Sociales et Humaines (UFR SSH), Université Jean Lorougnon Guédé de Daloa, Côte d'Ivoire

*Correspondance : ndri_kmat@yahoo.fr / mathaisndri@pasteur.ci, tel : +225 0505039457

Résumé

L'effet psychosocial de la COVID-19 couplé à celui de la restriction de mobilité chez les voyageurs aériens est très peu documenté. L'objectif de cette étude était d'améliorer les connaissances des effets de la COVID-19 sur les voyageurs en Côte d'Ivoire.

Une étude qualitative a été réalisée auprès des voyageurs consultant l'équipe COVID-19 de l'Institut Pasteur de Côte d'Ivoire. La collecte des données a été réalisée du 13 août au 31 décembre 2020 auprès des voyageurs ayant un test de COVID-19 positif à travers des entretiens individuels semi-directifs. Trente-deux voyageurs âgés de 18 à 69 ont été inclus. Il ressort de cette analyse que l'annonce du diagnostic génère des réactions psychologiques négatives très variées dues au fait d'être infecté et à l'impossibilité de voyager. Au nombre de ces réactions, figurent des angoisses d'anéantissement de rêve, la colère, l'agressivité, le sentiment d'injustice et la révolte. Au niveau de l'impact financier, les frais supplémentaires sur le billet d'avion et les frais de séjour sont les principaux surcoûts mentionnés. En outre, l'impossibilité de reprendre le travail constituait une perte financière particulièrement pour ceux qui partaient pour un nouvel emploi. Au niveau social, la crainte d'être stigmatisé a été mentionnée par plusieurs voyageurs. L'annonce d'une maladie infectieuse très contagieuse a un double enjeu : la réduction de l'effet psychosocial et la diminution de la transmission.

Mots-clés : COVID-19; SARS-CoV-2; effet psychosocial ; voyage aérien, Côte d'Ivoire

Abstract

The psychosocial effect of COVID-19 coupled with that of mobility restriction in air travelers is poorly documented. The objective of this study was to improve knowledge on the effect of COVID-19 on travelers in Côte d'Ivoire. The psychosocial effect of COVID-19 coupled with that of mobility restriction in air travelers is poorly documented. The objective of this study was to improve knowledge on the effect of COVID-19 on travelers in Côte d'Ivoire. A qualitative study was carried out with travelers consulting the COVID-19 team of the Institut Pasteur in Côte d'Ivoire. Data collection was carried out from 13 August to 31 December, 2020 from travelers with a positive Covid-19 test through semi-structured individual interviews. Thirty-two travellers aged 18 to 69 were included. This analysis shows that the announcement of the diagnosis generates a wide range of negative psychological reactions due to the fact of being infected and the impossibility of travelling. Among these reactions are anxieties of dream annihilation, anger, aggressiveness, the feeling of injustice and revolt. These reactions include anxieties of dream annihilation, anger, aggressiveness, the feeling of injustice and revolt. In terms of financial impact, additional airfare and accommodation costs are the main additional costs mentioned. Furthermore, the impossibility of returning to work constituted a great financial loss, especially for those who left for a new job because the job was threatened. At the social level, several travelers mentioned the fear of being stigmatized. The announcement of a highly contagious infectious disease has a double challenge: the reduction of the psychosocial impact and the reduction of transmission.

Keywords: COVID-19; SARS-CoV-2; psychosocial effects; Air travel; Côte d'Ivoire

1. Introduction

En décembre 2019, une nouvelle maladie causée par un nouveau coronavirus (SARS-CoV-2) a émergé à Wuhan, en Chine (Ciotti et al., 2019). Très rapidement, cette maladie s'est propagée dans le reste du monde, favorisée par la très forte mobilité humaine. À la première année, elle a entraîné plus de 1,7 million de décès. Le monde faisait face à une situation inhabituelle, imprévisible et méconnue partiellement (Organisation Mondiale de la Santé, 2021). Pour freiner la propagation de cette maladie, plusieurs mesures furent adoptées par les pays du monde entier. Parmi ces mesures, figurent le dépistage du SARS-CoV-2 chez les voyageurs internationaux avant le départ, aux points d'entrée ou à l'arrivée, et la restriction de mobilité des personnes ayant un test de COVID-19 positif (Organisation Mondiale de la Santé, 2020). Ces mesures, parfois contestées sont utiles car des études de modélisation ont montré que les restrictions de voyages transfrontaliers au début de l'épidémie pouvaient entraîner une réduction du nombre de nouveaux cas de 26 % à 90 % (Balcan et al., 2009; Burns et al., 2020).

Dans sa stratégie nationale de riposte contre la COVID-19, la Côte d'Ivoire n'a pas fait l'exception. Tous les voyageurs positifs au test de COVID-19 avaient une interdiction de

voyager par voie aérienne. Cela permet d'assurer une protection individuelle et des autres ainsi qu'une protection du système de santé dans son ensemble (Aujoulat et al., 2021). Cependant, cette double situation de vulnérabilité ; l'infection et l'impossibilité de voyager quel que soit l'importance ou l'urgence relative du voyage n'est pas sans effet psychosocial. En effet, les symptômes tels que l'anxiété, le stress et plusieurs autres effets psychosociaux générés par la COVID-19 ont été relevés largement (Aberji & Bouazza, 2020; Park et al., 2020; Polizzi et al., 2020). Le stress généré par la COVID-19 chez le personnel soignant en Côte d'Ivoire est assez éloquent (Guiegui et al., 2022). Fort de ce constat, il a été inclus dans la prescription des comportements de santé dans le cadre de la lutte contre la COVID-19, la résilience psychologique, sociale et économique comme enjeu important (Aujoulat et al., 2021). D'ailleurs, dès le début de la pandémie, les recommandations de l'OMS sur le bien-être psychosocial et émotionnel étaient essentielles dans la mesure où les problèmes psychosociaux figuraient parmi les priorités mondiales (Banati et al., 2020). Cependant, ces recommandations n'ont pas tenu compte du cas spécifique des voyageurs internationaux doublement impactés. Cela suscite la question des effets de la COVID-19 sur les voyageurs aériens. Dans les pays à ressources limitées comme la Côte d'Ivoire où on note une faiblesse du système de santé, cette question mérite d'être étudiée.

À l'aide d'une étude qualitative, nous analysons les effets psychosociaux de la COVID-19 chez les voyageurs en Côte d'Ivoire notamment les effets psychologiques, sociaux, financiers et professionnels. Ce travail permettra d'améliorer les connaissances des effets de la COVID-19 sur les voyageurs par voie aériennes.

2. Matériels et méthodes

2.1 Cadre de l'étude

L'étude a été effectuée à l'Institut Pasteur de Côte d'Ivoire (IPCI) sis à Abidjan Cocody. L'IPCI est un centre de recherche constitué de plusieurs laboratoires. Dans le cadre de la lutte contre la COVID-19, l'IPCI était chargé d'analyser les échantillons provenant des différents centres de dépistage. Les résultats étaient reçus via une plateforme électronique et les patients dont le test de dépistage du SARS-CoV-2 était positif se rendaient dans un centre de prise en charge. Cependant, en raison des difficultés opérationnelles de la plateforme, les patients, plus précisément les voyageurs ne recevant pas de notification se rendaient à l'IPCI pour avoir leur résultat. C'est ainsi que l'IPCI s'est retrouvé confronté à l'arrivée massive de voyageurs à ses portes. Pour faire face à cette situation, il a été mis en place une organisation au sein de laquelle une unité d'annonce de résultats aux voyageurs a été créée. Tous les voyageurs qui avaient un test positif devaient consulter cette unité pour entrer en possession de leur résultat, les conseils sur les mesures barrières et une orientation pour leur prise en charge. Cette unité a servi de cadre pour la présente étude.

2.2 Type d'étude

L'étude est de type transversale qualitative réalisée sur une période de (04) mois et demi allant du 13 août et le 31 décembre 2020 auprès des voyageurs ayant un test de dépistage de SARS-CoV-2 positif.

2.3 Population d'étude

L'étude s'est déroulée auprès des voyageurs. Ont été incluses dans cette étude les voyageurs dont le test de dépistage du SARS-CoV-2 était positif, âgés d'au moins 18 ans et ayant accepté de participer à l'enquête après consentement éclairé.

2.4 Échantillonnage de l'enquête

L'échantillonnage a été de type accidentel, c'est-à-dire que les enquêtés ont été choisis au fur et à mesure qu'ils se présentaient. Le nombre total de personnes interviewées a été déterminé a posteriori suivant le principe de saturation des thèmes émergents au cours des entretiens successifs (Olivier de Sardan, 1995; Pope et al., 2000).

2.5 Recueil des données

Le recueil des données effectué dans une posture ethnographique, a été inspiré de Malinowski (1963) qui précise que l'ethnographe doit prendre en considération trois approches s'il veut atteindre ses objectifs :

- Une des premières missions de toute approche ethnographique est donc de décrire, le plus précisément possible, la structuration du phénomène étudié;
- Il convient de recueillir ces éléments par des observations minutieuses.
- La constitution d'un corpus de données multiples et variées est donc nécessaire à la description du phénomène étudié (Malinowski, 1963).

La démarche adoptée dans ce sens se décline comme suit :

- Les sources écrites : Les sources écrites nous ont permis de faire l'état des lieux sur la prévalence de la COVID-19. Plusieurs documents dont des rapports de l'OMS et des articles scientifiques en sciences médicales, anthropologique ont été consultés via une grille de lecture sur les aspects psychosociaux de la COVID-19 afin de préparer la phase de l'enquête de terrain. Grâce à cette documentation, la problématique a pu être clairement dégagée.
- Les entretiens : Nous avons adopté la stratégie des entretiens individuels à l'aide d'un guide d'entretien conçu sur la base des objectifs. Les échanges ont essentiellement porté sur la rupture biographique liée à l'annonce, le choc émotionnel, le rejet social et la stigmatisation perçus ainsi que l'impact financier lié à la gestion de cette affection.

Conduite en français, ils avaient une durée moyenne de trente minutes et ont été réalisés entre le 13 août et le 31 décembre 2020.

Le choix de l'entretien individuel qualitatif se justifie par la volonté d'avoir une compréhension plus riche de l'effet du diagnostic et des données factuelles.

- L'observation : Cette technique nous a permis d'assister aux différentes réactions et expressions des comportements liés à l'annonce du diagnostic et aux différentes attitudes adoptées. Une grille d'observation a été élaborée et utilisée à cet effet.

2.6 Analyse des données

Rappelons que cette étude s'inscrit dans le cadre d'une méthode compréhensive. Selon Emile Durkheim (1997), « la méthode compréhensive est une logique orientée vers la saisie du sens d'une activité ou d'un comportement » (Merllié, 2012). Notre démarche compréhensive s'appuie sur la conviction de Weber (1995) ; les sciences sociales (que Weber nomme « sciences de la culture ») diffèrent des sciences de la nature, en ce que l'homme est un être de conscience, qui agit en fonction de sa compréhension du monde, et des intentions qu'il a (Karady, 1966) .

Les données recueillies ont été structurées de façon à ce qu'elles puissent être analysées efficacement. La première étape de notre travail a consisté à la transcription intégrale des informations recueillies auprès de chaque personne interrogée. Ensuite, nous avons abordé le traitement des données. Pour ce faire, les informations recueillies par le biais des guides d'entretien, ont été soumises à un traitement qui a consisté à rechercher des similitudes dans les descriptions et à faire des catégorisations par axe d'analyse et à en faire une synthèse. La structuration des données qualitatives a paru exigeante en réflexion et a nécessité aussi assez de temps. Nous avons par la suite fait usage de l'analyse thématique manuelle pour la catégorisation des informations issues du guide d'entretien. Ces analyses ont suivi les axes de la structuration faite lors du traitement ; elle a consisté en un croisement comparatif des informations, soit à l'intérieur de la même catégorie d'acteurs, soit en inter-catégorie ; ensuite à faire une comparaison des éléments dégagés de l'analyse avec les tendances ressorties de la littérature.

2.7 Considérations éthiques

Le protocole de cette étude a eu l'approbation de l'Institut Pasteur de Côte d'Ivoire ainsi que du Comité National d'Éthique de la Recherche sous le numéro 108-22/MSHPCMU /CNESVS-Kp. Les personnes interrogées étaient toutes volontaires. Leur consentement oral a été préalablement obtenu après une présentation des objectifs de l'enquête et des bénéfices et attentes de leur participation. Les entretiens ont été enregistrés avec l'autorisation des enquêtés dans le strict respect de l'anonymat et de la confidentialité.

3. Résultats

Au total, 32 voyageurs ont été inclus. Ils avaient un âge distribué entre 18 et 69 ans avec une moyenne de 30,4 ans. Quatorze d'entre eux étaient de sexe masculin et seize présentait au moins un symptôme de la COVID-19. À l'entretien les symptômes les plus récurrents étaient les céphalées, la toux et la rhinorrhée.

3.1 Effet psychologique de l'annonce du résultat du dépistage du SARS-CoV-2

Il ressort de l'analyse des données que le fait de savoir qu'on est infecté par le SARS-CoV-2 et qu'en plus on ne peut pas effectuer un voyage quelle qu'en soit l'urgence ou l'importance de ce déplacement, entraînaient des réactions psychologiques négatives.

En effet, parmi les enquêtés, il y avait des cas d'urgence dans la mesure où une date butoire était accordé pour faire quelques choses. C'est par exemple le cas d'une étudiante qui devait finaliser son inscription universitaire dans un délai bien déterminé. Elle affirmait :

« Je vais perdre définitivement ma bourse si je ne suis pas en France avant le lundi. Je trouve ça tellement injuste »

Cette étudiante, bénéficiaire d'une bourse d'étude, n'ayant pas pu s'inscrire dans le délai avait bénéficié d'une rallonge.

Quant au déplacement important, il était en lien aux priorités des voyageurs. Selon eux, il aurait une conséquence négative à court ou long terme si ce déplacement ne s'effectuait pas. Le cas d'une dame qui devrait rejoindre son fiancé pour leur mariage illustre assez bien cette situation, car selon ses dires ce report de voyage pourrait provoquer l'avortement de ce projet de mariage. Elle arguait :

« Un mariage reporté attire toujours le malheur ».

Le désir de retrouver son fiancé semblait être au-dessus de la crise sanitaire, oubliant même qu'elle allait exposer beaucoup de personnes y compris son fiancé lui-même.

Ces deux situations, urgence et importance du voyage, ont été des facteurs importants dans les différentes réactions psychologiques. Il est à noter que ces facteurs étaient amplifiés par la perception des voyageurs parce qu'en réalité pour plusieurs cas, il n'y avait pas d'urgence et rien ne pouvaient justifier ces réactions face aux mesures restrictives dans un contexte d'état d'urgence sanitaire.

À l'annonce du diagnostic de la COVID-19 aux voyageurs, survenait généralement un choc psychologique. Ce choc tire sa source de la peur de l'inconnu vu que cette affection est récente et pas assez connue. Plusieurs réactions ont été observées après le choc psychologique, notamment, la tristesse, l'angoisse d'anéantissement, les pleurs, le déni ou la dénégation, la culpabilité, le regret, la colère, l'agressivité, le sentiment d'injustice et la révolte. Ces réactions avaient principalement plusieurs origines. L'une d'elles est le fait d'être infecté et/ou d'avoir exposé des personnes proches en ce sens que la maladie à COVID-19 est considérée comme une maladie grave et surtout contagieuse. Ainsi, on s'en rend compte que la perception de la maladie joue un rôle important dans les différentes réactions psychologiques. En effet, certaines personnes craignaient pour leur santé ou celle de leurs parents. Ils s'imaginaient quelquefois le pire scénario, la mort. La réaction d'une dame de 56 ans en témoigne lorsqu'elle affirme :

« Je suis diabétique et hypertendue, est-ce que ce n'est pas grave ? ... est ce que je ne vais pas mourir ».

L'affaissement du regard de cette dame et sa voix nouée laissaient transparaître toute sa tristesse et sa peur, montrant ainsi des sentiments de vulnérabilité et de menace pour sa vie. Un autre cas très éloquent ; un monsieur venu de la suisse pour voir son père, un monsieur du troisième âge, en témoigne. Il s'exprimait en ces termes :

« Est-ce que je n'ai pas contaminé mon père ? Il est très âgé pratiquement toujours malade. Il a plus de 80 ans. Est-ce qu'il supportera cette maladie ? Je n'ai pas payé un billet d'avion pour venir mettre mon pauvre père dans cette situation. Non ! Ce n'est pas possible ! Il ne peut pas mourir à cause de moi ! ».

Dans son discours, on perçoit la culpabilité d'avoir exposé son père, mais surtout la peur que cela entraîne le décès de ce dernier.

La réaction d'une dame de 32 ans qui partaient s'installer au Canada a été particulièrement marquante. Elle gesticulait dans tous les sens tout en pleurant. Elle disait :

« C'est fini pour moi, je n'ai pas de chance dans la vie ».

Surplace dans le bureau, elle appela sa mère et les deux se mirent à pleurer, crier et parler dans leur ethnie. L'annonce du résultat de l'examen semblait avoir créé un sentiment d'anéantissement de leurs rêves.

L'autre origine des différentes réactions est le fait de ne pas pouvoir voyager et toutes ses implications que cela pourrait engendrer. Il ressort ainsi la peur de la remise en cause de certains projets dont l'aboutissement devrait garantir un positionnement social intéressant et une stabilité. Pour certains, le motif du voyage était trop important pour ne pas partir. Pour eux, la situation sanitaire internationale n'était pas une raison valable pour ne pas être sur un vol. Ils trouvaient donc que c'était injuste de voir leur voyage reporté ou annulé. Un voyageur de 42 ans en partance pour l'Italie pour reprendre son travail proposait :

« Laissez-moi partir, je vais porter le masque dans l'avion et à mon arrivée je vais me mettre en quarantaine ».

Ce voyageur, semblait donner ainsi l'impression de ne pas avoir été bien compris par le médecin. Il était impatient de rentrer à cause du travail, pourtant il affirmait qu'il se mettrait en quarantaine à son arrivée. Comme s'il était impossible de faire cette mise en quarantaine à Abidjan et voyager plus tard.

Parmi ces voyageurs, il y a ceux qui retournaient dans leur pays d'habitation et les résidents en Côte d'Ivoire. Les enjeux des voyages étaient divers : les études, le travail, retrouver des enfants de bas âge, la santé....

Le sentiment d'injustice émanait couramment du manque de confiance envers le système de santé ivoirien. Un des voyageurs résidant en France, d'une voix aigüe affirmait:

« J'ai fait le test en France il n'y avait rien et c'est ici qu'on vient me dire que je suis infecté alors que je n'ai aucun symptôme ».

Ce voyageur présentait quelques symptômes, mais refusait de reconnaître qu'un examen fait en France ne pouvait pas avoir obligatoirement le même résultat que celui effectué en Côte d'Ivoire quelques jours après. En réalité, cette situation était vécue comme inacceptable ; un déni de la maladie. Aussi, l'incertitude exprimée par rapport au résultat mettait en doute tout le système médical mis en place dans le cadre de la COVID-19. Les propos d'un autre voyageur résident en Belgique l'attestent amplement quand il dit :

« Est-ce qu'on ne s'est pas trompé d'échantillon ».

Dans ce contexte de doute du résultat, on assistait quelques fois à des contestations violentes. Certains voyageurs étaient convaincus que le médecin était capable de trouver une solution pour leur voyage. L'un d'eux en partance du Gabon pour un nouveau travail proposait :

« Docteur, je suis prêt à faire ce que vous me demanderez pour me laisser partir ».

Ce voyageur certainement désespéré, tentait par tous les moyens d'obtenir un document lui permettant de voyager. Il proposait à travers ses dires de payer une somme pour lui fournir une attestation de test PCR COVID-19 négatif. Face à l'obstacle, il préfère résoudre les problèmes à sa manière. Il minimise ainsi, le risque pour lui-même et pour les autres. La question qui ressort de ce type d'attitude est celle de la perception de la gravité et de la

vulnérabilité lié à la COVID-19. La déclaration d'un autre voyageur, impatient de partir pour une question de santé atteste la volonté de certains à utiliser tous les moyens qui leur permettrait de voyager. Il déclarait :

« Je ne vais pas rester pour mourir ici. Ce qui est sûr je vais trouver une solution pour prendre le vol ».

Ces propos montrent certainement un sentiment de détresse. Aussi, soulèvent-ils la question de la défiance vis-à-vis du système de santé et de la corruption autour des résultats du test de COVID-19. Par ailleurs, ces propos sont l'expression de la recherche de liberté ; être libre de son choix. Ce qui expliquerait la prise de risque ; voyager absolument sans tenir compte du risque pour autrui.

Parmi ces voyageurs, il avait ceux qui regrettaient ou se culpabilisaient d'être venus en Côte d'Ivoire ou de ne pas avoir respecté toutes les mesures barrières. Quelques-uns se rendaient compte que c'était un voyage qui aurait pu être annulé. L'affirmation d'un monsieur de 62 ans venu à Abidjan pour assister au mariage de son fils l'atteste largement :

« Je regrette d'être venu en Côte d'Ivoire. Je ne sais même pas pourquoi je suis venu. Si je restais là-bas, je n'aurai pas eu tous ces problèmes ».

Ce dernier s'en est rendu compte que le mariage n'était pas un motif valable de voyage en pleine crise sanitaire internationale.

Les réactions à l'annonce n'ont pas toutes été négatives. Quelques voyageurs étaient très positifs à l'annonce du diagnostic. Pour eux, cette situation est juste un désagrément momentané. C'est le cas d'un couple résidant au Canada. Il affirmait à la fin de l'entretien :

« Tout ce que Dieu fait est bon. Le plus important, c'est que nous sommes en bonne santé ».

Un autre voyageur en partance pour le Sénégal déclarait :

« En matière de voyage, il ne faut jamais forcer, Dieu seul sait pourquoi. Et puis j'ai de la famille à Abidjan. Ce n'est pas grave ».

Ils relativisaient ainsi sa situation. Un autre voyageur qui devrait reprendre le service dans un délai de deux jours, dédramatisait sa situation en déclarant :

« Je pense que mon employeur comprendra. Ce n'est pas de ma faute. Je vais continuer à me reposer ».

3.2 Impact social de l'annonce du résultat du dépistage du SARS-CoV-2

L'annonce du diagnostic de la COVID-19 perturbait l'équilibre personnel et familial chez plusieurs voyageurs.

Pendant l'entretien avec les voyageurs testés positifs, nombreux sont ceux parmi lesquels l'idée d'être stigmatisé est ressorti comme un problème majeur. La stigmatisation est une autre discrimination dont peuvent être victimes les voyageurs qui s'ajoutent aux difficultés auxquelles ils sont confrontés. Les propos d'un voyageur en partance pour Dubaï attestent cette crainte de discrimination :

« Je suis revenu de Dubaï depuis trois semaines et il y a quelques jours, je ne me porte pas bien, j'ai une forte migraine et je tousse constamment. Mes cousins chez qui je suis en transit ont commencé depuis un moment à s'éloigner de moi. Je le sens dans

leurs faits et gestes et voilà qu'on vient de me déclarer positif au COVID.... Ils sauront finalement que je suis positif au COVID »

S'écriait-il puis éclatât en sanglots. Ce voyageur faisait cas de la cohésion sociale qui semblait être menacée du fait de la Covid-19. Sa volonté de cacher la maladie pour éviter toute discrimination était clairement affichée.

Dans les cas de voyage d'études, la scolarité était souvent menacée. Trois étudiants étaient concernés par cette menace. Ils étaient tous à leur premier voyage à l'extérieur de la Côte d'Ivoire. Cette opportunité était considérée comme unique, car elle allait inévitablement impacter positivement leur avenir. Leurs propos illustraient largement leur désir hanté d'effectuer ce voyage. L'un déclarait :

« Je suis orphelin de père, c'est avec beaucoup de difficulté que ma mère m'a scolarisé. Aujourd'hui cette opportunité représente l'espoir pour toute notre famille. Docteur, aidez-nous à trouver une solution ...ça passe ou ça casse »

Un second, de sexe féminin soulignait :

« Si je n'arrive pas demain pour faire mon inscription le lendemain c'est fini. Je ne pourrai plus m'inscrire. Le délai d'inscription est déjà passé. Mais j'avais eu une dérogation pour la faire avant le mardi prochain. Donc je dois être là-bas ce weekend ».

Au niveau familial, une dame venue de la France pour des funérailles racontait qu'elle avait des enfants en bas âge restés en France. Elle disait :

« Si je ne vais pas les enfants vont rester seuls, celui qui est avec eux a fait d'énormes sacrifices et son programme ne lui permet pas de faire un jour de plus. En plus c'est la rentrée scolaire ».

L'angoisse de cette dame était perceptible à travers ses propos. Elles avaient ressorti deux problèmes. Premièrement, la question de la garde des enfants était posée. Secondairement, celle de la préparation de la rentrée et des différentes contraintes liées à la scolarité des enfants notamment leur accompagnement à l'école, leur nourriture et autres.

3.3 Impact financier et professionnel de la COVID-19

L'impossibilité de voyager à cause de la COVID-19 génère inévitablement des coûts supplémentaires chez plusieurs voyageurs. Ces coûts supplémentaires se situent au niveau du billet d'avion et des frais de séjour. Selon le dire des voyageurs, l'annulation du billet engendrait systématiquement un coût additionnel sur le billet d'avion. Tous ceux qui ont été reçus avaient déjà réservé leur billet d'avion. Certains étaient à l'hôtel. Ils se plaignaient fréquemment de leur situation financière. Un touriste affirmait :

« Ma situation financière est intenable, je ne sais vraiment pas comment faire pour trouver de l'argent ».

Un autre déclarait :

« Je ne sais plus quoi faire parce que mon vol sera reporté et je serai obligé de séjourner encore ici pour quelques jours. ... je n'ai plus assez de moyens pour me prendre une chambre »

En outre, la perte financière et les questions professionnelles avaient été signalées chez certains parce que ne pouvant pas reprendre le travail à temps. Parmi les interviewés, certains disaient qu'ils allaient perdre leur travail s'ils n'arrivaient pas à temps. Pour quelques-uns, c'était un nouveau boulot. L'un d'eux en partance pour le Gabon s'exprimait en ces termes:

« Je suis sans emploi au pays. Cette opportunité est la seule. Si je ne vais pas ils vont prendre quelqu'un d'autre ».

Selon ses propos, sa situation professionnelle serait gravement affectée s'il ne partait pas à temps.

DISCUSSION

Cette enquête qualitative a permis d'explorer l'effet psychosocial de l'annonce du diagnostic de la COVID-19 sur les voyageurs. Il en est ressorti que l'annonce du diagnostic de la COVID-19 chez les voyageurs a eu des conséquences diverses, y compris sociales et psychologiques, variant selon l'importance ou l'urgence du voyage. Des réactions psychologiques majoritairement négatives ont été constatées. L'impact social, financier et professionnel a été évoqué par la plupart des voyageurs. L'annonce du diagnostic d'une maladie est la responsabilité du médecin. Cette partie du travail du médecin n'est pas toujours aisée, surtout quand il s'agit de mauvaises nouvelles (Romano, 2010). L'annonce constitue toujours une effraction psychique, un véritable traumatisme (Ruszniewski & Bouleuc, 2012). La souffrance que génère l'annonce d'une maladie est associée à la perception du patient vis-à-vis de la maladie. Par exemple le terme « cancer » est volontiers associé immédiatement à la souffrance, à la solitude et à la mort (Misery & Chastaing, 2005). Quant à la COVID-19, elle est associée à une mise en quarantaine, à l'isolement social, au sentiment de confinement et de perte de liberté (Joia & Michelotto, 2020). Les réactions des voyageurs à l'annonce du diagnostic décrit dans ce travail sont des manifestations de la mise en place de mécanismes de défense et de processus de coping (Chabrol, 2005). Ces manifestations, décrites à l'annonce de maladies graves, permettent de maîtriser, réduire ou tolérer la situation aversive (N'Dri et al., 2018; Olivier de Sardan, 1995).

La souffrance psychologique associée à une maladie infectieuse passe par plusieurs étapes. Les étapes telles que la peur ; les sentiments de perte de projet, de bouleversement socioprofessionnel, d'injustice en lien avec le refus d'autorisation pour voyager ; la culpabilité de se sentir responsable de sa propre infection et d'avoir exposé d'autres personnes ; le déni qui amène à remettre en doute le résultat du diagnostic ; la colère d'avoir contracté l'infection ont été retrouvés dans ce travail. Plusieurs de ces étapes ont été décrites chez des patients affectés par le VIH/sida et l'Ébola (Atta, 2022; Desclaux et al., 2018).

Au cours de la pandémie, la surabondance d'informations fausses et trompeuses ou même justes a été nuisible à la santé physique et mentale (Cénat et al., 2020). Les voyageurs en ont été certainement victimes. Le comportement des voyageurs, se déplacer en période de crise sanitaire pour des motifs non urgents ou vouloir voyager à tout prix malgré le diagnostic

positif pourrait s'expliquer par leurs perceptions de la maladie et de leurs représentations sociales de celle-ci. En réalité, la perception du risque peut influencer le comportement d'un individu (Manus, 2020). Cette perception est fonction des caractéristiques individuelles, des structures sociales et des croyances culturelles (Boholm, 1998). En Côte d'Ivoire, un tiers des participants à une étude a affirmé que la COVID-19 avait des causes non naturelles (Yapi et al., 2021). Cette croyance impactera inévitablement leur attitude vis-à-vis d'un diagnostic éventuel de COVID-19 (Poupart & Bouscail, 2021). Le comportement des voyageurs est aussi lié à la perception du risque pour autrui et l'utilité des mesures de restriction (Aujoulat et al., 2021).

Aussi, les médias de masse ont joué un rôle prépondérant dans la perception de la maladie et de la situation sanitaire (Karasneh et al., 2021).

Chez les voyageurs, les effets psychologiques constatés sont causés à la fois par l'annonce du diagnostic de la Covid-19 et l'impossibilité de voyager. Le risque de perte de travail a été montré dans cette étude. Les résultats d'une étude menée en Guinée corroborent ce risque en montrant la perte d'emploi du fait de la pandémie (Touré et al., 2021).

L'absence d'exploration de la perception de la COVID-19 par les voyageurs constitue la limite principale de ce travail dans la mesure où cela n'a pas permis de comprendre toutes leurs réactions à l'annonce. Cependant, cette étude peut se targuer de documenter l'effet du diagnostic de la COVID-19 sans biais de mémorisation parce que les données ont été recueillies au cours de l'annonce. En outre, elle montre l'importance de la mise en place d'un système d'annonce de résultat de maladie pandémique en intégrant un accompagnement psychosocial. Par ailleurs, elle suscite beaucoup d'interrogations sur le devenir de ces voyageurs.

4. Conclusion

Cette étude montre l'enjeu de l'annonce d'une maladie infectieuse d'origine virale, très contagieuse et pandémique. L'annonce d'une telle maladie est un pan important de la lutte, car constitue le premier maillon de la prise en charge et permet de couper la chaîne de transmission à travers des conseils, les sensibilisations et la prise en charge médicale. En outre, elle permet de réduire l'impact psychosocial.

Remerciement

Nous remercions le Professeur Mireille Dosso, Directrice de l'Institut Pasteur de Côte d'Ivoire de nous avoir suggéré de conduire ces travaux.

Conflits d'intérêts

Aucun conflit d'intérêt.

RÉFÉRENCES

- Aberji, K., & Bouazza, A. (2020). L'impact social du COVID-19 sur les familles marocaines et les recommandations pour le post-COVID. *Journal of Integrated Studies In Economics, Law, Technical Sciences & Communication*, 2020, 2020,1,1(1).

- Atta, K. (2022). Approche psychoqualitative du VIH/sida en contexte africain : Cas du vécu de l'infection chez des patients du Service des maladies infectieuses et tropicales (SMIT) d'Abidjan. *Recherches qualitatives*, 31(1), 130-151.
<https://doi.org/10.7202/1085026>adresse copiéeune erreur s'est produite
- Aujoulat, I., Scheen, B., Vanderplanken, K., Van den Broucke, S., & van Loenhout, J. (2021). COVID-19 Les Belges souhaitent adhérer à des mesures utiles.... *Louvain médical*, 2021, 8. <https://dial.uclouvain.be/pr/boreal/object/boreal:241832>
- Balcan, D., Colizza, V., Gonçalves, B., Hu, H., Ramasco, J. J., & Vespignani, A. (2009). Multiscale mobility networks and the spatial spreading of infectious diseases. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 106(51), 21484-21489.
<https://doi.org/10.1073/pnas.090691010>
- Banati, P., Jones, N., & Youssef, S. (2020). Intersecting Vulnerabilities : The Impacts of COVID-19 on the Psycho-emotional Lives of Young People in Low- and Middle-Income Countries. *The European Journal of Development Research*, 32(5), 1613-1638. <https://doi.org/10.1057/s41287-020-00325-5>
- Boholm, A. (1998). Comparative studies of risk perception : A review of twenty years of research. *Journal of risk research*, 1(2), 135-163.
<https://doi.org/10.1080/136698798377231>
- Burns, J., Movsisyan, A., Stratil, J. M., Coenen, M., Emmert-Fees, K. M., Geffert, K., Hoffmann, S., Horstick, O., Laxy, M., Pfadenhauer, L. M., von Philipsborn, P., Sell, K., Voss, S., & Rehfuss, E. (2020). Travel-related control measures to contain the COVID-19 pandemic : A rapid review. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10, CD013717. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013717>

- Cénat, J. M., Blais-Rochette, C., Kokou-Kpolou, C. K., Noorishad, P.-G., Mukunzi, J. N., McIntee, S.-E., Dalexis, R. D., Goulet, M.-A., & Labelle, P. (2020). Prevalence of symptoms of depression, anxiety, insomnia, posttraumatic stress disorder, and psychological distress among populations affected by the COVID-19 pandemic : A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry research*, 113599. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113599>
- Chabrol, H. (2005). Les mécanismes de défense. *Recherche en soins infirmiers*, 3, 31-42. <https://doi.org/10.3917/rsi.082.0031>
- Ciotti, M., Angeletti, S., Minieri, M., Giovannetti, M., Benvenuto, D., Pascarella, S., Sagnelli, C., Bianchi, M., Bernardini, S., & Ciccozzi, M. (2019). COVID-19 outbreak : An overview. *Chemotherapy*, 64(5-6), 215-223. <https://doi.org/10.1159/000507423>
- Desclaux, A., Malan, M. S., Egrot, M., Akindès, F., & Sow, K. (2018). Patients négligés, effets imprévus. L'expérience des cas suspects de maladie à virus Ebola. *Santé publique*, 30(4), 565-574. <https://doi.org/DOI : 10.3917/spub.185.0565>
- Guiegui, C., Breimi, A., Aka, I., Kouame, B., Aholia, C., Kilanko, G., Tanoh, M., Tchicaya, A., Kouassi, Y., Wognin, S., & Bonny, J. (2022). Étude multicentrique du stress chez le personnel soignant des Centres Hospitalo-Universitaires (CHU) d'Abidjan dans le contexte de la pandémie a covid-19. *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*. <https://doi.org/10.1016/j.admp.2022.06.005>
- Joia, L. A., & Michelotto, F. (2020). Universalists or utilitarianists? The social representation of COVID-19 pandemic in Brazil. *Sustainability*, 12(24), 10434. <https://doi.org/10.3390/su122410434>

- Karady, V. (1966). Weber M., Essais sur la théorie de la science. *Revue française de sociologie*, 7(3), 411-411. changements e https://www.persee.fr/doc/rfsoc_0035-2969_1966_num_7_3_2969
- Karasneh, R., Al-Azzam, S., Muflih, S., Soudah, O., Hawamdeh, S., & Khader, Y. (2021). Media's effect on shaping knowledge, awareness risk perceptions and communication practices of pandemic COVID-19 among pharmacists. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 17(1), 1897-1902. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2020.04.027>
- Malinowski, B. (1963). Les argonautes du Pacifique occidental. *Revue Française de Sociologie*, 4(2), 224. <https://www.proquest.com/openview/de52856d924308b09109360006cf42ab/1?pq-origsite=gscholar&cbl=1817769>
- Manus, J.-M. (2020). Brève : Voyage en avion: test de dépistage de la Covid-19 pour le personnel de cabine. *Revue Francophone Des Laboratoires*, 2020(527), 12. [https://doi.org/10.1016/S1773-035X\(20\)30332-4](https://doi.org/10.1016/S1773-035X(20)30332-4)
- Merllié, D. (2012). Les Règles de la méthode sociologique. *Durkheimian Studies*, 18(1), 128. <https://www.proquest.com/openview/c3642ffcf0116ea47f7a11c36a10a12b/1?pq-origsite=gscholar&cbl=39588>
- Misery, L., & Chastaing, M. (2005). Information du patient et annonce du diagnostic de maladie grave. *La revue de médecine interne*, 26(12), 960-965. <https://doi.org/10.1016/j.revmed.2005.08.006>
- N'Dri, K. M., Yaya, I., Zigoli, R., Ayabakan, F. E., Ipou, S. Y., & Moke, B. L. (2018). Impact du polyhandicap de l'enfant sur les familles à Abidjan. *Santé publique*, 30(1), 135-141. <https://doi.org/10.3917/spub.181.0135>

- Olivier de Sardan, J.-P. (1995). La politique du terrain. Sur la production des données en anthropologie. *Enquête. Archives de la revue Enquête*, 1, 71-109.
<https://doi.org/10.4000/enquete.263>
- Organisation Mondiale de la Santé. (2020). *Considérations liées à la santé mentale et au soutien psychosocial pendant la pandémie de Covid-19, 18 mars 2020*. Organisation mondiale de la Santé. <https://www.who.int/fr/publications-detail/WHO-2019-nCoV-MentalHealth-2020.1>
- Organisation Mondiale de la Santé. (2021). *Évaluation de l'efficacité des vaccins contre la COVID-19 : Orientations provisoires, 17 mars 2021*. Organisation mondiale de la Santé. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/340950>
- Park, C. L., Russell, B. S., Fendrich, M., Finkelstein-Fox, L., Hutchison, M., & Becker, J. (2020). Americans' COVID-19 stress, coping, and adherence to CDC guidelines. *Journal of general internal medicine*, 35(8), 2296-2303.
<https://doi.org/10.1007/s11606-020-05898-9>
- Polizzi, C., Lynn, S. J., & Perry, A. (2020). Stress and coping in the time of COVID-19 : Pathways to resilience and recovery. *Clinical Neuropsychiatry*, 17(2), 59.
<https://doi.org/10.36131/CN20200204>
- Pope, C., Ziebland, S., & Mays, N. (2000). Qualitative research in health care : Analysing qualitative data. *BMJ: British Medical Journal*, 320(7227), 114.
<https://doi.org/10.1136/bmj.320.7227.114>
- Poupart, F., & Bouscail, M. (2021). Enjeux psychiques et psychopathologiques des croyances conspirationnistes : De la crise sanitaire du COVID-19 à la crise existentielle. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 179(4), 311-316.
<https://doi.org/10.1016/j.amp.2021.03.004>

- Romano, H. (2010). L'annonce d'un diagnostic grave. *La Revue de médecine interne*, 31(9), 626-630. <https://doi.org/10.1016/j.revmed.2010.01.013>
- Ruszniewski, M., & Bouleuc, C. (2012). L'annonce d'une mauvaise nouvelle médicale épreuve pour le malade, défi pour le médecin. *Laennec*, 60(2), 24-37. <https://doi.org/10.3917/lae.122.0024>
- Touré, A. A., Camara, L. M., Magassouba, A. S., Doumbouya, A., Camara, G., Camara, A. Y., Loua, G., Cissé, D., Sylla, M., & Bereté, A. O. (2021). Psychosocial impacts of COVID-19 in the Guinean population. An online cross-sectional survey. *PloS one*, 16(2), e0245751. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0245751>
- Yapi, R. B., Hounghedji, C. A., N'Guessan, D. K. G., Dindé, A. O., Sanhoun, A. R., Amin, A., Gboko, K. D. T., Heitz-Tokpa, K., Fokou, G., & Bonfoh, B. (2021). Knowledge, Attitudes, and Practices (KAP) Regarding the COVID-19 Outbreak in Côte d'Ivoire : Understanding the Non-Compliance of Populations with Non-Pharmaceutical Interventions. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(9), Article 9. <https://doi.org/10.3390/ijerph18094757>

© 2023 KOUAME, licensee *Bamako Institute for Research and Development Studies Press*. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>)

Publisher's note

Bamako Institute for Research and Development Studies Press remains neutral regarding jurisdictional claims in map publications and institutional affiliations.



Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, Volume 5 (1)
ISSN :1987-071X e-ISSN 1987-1023
Received, 28 September 2022
Accepted, 16 April 2023
Published, 1 June 2023
<http://www.revue-rasp.org>

Research

Niveaux socio-économiques et recours au personnel de santé qualifié lors de l'accouchement en Côte d'Ivoire

Bangaman Christian Akani^{1,*}, Alfred Douba^{1,2}, Loukou Gilbert Konan¹, Timothée Abouo¹, Pétronille Acray-Zengbé^{1,2}

¹Département de Santé Publique et Spécialités, UFR Sciences Médicales, Université Félix Houphouët Boigny Cocody-Abidjan, Côte d'Ivoire, BPV 34 Abidjan

²Institut National d'Hygiène Publique, Côte d'Ivoire

* **Correspondance** : banakani1@gmail.com; Tel : +225 0101119193;

Résumé : L'accouchement assisté par du personnel qualifié est bien souvent l'émanation de causes plus profondes qui reflètent les inégalités socio-économiques entre les populations. Notre étude avait pour objectif de déterminer l'influence du niveau socio-économique sur le recours à un personnel qualifié lors de l'accouchement en Côte d'Ivoire. Nous avons réalisé une analyse multivariée issue des données de l'Enquête MICS (Multiple Indicator Cluster Surveys) réalisée chez les femmes âgées de 15-49 ans, en 2016. Notre étude a révélé qu'en 2016, la proportion des accouchements assistés par un personnel qualifié était de 74%. Par rapport aux femmes dont le niveau de vie du ménage était le plus pauvre, celles avec un niveau de vie pauvre (ORa=1,63 ; IC 95%=1,27-2,10), moyen (ORa=2,21 ; IC 95%=1,61-3,02), riche (ORa=5,33 ; IC 95%=3,24-8,76) et le plus riche (ORa=6,35 ; IC 95%=2,91-13,9) avaient une probabilité significativement plus élevée d'avoir recours à un professionnel de santé qualifié lors de l'accouchement. De plus après avoir ajusté avec l'indice de richesse, les facteurs associés à l'accouchement assisté comprenaient la tranche d'âge, le lieu de résidence, la consultation prénatale, et la parité. L'amélioration de l'accouchement assisté par du personnel qualifié nécessite la prise en compte des défis socio-économiques. Des politiques de santé s'appuyant sur l'autonomisation économique des femmes devraient pouvoir réduire les inégalités sociales en rapport avec le recours à un personnel qualifié lors de l'accouchement.

Mots clés : Santé maternelle, accessibilité des services de santé, personnel de santé, Facteurs socioéconomiques, Côte d'Ivoire

Abstract: Skilled birth attendance is often the result of deeper causes reflecting socio-economic inequalities between populations. The aim of our study was to determine the influence of socio-economic level on the use of skilled attendants during childbirth in Côte d'Ivoire. We performed a

multivariate analysis based on data from the MICS (Multiple Indicator Cluster Surveys) conducted among women aged 15-49, in 2016. Findings revealed that in 2016, 74% of births were attended by skilled personnel. Women from households with higher socio-economic status exhibited significantly higher probabilities of utilizing skilled health professionals during childbirth, compared to those from the poorest households. The odds ratios (ORa) for women with poor, middle, rich, and richest standards of living were 1.63 (95% CI=1.27-2.10), 2.21 (95% CI=1.61-3.02), 5.33 (95% CI=3.24-8.76), and 6.35 (95% CI=2.91-13.9), respectively. Additionally, after adjusting for the wealth index, factors associated with assisted delivery included age group, place of residence, antenatal consultations, and parity. To improve skilled birth attendance, addressing socio-economic challenges is essential. Health policies focusing on women's economic empowerment have the potential to reduce social inequalities related to the utilization of skilled attendants during childbirth.

Keywords: Maternal health, accessibility of health services, skilled birth attendance, socio-economic factors, Côte d'Ivoire

1. Introduction

Malgré les avancées positives remarquables dans différents pays, la maternité demeure un risqué de maladie, de souffrance ou de décès chez de nombreuses femmes à travers le monde, (Gagnon, 2018). En effet, selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), dans le monde, environ 830 femmes perdent chaque jour la vie en raison de complications liées soit à la grossesse soit à l'accouchement (Organisation Mondiale de la Santé, 2019b). En 2017, le nombre de décès maternel notifiés est estimé 295 000 (décès survenus pendant la grossesse, l'accouchement ou les suites de couche. La majorité de ces décès a eu lieu dans des pays à revenu faible et aurait pu être évitée (Organisation Mondiale de la Santé, 2019a). Cette mortalité maternelle élevée constitue un lourd fardeau socio-économique. En outre, ce sont près de 99 % des décès maternels qui se produisent dans des pays en développement dont plus de la moitié en Afrique subsaharienne (Organisation Mondiale de la Santé, 2015).

En 2017, l'OMS notait 295 000 décès maternels dans le monde dont 196 000 en Afrique Subsaharienne contre 1500 en Europe et en Amérique du nord pour 100 000 naissances vivantes (Organisation Mondiale de la Santé, 2019a). En Afrique de l'Ouest ce taux pour 100 000 naissances vivantes variait d'un pays à un autre : 315 au Sénégal, 320 au Burkina Faso, 308 au Ghana, 396 au Togo, 661 au Libéria, 562 au Mali (Organisation Mondiale de la Santé, 2019a). Ainsi, la santé maternelle est devenue une priorité pour de nombreux pays qui, dans le cadre des Objectifs du Développement Durable (ODD), se sont fixés d'atteindre une mortalité mondiale inférieure à 70 pour 100 000 naissances vivantes d'ici 2030 (Organisation Mondiale de la Santé, 2019a). En dépit de la mobilisation internationale et des efforts faits par les Etats et leurs partenaires techniques et financiers pour l'amélioration la santé maternelle, de nombreux pays, dont la Côte d'Ivoire, sont toujours confrontés à une forte mortalité maternelle. Le pays a enregistré, en 2016, 892 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes (Plan National de Développement Sanitaire 2016-2020, 2016; Rapport Annuel sur la situation Sanitaire (RASS) 2017, 2017) dont les principales causes sont les complications de grossesses et les accouchements non assistés par un mersonnel medical qualifié (De-Banguirys et al., 2015; Konake et al., 2014; Kumona et al., 2019; Kwete et al., 2016; Mbeva et al., 2018; Sonia-Estelle et al., 2018). L'accouchement non assisté par du personnel qualifié est bien souvent le reflet de causes plus profondes qui reflètent les inégalités socio-économiques entre les populations (Ronsmans & Graham, 2006). En Côte d'Ivoire, très peu d'études ont porté sur les facteurs liés au recours aux soins maternels de façon générale et plus spécifiquement lors de l'accouchement (Bénie Bi Vroh et al., 2009;

Samba et al., 2020). Bien que ces études soient instructives, elles manquent d'informations sur tous les facteurs liés au recours à un personnel qualifié lors de l'accouchement et n'examinent pas le niveau socio-économique. De plus, chacune de ces études a utilisé des données au niveau du district pour effectuer les analyses.

La présente étude a tenté de remédier aux limites des études précédentes : le manque de prédicteurs et la taille de l'échantillon. De plus, l'étude avait pour objectif de déterminer l'influence du niveau socio-économique sur recours à un personnel qualifié lors de l'accouchement en Côte d'Ivoire.

2. Matériels et Méthodes

2.1. Type, lieu et période de l'étude

Cette étude était une analyse secondaire des données issues d'une étude transversale, l'Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples (MICS) réalisée en Côte d'Ivoire en 2016 après autorisation pour l'utilisation des données sur le site officiel (UNICEF, 2021; United Nations Children's Fund (UNICEF) & Institut national de la statistique (INS), 2018). Située en Afrique de l'ouest, la Côte d'Ivoire couvre une superficie de 322 462 km². Elle est limitée par l'Océan Atlantique au sud, le Ghana à l'est, le Mali et le Burkina Faso au Nord et le Libéria et la Guinée à l'Ouest.

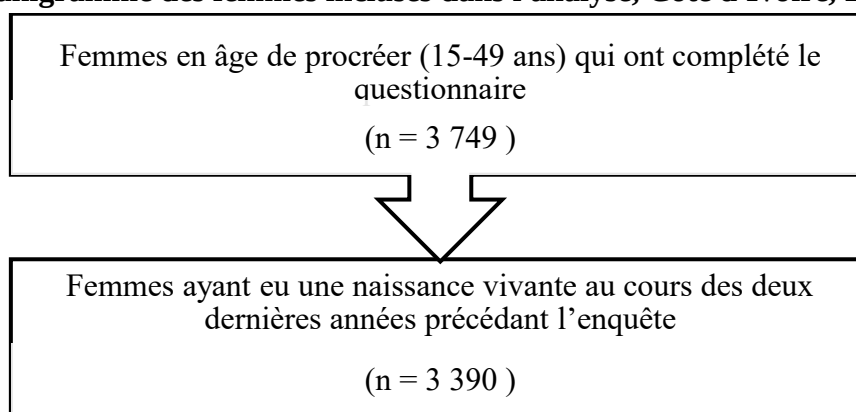
La période de l'étude s'est étendue du 05 janvier 2022 au 06 juin 2022.

2.2. Population de l'étude

La population de l'étude était constituée des femmes en âge de procréer (15 à 49 ans) ayant eu une naissance vivante au cours des deux dernières années précédant l'enquête MICS.

Au total notre population était constituée de 3 390 individus

Figure 1. Organigramme des femmes incluses dans l'analyse, Côte d'Ivoire, 2011-2012



Source : conçue à partir des données du MICS 2016

2.3. Collecte des données

Les données du MICS sont issues d'une enquête de ménages réalisée sur la base d'un échantillonnage aléatoire stratifié à 2 degrés. Au 1er degré, des zones de dénombrement sont tirées sur l'ensemble du territoire national à partir de la liste issue du Recensement Général de la Population et de l'Habitat. Des mises-à-jour de la liste des zones de dénombrement ont été effectuées le cas échéant. Au second degré, selon le milieu de résidence (urbain ou rural), des ménages sont tirés dans chaque zone de dénombrement précédemment sélectionnée.

Comme dans toutes les MICS, des coefficients de pondération ont été prévus pour assurer l'auto-pondération de l'échantillon au sein de chaque strate.

Le MICS contient plusieurs bases de données dont celle des femmes : "wm". Dans cette étude, nous avons utilisé la base de données "wm" qui contient de nombreux paramètres sur la femme.

2.4. Variables

2.4.1. Variable dépendante

La variable dépendante était l'accouchement assisté par un professionnel en santé. Le manuel de recodage et le rapport du MICS ont été suivis pour définir l'accouchement assisté par un professionnel en santé. Elle a été recodée comme une variable binaire : avec les femmes qui ont été assistées par un personnel qualifié (médecin, sage-femme/infirmier) et celles qui n'ont pas été assistées.

2.4.2. Variables indépendantes

Les variables indépendantes étaient l'âge de la femme (15-19 ans, 20-24 ans, 25-29 ans, 30-34 ans, 35-40 ans, 40-45 ans), le niveau d'éducation de la mère (aucun, primaire, secondaire et supérieur), la situation matrimoniale (actuellement marié / en union anciennement marié / en union, jamais marié / en union), la région (Centre, Centre-Est, Centre-Ouest, Centre-Nord, Nord, Nord-Est, Nord- Ouest, Ouest, Sud sans ville d'Abidjan, Sud-Ouest, Ville d'Abidjan), l'ethnie (Akan, Krou, Mandé du sud, Mandé du Nord, Gur, Autre ivoirien(ne), Ethnie non ivoirienne), la religion (chrétien, musulman, animiste, pas de religion, autre religion), le milieu de résidence (urbain, rural) , niveau de richesse de la famille (extrêmement pauvre, pauvre, moyen, riche, extrêmement riche) , le désir de grossesse (oui, non) le nombre total de naissances et la parité (Multipare, Primipare).

2.5. Traitement et analyse des données

Nous avons débuté par une analyse descriptive des données pondérées pour évaluer la distribution de chaque variable de l'étude. Ensuite, nous avons recouru au modèle multivarié de la régression logistique binomiale. Une modalité de référence a été choisie aussi bien dans la variable indépendante que dans la variable dépendante. Deux modèles ont été estimés lors de la régression logistique multiple. Dans la première étape, le recours à un personnel qualifié a été modélisé avec les caractéristiques sociodémographiques et les antécédents gynéco-obstétriques. Dans le dernier modèle, nous avons inclus l'indice de richesse.

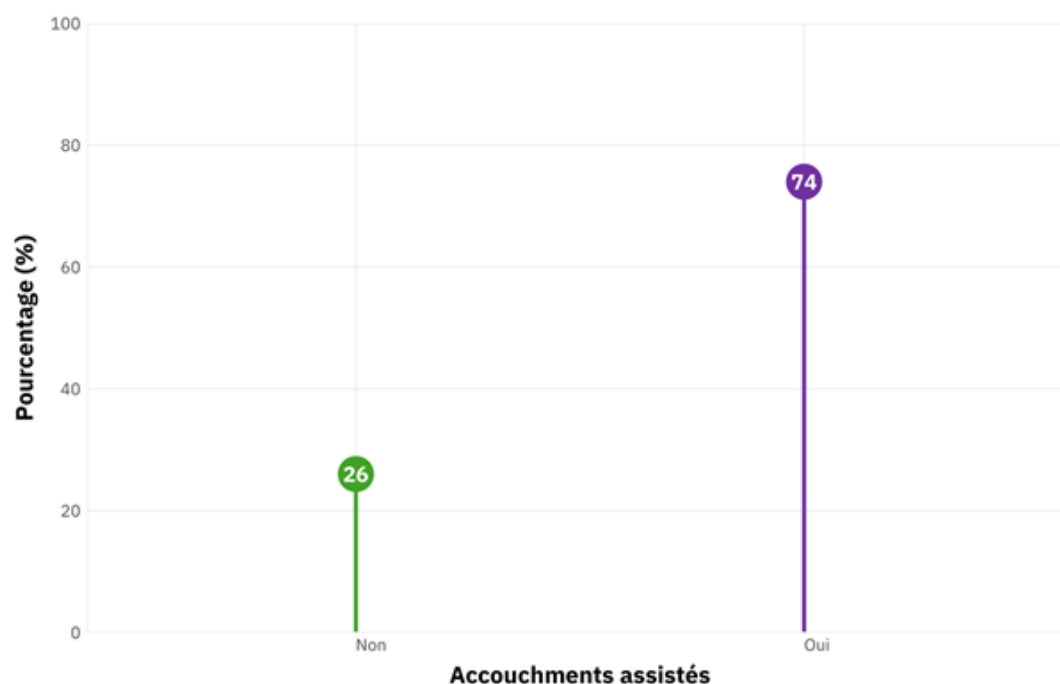
Pour l'analyse multivariée, la mesure d'association était l'Odds ratio ajusté (ORaj) avec un intervalle de confiance à 95%. De plus, nous avons considéré une valeur $p < 0,05$ comme statistiquement significative.

L'analyse des données a été réalisée à l'aide du logiciel RStudio 2021.09.0 Build 351 en utilisant les procédures "tbl_svsummary" et "svyglm" qui tenaient compte du plan de sondage complexe de l'enquête.

3. Résultats

3.1.1. Résultats descriptifs

3.1.2. Prévalence des accouchements assistés



Source : conçue à partir des données du MICS 2016

Figure 2. Prévalence des accouchements assistés, Côte d'Ivoire, 2011-2012

En 2016, 74% des accouchements ont été assistés par un personnel de santé qualifié (figure 3).

3.1.3. *Accouchement assisté par un personnel qualifié selon les caractéristiques sociodémographiques de la population*

Dans notre population, les accouchements assistés étaient effectués chez les enquêtées dont la tranche d'âge étaient entre 25-29 ans (27%), sans aucun niveau d'éducation (54%), actuellement marié ou en union (81%), Musulmanes (50%), chez le groupe ethnique Akan (27%), dans la ville d'Abidjan (23%), venues en CPN (99%), dont le niveau socio-économique était riche (23%), avec un désir de grossesse (60%), et multipare. Toutefois, l'accouchement assisté par un personnel de santé était réalisé autant chez les femmes vivant en zone rurale (50%) qu'en zone urbaine (50%).

Tableau I. Accouchement assisté par un personnel qualifié selon les caractéristiques sociodémographiques, Côte d'Ivoire MICS (2016)

Variable	Accouchements assistés	
	Non, N = 893 (26) ¹	Oui, N = 2,497 (74) ¹
Lieu de résidence		
<i>Rural</i>	788 (88)	1,247 (50)
<i>Urbain</i>	106 (12)	1,250 (50)
Tranche d'âge		
<i>45-49 ans</i>	10 (1%)	11 (0)
<i>40-44 ans</i>	26 (3%)	106 (4)
<i>35-39 ans</i>	90 (10%)	280 (11)
<i>15-19 ans</i>	93 (10%)	306 (12)

Variable	Accouchements assistés	
	Non, N = 893 (26) ¹	Oui, N = 2,497 (74) ¹
<i>30-34 ans</i>	194 (22%)	545 (22)
<i>20-24 ans</i>	225 (25%)	580 (23)
<i>25-29 ans</i>	256 (29%)	668 (27)
Niveau d'éducation		
<i>Secondaire et supérieur</i>	54 (6)	514 (21)
<i>Primaire</i>	195 (22)	625 (25)
<i>Aucun</i>	644 (72)	1,359 (54)
Statut matrimonial		
<i>Anciennement mariée / en union</i>	30 (3)	68 (3)
<i>Jamais mariée/ en union</i>	83 (9)	414 (17)
<i>Actuellement mariée/ en union</i>	780 (87)	2,015 (81)
Religion		
<i>Animiste</i>	93 (10)	93 (4)
<i>Pas de religion</i>	113 (13)	150 (6)
<i>Chrétienne</i>	324 (36)	1,011 (40)
<i>Musulmane</i>	363 (41)	1,244 (50)
Ethnie		
<i>Autre ivoirien(ne)</i>	18 (2)	63 (3)
<i>Mandé du sud</i>	104 (12)	175 (7)
<i>Krou</i>	66 (7)	197 (8)
<i>Gur</i>	200 (22)	368 (15)
<i>Mandé du Nord</i>	117 (13)	423 (17)
<i>Ethnie non ivoirienne</i>	211 (24)	587 (24)
<i>Akan</i>	176 (20)	685 (27)
Région		
Nombre d'enfants	3.69 (2.25)	3.09 (2.03)
<i>Centre-Est</i>	10 (1)	63 (3)
<i>Nord-Est</i>	56 (6)	108 (4)
<i>Centre</i>	26 (3)	143 (6)
<i>Nord-Ouest</i>	99 (11)	154 (6)
<i>Nord</i>	80 (9)	165 (7)
<i>Centre-Nord</i>	48 (5)	185 (7)
<i>Sud-Ouest</i>	119 (13)	191 (8)
<i>Ouest</i>	164 (18)	240 (10)
<i>Centre-Ouest</i>	179 (20)	337 (13)
<i>Sud sans Ville d'Abidjan</i>	79 (9)	349 (14)
<i>Ville d'Abidjan</i>	33 (4)	563 (23)
Consultation prénatale		
<i>Non</i>	168 (19)	28 (1)
<i>Oui</i>	725 (81)	2,469 (99)
Niveau de richesse		

Variable	Accouchements assistés	
	Non, N = 893 (26) ¹	Oui, N = 2,497 (74) ¹
<i>Extrêmement pauvre</i>	438 (49)	417 (17)
<i>Extrêmement riche</i>	24 (3)	466 (19)
<i>Pauvre</i>	251 (28)	490 (20)
<i>Moyen</i>	143 (16)	549 (22)
<i>Riche</i>	37 (4)	574 (23)
Désir de grossesse		
<i>Non</i>	285 (32)	990 (40)
<i>Oui</i>	609 (68)	1,507 (60)
Parité		
<i>Primipare</i>	136 (15)	694 (28)
<i>Multipare</i>	757 (85)	1,803 (72)

¹N (%); Moyenne (écart-type)

Source : conçu à partir des données du MICS 2016

3.2. Résultats analytiques

3.2.1. Modèle 1

Tableau II. Probabilité du recours à un accouchement assisté des femmes enquêtées, Côte d'Ivoire, MICS 2016

Accouchements assistés			
Variables	ORa ¹	IC 95% ²	p-value
Tranche d'âge			
15-19 ans	1	Ref.	
40-44 ans	2,79	1,47-5,27	0,002
35-39 ans	1,53	0,93-2,54	0,10
25-29 ans	1,26	0,80-1,99	0,3
30-34 ans	1,26	0,79-2,00	0,3
45-49 ans	0,72	0,27-1,91	0,5
20-24 ans	0,99	0,66-1,50	0,9
Lieu de résidence			
Rural	1	Ref.	
Urbain	4,78	3,40-6,72	<0.001

Accouchements assistés			
Variables	ORa ¹	IC 95% ²	p-value
Région			
Ville d'Abidjan	1	Ref.	
Sud-Ouest	0,42	0,20-0,86	0,017
Ouest	0,42	0,21-0,86	0,018
Centre-Ouest	0,44	0,22-0,87	0,019
Nord-Ouest	0,63	0,31-1,30	0,2
Centre-Est	1,63	0,77-3,46	0,2
Centre	1,38	0,66-2,86	0,4
Centre-Nord	0,80	0,40-1,59	0,5
Nord	1,20	0,56-2,56	0,6
Sud sans Ville d'Abidjan	0,95	0,47-1,93	0,9
Nord-Est	0,98	0,47-2,07	0,9
Niveau d'éducation			0,008
Aucun	1	Ref.	
Secondaire et supérieur	1,94	1,27-2,97	0,002
Primaire	1,19	0,89-1,59	0,3
Statut matrimonial			
Actuellement mariée / en union	1	Ref.	
Anciennement mariée / en union	0,97	0,53-1,79	0,9
Jamais mariée / en union	1	0,70-1,44	0,9
Religion			
Chrétienne	1	Ref.	
Musulmane	1,29	0,95-1,77	0,10
Animiste	0,73	0,48-1,09	0,13
Pas de religion	0,75	0,52-1,09	0,13
Ethnie			
Akan	1	Ref.	
Gur	0,71	0,48-1,05	0,086
Mandé du Nord	0,80	0,49-1,28	0,3

Accouchements assistés			
Variables	ORa ¹	IC 95% ²	p-value
Krou	1,28	0,76-2,16	0,3
Autre ivoirien(ne)	0,63	0,23-1,67	0,4
Mandé du sud	0,92	0,57-1,46	0,7
Ethnie non ivoirienne	1,07	0,70-1,63	0,8
Désir de grossesse			
Non	1	Ref.	
Oui	0,88	0,70-1,10	0,3
Consultation prénatale			
Non	1	Ref.	
Oui	18,8	12,2-29	<0,001
Parité			
Multipare	1	Ref.	
Primipare	2,12	1,48-3,05	<0,001

¹OR = Odds Ratio ajusté, IC = Intervalle de confiance

Source : conçu à partir des données du MICS 2016

Dans le premier modèle incluant les caractéristiques sociodémographiques et les antécédents gynéco-obstétricaux, les facteurs associés à l'accouchement assisté étaient la tranche d'âge, le lieu de résidence, la région, le niveau d'éducation, la consultation prénatale, et la parité.

Quant aux tranches d'âge, les femmes âgées de 40-44 ans (ORa=2,79 ; IC 95%=1,47-5,27) avaient une probabilité significativement plus élevée d'avoir recours à un accouchement assisté par un personnel de santé comparativement à celles âgées de 15 à 19 ans.

Comparativement aux enquêtées résidant en zone rurale, les femmes vivant en zone urbaine étaient 4,8 fois (ORa=4,8 ; IC 95%=3,40-6,72) plus susceptibles d'avoir un accouchement assisté par un personnel de santé qualifié.

Par rapport aux femmes vivant à Abidjan, celles résidant dans les régions de l'Ouest (ORa=0,42 ; IC 95%=0,21-0,86), du Sud-Ouest (ORa=0,42 ; IC 95%=0,20-0,86) et du Centre Ouest (ORa=0,44 ; IC 95%=0,22-0,87) avaient une probabilité significativement moins élevée d'être assistées par un professionnel qualifié au cours de l'accouchement.

Les femmes d'un niveau secondaire et supérieur étaient environ deux fois (ORa=1,94 ; IC 95%=1,27-2,97) plus susceptibles d'effectuer un accouchement assisté par un personnel de santé qualifié comparativement aux femmes sans niveau d'éducation.

Les femmes ayant bénéficié de CPN étaient environ dix-neuf fois (ORa=18,8 ; IC 95%=12,2-29) plus susceptibles d'accoucher sous l'assistance d'un prestataire de santé qualifié que celles qui n'en ont pas bénéficiées.

Par rapport multipares, les primipares (ORa=2,12 ; IC 95%=1,48-3,05) avaient une probabilité significativement plus élevée d'être assistées par un professionnel qualifié au cours de l'accouchement.

3.3. *Modèle 2***Tableau III. Probabilité du recours à un accouchement assisté des femmes enquêtées tenant compte du niveau de richesse, Côte d'Ivoire, MICS 2016**

Accouchements assistés			
Variables	ORa ¹	IC 95% ²	p-value
Tranche d'âge			
15-19 ans	1	Ref.	
40-44 ans	2,57	1,35-4,86	0,004
35-39 ans	1,43	0,87-2,37	0,2
45-49 ans	0,72	0,27-1,91	0,5
30-34 ans	1,12	0,70-1,79	0,6
25-29 ans	1,14	0,72-1,81	0,6
20-24 ans	0,95	0,63-1,44	0,8
Lieu de résidence			
Rural	1	Ref.	
Urbain	2,53	1,73-3,71	<0,001
Région			
Ville d'Abidjan	1	Ref.	
Centre-Est	2,35	1,01-5,49	0,048
Nord	2,19	0,92-5,20	0,076
Centre	2,04	0,88-4,72	0,10
Nord-Est	1,61	0,69-3,78	0,3
Sud sans Ville d'Abidjan	1,37	0,62-3,03	0,4
Sud-Ouest	0,73	0,32-1,66	0,5
Centre-Ouest	0,81	0,36-1,81	0,6
Centre-Nord	1,25	0,56-2,76	0,6
Ouest	0,84	0,37-1,93	0,7
Nord-Ouest	1,09	0,47-2,52	0,8
Niveau d'éducation			
Aucun	1	Ref.	
Secondaire et supérieur	1,48	0,96-2,31	0,079
Primaire	1,10	0,82-1,48	0,5
Statut matrimonial			

Accouchements assistés			
Variables	ORa ¹	IC 95% ²	p-value
Actuellement mariée / en union	1	Ref.	
Anciennement mariée / en union	0,91	0,46-1,79	0,8
Jamais mariée / en union	1	0,69-1,44	0,9
Religion			
Chrétienne	1	Ref.	
Animiste	0,76	0,50-1,16	0,2
Pas de religion	0,81	0,56-1,18	0,3
Musulmane	1,16	0,85-1,60	0,4
Ethnie			
Akan	1	Ref.	
Mandé du Nord	0,76	0,47-1,21	0,2
Autre ivoirien(ne) (préciser)	0,67	0,24-1,87	0,4
Ethnie non ivoirienne (préciser pays)	1,14	0,75-1,75	0,5
Mandé du sud	0,87	0,54-1,40	0,6
Krou	1,16	0,68-1,99	0,6
Gur	0,74	0,49-1,10	0,14
Désir de grossesse			
Non	1	Ref.	
Oui	0,89	0,71-1,12	0,3
Consultation prénatale			
Non	1	Ref.	
Oui	17,5	11,1-27,7	<0,001
Parité			
Multipare	1	Ref.	
Primipare	2,05	1,41-2,97	<0,001
Niveau de richesse			
Extrêmement pauvre	1	Ref.	
Pauvre	1,63	1,27-2,10	<0,001
Moyen	2,21	1,61-3,02	<0,001
Riche	5,33	3,24-8,76	<0,001

Accouchements assistés			
Variables	ORa ¹	IC 95% ²	p-value
Extrêmement riche	6,35	2,91-13,9	<0,001

¹OR = Odds Ratio ajusté, IC = Intervalle de confiance

Source : conçu à partir des données du MICS 2016

Après avoir ajusté avec le niveau de richesse, les facteurs associés à l'accouchement assisté comprenaient la tranche d'âge, le lieu de résidence, la consultation prénatale, et la parité.

Quant à l'âge, la probabilité d'avoir un accouchement assisté par un personnel de santé était significativement plus élevée pour les femmes âgées de 40-44 ans (ORa=2,57 ; IC 95%=1,35-4,86) avaient une probabilité significativement plus élevée d'avoir un accouchement assisté par un personnel de santé.

Comparativement aux enquêtées résidant en zone rurale, les femmes vivant en zone urbaine étaient 2,53 fois (ORa=2,53 ; IC 95%=1,73-3,71) plus susceptibles d'avoir effectué un accouchement assisté par un personnel de santé qualifié.

Les femmes ayant bénéficié de CPN étaient environ dix-huit fois (ORa=17,5 ; IC 95%=11,1-27,7) plus susceptibles d'accoucher sous l'assistance d'un prestataire de santé qualifié que celles qui n'en ont pas bénéficiée.

Par rapport aux multipares, les primipares (ORa=2,05 ; IC 95%=1,41-2,97) avaient une probabilité significativement plus élevée d'avoir recours à un professionnel de santé qualifié au cours de l'accouchement.

Par rapport aux femmes extrêmement pauvres, celles avec un niveau de vie pauvre (ORa=1,63 ; IC 95%=1,27-2,10), moyen (ORa=2,21 ; IC 95%=1,61-3,02), riche (ORa=5,33 ; IC 95%=3,24-8,76) et extrêmement riche (ORa=6,35 ; IC 95%=2,91-13,9) avaient une probabilité significativement plus élevée d'avoir recours à un professionnel de santé qualifié au cours de l'accouchement.

4. Discussion

4.1. Limites de l'étude

Malgré le soin pris dans l'élaboration de notre étude, les résultats devraient tenir compte des limites que cette étude comporte.

Le choix de notre population de l'étude portait sur les femmes en âge de procréer ayant eu une naissance vivante au cours des deux dernières années précédant l'enquête. Dès lors, les réponses des enquêtées pourraient être entachées de biais de mémoire ce qui aurait entraîné des réponses erronées. Il est possible que les répondants aient pu ne pas distinguer correctement le prestataire ayant réalisé l'accouchement.

Les facteurs inclus dans la présente étude sont nombreux. Cependant, certains au niveau individuel tels que la distance entre le centre de santé et le domicile auraient pu être un obstacle dans l'accès aux prestataires de soins qualifiés pour réaliser un accouchement (Olakunde et al., 2019).

4.2. Accouchements assistés

Il ressort de notre étude une prévalence nationale de 74 % d'accouchement assistés dans le pays. Comparativement à 2014 et 2015, cette prévalence a enregistré une augmentation respectivement de

19,35 et 18,9 points de pourcentage (Ministère de la santé et de l'hygiène publique, 2015b). Cette hausse traduirait les efforts des autorités sanitaires en vue de réduire les problèmes sanitaires de la Côte d'Ivoire qui sont marqués par une morbidité et une mortalité maternelles et infantiles élevées (Ministère de la santé et de l'hygiène publique, 2015a).

Nos résultats corroboraient avec les constats faits à un niveau infranational. Dans son étude Samba (2020) a retrouvé une prévalence de 78,5% dans la localité de Blolequin. Ailleurs, au Ghana et au Kenya, les études menées se rapprochaient de nos résultats avec une prévalence respective de 85,2% et 75,4% (Stanley et al., 2016). Ces résultats semblent montrer une volonté des pays Africains à suivre les recommandations formulées par l'assemblée générale des Nations Unies à travers les Objectifs de Développement Durable 3 (ODD 3) en vue de réduire la mortalité infantile (WHO, 2017b). De plus, parmi les stratégies pour atteindre ces objectifs, le choix de l'accouchement assisté par les professionnels de la santé est considéré comme un moyen pouvant contribuer à réduire la mortalité materno-infantile (Ameyaw & Dickson, 2020; Moyer et al., 2013). C'est pourquoi il est important que chaque naissance soit assistée par un agent de santé qualifié. Cependant, le recours à l'accouchement par du personnel qualifié est limité pour de nombreuses femmes en Afrique subsaharienne, ce qui ne permet pas d'atteindre les résultats souhaités en matière de baisse de la mortalité maternelle. Il est donc impératif que les efforts enregistrés par les pays africains représentant près de la moitié du fardeau des décès maternels soient maintenus (Stanley et al., 2016).

4.3. *Facteurs associés*

S'agissant des facteurs associés, notre étude a fait ressortir une relation positive entre l'accouchement assisté et le niveau socio-économique des enquêtés.

En Côte d'Ivoire, comme dans de nombreux pays africains, il existe de fortes disparités entre les populations à revenus faibles et celles à revenus élevés expliquant souvent les relations entre les phénomènes de santé et le niveau socio-économique des populations (Sylla et al., 2018). Ainsi, à la sortie de la crise post-électorale de 2011, et devant la précarité des ménages qui s'est accompagnée d'une chute des indicateurs materno-infantile, le gouvernement ivoirien a lancé une mesure d'exemption de paiement généralisée puis ciblée aux femmes enceintes et aux enfants de 0-5 ans dans le but de rendre équitable l'accès aux soins de santé dans les structures publiques du pays (Akani et al., 2021). Bien que cette mesure ait connu des problèmes dans sa mise en œuvre notamment la rupture fréquente de stocks de médicaments et intrants, insuffisance et incomplétude des kits d'accouchement, démotivation du personnel de santé, elle a eu un effet positif sur les indicateurs de santé materno-infantile (Akani et al., 2021; Bissouma-Ledjou et al., 2015). Notre étude a confirmé que les barrières financières constituent un frein dans l'accès aux soins des services de santé materno-infantile. Aussi, à travers des mesures d'exemption de soins comme celles entreprises par la Côte d'Ivoire ou d'autres pays Africains, l'augmentation de l'utilisation des services de santé maternelle serait une opportunité pour réduire la morbi-mortalité materno-infantile (Govender et al., 2018; Njuguna et al., 2017).

Comparativement aux femmes extrêmement pauvres, celles avec un niveau de vie pauvre, riche, avaient une probabilité significativement plus élevée d'avoir recours à un professionnel de santé qualifié au cours de l'accouchement. Nos résultats étaient semblables à ceux d'études précédemment réalisées qui avaient trouvé une association positive entre le niveau socio-économique et l'accouchement assisté (Ahmed et al., 2010; Anyuru, 2019; Kpodotsi et al., 2021; Woldegiorgis et al., 2019). De plus, nos résultats, à l'instar des études précédentes ont mis en évidence une inégalité, selon

le niveau socio-économique, du recours à un professionnel de la santé qualifié au cours de l'accouchement. Plusieurs raisons pourraient expliquer cette situation notamment des coûts additionnels engendrés au cours de l'accouchement notamment les frais liés au transport ou à l'hospitalisation. Ainsi, les femmes issues d'un ménage économiquement faible pourraient ne pas se permettre le recours aux professionnels de la santé qualifiés au cours de l'accouchement. Ces résultats corroboraient la loi de Hart qui soutient que plus le niveau socio-économique d'une population est élevée plus cette population a de la chance d'avoir accès à des services de santé (Cookson et al., 2021; Hart, 1971). Ainsi un statut économique élevé se présenterait comme une opportunité pour les femmes de tirer des avantages en santé à travers une réduction de la mortalité materno-infantile, une meilleure nutrition pour les femmes et les enfants.

Notre étude a montré qu'après ajustement du niveau socio-économique, la tranche d'âge, le lieu de résidence, la parité et la consultation prénatale étaient significativement associées au recours à un personnel qualifié au cours d'un accouchement.

Les femmes âgées de 40-44 ans étaient environ 2,6 fois plus susceptibles d'avoir recours à un accouchement assisté par un personnel de santé. Les femmes plus âgées auraient une autonomie financière qui leur faciliterait l'accès aux services de santé particulièrement les services de soins de santé maternelle et infantile. Aussi, la physiologie de la femme, compte tenu des risques biologiques, l'amènerait au fil des années à recourir de plus en plus à des services de soins et donc à utiliser les services d'accouchements qualifiés (Atuoye et al., 2017; Kawakatsu et al., 2014). Notre étude, comme plusieurs autres, a mis en évidence qu'une femme qui vit sa première grossesse a une tendance plus élevée d'avoir recours à des services de santé maternelle. Cela pourrait s'expliquer par le manque d'expériences et de pratiques au cours de la période pré et post partum (Atuoye et al., 2017; Kawakatsu et al., 2014). En outre, nos résultats ont montré, comme de nombreux travaux, qu'il existait une association positive entre les consultations prénatales et les accouchements assistés par un personnel de santé. Cette relation met en exergue l'opportunité de ces femmes à accéder à des soins de santé à un stade précoce en vue de réduire les complications en aval de l'accouchement (Ameyaw & Dickson, 2020; Mengistu & Tafere, 2011). C'est pourquoi l'OMS (WHO, 2017a) dans son rapport concernant les soins prénataux a recommandé huit consultations prénatales pour réduire la mortalité périnatale. Enfin, comme les recherches effectuées dans plusieurs pays africains l'ont illustré, le lieu de résidence constituait aussi un déterminant de l'accouchement assisté par un personnel de santé. Dans notre étude, comparativement aux enquêtées résidant en zone rurale, les femmes vivant en zone urbaine étaient 2,53 fois plus susceptibles d'avoir effectué un accouchement assisté par un personnel de santé qualifié. Cela suggérait que ces femmes bénéficieraient d'un accès plus facile aux services de soins maternels. De plus, la concentration du personnel de santé dans ces zones serait aussi en faveur de ces femmes.

Conclusion

Notre étude révèle que le niveau socio-économique, la tranche d'âge, le lieu de résidence, la parité et la consultation prénatale étaient les déterminants de l'insuffisance du recours à un personnel qualifié lors de l'accouchement. La Côte d'Ivoire étant engagée dans l'atteinte des Objectifs de Développement Durable 3, le gouvernement, les autorités sanitaires, les professionnels de la santé au niveau opérationnel et la population doivent faire les efforts nécessaires à la réduction de la mortalité maternelle et infantile. Pour y parvenir diverses actions doivent être menées notamment l'amélioration du niveau socio-économique des populations, le renforcement continu des capacités du personnel de santé et la

sensibilisation des femmes à fréquenter les centres de santé en cas de grossesse. Une étude similaire, utilisant les données du MICS réalisé en Côte d'Ivoire en 2021, peut être faite afin d'apprécier l'évolution du recours au personnel de santé lors de l'accouchement de 2016 à 2021.

Conflit of Intérêts

aucun

Références

Ahmed, S., Creanga, A. A., Gillespie, D. G., & Tsui, A. O. (2010). Economic Status, Education and Empowerment: Implications for Maternal Health Service Utilization in Developing Countries. *PLOS ONE*, 5(6), e11190. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0011190>

Akani, B. C., Traoré, Y., Acray-Zengbé, P., Konan, L., Ano, K. M.-N., Douba, A., Aka, L. B. N., & Dagnan, N. S. (2021). *Evaluation de la politique de gratuité généralisée: Cas des centres hospitaliers universitaires, Côte d'Ivoire*. 26(4), 139–149.

Ameyaw, E. K., & Dickson, K. S. (2020). Skilled birth attendance in Sierra Leone, Niger, and Mali: Analysis of demographic and health surveys. *BMC Public Health*, 20(1), 164. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-8258-z>

Anyuru, D. (2019). *Determinants of Skilled Birth Attendance in Northern Uganda* [Thesis, Makerere University]. <http://dissertations.mak.ac.ug/handle/20.500.12281/7444>

Atuoye, K. N., Amoyaw, J. A., Kuuire, V. Z., Kangmennaang, J., Boamah, S. A., Vercillo, S., Antabe, R., McMorris, M., & Luginaah, I. (2017). Utilisation of skilled birth attendants over time in Nigeria and Malawi. *Global Public Health*, 12(6), 728–743. <https://doi.org/10.1080/17441692.2017.1315441>

Bénie Bi Vroh, J., Tiembré, I., Zengbé-Acray, P., Gueu Doua, J., Dagnan, N. S., Tagliante-Saracino, J., & Bénie Bi Vroh, J. (2009). Prévalence et déterminants des accouchements à domicile dans deux quartiers précaires de la commune de Yopougon (Abidjan), Côte d'Ivoire. *Santé Publique*, 21(5), 499–506. <https://doi.org/10.3917/spub.095.0499>

Bissouma-Ledjou, T., Yokouidé, A., Gnamon, J., & Musango, L. (2015). *Suivi des progrès vers la Couverture sanitaire universelle en Côte d'Ivoire: Analyse situationnelle de base*.

Cookson, R., Doran, T., Asaria, M., Gupta, I., & Mujica, F. P. (2021). The inverse care law re-examined: A global perspective. *The Lancet*, 397(10276), 828–838.

De-Banguirys, S. L., Dansou, J., & Beninguisse, G. (2015). Analyse des facteurs de non recours en première Consultation Prénatale lors des premières grossesses des adolescentes/jeunes à Yaoundé. *7th African Population Conference, Pretoria, South Africa*, 18p.

Gagnon, R. (2018). *La grossesse et l'accouchement à l'ère de la biotechnologie: L'expérience de femmes au Québec*.

Govender, T., Reddy, P., & Ghuman, S. (2018). Obstetric outcomes and antenatal access among adolescent pregnancies in KwaZulu-Natal, South Africa. *South African Family Practice*, 60(1), Article 1. <https://www.ajol.info/index.php/safp/article/view/168574>

Hart, J. T. (1971). The inverse law care. *The Lancet*, 297(7696), 405–412. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(71\)92410-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(71)92410-X)

Kawakatsu, Y., Sugishita, T., Oruenjo, K., Wakhule, S., Kibosia, K., Were, E., & Honda, S. (2014). Determinants of health facility utilization for childbirth in rural western Kenya: Cross-sectional study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14(1), 1–10.

Konake, M., Djilla, M., Kayentao, K., Touré, K., Sacko, M., & Sissoko, D. (2014). Facteurs associés aux accouchements non assistés: Méta-analyse des données de l'enquête démographique et de santé 2006 du Mali. *Mali Santé Publique*, 9–20.

Kpodotsi, A., Baku, E. A., Adams, J. H., & Alaba, O. (2021). Socioeconomic inequalities in access and use of skilled birth attendants during childbirth in Ghana: A decomposition analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21, 850. <https://doi.org/10.1186/s12884-021-04290-7>

Kumona, V. B., Esamboyi, V., & Mukuna, N. B. (2019). Facteurs Socio-démographiques favorisant les accouchements dystociques, prédisposant au décès maternel: Une expérience des Cliniques Universitaires de Kinshasa. *International Journal of Innovation and Applied Studies*, 27(3), 854–860.

- Kwete, M. B., Nyota, R. B., & Mbarambara, P. M. (2016). Facteurs favorisant les accouchements à domicile dans la Zone de Santé rurale de Lemera au Sud-Kivu, en RD Congo [Factors associated with home delivery in Rural Health Zone of Lemera, DR Congo]. *International Journal of Innovation and Applied Studies*, 17(4), 1183.
- Mbeva, J.-B. K., Karemere, H., Prudence, M. N., Nyavanda, L., & Mundama, J.-P. (2018). Facteurs explicatifs des décès maternels en milieu hospitalier: une étude au niveau de six zones de santé dans l'est de la République Démocratique du Congo. *International Journal of Innovation and Applied Studies*, 23(4), 559–568.
- Mengistu, T. A., & Tafere, T. E. (2011). Effect of antenatal care on institutional delivery in developing countries: A systematic review. *JBI Library of Systematic Reviews*, 9(35), 1447–1470. <https://doi.org/10.11124/01938924-201109350-00001>
- Ministère de la santé et de l'hygiène publique. (2015a). *Plan national de développement sanitaire 2016-2020* (p. 88). https://www.childrenandaids.org/sites/default/files/2017-11/pnds_2016-2020.pdf
- Ministère de la santé et de l'hygiène publique. (2015b). *Rapport-Annuel-sur-la-Situation-Sanitaire-RASS-2015.pdf* (p. 316). <https://www.snisdiiis.com/wp-content/uploads/2022/03/Rapport-Annuel-sur-la-Situation-Sanitaire-RASS-2015.pdf>
- Moyer, C. A., Dako-Gyeke, P., & Adanu, R. M. (2013). Facility-based delivery and maternal and early neonatal mortality in sub-Saharan Africa: A regional review of the literature. *African Journal of Reproductive Health*, 17(3), 30–43.
- Njuguna, J., Kamau, N., & Muruka, C. (2017). Impact of free delivery policy on utilization of maternal health services in county referral hospitals in Kenya. *BMC Health Services Research*, 17(1), 1–6.
- Olakunde, B. O., Adeyinka, D. A., Mavegam, B. O., Olakunde, O. A., Yahaya, H. B., Ajiboye, O. A., Ogundipe, T., & Ezeanolue, E. E. (2019). Factors associated with skilled attendants at birth among married adolescent girls in Nigeria: Evidence from the Multiple Indicator Cluster Survey, 2016/2017. *International Health*, 11(6), 545–550. <https://doi.org/10.1093/inthealth/ihz017>

Organisation Mondiale de la Santé. (2015). *Surveillance des décès maternels et riposte*. <https://www.who.int/fr/publications-detail/9789241506083>

Organisation Mondiale de la Santé. (2019a). *Évolution de la mortalité maternelle 2000 to 2017: Estimations de l’OMS, de l’UNICEF, de l’UNFPA, du groupe de la banque mondiale et de la division de la population des Nations Unies: résumé d’orientation*. Organisation mondiale de la Santé.

Organisation Mondiale de la Santé. (2019b). *OMS ET REPARTITION DES MORTALITE MATERNELLE -*

Plan National de Développement Sanitaire 2016-2020. (2016). *Ministère de la Santé et de l’Hygiène Publique*. https://www.childrenandaids.org/sites/default/files/2017-11/pnds_2016-2020.pdf

Rapport Annuel sur la situation Sanitaire (RASS) 2017. (2017). 414.

Ronsmans, C., & Graham, W. J. (2006). Maternal mortality: Who, when, where, and why. *The Lancet*, 368(9542), 1189–1200. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)69380-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)69380-X)

Samba, M., Attia-Konan, A. R., Sangaré, A. D., Youan, G. J., Kouadio, L. P., & Bakayoko-Ly, R. (2020). Factors associated with the use of maternal health services by mothers in a post-conflict area of western Côte d’Ivoire in 2016. *BMC Health Services Research*, 20(1), 136. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-4976-2>

Sonia-Estelle, E., Hermann, Y. K., & Ernest, A. K. (2018). Situation Socio-Demographique, Culturelle Et Comportement Nutritionnel Des Femmes Enceintes En Consultation Prenatale Au Chu De Cocody-Abidjan (Cote d’Ivoire). *European Scientific Journal, ESJ*, 14(18), 288. <https://doi.org/10.19044/esj.2018.v14n18p288>

Stanley, W. A., Brunner Huber, L. R., Laditka, S. B., & Racine, E. F. (2016). Association of type of birth attendant and place of delivery on infant mortality in sub-Saharan Africa. *African Health Sciences*, 16(1), 1. <https://doi.org/10.4314/ahs.v16i1.1>

Sylla, K., Kablan, C., & Traore, K. (2018). Incidence socio-économique du conflit politico-militaire de 2002 en Côte d'Ivoire. *European Journal of Business and Social Sciences*, 6(11), 169–189.

WHO. (2017a). *WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience* (p. 196). <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789241549912>

WHO. (2017b). *Monitoring the health-related sustainable development goals (SDGs)* (p. 10). https://www.who.int/docs/default-source/searo/hsd/hwf/01-monitoring-the-health-related-sdgs-background-paper.pdf?sfvrsn=3417607a_4

Woldegiorgis, M. A., Hiller, J., Mekonnen, W., Meyer, D., & Bhowmik, J. (2019). Determinants of antenatal care and skilled birth attendance in sub-Saharan Africa: A multilevel analysis. *Health Services Research*, 54(5), 1110–1118. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.13163>

© 2023 AKANI, licensee *Bamako Institute for Research and Development Studies Press*. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>)

Publisher's note

Bamako Institute for Research and Development Studies Press remains neutral regarding jurisdictional claims in map publications and institutional affiliations.



Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, Volume 5 (1)
ISSN :1987-071X e-ISSN 1987-1023
Received, 2 February 2023
Accepted, 28 May 2023
Published, 9 June 2023

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

Research

L'inaccessibilité aux soins dans les urgences du Centre Hospitalier Universitaire de Cocody : Une problématique institutionnelle et sociétale

Kalilou OUATTARA

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

E-mail : ouattara_kalilou@yahoo.fr Tel. (+225) 07 07 36 96 21

Résumé

La présente étude, fondée sur l'approche qualitative et analytique, a pour objectif principal d'analyser les facteurs explicatifs de l'inaccessibilité aux soins dans le service des urgences du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Cocody qui est l'une des structures sanitaires de référence au plan national. De façon spécifique, il s'agit d'une part, de mettre en relief les ressources matérielles et humaines que disposent les urgences du CHU de Cocody, la qualité de l'accueil et la communication entre personnel soignant et clients, l'incidence de la tarification des actes médicaux qui fait que l'hôpital est devenu désormais une entreprise à la recherche du profit, et d'autre part, la place accordée aux aidants familiaux dans le système de soins, ainsi que le niveau de confiance entre acteurs médicaux et clients. En rapport avec l'approche qualitative, nous avons usé de la recherche documentaire, de l'observation directe et d'entretiens semi-directifs pour le recueil des données. Les résultats, après analyse de contenu des données, révèlent que plusieurs facteurs expliquent l'inaccessibilité aux soins dans les urgences du CHU de Cocody à savoir: l'insuffisance des capacités d'accueil et du personnel soignant vue comme une difficulté consubstantielle, la maximisation du profit à travers la tarification et le recouvrement des prestations qui transforme l'hôpital en une entreprise commerciale, le déni de sociabilité autour de la maladie dicté par un système de fonctionnement qui accorde peu de place aux aidants familiaux, le délitement de la confiance entre personnel soignant et clients.

Mots-clés : Accès, Délitement, Soins, Urgences, Cocody

Abstract

The present study, based on the qualitative and analytical approach, has as main objective to analyze the explanatory factors of the inaccessibility to care in the emergency department of

the University Hospital Center (UHC) of Cocody which is one of the structures reference health facilities at the national level. Specifically, it is a question, on the one hand, of highlighting the material and human resources available to the emergencies of the UHC of Cocody, the quality of the reception and the communication between nursing staff and clients, the incidence of the pricing of medical acts which means that the hospital has now become a profit-seeking business, and on the other hand, the place given to family caregivers in the healthcare system, as well as the level of trust between medical actors and clients. In connection with the qualitative approach, we used documentary research, direct observation and semi-structured interviews to collect data. The results, after content analysis of the data, reveal that several factors explain the inaccessibility to care in the emergencies of the UHC of Cocody, namely: the insufficiency of the reception capacities and the nursing staff seen as a substantial difficulty, the maximization profit through the pricing and collection of services which transforms the hospital into a commercial enterprise, the denial of sociability around the disease dictated by an operating system which leaves little room for family carers, the disintegration of trust between caregivers and clients.

Keywords: Access, Disintegration, Care, Emergencies, Cocody

1. Introduction

Vivre longtemps a toujours été la préoccupation majeure des hommes et des femmes quel que soit le temps et l'espace. Pour y parvenir, il est impérieux d'entretenir et de préserver sa santé, car la santé est la ressource fondamentale qui peut favoriser la longévité (Dédry, 2007). Ainsi, la santé, avec les mutations sociopolitiques que connaît notre monde, est devenue un droit pour les membres de la société (la demande en soins) et un devoir pour les Etats (l'offre de soins) par l'accès aux soins. Elle est même un indicateur du niveau de développement d'un pays.

En Côte d'Ivoire, l'accès aux soins de santé est un droit prescrit aux citoyens ivoiriens. En effet, selon l'article 7 de la constitution du 1er août 2000, « les ivoiriens ont droit à un égal accès à la santé ». Cette disposition de la constitution ivoirienne est appuyée par les différentes chartes et conventions internationales, notamment la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme de 1948 qui stipule en son article 25 que : « Toute... personne a droit à la sécurité et à la santé en cas de maladie » et la charte africaine des droits de l'homme qui reprend ce principe en son article 16 en allant plus loin et en affirmant que les États signataires « ...s'engagent à prendre les mesures nécessaires en vue de protéger la santé de leurs populations et de leur assurer l'assistance médicale en cas de maladie ».

Pour protéger ce droit fondamental reconnu aux populations ivoiriennes, l'Etat de Côte d'Ivoire, qui s'était déjà inscrit dans une dynamique de développement économique et social dès son accession à l'indépendance en 1960, a mis en place une politique de développement du secteur de la santé. Cette politique s'est traduite par la construction et l'équipement des hôpitaux publics selon une pyramide sanitaire (axée autour des centres de santé ruraux, centres de santé à base communautaire, formations sanitaires urbaines, hôpitaux généraux, centres hospitaliers régionaux, centres hospitaliers universitaires plus connus sous l'acronyme de CHU) et à la formation des agents de la santé. C'est ainsi que fut bâti en 1977 le CHU de Cocody (l'une des

communes de la ville d'Abidjan), après celui de Treichville. Ce centre hospitalier universitaire est constitué de quatre bâtiments. L'immeuble icône du complexe est composé de treize étages, et consacré aux hospitalisations sur huit de ces étages. Il dispense des soins d'urgence, propose des examens de diagnostic ainsi que des consultations et des traitements. Il offre en outre des possibilités d'hospitalisation aux malades. Diverses initiatives de développement d'actions de médecine préventive sont également menées par cet établissement sanitaire qui, avec les CHU de Treichville, Yopougon et Bouaké, participe à l'enseignement universitaire et post-universitaire de type médical mais aussi, à la formation pharmaceutique, odontologique et paramédicale.

Comme tous les CHU du pays, celui de Cocody dispose d'un service des urgences qui a pour fonction d'accueillir et de prendre en charge les malades en situation de détresse et les blessés qui y arrivent. Les urgences jouent un rôle central dans le fonctionnement du CHU, car un service des urgences est le miroir d'un hôpital, pourrait-on dire. Les premiers qui arrivent dans un CHU, en état de détresse, se dirigent vers le service des urgences. Par conséquent, ce service doit avoir pour objectif la prise en charge du patient. "Cette prise en charge doit consister à faire en sorte que le patient qui vient dans un état grave qui menace sa vie puisse être sauvé". Outre les consultations externes, les urgences constituent la porte d'entrée aux services de ce centre hospitalier. Mais en mars 2014, le décès dans les urgences d'une jeune femme ivoirienne, mannequin de 23 ans, faute de soins, selon ses proches, relayé abondamment dans la presse et sur les réseaux sociaux, avait provoqué l'indignation dans l'opinion publique. Les circonstances de ce décès avaient été liées au manque de soins que nécessitait l'état de santé de cette jeune dame.

Pour éviter que de telles infamies ne se reproduisent et redorer l'image du CHU de Cocody, la direction a consenti un investissement de plus de 3 milliards de F CFA avait été fait pour doter cet établissement de troisième niveau de référence d'un équipement performant » selon le directeur général. Aussi, de nouvelles dispositions de prise en charge aux urgences ont été mises en place pour améliorer le fonctionnement de cette importante structure sanitaire. Ainsi, ces nouvelles dispositions stipulaient que dans une situation d'extrême urgence, le malade qui arrive aux urgences bénéficiera, selon le directeur général, d'un chariot de soins d'extrême urgence. « C'est le cas des malades dont le pronostic vital est en jeu » ; « Il s'agit de mettre à la disposition du médecin soignant le nécessaire qu'il faut pour sauver le malade en le stabilisant ». Ce chariot de soins d'extrême urgence « est gratuit » et est « déjà fonctionnel ». Une fois le malade stabilisé et qu'il n'est plus en danger de mort, il pourra bénéficier du « kit d'urgence ». Ce kit est payant ou gratuit, en fonction que les médicaments qui le composent en dépôt vente ou donnés gratuitement par le gouvernement. Sa spécificité est qu'il vise à concrètement soigner le malade alors que le chariot lui, vise à mettre le malade arrivé aux urgences en situation de détresse absolue hors de danger de mort (Jeune Afrique, 2017).

Cependant, des années après la mise en place de cette nouvelle orientation visant à améliorer le fonctionnement global du CHU de Cocody, notamment l'accessibilité aux soins, force est de constater qu'au quotidien, de nombreux malades, en situation de détresse, ne parviennent pas à accéder aux soins avec promptitude ou y accèdent avec difficultés. L'on veut pour preuve

l'incident, une fois de plus, qu'il y'a eu lieu en 2019 entre des étudiants de la fédération estudiantine de Côte d'Ivoire (FESCI) et le personnel des urgences du CHU de Cocody. En effet, à la suite du manque de soins dont avait été l'objet l'un des étudiants, grièvement blessé au cours d'un rixe, des éléments de la FESCI avaient perturbé le fonctionnement des urgences durant une demi-journée et bastonné une partie du personnel soignant. Cet évènement malheureux ouvrait encore là, une partie du voile sur cette tare que traînent les urgences du CHU de Cocody. Aussi, une immersion dans le service des urgences nous a permis d'observer que constamment, des malades restent couchés durant des heures à même le sol dans les couloirs, ou sur des brancards à l'entrée des urgences espérant bénéficier des soins. D'autres sont tout simplement éconduits et obligés de s'orienter vers d'autres structures sanitaires au motif « qu'il n'y'a plus de places ici » ou « les médecins sont débordés...il y'a beaucoup de malades... ». De ce constat, découle la question suivante : quels sont les facteurs qui rendent problématique l'accès aux soins au service des urgences du CHU de Cocody ?

L'objectif de cet article est d'analyser les facteurs explicatifs de l'inaccessibilité aux soins dans le service des urgences du CHU de Cocody qui est l'une des plus importantes structures sanitaires publiques de référence au niveau national. Pour ce faire, il tente d'examiner les différents aspects qui structurent l'offre de soins des urgences, à savoir la capacité d'accueil, les ressources matérielles et humaines, la place des parents aidants dans le mode de fonctionnement et d'organisation de ce service, l'éthique liée à la profession médicale qui guide le comportement des agents.

2. Matériel et Méthodes

2.1. Type, durée et cadre de l'étude

L'étude est de type analytique et s'inscrit dans une démarche qualitative. Elle s'est déroulée sur deux mois (du 15 octobre au 17 décembre 2018) au service des urgences du CHU de Cocody dans la ville d'Abidjan. Le choix des urgences du CHU de Cocody comme cadre de l'étude tient d'une part au fait que ce service a fait l'objet de plusieurs critiques dans les médias à la suite d'incidents liés à l'accès aux soins avec parfois le décès de patients et d'autre part, du fait que nous avons constaté de façon empirique les difficultés qu'éprouvent les usagers à accéder aux soins.

2.2. Population de l'étude et échantillonnage

La plupart des malades qui arrivent aux urgences, n'étant pas en possession de leurs capacités physiques, ne sont pas en mesure de se prêter à un entretien. C'est pourquoi nous avons préféré interroger les parents accompagnateurs qui sont au chevet des malades. La population cible de l'étude se compose donc des parents accompagnateurs qui sont au chevet des malades hospitalisés dans les urgences du CHU de Cocody. Quant à la population secondaire, elle concerne le personnel médical.

Les critères de choix de la population cible sont les suivantes : être un parent /un proche accompagnateur d'un malade hospitalisé au service des urgences du CHU de Cocody, avoir accompagné le malade dans les premiers moments de son transfert au service des urgences

CHU de Cocody, être en permanence au chevet du malade hospitalisé, accepter volontairement de répondre aux questions.

Pour l'approche qualitative, Lofland J. et Lofland L. H. (1984) soutiennent que les recherches recourant à l'entrevue intensive recueillent habituellement entre 20 et 50 entrevues, centrées autour d'une dizaine de points et de sous-questions. Selon ces auteurs, ce nombre est généralement suffisant pour avoir une bonne connaissance d'un milieu.

Ainsi, en suivant ce postulat et utilisant la technique d'échantillonnage par choix raisonné, nous avons atteint la saturation après vingt-huit (28) entretiens auprès des parents-aidants des malades hospitalisés dans les urgences.

D'autre part, nous avons interrogé des membres du personnel médical dont deux (2) médecins urgentistes et un (1) infirmier. Cette seconde catégorie d'acteurs a été choisie selon sa disponibilité et en tenant compte de son rôle dans le fonctionnement du service des urgences. Et en tant que cheville ouvrière du système sanitaire que constituent les urgences du CHU de Cocody, le personnel soignant est mieux placé pour fournir des informations relatives à l'organisation et au fonctionnement de ce service, les ressources mises à leur disposition ainsi que les difficultés (au niveau de la capacité d'accueil et d'hospitalisation) qui peuvent entraver l'accès aux soins.

2.3. Outils de collecte des données

En rapport avec la posture méthodologique sur laquelle se fonde notre étude, la collecte des informations s'est faite à partir de la recherche documentaire, de l'observation directe (par immersion) et d'entretiens semi-directifs (réalisés aussi bien pendant la nuit que dans la journée dans les locaux des urgences ou dans la cour de ce centre hospitalier).

La recherche documentaire a permis de passer en revue les écrits qui ont porté sur des faits liés à l'accès aux soins dans les hôpitaux publics de Côte d'Ivoire, les différents niveaux d'obstacle qui pourraient expliquer les difficultés d'accès aux soins, les nouvelles mesures visant l'amélioration de l'offre de soins. L'observation directe nous a donné la possibilité de voir des malades couchés à même le sol dans les couloirs durant plusieurs heures ou sur des brancards en attendant d'accéder à une prise en charge, au grand désarroi des parents qui tentent de plaider et de négocier avec le personnel soignant pour que le/la malade qu'ils accompagnent puisse bénéficier d'une prise en charge. Quant aux entretiens semi-directifs, ils nous ont permis de recueillir d'une part, auprès du personnel soignant des informations sur le mode d'organisation et de fonctionnement du service des urgences, les ressources qu'il dispose, les difficultés qui entravent un meilleur fonctionnement du service et d'autre part, les opinions des usagers, leurs plaintes, leurs suggestions.

2.4. Méthode de dépouillement et d'analyse des données

Les informations recueillies ont fait l'objet d'un dépouillement manuel et leur traitement s'est fait par analyse de contenu thématique. Ainsi, l'analyse de contenu a conduit à dégager les unités de sens. Les informations sont placées sous le prisme de la méthode dialectique comme méthode d'analyse car elle prend en compte à la fois, les démarches historiques, comparatives, systémiques, structuro-fonctionnaliste, constructiviste et statistiques.

Selon Debruyne (1974), la méthode dialectique s'applique à saisir les relations de contradictions dynamiques de la réalité sociale. Elle peut être une tentative de développement entre explication dialectique (par l'histoire) et explication synchronique (par la structure). Cette loi de la contradiction, complète la loi du changement en ce sens que tout est appelé à changer, mais donne l'élément opposé. C'est la lutte du contraire pour donner une nouvelle chose. Cette loi se traduit dans le vécu quotidien de toute société ou de l'homme. Le vécu de l'homme est fait de la coexistence du "oui" et du "non" en termes de positivité et de négativité.

Dans le cas de notre étude, on constate qu'il y a contradiction entre les pratiques qui découlent du fonctionnement des urgences du CHU de Cocody et la vocation première de l'hôpital qui est d'apporter assistance à toute personne malade qui demande des soins sans discrimination (en référence au serment d'Hippocrate).

2.5. Posture théorique et considérations éthiques

Les inégalités sociales, en rapport avec la théorie des inégalités sociales de Max Weber (1921) sont des différences entre individus ou groupes sociaux portant sur des avantages ou des désavantages dans l'accès à des ressources socialement valorisées. Ces ressources socialement valorisées dépendent de chaque société, des valeurs de chaque société. La santé étant une ressource socialement valorisée, bien qu'étant une préoccupation individuelle, sa protection et sa satisfaction devrait figurer au nombre des obligations de la communauté peuvent converger sous la forme d'actions collectives, génératrices d'identités et de solidarités opposées les unes aux autres. Les inégalités sociales sont le résultat d'une distribution inégale des ressources au sein d'une société et sont au fondement de la stratification des sociétés humaines.

Le bien-fondé de l'étude a été expliqué aux enquêtés bien avant d'échanger avec eux et non sans avoir manqué de les rassurer de ce que leurs propos et leurs identités seront placés sous l'anonymat. C'est pourquoi nous avons attribué des lettres pour citer les sources des verbatims.

3. Résultats de l'étude

3.1. Insuffisance de la capacité d'accueil et du personnel soignant : une difficulté consubstantielle

L'insuffisance du nombre de lits d'hospitalisation et le dépassement du plateau technique ajoutés au déficit du personnel soignant (médecins, infirmiers ...) constituent le premier problème du système de santé ivoirien de façon générale et du CHU de Cocody en particulier. Les urgences de cet établissement sanitaire de référence n'échappent pas à cette situation qui rend difficile l'offre de soins. L'un des médecins en poste dans ce service nous en parle dans ces termes :

« Il faut l'avouer, nous travaillons dans des conditions assez difficiles. Avec une trentaine de lits d'observations répartie dans six (6) chambres de différentes catégories, il est parfois difficile, voire impossible de recevoir tous les cas d'urgence ici. Souvent, il faut qu'un lit soit libéré pour qu'un autre patient puisse avoir accès à une prise en charge. Ce n'est pas intéressant, mais on est obligé de faire avec [...]. Aussi, face à la forte demande de soins, le personnel soignant n'est pas suffisant. Ces

difficultés font que parfois les malades ou les blessés qui arrivent ici, dans des situations alarmantes sont souvent orientés vers d'autres structures soit à Treichville, soit à Yopougon et la population ne nous comprend pas parfois » (Récit de Dr K, médecin urgentiste).

A l'analyse du récit ci-dessus, l'on s'aperçoit que les urgences du CHU de Cocody sont confrontées à des difficultés d'ordre structurel caractérisées entre autres, par l'insuffisance des infrastructures (Jeune Afrique, 26 juillet 2017). Les raisons peuvent être de deux ordres : premièrement, l'on peut évoquer le dépérissement des moyens financiers alloués au secteur de la santé et secondairement à l'augmentation exponentielle de la population. En effet, la crise économique qu'a connue le pays au début des années 1980 due à la chute du prix de ses principales matières premières (le café et le cacao) sur le marché international, a réduit considérablement le financement du secteur de la santé considérée comme non-productif par les grandes organisations financières internationales (Banque mondiale et Fonds monétaire international). En rapport avec cette nouvelle donne, le gouvernement ivoirien, malgré ses efforts, est freiné dans son élan de développement du secteur de la santé. Seulement 4,5 % du budget national est alloué au secteur de la santé contrairement aux pays comme le Sénégal, le Mali où l'Etat investit entre 8 et 9% de leurs budgets. Alors que le taux recommandé au plan mondial par les Nations-Unies est de 15%. La conséquence de cette situation est l'insuffisance des structures d'accueil, du personnel soignant, de lits d'hospitalisation et de médicaments.

A ces difficultés s'ajoute l'augmentation exponentielle et incontrôlée de la population ivoirienne, qui est passée de 3 503 553 en 1960 à 16 454 668 en 2000 puis à 25 069 229 habitants en 2018 (Banque mondiale, 2018). Soit une augmentation de 616% en 58 ans. Dans ce contexte, l'accès aux soins dans les hôpitaux publics devient difficile pour la grande majorité de la population qui ne dispose pas d'une couverture sociale. La Couverture Maladie Universelle (CMU) gérée par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) créée par la loi N°2014-131 du 24 mars 2014 n'a pas encore impacté véritablement un accès équitable aux soins pour la majorité des ivoiriens.

3.2. Tarification des actes médicaux ou la rationalité marchande : quand l'hôpital se moque de la charité et devient une entreprise commerciale

A l'origine, l'hôpital était un lieu d'accueil pour les personnes sans ressources. Il était le plus souvent géré par des communautés religieuses et s'inscrivait dans une perspective résolument caritative. Il avait une dimension de charité. L'amour du prochain a été l'une des motivations dans la prise en compte de la santé individuelle. Tous les Hommes devraient avoir les mêmes opportunités pour prétendre obtenir les soins de santé en toute circonstance. Mais avec le temps, cette fonction sociale, caritative de l'hôpital a disparu. L'hôpital est devenu une sorte d'industrie. L'argent a pris la place de la charité. Tous les actes sont désormais payants et on y réalise des profits financiers. L'on a institué un service de comptabilité dans les hôpitaux.

Le CHU de Cocody, notamment le service des urgences n'échappe pas à cette réalité structurelle. Les parents des malades qui y sont hospitalisés sont constamment confrontés aux dépenses liées aux soins. Au passage de chaque médecin traitant, une ordonnance est délivrée. D'où les quantités importantes d'ordonnances et de médicaments auxquelles les usagers font face de façon incessante. Un extrait du verbatim ci-dessous nous situe sur cette pratique :

« Ici on paie tout. A chaque fois, on nous appelle pour aller payer à la caisse de nombreuses ordonnances internes, en nous disant que c'est des médicaments qu'ils ont administrés aux malades. On ne comprend pas bien cette façon de travailler, mais on n'a pas le choix. Il y'a aussi des ordonnances qu'on va payer au dehors et souvent c'est des médicaments qui coutent chers » (Extrait de l'entretien avec Dame F, épouse d'un malade hospitalisé depuis quatre (4) jours).

De cet entretien, l'on note que les urgences du CHU de Cocody, se caractérisent aussi par la tarification des prestations de soins. En effet, à son accession à l'indépendance en 1960, la Côte d'Ivoire, soucieuse de promouvoir le bien-être social et économique de sa population, avait opté pour la gratuité des soins de santé dans les hôpitaux publics. Mais, la crise économique des années 1980, évoquée plus haut, a contraint l'Etat ivoirien à s'inscrire, sous la pression des grandes organisations financières internationales (Banque mondiale et Fonds monétaire international), dans une politique d'ajustement structurel, synonyme de réduction des dépenses publiques, notamment dans les secteurs qualifiés de non-productifs tels que ceux de l'éducation et de la santé. Le Gouvernement était soumis à une austérité et l'Etat de providence a pris fin. Le domaine de la santé sera fortement impacté par cette austérité. Les soins de santé, autrefois pris en charge quasiment par l'Etat à travers le modèle de national health system (décennies 1960-1980) sont désormais supportés par le malade.

Dans un tel système de santé, l'hôpital se débarrasse de la charité qui était son fondement et devient une entreprise dont le fonctionnement est déterminé par sa comptabilité. Depuis 1998, le CHU de Cocody a le statut d'Etablissement Public National (EPN). Il bénéficie d'une autonomie de gestion et a le droit et le devoir de rechercher des sources additionnelles à l'apport budgétaire de l'Etat de Côte d'Ivoire. De ce fait, la nécessité d'accroître sa capacité financière impose la tarification des soins et autres actes notamment la consultation, les analyses biologiques, les examens d'imagerie, la vente de médicaments de première nécessité par la pharmacie interne.

En rapport avec à un tel mode de fonctionnement, l'observe que les parents des malades sont constamment invités (à travers le haut-parleur installé à cet effet dans le hall du service des urgences), à s'acquitter des frais d'ordonnances internes ou à acheter des médicaments en dehors de l'hôpital alors qu'ils ne sont pas associés aux soins. Cette façon de fonctionner crée l'angoisse chez les parents du fait du poids financier des soins et favorise un climat de méfiance, de suspicion entre les usagers et le personnel médical donnant parfois lieu à des scènes de disputes, de vociférations, d'injures à l'encontre du personnel soignant.

Il est aussi courant d'observer que certains accompagnateurs de patients disparaissent et abandonnent leurs malades durant des jours parce que n'étant pas en mesure de faire face aux nombreuses ordonnances médicales qui leur sont délivrées. Notre analyse est corroborée par ce témoignage de Monsieur K qui est au chevet d'un patient admis dans les urgences :

« Hier, vers onze heures, le parent du malade qui occupe le lit voisin, a disparu. Il nous a dit qu'il partait chercher l'argent et revenir parce qu'il n'avait plus rien sur lui après deux jours d'hospitalisation de son frère. Et depuis lors le malade est tout seul. Ses ordonnances n'ont pas été payées et à cause de ça les gens ne s'occupent plus de lui. C'est triste, mais c'est la réalité. Le fait que tout est lié à l'argent dans nos hôpitaux rend les choses difficiles pour la population ».

3.3. Dénî de sociabilité autour de la maladie

En Afrique, la maladie est un évènement qui mobilise la solidarité familiale. L'étanchéité des rapports sociaux entre individus d'une même famille recommande l'assistance et l'accompagnement des proches parents dans la prise en charge médicale des personnes frappées par la maladie (Kouakou, 2004). La solidarité intrafamiliale est donc un principe de vie qui régule les rapports sociaux. Au nom de ce principe, il est de coutume d'observer devant les unités de soins des hôpitaux, notamment aux urgences du CHU de Cocody, des groupements de parents qui viennent apporter assistance et réconfort à l'un ou l'une d'entre eux /elles en situation d'hospitalisé (e).

Mais, le système mis en place pour les soins aux urgences du CHU de Cocody met à l'écart les accompagnants des malades. Cette politique, selon les responsables sanitaires, répond à un besoin d'efficacité dans le service. Ainsi, les accompagnants des malades n'ont pas accès aux malades mis en observation dans les salles. Une porte de cloisonnement sépare la salle d'attente très souvent surchargée des salles d'hospitalisation. Dans bien des cas, les parents n'ont pas accès aux malades pour les hospitalisations durant la nuit. Dans la journée, c'est un seul parent qui est autorisé à rester au chevet du malade pendant que les autres membres de famille et autres amis venus visiter les malades sont tenus à l'écart. C'est lorsqu'il y'a des ordonnances à payer que les parents sont invités à se présenter aux guichets. Ces pratiques créent souvent un climat d'incompréhension et de suspicion entre le personnel médical et les accompagnants des malades. Le récit de Dame S, parente d'un malade, nous situe davantage sur ce point :

« Au CHU ici, quand on vient avec un parent malade aux urgences, c'est tout un problème. En plus de s'inquiéter pour son malade, il faut aussi subir les humeurs et les intempéries car les parents des malades que nous sommes sont laissés au dehors, sans abri, sous les arbres. C'est compliqué. On ne nous associe pas aux soins. On ne voit même pas le traitement qu'ils font aux malades. On nous dit qu'on ne doit pas rester avec des malades. Ou bien c'est une seule personne qui est acceptée auprès du malade. On t'appelle seulement quand tu dois payer leurs ordonnances là. Ce n'est pas intéressant cette façon de faire ».

Du point de vue du personnel soignant, la maladie, appréhendée sous l'angle biomédical revêt un caractère purement technique et ne s'aurait s'accommoder de considérations métaphysiques, subjectives. C'est donc l'affaire des médecins et autre personnel paramédical. Ainsi, la place et le rôle des accompagnants, bien qu'ayant un apport psychosocial dans la prise en charge des malades sont d'une importance secondaire. Ce qui justifierait cette disposition qui tend à laisser

peu de place aux parents lors des hospitalisations. Monsieur M, infirmier, confirme notre idée à travers cet extrait tiré de son récit :

« Nous demandons aux parents de nous laisser travailler, en ne venant pas nous envahir. On exige qu'il ait un seul parent au chevet du malade pour plus de quiétude dans le service, mais les gens ne comprennent pas cela et souvent on a des difficultés... Certains viennent avec des médicaments traditionnels (la pharmacopée africaine) pour interférer dans le traitement. Cela n'est pas acceptable ».

D'un autre point de vue, l'étiologie faite des maladies liées aux considérations métaphysiques dépourvues d'objectivité amène les accompagnateurs des malades à transposer des pratiques thérapeutiques non homologuées par la médecine moderne. Cette juxtaposition du savoir biomédical et du savoir ethno-médical n'est pas autorisée par un cadre légal en Côte d'Ivoire contrairement à certains pays d'Afrique sub-saharienne tels que le Cameroun, le Mali. Ce qui justifie le peu de place accordée à la famille dans le processus des soins en milieu hospitalier, notamment aux urgences du CHU de Cocody.

3.4. Délitement de la confiance entre personnel soignant et clients

La maladie en tant désordre biologique est aussi un désordre psychologique et social (Augé & Herzlich, 1984). Elle désorganise l'individu qui souffre d'une pathologie aussi bien dans sa dimension physiologique, psychologique et sociale. Et comme elle n'est pas le problème de la seule personne qui est malade, mais celui de toute la famille voire de la communauté, cerner et parvenir à lutter contre la maladie, implique la mobilisation de diverses ressources.

La relation médecin-patient ou signant-soigné est l'une des ressources qui aideront le malade et ses accompagnants à surmonter le mal. Cette relation souvent asymétrique et consensuelle ou conflictuelle passe d'abord l'accueil. En effet, de son arrivée dans l'enceinte de l'hôpital jusqu'à son hospitalisation, le malade a besoin d'informations sur son état de santé, d'orientation et d'une mise en confiance. De cette relation soignant-soigné dépendra l'acceptation du traitement ou non, la négociation et l'implication ou le manque de responsabilité du malade lui-même et de celle de sa famille.

Inscrite dans un système dans lequel chacun des acteurs en interaction doit jouer sa partition, la relation soignant-soigné va se construire autour de la communication entre ces deux catégories d'acteurs. Sarradon-Eck (2002) définit la relation médecin-patient à la fois comme une relation thérapeutique et une relation sociale. Ainsi, la relation thérapeutique est l'influence que va avoir le médecin sur le traitement qu'il prescrit. Quant à la dimension sociale, elle se définit comme une rencontre entre deux acteurs à savoir le malade et le médecin qui sont tous deux membres de groupes divers et engagés dans une action réciproque, c'est-à-dire les soins.

Toutefois, la réalité dans les hôpitaux publics montre que la mauvaise qualité de l'accueil et de la communication entre soignants et soignés est l'une des tares du fonctionnement des urgences du CHU de Cocody. En plus de leurs souffrances physiques, les malades sont aussi victimes de préjugés morales et de frustrations qui sont souvent ignorées. Pourtant l'accueil a un caractère tonifiant, fortifiant car il permet au patient de se sentir dans de bonnes mains. Et cela peut le soulager à moitié. D'ailleurs un adage dans le milieu médical dit que « un malade bien accueilli

est à moitié guéri ». Les propos suivants de Monsieur B, parent d'une malade hospitalisée dans l'une des salles des urgences du CHU de Cocody témoigne cet état de fait :

« Aux urgences ici, les gens (le personnel soignant) ne considèrent pas les malades. Quand vous arrivez, ils ne vous disent rien, ils ne vous expliquent rien au sujet de votre malade. Vous êtes désespérés. Quand on veut leur parler, ils ne nous écoutent même pas. Ils ne communiquent pas avec les parents des malades. On n'a pas d'informations sur le malade. Et cela peut durer des jours, vous tournez en rond, dans l'incertitude et l'angoisse. On dirait qu'ils ont à faire à des animaux ; pourtant ils ont prêté serment. Il n'y'a pas un bon service accueil ici. Cela n'est pas digne d'un grand CHU comme celui-là. Cette attitude augmente encore plus la souffrance des malades et des parents accompagnateurs que nous sommes ».

Située aux confluent de la morale et du possible, l'éthique médicale doit permettre l'accès aux soins pour tous, dans des conditions optimales de prise en charge médicale, sans discrimination aucune. Le secret médical ou la liberté du patient font partie des règles d'éthique médicale (Belanger, 2005). Elles sont codifiées et surveillées. Ainsi, la pratique clinique nécessite-t-elle de développer, aux côtés de la technique, une approche qui relève de l'humain et de l'attention à l'autre en tant que personne malade, dans le respect de ses propres valeurs, de ses réalités socioculturelles.

Le malade, rendu vulnérable du fait de son état a des droits qui touchent à son intégrité physique, morale, sociale et culturelle. Elle vise à déterminer comment agir au mieux, dans le respect des personnes. Cependant, il revient fréquemment dans les discours des accompagnants des malades interrogés, que le personnel soignant est peu courtois à l'endroit des patients et de parents qui les assistent. Des scènes de maltraitance sont parfois constatées sur les malades mis en hospitalisation. De nombreuses plaintes et récriminations à l'égard du personnel soignant sont aussi notées, notamment en ce qui concerne des médicaments dérobés par les soignants. Voici un extrait du récit de Dame A (Sœur aînée d'une malade hospitalisée) qui confirme notre assertion :

« Beaucoup de ceux qui travaillent ici ne sont pas gentils. Ils volent les médicaments des malades pour les revendre à d'autres malades. Les médecins prescrivent des médicaments qu'ils ont sur eux (volés chez des malades ou des médicaments que les malades décédés n'ont pu utiliser). On n'a pas confiance en leur façon de faire. C'est triste, mais ceux-là n'ont pas de morale. On a vu des aides-soignantes ou des infirmiers qui crient sur les malades, qui maltraitent les malades et on ne peut pas parler sinon ils vont tuer ton malade (...). La nuit dernière, un vieux qui était sur le lit dans la grande salle des urgences est tombé du lit parce qu'il n'y avait personne à côté de lui. Les aides-soignantes dormaient et ses parents n'étaient pas autorisés à rester à ses côtés ; vous voyez ? Est-ce que ça c'est bien ? ».

Les témoignages ci-dessus mentionnés montrent qu'il existe aux urgences du CHU de Cocody des pratiques qui frisent la marchandisation du malade. Ce dernier est perçu comme un champ de profits, d'échanges monétaires et traité comme tel par les soignants. Deux types de valeurs sont en présence ici. Il s'agit de la recherche de profits (ce qui est immoral) à travers une économie de prédation qui se développe autour des malades et le respect de l'humain (qui a

droit au respect de sa dignité, de ses droits, et qui devrait bénéficier de compassion, d'affection et de solidarité et non maltraitance. Ces comportements traduisent le non-respect de l'éthique clinique et sont aux antipodes du serment d'Hippocrate. Pourtant, le respect de l'éthique dans le contexte des soins constitue la meilleure garantie de la qualité des soins et de la liberté du malade (ANESM, 2010).

4. Discussion des résultats de l'étude

L'une des caractéristiques des systèmes de santé en Afrique subsaharienne est le manque d'infrastructures d'accueil et du matériel médical dans les hôpitaux publics. En effet, l'insuffisance des salles d'hospitalisation, de réanimation, de blocs opératoires etc. impacte négativement la qualité du service offert par les hôpitaux face aux détresses des usagers. Cette particularité qui est ressortie de la présente étude a été abordée par Beninguissé et al (2015). Les hôpitaux publics doivent assurer dans ce contexte une quadruple mission qui s'inscrit pleinement dans le champ du service public de santé.

Du point de vue des infrastructures, la maintenance n'est pas assurée et les équipements ont des pannes fréquentes et de durées de vie courtes. L'absence d'amortissement ne permet pas de renouveler les équipements en temps opportuns et conduit à de fréquentes ruptures d'activité. Les résultats de notre travail corroborent ce point de vue. Ce qui signifie que le manque d'infrastructures dont souffre le service des urgences du CHU de Cocody, n'est spécifique à cette structure sanitaire, mais il est plutôt d'ordre général. Ainsi, après leur ouverture, les hôpitaux publics nouvellement construits ne parviennent pas à assurer la pérennité de leurs investissements et entrent rapidement dans un cycle de dégradation, qui remet en cause au bout de quelques années leurs capacités de fonctionnement et conduit bien souvent à un nouvel investissement. Jeune Afrique, dans sa publication hebdomadaire du 26 juillet 2017 en parle et va plus loin quand il évoque la vétusté des services, le sous-effectif du personnel, la désorganisation du système de fonctionnement, l'insuffisance des budgets alloués etc.

Malgré les réformes en cours, le système de santé accuse encore d'importants déficits financiers, techniques et humains. Cet auteur pointe également du doigt, le peu de place accordée aux parents accompagnateurs des malades, qui mis à l'écart des soins par le système n'ont pas accès aux salles d'hospitalisation. Cette réalité qui d'un point de vu sociologique s'écarte de la culture africaine qui veut que le malade soit entouré des tiens, parce que la maladie d'un membre de la communauté en contexte africain, ivoirien est l'affaire de toute la communauté qui vient apporter assistance, réconfort, soutien moral.

Dans une étude effectuée dans plusieurs hôpitaux publics de la Côte d'Ivoire, dont le CHU de Cocody et ses démembrements, par Kouadio et al. (2018), il est apparu que la qualité de l'accueil a été jugé peu satisfaisante par les clients. Les enseignements de leur étude sont très proches de ce qu'a pu révéler la nôtre relativement à la qualité de l'accueil dans les urgences du CHU de Cocody. La mauvaise qualité de l'accueil est l'une des causes de l'inaccessibilité aux soins.

Jaffré et De Sardan (2003) dépeignent la situation globale des hôpitaux publics d'Afrique francophone qui selon eux, n'est pas le fruit d'une quelconque fatalité, qui repose notamment

sur la pauvreté des populations, la faiblesse des crédits de l'Etat et le niveau particulièrement bas des salaires du personnel, mais le résultat de leur totale inadéquation aux réalités du monde d'aujourd'hui. Cette perception rejoint les résultats de notre étude qui. Pours produits de l'histoire coloniale, ils restent encore structurés autour des principes qui prévalaient en France au cours des années cinquante. Conçus comme des administrations, ils continuent à dispenser des prestations en dehors de toute préoccupation managériale, alors que le contexte a profondément changé. Lors de l'accès des pays à l'indépendance, les soins étaient considérablement moins coûteux qu'aujourd'hui. La gamme des produits pharmaceutiques de fabrication industrielle était très étroite, les équipements étaient simples et leur maintenance pouvait être assurée par des techniciens polyvalents.

Conclusion

A la lumière de ce qui précède, il est à noter que le service des urgences du CHU de Cocody, en dépit des efforts déployés au quotidien pour assurer un service d'utilité publique de qualité, est une structure sanitaire en souffrance. Ce service est d'une part, malade de sa structuration, de l'insuffisance de ses moyens humains et matériels et d'autre part, du comportement de son personnel qui, dans bien de situations, fait preuve de manquement à l'éthique liée à l'activité médicale. En examinant les facteurs qui rendent difficile l'accès aux soins aux urgences du CHU de Cocody, notre étude est une contribution à l'amélioration des conditions d'accès aux soins que propose cette structure sanitaire de premier plan et au-delà, tout le système sanitaire ivoirien. L'inaccessibilité aux soins dans les hôpitaux publics de Côte d'Ivoire contribue à grandir l'inégalité sociale et met à mal le lien social. Partant de cet article, l'on est fondé de noter que l'accès aux soins dans les hôpitaux publics reste l'un des défis multisectoriels de la Gouvernance publique sur le continent africain.

Remerciements

Nous remercions tous les acteurs qui ont favorisé et participer à la réalisation de cette recherche, particulièrement les malades et leurs aidants pour leur disponibilité en dépit du stress psychosocial et des difficultés multiples auxquelles ils étaient confrontés.

Conflit d'intérêt

Aucun conflit d'intérêt n'a été déclaré.

Références bibliographiques

- AUGE, M., & Herzlich, C. (1984). Le sens du mal : anthropologie, histoire, sociologie de la maladie. In *Le sens du mal : anthropologie, histoire sociologie de la maladie*, pp. 278-278
- BAECHLER J., (2010), « Conclusion. Santé, médecine et société. Regard d'un sociologue », in *L'ISRAËL, Santé, médecine, société*, PUF, Cahiers de l'académie des sciences morales et politiques, p. 409

- BALIQUE H. (2011), « Le défi de la santé en Afrique subsaharienne et ses perspectives », in D. KEROUEDAN (dir.), *Santé internationale, les enjeux de santé au Sud*, Presses de Sciences Po (P.F.N.S.P.) Hors collection, p. 29
- BELANGER M. (2005), « Le droit à la santé, droit fondamental de la personne humaine », in *Droit et santé en Afrique : actes du colloque international de Dakar, 28 mars-1er avril 2005*, LEH, Bordeaux, p. 125
- BENINGUISSE, G., NIKIEMA, B., FOURNIER, P., & HADDAD, S. (2005) « L'accessibilité culturelle : une exigence de la qualité des services et soins obstétricaux en Afrique », in *African Population Studies Supplement B to vol 19/Etude de la population africaine Supplément B du vol. 19*
- BIHR A., PFEFFERKORN R. (2008), *Le système des inégalités*, La Découverte
- CAMPENHOUDT L. V., MARQUET J. et QUIVY R. (2017), *Manuel de recherche en sciences sociales*, 5^e édition, Paris : DUNOD, 384 pages
- DEBRUYNE P. (1974), *La dynamique de la recherche en sciences sociales*, Paris : PUF, 240 pages
- DEDY S. (2007), *Politique de santé publique et logiques de soins, Cours de sociologie de la santé pour les années de Maîtrise*, Université de Cocody/Abidjan, 55 pages
- DOMIN J. P., « Réformer l'hôpital comme une entreprise. Les errements de trente ans de politique hospitalière (1983-2013) », *Revue de la régulation. Capitalisme, institutions, pouvoirs*, 2015, n° 17
- RIMALDI A., PIERRU F. Y.C. et TABUTEAU D. (2017) *Les Maladies chroniques Vers la troisième médecine*, Odile Jacob, mars 2017, 15, Rue Soufflot, 75005 Paris, ISBN : 978-2-7381-3526-1
- JAFFRE Y., OLIVIER DE SARDAN J. P. (2003), *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*. Editions Karthala, Paris, 462 pages
- JEUNE AFRIQUE, (26 juillet 2017), *Côte d'Ivoire : un système de santé encore à la peine malgré les réformes engagées*, pp 12-14
- LOMBRAIL P. (2000), « Accès aux soins », in D. FASSIN et al., *Les inégalités sociales de santé*, La découverte, p. 403
- MEMEL-FÔTE H. (1998), *Les Représentations de la santé et de la maladie chez les ivoiriens*, Paris : Edition L'harmattan, 209 pages

- MATHONNAT J. (2009), « 54. Systèmes de santé et accès aux soins dans les pays à faible revenu », in P.-L. BRAS et al., *Traité d'économie et de gestion de santé*, Presses de Sciences Po (P.F.N.S.P) « Hors collection », p. 494
- PARIZOT I. RAKOTOMANANA F., RAZAFINDRAKOTO M., ROUBAUD F., WACHSBERGER J-M., (2005), Santé, Inégalité et ruptures sociales à Antananarivo Enquêtes 1-2-3, premiers résultats
- RAYMOND M. (1995), *Culture et santé publique, les contributions de l'Anthropologie à la promotion de la santé*. Boucherville, Edition Gaëtan Morin, 500 pages
- RENEE F. (1998), *L'incertitude médicale*, Paris : Editions Le Harmattan, 202 pages
- SAMB O. M. et RIDDE V. (2014), « La pertinence sociale de la gratuité sélective des soins dans trois districts sanitaires burkinabè (Dori, Sebba, Ouargaye) », in *Les indigents et les politiques de santé en Afrique : expériences et enjeux conceptuels*, L'Harmattan, Paris, p. 363
- SOURNIA J. C. (1992), *L'Histoire de la médecine et des médecins*, Edition La Découverte, Paris, 358 pages
- THIAM S. (2010), « Santé et discrimination : l'exemple du Sénégal », in *Santé et discriminations, Actes du IXe colloque du CDSA, Aix-en-Provence, 27 novembre 2009*, Les cahiers de droit de la santé du sud-est, n° 11, LEH, Bordeaux, p. 203
- VIGNERON E., (2013), « Inégalités de santé, inégalités de soins dans les territoires français », in *Les Tribunes de la santé*, n° 38, /1, p. 41

© 2023 KABORE, licensee *Bamako Institute for Research and Development Studies Press*. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>)

Publisher's note

Bamako Institute for Research and Development Studies Press remains neutral regarding jurisdictional claims in map publications and institutional affiliations.



Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, Volume 5 (1)

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

Received, 16 March 2023

Accepted, 28 May 2023

Published, 9 June 2023

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

Research

Participation communautaire et amélioration de la malnutrition aiguë des enfants de moins de 5 ans au district sanitaire de Dori, Burkina Faso, 2019

Yewayan Larba Bérenger Kabore^{1*}, Abdoul G. Sawadogo² Aristide Romaric Bado³, Noaga Sawadogo⁴ et Hamed Sidwaya Ouedraogo⁴

^{1,4}Direction régionale de la santé du Sahel, Dori, Burkina Faso

²Centre national de transfusion sanguine (CNTS)- Ouagadougou- Burkina Faso

³Institut national de recherche en sciences de la santé (IRSS)- Ouagadougou- Burkina Faso

*Correspondance : berenger18@yahoo.fr ; Tel : +226 70150748;

Resume

La prévalence de la malnutrition aiguë globale était de 9,7% dans la région du Sahel au Burkina Faso en 2019. Des groupes communautaires de promotion de la nutrition infantile ont été mis en place dans plusieurs villages de Gangaol depuis deux ans. L'objectif de cette étude était d'évaluer l'effet des groupes d'apprentissage et de suivi des pratiques d'alimentation du jeune enfant à l'amélioration de l'état nutritionnel des enfants dans les villages de Gangaol. Une étude d'évaluation comparative de type intervention et contrôle a été réalisée de septembre à décembre 2019. Un échantillonnage aléatoire a été réalisé dans les villages d'intervention et témoin. Un focus groupe a été réalisé dans chaque village d'intervention. 259 participantes aux groupes d'apprentissage et de suivi des pratiques alimentaires du nourrisson et du jeune enfant (98,11%) de la zone d'intervention trouvèrent que cette stratégie leur était bénéfique. La prévalence globale de la malnutrition aiguë était de 5,6% [2,9 - 10,5] et de 13,2% [6,5 - 25,0] dans les villages témoins. La mise en place des d'apprentissage et de suivi des pratiques d'alimentation du jeune enfant à Gangaol a contribué à améliorer l'état nutritionnel des enfants. Ces résultats plaident pour une extension de cette intervention dans les autres villages de la région du Sahel.

Mots-clés : Malnutrition aiguë, pratiques alimentaires, nourrissons, participation Communautaire

Abstract

The prevalence of global acute malnutrition was 9.7% in the Sahel region of Burkina Faso in 2019. Community groups promoting child nutrition have been set up in several villages in Gangaol for two years. The objective of this study was to evaluate the effect of learning groups and monitoring of young child feeding practices in improving the nutritional status of children in the villages of Gangaol. A comparative evaluation study of the intervention and control type was carried out from September to December 2019. Random sampling was carried out in the intervention and control villages. A focus group was carried out in each intervention village. 259 participants in groups for learning and monitoring infant and young child feeding practices (98.11%) in the intervention area found that this strategy was beneficial to them. The overall prevalence of acute malnutrition was 5.6% [2.9 - 10.5] and 13.2% [6.5 - 25.0] in control villages. The establishment of learning and monitoring practices for feeding young children has contributed to improving the nutritional status of children. These results

argue for an extension of this intervention to other villages in the Sahel region.

Keywords: Acute malnutrition, feeding practices, infants, community participation

1. Introduction

La prévalence de la malnutrition infantile demeure très élevée dans les pays à ressources limitées ou intermédiaires comme l'Asie et l'Afrique Subsaharienne (Akombi et al., 2017; UNICEF et al., s. d.). Au Burkina Faso, la malnutrition constitue de nos jours un problème persistant de santé publique au Burkina Faso du fait de son ampleur qui se maintient à des niveaux encore élevés et de sa sévérité (Ministère de la santé, Burkina Faso, s. d.-b). En effet selon les données de l'enquête nutritionnelle nationale 2019, la prévalence de la malnutrition aiguë globale au Burkina-Faso était de 8,1 % dont 1,1 % de forme sévère (Ministère de la santé, Burkina Faso, s. d.-b). La prévalence la plus élevée de malnutrition aiguë globale était notée dans la province du Séno dans la région du Sahel avec une valeur de 11,3 % qui se situe au-dessus du seuil d'alerte de l'OMS (10 %) (Ministère de la santé, Burkina Faso, s. d.-b). La diversité alimentaire minimum dans la région du Sahel reste parmi les plus faibles du pays avec une proportion de 24% pour les enfants consommant au moins 4 groupes d'aliments (Ministère de la santé, Burkina Faso, s. d.-b). Quant à la province du Séno, elle présentait en 2018 des prévalences les plus élevées sur l'ensemble de la région en 2018 avec 13,3% pour la malnutrition aiguë et 45,9% pour la malnutrition chronique (Ministère de la santé, Burkina Faso, s. d.-a). Cette situation nutritionnelle s'observe dans un contexte de déplacement de populations de la province du Soum vers la province du Séno lié du fait du contexte sécuritaire en 2018.

Pour réduire le fardeau de cette malnutrition, plusieurs stratégies ont été développées au Burkina Faso comme la stratégie de prise en charge intégrée de la malnutrition aiguë (PCIMA) en 2015, l'Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant (ANJE) en 2013 et la mise en place de plusieurs réseaux de nutrition (réseau parlementaire pour la nutrition, de la société civile pour la nutrition, des journalistes pour la nutrition). Ainsi dans la région du Sahel et particulièrement dans le district de Dori, des groupes d'apprentissage et de suivi des pratiques d'ANJE (GASPA) ont été mis en place dans plusieurs villages de la commune de Bani dans la province du Séno depuis fin 2017. Les GASPA représentent un regroupement d'au maximum de 15 mères qui se réunissent régulièrement pour discuter sur des thématiques en rapport avec leurs besoins. Dans les GASPA, les mères sont organisées en groupes homogènes selon le statut physiologique (GASPA de femmes enceintes, GASPA de mères d'enfants de moins de 6 mois, GASPA de mères d'enfants de moins de 2 ans) pour la diffusion des messages sur les bonnes pratiques nutritionnelles, de santé et d'hygiène, la santé de la reproduction, la

vaccination, etc. Dans plusieurs régions au Burkina Faso particulièrement au Sahel et au Centre-Nord les GASPA se présentent comme une initiative communautaire visant à renforcer les connaissances, les partages et la participation des femmes à la santé des enfants afin de réduire significativement la mortalité infantile. Ils sont adoptés comme une stratégie nationale dans le cadre de la promotion de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. L'expérience menée dans certains districts avec l'appui d'ONG montre un enthousiasme aussi bien des femmes que des hommes et des collectivités locales. Dans la pratique, les conseils prodigués couvrent un large éventail « l'Agriculture et moyens d'existence ; Santé-Nutrition-WASH; Gouvernance locale et la Communication pour le changement de comportement ». Les différents rapports de suivi font état d'une dynamique positive dans la mise en place et le fonctionnement des GASPA, mais très peu d'évaluations externes ont porté sur l'amélioration de l'état nutritionnel des enfants et sur les effets réels en termes d'utilisation des services de santé sur des changements effectifs de comportement. Cette étude visait à évaluer la contribution de ces GASPA sur la participation communautaire en faveur de la nutrition et l'amélioration des indicateurs de santé maternelle et infantile et de nutrition dans les villages de l'aire sanitaire de Gangao.

2. Matériaux et Méthodes

2.1. Cadre d'étude

L'étude s'est déroulée dans la commune de Bani, dans le district sanitaire de Dori, l'un des quatre districts de la région du Sahel au Burkina Faso. Les zones d'intervention du projet étaient les villages de Pétérobé, Thiombiel, Babirka Démoa et Babirka Mango tous de la commune de Bani et les zones de contrôle ou témoins étaient représentés par les villages de Soffokel, Tao, Bellaré et Bandelgao, de la commune de Falangoutou. Le projet d'implantation des GASPA s'est fait dans la commune de Bani dans le district sanitaire de Dori depuis 2017 alors que dans la commune de Falangoutou cette initiative n'est pas encore mise en œuvre ce qui justifie le choix de cette commune comme site contrôle.

2.2. Type d'étude et période d'étude

Nous avons effectué une évaluation comparative de type intervention et contrôle. La collecte des données s'est déroulée du 1er décembre 2019 au 15 janvier 2020.

2.3. Population d'étude

La population d'étude était constituée des habitants de la zone d'intervention du projet à savoir les habitants des villages de Pétérobé, Thiombiel, Babirka Démoa et Babirka Mango de la commune de

Bani et ceux des villages de la zone contrôle de Soffokel en 2019. Il s'agissait d'enfants de moins de cinq ans, leurs mères ou tutrices, les agents de santé, les agents de santé à base communautaire (ASBC) et les personnes ressources volontaires (PRV), les autorités administratives et les leaders communautaires

2.4. *Echantillonnage*

Un échantillon aléatoire a été réalisé dans chaque village d'intervention et témoin. Un échantillon de 264 enfants aussi bien dans la zone d'intervention que dans la zone contrôle et préalablement calculé grâce au logiciel ENA for SMART étaient nécessaire pour l'évaluation de l'état nutritionnel des enfants de moins de 5 ans.

Pour l'enquête qualitative quatre focus groupes de 10 personnes ont été réalisés dont deux focus groupes d'hommes et deux focus groupes de femmes. Un focus groupe a été réalisé dans chaque village d'intervention.

Pour le choix des enfants dans chaque village, un dénombrement préalable des concessions et des ménages a été réalisé par les enquêteurs. Les ménages énumérés ont été notés de 1 à n à l'intérieur de chaque concession. Après l'énumération des ménages, deux bouts de papier 1 et 2 ont été mis dans un bocal et mélangés. Un bout de papier a été tiré de façon aléatoire. Si ce bout de papier renferme un chiffre pair, alors tous les ménages portant le numéro pair de cette concession seront enquêtés. Si le chiffre tiré est impair, alors tous les ménages impairs seront enquêtés.

Dans les ménages tirés, tous les enfants de moins de 5 ans du ménage ont été enregistrés et on procédait ensuite aux mesures anthropométriques chez tous les enfants de moins de 5 ans de ce ménage. Le questionnaire spécifique à la mère ou tutrice d'enfant de moins de cinq ans et le questionnaire ANJE a été administré à la mère ou tutrice de tout enfant de 0 à 23 mois. Dans le cas où un ménage sélectionné n'avait pas d'enfant de moins de cinq ans, ou il y avait un enfant de plus de cinq ans, ce ménage n'était pas inclus

2.5. *Collecte de données*

La collecte de données a combiné une approche mixte : quantitative à travers des questionnaires administrés et l'anthropométrie et l'approche qualitative à travers des focus groups

2.6. *Gestion des données*

Les données collectées étaient les données épidémiologiques, sociodémographiques

anthropométriques (poids, taille, périmètre brachial, périmètre thoracique) et les indicateurs de santé maternelle et infantile (nombre de consultation prénatals, de consultation post natale précoce et tardive, taux d'admission pour malnutrition aiguë modérée (MAM) et malnutrition aiguë sévère (MAS).

Le logiciel ENA Delta version du 9 Juillet 2015 a été utilisé pour le calcul de la taille des échantillons, la sélection des grappes, l'analyse des données du test standardisation, la saisie des données anthropométriques, l'analyse des données anthropométriques des enfants âgés de 0 à 59 mois.

Les données relatives au périmètre brachial (PB), à la morbidité, à la couverture en vitamine A et déparasitant et celles relatives à l'ANJE, à la consommation alimentaire des ménages et à la diversité alimentaire des femmes en âge de procréer ont été analysées à l'aide du logiciel SPSS (version 22.0) et Excel 2016.

Le Logiciel NVIVO 10 a servi à l'analyse des données qualitatives issues des focus groupes après une traduction fidèle en français et une transcription.

Le niveau de pertinence des services d'ANJE et des GASPA selon les personnes ressources volontaires, les ASBC et les mères d'enfants a été apprécié sur une échelle de 1 à 4 allant de non-pertinent à très pertinent.

2.7. *Considérations éthiques*

Le protocole de l'étude a été soumis au comité d'éthique pour la recherche en santé du Burkina Faso qui a émis un avis favorable pour la conduite de l'étude suivant la délibération N°2020-02-017. La confidentialité des informations collectées ainsi que leur anonymat par l'ensemble des parties prenantes de cette étude a été maintenue. Les résultats ont été présentés dans l'anonymat.

3. **Résultats**

3.1. *Fonctionnement des GASPA*

De 2017 à 2019, au total 412 causeries éducatives ont été réalisées par les agents de santé à base communautaire (ASBC) au cours des séances de GASPA avec 36 causeries en 2017, 153 en 2018 et 223 en 2019. Ces causeries ont pu toucher 16146 personnes dont 1422 personnes en 2017, 5736 personnes en 2018 et 8988 personnes en 2019.

3.2. *Participation communautaire aux activités GASPA*

94,74% des mères d'enfants (n=234) du site d'intervention participaient aux séances d'animation des GASPA. 72,22% d'entre elles (n=169) étaient recrutées dans les GASPA au moment de la grossesse. Les GASPA étaient bien appréciées par 98,11% des mères

Tableau 1: Répartition des participantes aux GASPA dans la zone d'intervention en décembre 2019

Variables	N (%)
Participation mensuelle aux séances de GASPA (n=247)	
Oui	234 (94,74)
Non	13 (5,26)
Moment du recrutement dans les GASPA (n=234)	
Grossesse	169 (72,22)
Femme allaitante avec enfant 0-6 mois	48 (20,51)
Femme allaitante avec enfant 6-23 mois	17 (7,26)
Appréciation des GASPA par les femmes (n=264)	
Bénéfique	259 (98,11)
Non bénéfique	2 (0,76)
Sans intérêt	2 (0,76)
Autre	1 (0,38)

3.3. Perception des activités GASPA par les agents de santé à base communautaire dans la zone d'intervention

Concernant l'appréciation globale des services d'ANJE autour d'un paquet de services selon le cycle de vie, 6/8 des ASBC ont trouvé que cette approche était un bon aide-mémoire pour eux, 4/8 ont estimé que cette approche permettait de définir le rôle précis de chacun des acteurs, 3/8 rapportaient que cette approche facilite l'organisation des services, la compréhension des services offerts et permet la spécificité de la communication. Les autres avantages cités étaient la capacité des mères à préparer les bouillies enrichies, l'abandon des anciennes pratiques nutritionnelles et la réduction du nombre de malnutris.

Concernant l'approche des GASPA avec des normes de qualité, 100% ASBC des ASBC enquêtés (n=8) trouvaient que les GASPA sont des cadres d'échanges d'expériences, 6/8 d'entre eux trouvaient que c'est un moyen pour renforcer la solidarité entre les femmes et que les GASPA ont un effet visible et

sont une occasion propice pour l'application de modèle de changement de comportements et l'installation d'un climat de confiance et favorisent l'adhésion sans relâche aux activités promotionnelles de la part des mères.

3.4. *Perception de la pertinence du processus d'implantation des GASPA par les personnes ressources volontaires de la zone d'intervention*

Parmi les 8 personnes ressources volontaires (PRV) enquêtées, la moitié étaient des conseillers de village (n=4), 3/8 étaient des présidents de Conseil villageois de développement (CVD) et 1/8 un membre de CVD.

Concernant la conduite de diagnostics communautaires suivis de restitution comme étape d'implantation des interventions de promotion des pratiques optimales d'ANJE, le score moyen de pertinence retrouvé était de 3 (pertinent). En effet 5/8 PRV trouvaient que le diagnostic communautaire engendrait une prise de conscience des problèmes de santé par la communauté ; 3/8 trouvaient que les GASPA favorisent une facilitation des échanges et la collaboration entre les femmes ; 2/8 trouvaient que les GASPA favorisent une acquisition de compétences en nutrition par les acteurs communautaires.

Concernant l'approche utilisant les personnes ressources volontaires dans la mise en œuvre des stratégies de communication de proximité, le score de pertinence retrouvé était de 4 (très pertinent) et notifié par 100% des PRV. En effet le principal avantage de cette approche selon eux était le fait de pouvoir faire face aux obstacles culturels et sociaux. Les autres avantages cités par les enquêtés étaient la prise de conscience de la communauté et une meilleure diffusion de l'information sur les changements de comportements dans la communauté.

Concernant la mise en place de registres de suivi, le score de pertinente retrouvé était de 4 (très pertinent) et noté par 100% des personnes ressources volontaires (n=8). En effet avec la possibilité de prodiguer des conseils spécifiques, la mise en œuvre d'actions concrètes coordonnées et le suivi de l'évolution des principaux indicateurs et les actions de réajustement.

3.5. *État nutritionnel des enfants des villages GASPA et village contrôle.*

La prévalence globale de la malnutrition aiguë dans les villages d'intervention des GASPA était de 5,6% contre 13,2% pour les villages témoins en décembre 2019

Tableau 2: Prévalence de la malnutrition aiguë selon la zone

à 16,3% en 2019.

Tableau 3: Evolution de la couverture en CPN4 selon la zone de 2017 à 2019

Couverture en CPN4	2017	2018	2019
Zone d'intervention	5,6%	11,3%	16,3%
Zone contrôle	4,6%	1,5%	14,4%

3.8. Performance comparée pour les admissions pour malnutritions aiguës modérées et sévères du centre de santé et de promotion sociale d'intervention et témoin

L'évolution des différents taux d'admission pour malnutrition aiguë modérée et sévère dans les zones d'intervention et de contrôle.

Tableau 4: Evolution des proportions d'admission pour malnutrition aiguë modérée dans les zones d'intervention et de contrôle de 2016 à 2019

Zones	Proportion d'admission pour malnutrition aiguë modérée (%)			
	2016	2017	2018	2019
Intervention	61,80	14,60	8,37	5,78
Contrôle	45,49	45,49	44,14	21

3.9. Suivi des cas de malnutritions aiguës modérées et sévères dans la formation sanitaire abritant les GASPA

De 2017 à 2019, nous n'avons noté aucun abandon lors du suivi des enfants souffrant de malnutrition aiguë modérée (MAM) dans la zone d'intervention contrairement à la zone de contrôle où le taux d'abandon était de 2,4% en 2018.

Aussi, le taux de guérison de la malnutrition aiguë sévère (MAS) était de 100% au CSPA de Gangaol de 2017 à 2019 dans la zone d'intervention alors que ce taux évoluant en dents de scie dans la zone contrôle avec 100% en 2017, 93% en 2018 et 96% en 2019.

Le taux d'abandon de la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère (MAS) dans la zone d'intervention de Gangaol variait de 0,66% en 2017, à 0% en 2018 et 2019. Par contre, ce taux était de 6,98% en 2018 et de 5,26% en 2019 dans la zone contrôle de Soffokel.

4. Discussion

Le taux de participation des mères ou tutrices d'enfants aux GASPA dans les villages d'intervention des GASPA était de 94,74% (234) et 98,11% d'entre elles trouvaient que les GASPA leur étaient bénéfiques.

Dans une évaluation faite sur les GASPA dans la région du Nord en juillet 2014, la participation n'a pas été évaluée mais les contraintes liées à leur participation aux GASPA ont été évaluées, et on notait que certaines femmes expliquent qu'une bonne participation à ces groupes d'apprentissage et de suivi des pratiques d'ANJE est rendue difficile par certaines normes sociales. En effet, le consentement de l'homme pour la participation de la femme est indispensable. De plus, la polygamie peut être un frein comme le montre la citation suivante « Si tu as une coépouse c'est un peu difficile pour toi de participer à toutes les rencontres si toutefois ta coépouse n'est pas membre. Ton mari dira que tu es paresseuse, donc tu ne peux participer pleinement. » (Focus Songnaaba) **(Alexis Grandjean, 2014)**.

Ce fort taux de participation dans notre intervention pourrait être lié au fait que ces GASPA sont tenus et animés par des agents de santé à base communautaire qui vivent avec les bénéficiaires, qui les connaissent bien et connaissent les difficultés individuelles de chaque membre. Cela crée un sentiment de confiance entre les animateurs des GASPA et les participantes. Le soutien des hommes aussi est déterminant dans cette participation comme le montrent les résultats de nos focus groupe. Enfin le processus d'implantation de GASPA a favorisé une appropriation de la stratégie par la communauté elle-même et donc elle semble être une stratégie pérenne car c'est la communauté qui est au-devant de la mise en œuvre de la stratégie, qui apporte des intrants nutritionnels pour la démonstration culinaire et qui réfléchit sur les problèmes rencontrés et trouve des solutions elle-même. Cela vient confirmer cette assertion qui révèle que «Toute intervention communautaire doit encourager, dans toutes ses étapes, la participation réelle des femmes et des hommes et des personnes à besoins spécifiques à la prise de décision, à l'accès aux ressources (informationnelles, sanitaires...) et à l'expression et la défense de leurs intérêts» **(Ministère de la santé, Royaume du Maroc, 2013)**.

Aussi dans notre étude, la prévalence globale de la malnutrition aiguë dans les villages d'intervention était de 5,6% [2,9 - 10,5] et de 13,2% [6,5 - 25,0] au niveau des villages témoins. De même, une plus grande réduction d'admission MAM et de MAS depuis l'implantation des GASPA dans ladite zone. Selon les résultats de l'enquête nutritionnelle nationale du Burkina Faso en 2019, la prévalence de la malnutrition dans la province du Séno était de 11,3% **(Ministère de la santé, Burkina Faso, s. d.-b)**.

Ces résultats pourraient témoigner de l'apport de la stratégie GASPA dans la prévention de la malnutrition aiguë dans les villages d'implantation.

On note aussi que le taux de couverture en CPN 4 des zones d'intervention a évolué progressivement de 3,1% en 2016 à 16,3% en 2019. Ces résultats sont dans la même tendance que cette intervention multisectorielle réalisée au Bangladesh où l'éducation à la nutrition de la mère et du nourrisson et du jeune enfant (AMJIE) a été intégrée dans les programmes existants, tels que les groupes d'autonomisation des femmes, qui a permis d'accroître les consultations prénatales parmi les femmes enceintes (**Hossain et al., 2019**). En effet dans cette étude, la proportion de celles qui ont eu au moins quatre consultations prénatales a augmenté, passant de 22,5 % au départ à 61,4 % à la fin dans la zone de mise en œuvre du projet Nutrition at the Center, qui été mis en place dans les sous-districts de Deraï et Bishwambarpur du district de Sunamgonj à Sylhet, au Bangladesh et qui s'est déroulé de mai 2013 à décembre 2017 (**Hossain et al., 2019**). Ces meilleures performances observées en CPN4 dans la zone où sont mises en place les GASPA dans notre étude s'expliqueraient par le fait que les GASPA impliquent non seulement les femmes mais aussi les hommes et les autres personnes ayant une influence sur les femmes telles que les grands-mères ou les belles-mères dans la promotion de la santé avec une meilleure fréquentation des services de santé maternelle et infantile.

Enfin concernant la pertinence du processus d'implantation des GASPA, il a été jugé pertinent à très pertinent non seulement pour la conduite de diagnostics communautaires, que pour l'utilisation des personnes ressources volontaires dans la mise en œuvre des stratégies de communication de proximité, et la mise en place de registres de suivi. Au cours de cette intervention, le processus de mise en place a impliqué la communauté bénéficiaire tout au long du processus. Cela a permis une bonne appropriation de la stratégie par la communauté et a contribué à sa pérennité. Plusieurs études attestent le gain appréciable dans les interventions communautaires en santé ou en nutrition en mettant la communauté au-devant de la stratégie (**Feruglio & Nisbett, 2018; Kamel et al., 2019; Mayén et al., 2016**).

Les limites de l'étude pourraient être le choix de la zone témoin qui a été fait en tenant compte de la non mise en œuvre des groupes d'apprentissage et de pratiques d'ANJE dans l'aire du district sanitaire de Dori au cours des deux dernières années. Aussi les indicateurs de santé et nutrition observées dans la zone d'intervention pourraient être influencées par la stratégie GASPA mais aussi par d'autres

interventions, d'où la nécessité de poursuivre avec d'autres recherches pour évaluer l'effet exclusivement des GASPA.

5. Conclusion

La mise en place des groupes d'apprentissage et de pratique optimales d'ANJE (GASPA) dans les villages de la commune de Bani a permis de réduire la prévalence de la malnutrition aiguë, d'augmenter le nombre de contact pour les soins prénatals et soins post-natals dans cette zone. L'implication de la communauté dans la recherche et le maintien de sa propre santé est indispensable et des actions concrètes comme celles des GASPA permettraient d'améliorer les indicateurs clés de santé maternelle et infantile, de réduire les dépenses en santé par les populations et de ramener l'harmonie dans les couples

Remerciements

Nous tenons à remercier le Programme alimentaire mondial du Burkina Faso (PAM) pour le financement de la présente étude. Les remerciements vont également à l'endroit des agents et de la communauté de la commune de Bani pour leur participation à l'étude

Conflit d'Intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

Références

- Akombi, B. J., Agho, K. E., Merom, D., Renzaho, A. M., & Hall, J. J. (2017). Child malnutrition in sub-Saharan Africa : A meta-analysis of demographic and health surveys (2006-2016). *PLOS ONE*, 12(5), e0177338. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0177338>
- Alexis Grandjean. (2014). *Evaluation de l'application des options stratégiques du plan de passage à l'échelle de la promotion des pratiques optimales d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant au Burkina Faso*. Université Montpellier2-Université Montpellier1.
- Feruglio, F., & Nisbett, N. (2018). The challenges of institutionalizing community-level social accountability mechanisms for health and nutrition : A qualitative study in Odisha, India. *BMC Health Services Research*, 18(1), 788. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3600-1>

- Hossain, J., Rahman, N., Islam, M. H., Hasanuzzaman, M., & Jenkins, K. R. and D. (2019). A multi-sector approach to improve nutrition : Experiences of the Nutrition at the Center project, Bangladesh. *Field Exchange* 59, 54.
- Kamel, L., Abdel Aziz, S., & Yousof, H. Z. (2019). Community-based interventions to support maternal and child health practices in Upper Egypt. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 25(09), 597-603. <https://doi.org/10.26719/emhj.18.069>
- Mayén, A.-L., de Mestral, C., Zamora, G., Paccaud, F., Marques-Vidal, P., Bovet, P., & Stringhini, S. (2016). Interventions promoting healthy eating as a tool for reducing social inequalities in diet in low- and middle-income countries : A systematic review. *International Journal for Equity in Health*, 15(1), 205. <https://doi.org/10.1186/s12939-016-0489-3>
- Ministère de la santé, Burkina Faso. (s. d.-a). *Enquête nutritionnelle 2018* [Rapport d'enquête].
- Ministère de la santé, Burkina Faso. (s. d.-b). *Enquête nutritionnelle nationale 2019* [Rapport d'enquête].
- Ministère de la santé, Royaume du Maroc. (2013). *Guide sur la participation communautaire en santé*.
- UNICEF, WHO, & World Bank Group. (s. d.). *Levels and trends in child malnutrition : UNICEF/WHO/World Bank Group Joint Child Malnutrition Estimates, Key findings of the 2021 edition - World*. ReliefWeb. Consulté 11 août 2021, à l'adresse <https://reliefweb.int/report/world/levels-and-trends-child-malnutrition-unicefwhoworld-bank-group-joint-child-2>

© 2023 KABORE, licensee *Bamako Institute for Research and Development Studies Press*. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>)

Publisher's note

Bamako Institute for Research and Development Studies Press remains neutral regarding jurisdictional claims in map publications and institutional affiliations.



Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, Volume 5 (1)

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

Received, 6 February 2023

Accepted, 12 June 2023

Published, 13 June 2023

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

Research

Profil des diabetiques de 20 ans a 79 ans de l'enquete nationale sur la prevalence et caracteristiques du diabete en Côte d'Ivoire

Yao Eugène KONAN^{1,2}, Ekissi Orsot TETCHI^{1,2,*}, Franck Kokora EKO^{1,2}, Loukou Gilbert KONAN^{1,2}, Odile TANO-AKE^{1,2}

¹Département de santé publique et spécialités (UFR Sciences Médicales Abidjan, Université Félix Houphouët Boigny (Abidjan-Côte d'Ivoire)

²Institut National de Santé Publique (Abidjan-Côte d'Ivoire)

*Correspondance : Email : orsotetchi@yahoo.fr

Résumé

Le diabète constitue un problème de santé publique en Côte d'Ivoire. L'objectif général de la présente étude est de dresser le profil des diabétiques de l'enquête nationale sur la prévalence et les caractéristiques du diabète en Côte d'Ivoire chez les personnes de 20 ans à 79 ans. Il s'agit d'une étude transversale à visée analytique à partir d'une analyse secondaire des données de l'enquête nationale sur la prévalence et les caractéristiques du diabète en Côte d'Ivoire, réalisée du 25 Novembre au 22 Décembre 2017. Elle concerne 193 sujets sur un total de 197 ayant participé à l'étude. Les facteurs associés au statut de diabétique (diabétique connu ou diabétique méconnu) ont été recherchés par la régression logistique binaire. L'étude primaire a porté sur 3198 personnes âgées de 20 ans à 79 ans. Les participants, en majorité de sexe féminin (59,05%), avaient un âge moyen de 48,72 ans, vivaient en milieu urbain (78,1%) et n'avaient pas de protection sociale ou assurance maladie (92,51%). De l'analyse multivariée, la probabilité d'ignorance de l'état d'hyperglycémie chronique chez les personnes âgées de 20 ans et 79 ans était plus élevée chez les diabétiques vivant en zone rurale, grignotant entre les principaux repas, non hypertendus et sans antécédent de diabète familial ($p < 0,05$, $OR > 1$). Cependant celle-ci est faible chez les diabétiques de plus de 50 ans ($p < 0,05$, $OR < 1$). Cette étude souligne la nécessité de l'adoption de stratégies appropriées et de la mise en œuvre d'interventions en faveur de la prévention, du dépistage, du diagnostic du diabète et de la prise en charge précoce des diabétiques en Côte d'Ivoire.

Mots clés: étude secondaire, profil, diabétique, diabète non diagnostiqué, facteurs associés, Côte d'Ivoire

Abstract

Diabetes is a public health problem in Côte d'Ivoire. The general objective of this study is to profile the diabetics of the national survey on the prevalence and characteristics of diabetes in Côte d'Ivoire among people aged 20 to 79 years. This is a cross-sectional study for analytical purposes based on a

secondary analysis of data from the national survey on the prevalence and characteristics of diabetes in Côte d'Ivoire, carried out from November 25 to December 22, 2017. It concerns 193 subjects out of a total of 197 who participated in the study. Factors associated with diabetic status (known diabetic or unrecognized diabetic) were investigated by binary logistic regression. The primary study involved 3,198 people aged 20 to 79. The participants, mostly female (59.05%), had an average age of 48.72 years, lived in urban areas (78.1%) and had no social protection or health insurance (92.51 %). From the multivariate analysis, the probability of being unaware of the chronic hyperglycemic state in people aged 20 and 79 years was higher in diabetics living in rural areas, snacking between main meals, not hypertensive and without history of familial diabetes ($p < 0.05$, $OR > 1$). However, this is low in diabetics over 50 ($p < 0.05$, $OR < 1$). This study highlights the need for the adoption of appropriate strategies and the implementation of interventions for the prevention, screening, diagnosis of diabetes and early management of diabetics in Côte d'Ivoire.

Keywords: secondary study, profile, diabetic, undiagnosed diabetes, associated factors, Ivory Coast

1. Introduction

Le diabète sucré est une maladie chronique qui se caractérise par une hyperglycémie permanente. Il est caractérisé dans son évolution par la survenue de complications responsables d'une morbi-mortalité élevée. Il constitue, par sa fréquence de plus en plus croissante à travers le monde, un véritable problème de santé publique aussi bien dans les pays développés que dans les pays en développement (OMS, 2016 ; FID, 2019). En Côte d'Ivoire, la prévalence du diabète est passée de 5,7% en 1997 à 6,2% en 2017 (PNLMM /PMNT, 2017). Toutefois, il n'existe aucune description détaillée de la population diabétique. Les seules données disponibles sont parcellaires et reflètent davantage des données des sujets suivis en milieu hospitalier (Abodo & Lokrou, 1995 ; Tchicaya et al., 2003 ; Oga et al., 2006 ; Lokrou A & Gnangbomon-Boye, 1991) plutôt que le profil réel de ceux vivant sur le territoire ivoirien. Pourtant, une meilleure connaissance des caractéristiques s'inscrit parmi les stratégies importantes à adopter afin de mieux cerner l'épidémiologie de cette maladie métabolique. Disposer de données épidémiologiques relatives au profil des diabétiques permet d'adopter des stratégies appropriées susceptibles de contribuer à la réduction de la mortalité liée au diabète. Cette réduction de la mortalité passe par l'accès aux soins curatifs, préventifs et promotionnels indispensables à l'amélioration de la qualité de vie des diabétiques. En effet, afin d'orienter au mieux les stratégies de lutte, il est essentiel de disposer de données épidémiologiques pertinentes sur cette problématique en Côte d'Ivoire. Aussi, dans le but de contribuer à la lutte contre le diabète en Côte d'Ivoire, avons-nous réalisé la présente étude portant sur les caractéristiques des diabétiques recrutés dans les ménages lors de l'enquête nationale de prévalence du diabète dénommée « PREVADIA-CI 2017 » (PNLMM /PMNT, 2017).

2. Matériaux et Méthodes

2-1 Échantillon

Les données de cette étude proviennent de l'enquête PREVADIA-CI 2017 (PNLMM /PMNT, 2017), une enquête transversale auprès de personnes âgées de 20 à 79 ans, visant à recueillir de l'information sur la prévalence nationale et les caractéristiques du diabète en Côte d'Ivoire. L'enquête primaire

réalisée dans les ménages a été conduite du 25 novembre au 22 décembre 2017 et a couvert l'ensemble des districts qui composaient les 20 régions sanitaires que comptait le pays en 2017. Elle a concerné 3198 répondants représentatifs de la population ivoirienne sélectionnés selon un échantillonnage aléatoire stratifié à trois degrés (tirage de grappes du district sanitaire, sélection des ménages de la grappe, choix du sujet à enquêter dans le ménage). Dans l'étude primaire, l'effectif de diabétiques était de 197. Toutefois, dans le cadre de cette analyse secondaire, les données de 193 diabétiques ont été exploitées et prise en compte. En effet, lors de l'analyse des données, nous avons constaté que 4 diabétiques connus qui répondaient à nos critères diagnostics (diagnostic déjà établi par un agent de santé avant l'enquête) ont également fait l'objet de dépistage. Le diagramme ci-dessous présente le flux des participants diabétiques (Figure 1).

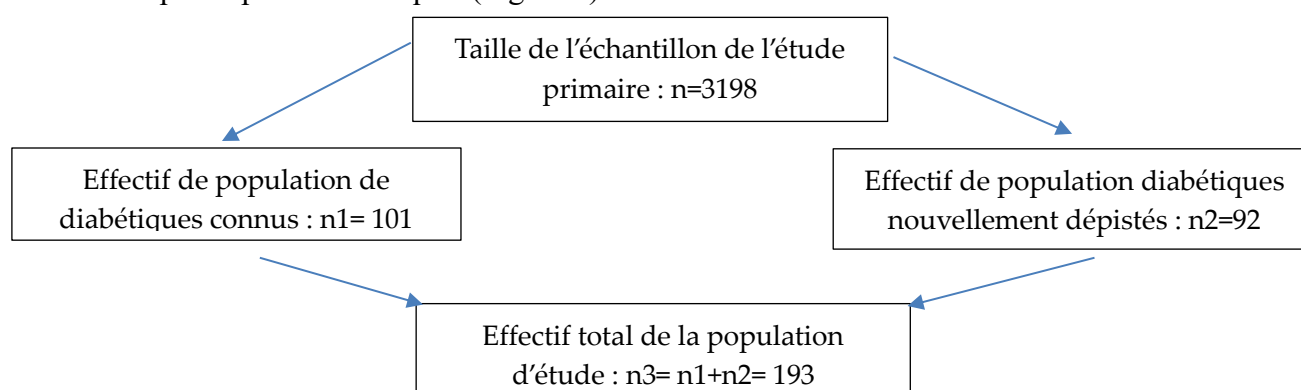


Figure 1 : Diagramme de flux des participants

Il importe de souligner que dans le cadre de l'enquête primaire, le diagnostic était fait sur la base des critères suivants : être diabétique connu avant la collecte des données (diagnostic établi par un agent de santé) ou être diabétique dépisté au moment de la collecte des données à partir d'une glycémie veineuse à jeun $\geq 1,26$ g/l (7,0 mmol/l) ou d'une valeur de l'hémoglobine glyquée (HbA1c) $\geq 6,5$ %. Comme dans les études de prévalence et caractéristiques du diabète en population générale réalisée à Mayotte [Solet JL, Baroux N, 2009 ; Azaz A et al, 2019] un seul dosage de glycémie élevé a conduit au diagnostic de diabète, ce qui correspond à la définition épidémiologique et non clinique (deux valeurs anormales) du diabète. Par conséquent, dans l'étude primaire, la prévalence du diabète a résulté de la somme de la prévalence du diabète connu et de la prévalence du diabète dépisté.

2-2 Collecte des données

Les données de l'étude primaire ont été collectées à l'aide d'un questionnaire comportant cinq sections à savoir les caractéristiques socio-démographiques, le mode de vie, les antécédents notamment de diabète diagnostiqué ou non, les caractéristiques cliniques et anthropométriques, les tests de dépistage et de diagnostic du diabète chez les participants ignorant leur état d'hyperglycémie et les résultats des différents examens paracliniques réalisés chez tous les enquêtés.

2-3 Traitement et analyse des données

Toutes les analyses ont été réalisées avec Stata version 15. L'analyse descriptive de l'ensemble des variables sélectionnées a constitué la première étape de notre analyse. Les effectifs et les pourcentages ont été calculés pour chaque variable qualitative. Les moyennes, médianes et modes, ainsi que les écarts types ont été calculés pour les variables quantitatives. L'analyse bivariée a consisté à mesurer

l'association entre la variable dépendante et chacune des variables indépendantes sélectionnées en réalisant une régression logistique simple. La variable dépendante était le statut de diabétique avec deux modalités (1= diabétique connu ; 0= diabétique méconnu). Les variables indépendantes ont été sélectionnées sur la base des connaissances scientifiques relatives aux facteurs associés au diabète. Le recodage a été fait selon les besoins de l'analyse. Il s'agissait de variables sociodémographiques composées de l'âge, du sexe, le niveau d'instruction, le statut matrimonial, le milieu de résidence, l'exercice ou non d'une activité génératrice de revenu et de variables comportementales ou habitudes de vie comprenant le statut vis-à-vis du tabac et de l'alcool, le niveau d'activité physique et la pratique ou non du grignotage. Concernant le niveau d'activité physique, le questionnaire mondial sur la pratique d'activités physiques (GPAQ) a été utilisé pour la classification des niveaux d'activités physiques (OMS, 2014). Une variable indépendante est retenue pour la construction du modèle lorsque son degré de signification p-value est inférieur à 0,2. Pour l'analyse multivariée, la régression logistique binaire a été effectuée en procédant par la méthode pas à pas ascendant. Les modèles successifs ont été comparés à l'aide du test de ratio de vraisemblance. Le test de Hosmer-Lemeshow a été utilisé pour juger de la qualité d'ajustement des modèles finaux. Le pouvoir discriminant du modèle a été apprécié à l'aide de la valeur de la mesure de l'aire sous la courbe ROC (receiver operating characteristic). Les Odds ratio ajustés ont été estimés avec leur p-value et leur intervalle de confiance. Les associations sont considérées comme significatives lorsque $p < 0,05$.

2-4 Considérations éthiques

La base de données a été obtenue après requête auprès de la Direction de Coordination du Programme National de Lutte contre les Maladies Métaboliques / Prévention des Maladies Non Transmissibles.

3. Résultats

3-1 Caractéristiques de la population d'étude

La majorité des sujets, de sexe féminin (59,05%), avait une moyenne d'âge de 48,72 ans (dont 58,52% ayant au moins 50 ans), vivait en milieu urbain (78,1%) avait au plus le niveau d'étude secondaire (69,53% dont 46,67% de non scolarisés) et n'avait pas de protection sociale ou assurance maladie (92,51%). Concernant le niveau d'instruction, il importe de noter que 47,59% des diabétiques de notre étude ne savaient ni lire et ni écrire. Les enquêtés vivant en couple (mariés et en union libre) représentaient 66,67%. Plus de la moitié des enquêtés était sans revenu (45,71%). Plus de la moitié (52,38%) des participants appartenait au groupe ethnique Akan (26,67%) et Mandé du nord (25,71%). Viennent ensuite les Krou (17,14%), les Mandé du sud (14,29%) et les Gour (7,62%). Les non nationaux représentaient 8,57%. Les enquêtés chez qui les niveaux d'activité physique étaient modérés et limites représentaient respectivement 31,09% et 56,48%. En matière de pratique alimentaire, nous avons noté 30,57% de cas de grignotage. Parmi les enquêtés, 28,5% consommaient l'alcool et 4,66% le tabac. Sur le plan nutritionnel, les diabétiques en surcharge pondérale étaient au nombre de 96 soit 49,74%. Moins de la moitié des diabétiques avait un état nutritionnel normal (43,52%). Au niveau des antécédents, une notion de diabète familial a été rapportée par plus du quart des diabétiques (26,74%) et ceux qui avaient une hypertension artérielle (HTA) représentaient 28,34%.

3-2 Diabète non diagnostiqué et facteurs associés

Dans cette étude, près de la moitié (47,7%) des personnes atteintes de diabète ignoraient leur état d'hyperglycémie chronique. Le ratio de diabète non diagnostiqué était de 0,91 (9 cas non diagnostiqués pour 10 cas connus). Chez les diabétiques connus, 20,95% ne faisaient pas l'objet de suivi médical. Parmi ceux qui bénéficiaient d'un suivi médical, 66,69% recevaient au moment de la collecte des données un traitement prescrit par un professionnel de santé pour le diabète. Il s'agissait de régime alimentaire (56,94%), d'antidiabétiques oraux (65,28%) et d'insuline (18,57%). Toutefois, 21% affirmaient ne pas observer le traitement prescrit. Par ailleurs, près de la moitié (48,5%) avait recours à la médecine traditionnelle ou alternative pour le traitement du diabète. Ce recours était une initiative personnelle dans 45,24% ou conseillé par l'entourage (famille ou amis (70,97%), par un guérisseur traditionnel (38,71%) et rarement par un agent de santé (6,45%). Le tableau I présente les résultats de l'analyse bivariable relative au diabète diagnostiqué et non diagnostiqué. Les variables candidates pour le modèle final ($p < 0,2$) étaient l'âge, le milieu de vie, la consommation d'alcool, le grignotage entre les repas, les antécédents de diabète familial et d'HTA. Nous avons également recherché une interaction avec l'âge et le sexe.

Tableau I : Répartition des diabétiques âgées de 20 ans à 79 ans en fonction des caractéristiques générales

Caractéristiques des diabétiques		Statut de diabétique				P
		Connu		Méconnu		
		n	%	n	%	
Caractéristiques sociodémographiques						
Sexe	Homme	41	40,59	43	46,74	0,390
	Femme	60	59,41	49	53,26	
Tranche d'âges (en années)	20-29	9	8,91	18	19,57	0,104
	30-39	14	13,86	20	21,74	
	40-49	19	18,81	12	13,04	
	50-59	25	24,75	22	23,91	
	60-69	25	24,75	14	15,22	
	70-79	9	8,91	6	6,52	
Milieu de vie	Urbain	78	77,23	53	57,61	0,004
	Rural	23	22,77	39	42,39	
Niveau d'instruction	Non scolarisé	48	47,52	36	39,13	0,647
	Primaire	23	22,77	25	27,17	
	Secondaire	23	22,77	22	23,91	
	Supérieur	7	6,93	9	9,78	
Situation matrimoniale	Vivant en couple	67	66,34	60	65,22	0,585
	Jamais marié	17	16,83	20	21,74	
	Divorcé/veuf (ve)	17	16,83	12	13,04	
Revenu	Oui	55	54,46	50	54,35	0,988
	Non	46	45,54	42	45,65	
Protection sociale	Oui	7	6,93	7	8,14	0,754
	Non	94	93,07	79	91,86	
Groupes ethniques	Akan	27	26,73	38	41,3	0,375
	Krou	18	17,82	16	17,39	
	Mandé du Nord	25	24,75	17	18,48	
	Mandé du Sud	14	13,86	10	10,87	
	Gour	8	7,92	4	4,35	
	Non nationaux	9	8,91	7	7,61	

Caractéristiques comportementales des diabétiques						
Niveau d'activité physique	Elevé	14	13,86	10	10,87	0,375
	Modéré	27	26,73	33	35,87	
	Limite	60	59,41	49	53,26	
Consommation d'alcool	Oui	19	18,81	36	39,13	0,002
	Non	82	81,19	56	60,87	
Statut tabagique	Fumeur	4	3,96	5	5,43	0,628
	Non-fumeur	97	96,04	87	94,57	
Pratique du grignotage	Oui	26	25,74	33	35,87	0,127
	Non	75	74,26	59	64,13	
Caractéristiques anthropométriques et antécédents des enquêtés						
Etat nutritionnel	Maigreur	5	4,95	8	8,90	0,375
	Poids normal	40	39,60	44	47,83	
	Surcharge pondérale	56	55,45	40	43,48	
Diabète familial	Oui	38	37,62	12	13,95	0,000
	Non	63	62,38	74	86,05	
HTA	Oui	39	38,61	14	16,28	0,001
	Non	62	61,39	72	83,72	

L'analyse multivariée a permis de noter que la probabilité de diabète non diagnostiqué était plus élevée chez les femmes de 50 ans et plus, les diabétiques vivant en zones rurales, les diabétiques pratiquant le grignotage et chez ceux ayant un antécédent de diabète familial et d'HTA. Par contre, les diabétiques de plus de 50 ans avaient 73% moins de risque d'ignorer leur état d'hyperglycémie chronique comparés à ceux de moins de 50 ans (Tableau II).

Tableau II : Facteurs associés à l'ignorance du statut de diabétique

Variabes	OR ajusté	P value	Intervalle de confiance à 95%
Âge			
Moins de 50 ans	1		
50 ans et plus	0,27	0,011	[0,09-0,74]
Sexe			
Masculin	1		
Féminin	0,41	0,063	[0,16-1,05]
Interaction âge et sexe			
Hommes de moins de 50 ans	1		
Femmes de moins de 50 ans	1		
Hommes de 50 ans et plus	1		
Femme de 50 ans et plus	5,92	0,010	[1,54-22,77]
Milieu de résidence			
Urbain	1		
Rural	3,06	0,002	[1,52-6,14]
HTA			
Oui	1		
Non	2,77	0,009	[1,28-5,99]

Diabète familial			
Oui	1		
Non	4,16	0,001	[1,86-9,29]
Grignotage			
Oui	2,15	0,030	[1,28-5,99]
Non	1		
Alcool			
Oui	1,90	0,088	[0,90-4,01]
Non	1		

4. Discussion

La principale limite de notre étude est liée à son caractère secondaire à l'enquête nationale de prévalence du diabète en Côte d'Ivoire qui date de 2017 avec son corollaire de données manquantes, notamment la non prise en compte des sujets de moins 20 ans. Elle ne permet pas en effet, de décrire la situation du diabète chez les enfants et les adolescents. Toutefois, selon la Haute Autorité de Santé (France), le diabète de type 2 (le plus fréquent) se manifeste généralement après 40 ans et est diagnostiqué à un âge moyen de 65 ans. Raison pour laquelle, elle recommande de renouveler le test de dépistage tous les 3 ans chez les personnes de plus de 45 ans, et tous les ans s'il y'a plus d'un facteur de risque (HAS, 2014). Cependant, de plus en plus de cas sont observés chez les adolescents, et même chez les enfants. Compte tenu du fait que la plupart des études ciblent les adultes âgés de 20 à 79 ans, il est impossible actuellement d'estimer le nombre d'enfants et d'adolescents vivant avec le diabète de type 2 (FID, 2019). Toutefois, malgré cette limite, elle a l'avantage à partir de cette enquête nationale de disposer de données relatives aux caractéristiques de la population diabétique recrutée de façon aléatoire dans les ménages, de mesurer l'ampleur du diabète non diagnostiqué et d'identifier les facteurs associés au diabète non diagnostiqué dans la population diabétique en Côte d'Ivoire. Par conséquent, elle pourrait contribuer à l'adoption de stratégies appropriées et à la mise en œuvre d'interventions en faveur de la prévention, du dépistage, du diagnostic du diabète et de la prise en charge précoce des diabétiques en Côte d'Ivoire. En effet, il est ressorti de notre étude que certaines caractéristiques sociodémographiques chez nos enquêtés peuvent accentuer leur vulnérabilité et leur fragilité, et réduire leur résilience à la maladie. Il s'agit notamment de la prédominance féminine (59,05%), du jeune âge, moins de 50 ans (58,52%), du faible niveau d'instruction (69,53%), de l'absence de protection sociale (92,51%) et de la résidence en zones rurales (21,9%) peu desservies en infrastructures socioéconomiques et sanitaires. En milieu hospitalier, au Centre antidiabétique d'Abidjan, Aké-Tano O et al (2017) notaient également une prédominance féminine (59,4 %) avec toutefois un âge moyen plus important (52,6 ans) et la majorité des participants avait au moins le niveau d'étude secondaire (57,8%). Dans une étude menée par Kouakou AYF (2016) auprès des malades du diabète admis aux urgences médicales au CHU de Yopougon, l'âge moyen était de 54,32 ans, les hommes représentaient 56,30%. Au Canada, l'âge moyen lors du diagnostic du diabète (type 1 et 2) est de 60 ans. Sa prévalence est en constante augmentation en raison du vieillissement de la population et de la diminution de la mortalité chez les diabétiques (INSPQ, 2011). En Guinée, au service de diabétologie de l'hôpital national Donka de Conakry les patients diabétiques de type 2 avaient un âge moyen de 53,5 ans et majoritairement de sexe féminin (63,6%) (Sidibé et al., 2017). Sur le plan nutritionnel, la prévalence de la surcharge pondérale chez les diabétiques dans notre échantillon était de 49,74%. Cette proportion importante de surcharge pondérale, conséquence d'une alimentation non adaptée et d'un manque d'activité physique chez les diabétiques pourrait se justifier

par le fait que les sujets en surpoids et obèses sont les plus à risque de développer un diabète de type 2. Par ailleurs, le surpoids et l'obésité sont des facteurs de risque très importants, surtout chez des personnes génétiquement prédisposées. C'est ainsi que dans cette étude, un antécédent de diabète familial a été retrouvé chez plus d'un quart des diabétiques (26,74%). L'analyse des caractéristiques en regard de leurs habitudes de vie a mis en lumière chez certains diabétiques un niveau limité d'activité physique (56,48%), la pratique du grignotage (30,57%), la consommation de substances psychoactives notamment l'alcool (28,5%) et le tabac (4,66%). Selon l'Organisation mondiale de la Santé (2016), une bonne prise en charge contribue à prévenir les complications et les décès prématurés dus au diabète moyennant : un ensemble restreint de médicaments ; des interventions destinées à promouvoir un mode de vie sain (notamment une alimentation saine, l'activité physique, l'absence de tabagisme et de consommation nocive d'alcool); l'éducation des patients pour faciliter l'acquisition de compétences d'autosoins et psychosociales ou d'adaptation; un dépistage régulier pour la détection et le traitement précoces des complications par une équipe pluridisciplinaire. Concernant l'activité physique, il est important de souligner qu'une activité physique adaptée fait partie des traitements non médicamenteux du diabète de type 2. Sa pratique régulière induit des effets bénéfiques sur le métabolisme du glucose et sur certains facteurs de risque cardiovasculaires associés. Au niveau des antécédents, l'hypertension était associée au diabète dans 28,34%. En milieu hospitalier, une étude réalisée par Aké-Tano O et al (2017) trouvait un pourcentage plus important de l'ordre de 45,3% au Centre antidiabétique d'Abidjan, le plus grand centre national spécialisé dans la prise en charge ambulatoire des patients diabétiques en Côte d'Ivoire. Selon Public Health Agency of Canada (2010), les taux de mortalité chez les Canadiens ayant un diagnostic d'hypertension et de diabète sont 2,5 fois plus élevés que chez leurs concitoyens qui n'en souffrent pas. Aussi, la détection et la prise en charge de l'hypertension chez les patients diabétiques représentent-elles les mesures les plus efficaces pour prévenir les événements indésirables. Par conséquent, les professionnels de la santé doivent doubler d'efforts pour améliorer et contrôler les chiffres tensionnels chez les patients diabétiques. Les effets d'une amélioration du contrôle de la tension artérielle sur les taux de mortalité et d'accidents cardiovasculaires sont substantiels et se traduisent par des économies de coûts pour le système de santé (Campbell et al., 2011).

Dans cette étude, la proportion de personnes atteintes d'un diabète non diagnostiqué, parmi toutes les personnes diabétiques de l'étude représentait 47,7%. Le ratio de diabète non diagnostiqué par rapport au diabète diagnostiqué était 0,91 soit pratiquement 1 personne diabétique sur 2 ne se savait pas diabétique. Ce constat met en lumière le besoin de diagnostiquer les personnes vivant avec le diabète sans le savoir et de fournir des soins appropriés le plus tôt possible (FID,2019). Selon la Fédération internationale du diabète, le plus fort pourcentage de cas de diabète non diagnostiqué (59,7 %) se trouve dans la Région africaine (FID,2019). A Montréal (Québec), 1 personne diabétique sur 4 ne sait pas qu'elle est atteinte de la maladie (INSPQ,2015). La conséquence, ces personnes qui ignoraient leur état d'hyperglycémie chronique sont diagnostiquées généralement au stade de complications aux conséquences souvent dramatiques (ex : amputation, cécité, coma avec séquelles neurologiques irréversibles, maladie rénale irréversible). Selon, la FID (2019), les contraintes géographiques, notamment l'étendue des zones rurales, les ressources limitées et la priorité donnée à d'autres maladies, peuvent y contribuer.

De l'analyse multivariée, les différents facteurs associés au diabète non diagnostiqué chez nos enquêtés étaient l'âge, le milieu de résidence, le fait de grignoter ou non, l'existence ou non d'HTA ou de diabète familial. Concernant l'âge, les diabétiques de plus de 50 ans avaient 73% moins de risque d'ignorer

leur statut d'hyperglycémie par rapport à ceux de moins de 50 ans. En effet, contrairement aux diabétiques moins âgés, le dépistage des cas d'hyperglycémie est réalisé de plus en plus systématiquement lors des visites médicales chez les sujets âgés confrontés à un risque plus important de maladies métaboliques et des autres maladies chroniques. Pour ce qui est du milieu de vie, le fait de résider en milieu rural constitue un facteur prédictif de diabète non diagnostiqué. En effet, dans notre étude, les diabétiques des localités rurales avaient 3,06 fois plus de risque d'ignorer leur statut d'hyperglycémie chronique par rapport à ceux vivant dans les localités urbaines. En effet, du fait des difficultés d'accès aux structures sanitaires et à l'information pour le dépistage et le diagnostic précoces d'une part, et des croyances religieuses et culturelles d'autre part, les malades des localités rurales ont recours exclusivement ou partiellement à la médecine traditionnelle qui prétend guérir de façon définitive certaines maladies chroniques dont le diabète (Nemi et al., 2016), avec pour conséquence une proportion importante de sujets ignorant leur statut de diabétique, un dépistage tardif généralement au stade de complications (Gning et al., 2007) et une mortalité prématurée. Le deuxième facteur prédictif identifié est la pratique du grignotage. Les diabétiques qui grignotent avaient 2,15 fois plus de risque d'ignorer leur statut d'hyperglycémie chronique par rapport à ceux qui ne grignotent pas. Ce constat souligne la nécessité de développer des activités de sensibilisation et d'éducation pour la santé sur les méfaits du grignotage. Selon Aké-Tano O et al (2017), ce type de comportement alimentaire peut être source de déséquilibre glycémique et induire une prise pondérale.

A côté de la résidence en milieu rural et de la pratique du grignotage entre les repas, les deux autres facteurs prédictifs du diabète non diagnostiqué étaient l'absence d'antécédent de diabète familial et d'HTA. En effet, le diabète étant une maladie héréditaire, les professionnels de santé recueillent régulièrement les antécédents familiaux de diabète chez un apparenté du premier degré afin d'identifier les personnes à haut risque de développer un diabète (Pappas et al., 2011). C'est ainsi que dans cette étude, nous avons noté que le risque de diabète non diagnostiqué est 4,16 fois plus élevé chez les enquêtés n'ayant pas d'antécédent de diabète familial (OR=4,16, IC95%: [1,86-9,29]). Pour ce qui est de l'HTA, le bilan paraclinique initial minimal recommandé par l'OMS (WHO, 1999) concerne plusieurs paramètres dont la mesure de la glycémie à jeun à la recherche de diabète. En effet, l'HTA et le diabète sont deux facteurs de risque cardiovasculaires fréquents et souvent associés. Cette mesure systématique de la glycémie pourrait expliquer le risque de diabète non diagnostiqué est 2,77 fois plus élevé chez les enquêtés n'ayant pas d'antécédent d'HTA (OR=2,77, IC95%: [1,28-5,99]).

Bien qu'il s'agisse d'une analyse secondaire des données de l'enquête nationale sur la prévalence et les caractéristiques du diabète en Côte d'Ivoire, les résultats de la présente étude ont des implications autant pour la politique nationale de lutte contre le diabète que pour les recherches futures. Sur le plan de la politique nationale de lutte contre le diabète, elle a permis d'appréhender certaines réalités auxquelles le programme national en charge de la lutte contre le diabète doit faire face, plus précisément la part importante du diabète non diagnostiqué. Des stratégies pour la réduction de la part du diabète non diagnostiqué doivent être développées notamment en zones rurales. En milieu hospitalier, le dépistage systématique du diabète chez les sujets présentant des facteurs de risque des maladies cardiovasculaires doit être encouragé à tous les niveaux du versant offre de soins de la pyramide sanitaire. Sur le plan de la recherche, les résultats de cette étude soulignent la nécessité d'entreprendre d'autres travaux de recherche qui contribueront à mieux cerner la problématique du diabète en Côte d'Ivoire.

5. Conclusion

Le diabète constitue un problème de santé publique en Côte d'Ivoire. Il concerne surtout les femmes, les sujets de plus de 50 ans ainsi que ceux vivant en zone urbaine. Le diabète non diagnostiqué est une réalité. L'âge, le milieu de vie, la pratique du grignotage, le diabète familial et l'hypertension artérielle sont les facteurs associés identifiés du diabète non diagnostiqué. Des études supplémentaires devraient permettre d'avoir une meilleure connaissance de la problématique du diabète en Côte d'Ivoire.

Remerciements A la Direction de Coordination du Programme National de Lutte contre les Maladies Métaboliques/ Prévention des Maladies non Transmissibles de Côte d'Ivoire

Conflit of Intérêts: Aucun conflit d'intérêt

Références

- Abodo R.J, Lokrou A (1999). Aspects du diabète sucré chez le noir africain à l'hôpital militaire d'Abidjan. A propos de 423 cas colligés du 1er janvier 1995 au 31 décembre 1999, *Med Afr Noire* 1995 ; 42 (7) : 372-82
- Aké-Tano SOP, Ekou FK, Konan YE, Tetchi EO, Kpébo DO, Sablé PS, Aka F, Dagnan NS (2017). Pratiques alimentaires des diabétiques de type 2 suivis au Centre Antidiabétique d'Abidjan. *Santé publique* 2017; 29 (3) :423-430.
- Azaz A, Jezewski-Serra D, Ruello M, YoussoufH, Piffaretti C, Fosse-Edorh S (2022). Estimation de la prévalence du diabète et du prédiabète à Mayotte et caractéristiques des personnes diabétiques, Mayotte, 2019. *Bull Epidemiol Hebd.* 2022;(9-10):164-9.
- Campbell NRC, Gilbert RE, Leiter LA, Larochelle P, Tobe S, Chockalingam A, Ward R, Morris D, Tsuyuki RT, Harris SB (2011). L'hypertension chez les diabétiques de type 2: Mise à jour sur le traitement pharmacologique [Hypertension in people with type 2 diabetes: Hypertension in people with type 2 diabetes]. *Can Fam Physician.* 2011 Sep;57(9):e347–53. French. PMID: PMC3173443
- Centre Intégré Universitaire de Santé et des Services Sociaux du Centre-Est-de-l'Île-de-Montréal, Direction de santé publique de Montréal, Institut national de santé publique du Québec (2015). Le diabète à Montréal : un problème qui continue de prendre de l'ampleur. 14p, https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2042_diabete_montreal_probleme_ampleur.pdf
- Fédération internationale du diabète, FID (2019). L'atlas du diabète de la FID, 9ème Édition 2019. 176p, https://diabetesatlas.org/upload/resources/material/20200302_133352_2406-IDF-ATLAS-FRENCH-BOOK.pdf
- Gning SB, Thiam M, Fall F, Ba-Fall K, Mbaye PS, Fourcade L (2007). Le diabète sucré en Afrique subsaharienne aspects épidémiologiques, difficultés de prise en charge. *Med Trop.* 2007; 67(6): 607-11
- Institut de veille sanitaire — Étude Maydia 2008 – Étude de la prévalence et des caractéristiques du diabète en population générale à Mayotte. Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), Canada Diabète (2011). 2-Indicateurs de santé et de bien-être. p. 4-6 https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/responsabilite-populationnelle/f012_diabete.pdf.
- Kouakou AYF, Kamagaté A, Yapo AP (2016). Complications du diabète en Côte d'Ivoire chez les patients diagnostiqués tardivement. *European Scientific Journal* 2016 ; 12(27), ISSN: 1857 – 7881 (Print) e - ISSN 1857- 7431
- Lokrou A, Gnanbomon-Boye J (1999). Le diabète non insulino-dépendant en Côte d'Ivoire. Etude de 3950 cas. *Rev Franç Endocrinol Clin* 1991; 32 : 581-8.
- Nemi KD, Djalogue L, Djagadou KA, Tchamdja T, Tsevi YM , Balaka A (2019). Les modes de révélation du diabète sucré au CHU Sylvanus Olympio de Lomé. *The Pan African Medical Journal.*

2019;34:99. doi:10.11604/pamj.2019.34.99.20012

Oga S.S., Tebi A., Aka J., Adouéni K.V., Malan K.A., Kouadio L.P., Lokrou A (2006). Le diabète sucré diagnostiqué en Côte d'Ivoire : des particularités épidémiologiques. *Med Trop* 2006; 66 : 241-246

Organisation Mondiale de la Santé (2014). Questionnaire mondial sur la pratique d'activités physiques (GPAQ)—Guide pour l'analyse. 26 p.

Organisation Mondiale de la Santé (2016). Rapport mondial sur le diabète. p88

Pappas Y, Wei I, Car J, Majeed A, Sheikh A (2011). Computer-assisted versus oral-and-written family history taking for identifying people with elevated risk of type 2 diabetes mellitus. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011, Issue 12. Art. No.: CD008489. DOI: 10.1002/14651858.CD008489.pub2

Programme National de Lutte contre les Maladies Métaboliques et de Prévention des Maladies Non Transmissibles, PNLMM /PMNT (2017). Prévalence et caractéristiques du diabète en Côte d'Ivoire – PREVADIA-CI 2017. 55p.

Public Health Agency of Canada, PHAC (2010). Report from the Canadian Chronic Disease Surveillance System: Hypertension in Canada. 28p, https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/migration/phac-aspc/cd-mc/cvd-mcv/ccdss-snsmc-2010/pdf/CCDSS_HTN_Report_FINAL_EN_20100513.pdf.

République de France, Haute Autorité de Santé (2014). Actualisation du référentiel de pratiques de l'examen périodique de santé Prévention et dépistage du diabète de type 2 et des maladies liées au diabète. 98p, https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/referenciel_pratiques_diabete.pdf

Sidibé S, Delamou A, Camara A, Touré A, Samake AT, Dindinda S, Diallo S, Magassouba AS, Magassouba FB (2017). Profil nutritionnel des patients diabétiques de type2 au service de diabétologie de l'hôpital national Donka, Conakry (Guinée) *Guinée Médicale* 2017; 89(1): 5-10

Solet JL, Baroux N (2009). Étude Maydia 2008 – Étude de la prévalence et des caractéristiques du diabète en population générale à Mayotte. Saint-Maurice (Fra) : Institut de veille sanitaire, décembre 2009, 83 p.

Tchicaya A.F., Wognin S.B., Kouassi Y.M., Yeboue-Kouamé Y.B., Bonny J.S (2007). Etude transversale du profil professionnel des diabétiques admis au centre antidiabétique d'Abidjan au cours du 2ème semestre 2003. *EDUCI* 2007, *Rev. Int. Sc. Méd*; 2007, 9(1) : 48-53.

WHO (1999). Guidelines subcommittee. World health organization international society of hypertension guidelines for the management of hypertension. Geneva : WHO, 1999 ; 17 : 151-183.

© 2023 **TETCHI et al.**, licensee *Bamako Institute for Research and Development Studies Press*. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>)

Publisher's note

Bamako Institute for Research and Development Studies Press remains neutral regarding jurisdictional claims in map publications and institutional affiliations.



Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, Volume 5 (1)

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

Received, 6 April 2023

Accepted, 29 May 2023

Published, 13 June 2023

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

Research

Revigoration d'un patrimoine culturel immatériel : la danse du Bara dans la commune rurale de Pogo en région de Ségou au Mali

Massa dit Bina MARIKO¹ et Moussa dit Martin TESSOUGUE^{2*}

¹Université des Sciences Sociales et de Gestion de Bamako (USSGB), Mali

²Faculté d'Histoire et de Géographie (FHG) - Université des Sciences Sociales et de Gestion de Bamako (USSGB), Mali

*Correspondance : mmtessougue@gmail.com / mm.t91@mesrs.ml; Tél : +223 79081720

Résumé

L'objectif de cette étude est d'explorer les voies de revigoration d'une danse traditionnelle dénommée Bara en abandon dans la commune rurale de Pogo en région de Ségou au Mali. De nos jours, les menaces qui pèsent sur le Bara sont énormes : expansion des danses modernes et de l'islam. La question est de savoir comment revigorer la danse coutumière du Bara en milieu Bamanan dans la commune rurale de Pogo ? Cette recherche, réalisée grâce à une méthodologie des enquêtes qualitatives et quantitatives auprès des populations, ses résultats révèlent que la danse du Bara est un patrimoine culturel Bamanan très menacé. Seules les personnes âgées connaissent le Bara. Les jeunes ne le connaissent pas pour cause d'abandon. En outre, les résultats nous ont permis de savoir que le Bara désigne une danse populaire de réjouissance. C'est une danse originaire de Ségou et s'exécute en trois temps. La fête de fin d'année du calendrier agricole en avril – mai, était la principale occasion pour l'organisation du Bara. De nos jours la revigoration du Bara pourrait s'effectuer grâce aux prestations annuelles des masques et d'autres manifestations culturelles comme la fête de l'indépendance.

Mots clés : Revigoration, danse, Bara, patrimoine culturel, Mali.

REINVIGORATION OF AN IMMATERIAL CULTURAL HERITAGE: THE BARA DANCE IN THE RURAL COMMUNE OF POGO IN THE REGION OF SEGOU IN MALI

Abstract

The objective of this study is to explore ways to revitalize a traditional dance called Bara that has been abandoned in the rural commune of Pogo in the Segou region of Mali. Nowadays, the threats to the Bara are enormous: the expansion of modern dances and Islam. The question is how to reinvigorate the customary dance of the Bara in the Bamanan environment in the rural commune of Pogo? This research, carried out thanks to a methodology of qualitative and quantitative surveys among the populations, its results reveal that the Bara dance is a very threatened Bamanan cultural heritage. Only the elderly knows it. Young people do not know

the Bara because it has been abandoned. The results of the study show that the Bara is a popular dance of rejoicing. It is a dance originating from Segou and is performed in three occasions mainly. The end-of-year celebration of the agricultural calendar in April and May was the main occasion for the organization of the Bara. Nowadays, the revival of the Bara could be carried out thanks to the annual performances of the masks and other cultural events such as the Independence Day.

Key words: Revival, dance, Bara, cultural heritage, Mali.

1. Introduction

« Le patrimoine peut être défini comme un ensemble de biens, matériels ou immatériels, dont l'une des caractéristiques est de permettre d'établir un lien entre les générations, tant passées qu'à venir. Il est donc issu d'un héritage, produit de l'histoire, plus ou moins ancienne, d'un territoire ou d'un groupe social » (M. VERNIÈRES, 2015, p.7).

« Le patrimoine culturel ne s'arrête pas aux monuments et aux collections d'objets. Il comprend également les traditions ou les expressions vivantes héritées de nos ancêtres et transmises à nos descendants, comme les traditions orales, les arts du spectacle, les pratiques sociales, rituels et événements festifs, les connaissances et pratiques concernant la nature et l'univers ou les connaissances et le savoir-faire nécessaires à l'artisanat traditionnel » (UNESCO, 2003, p. 3).

Le Mali possède un riche patrimoine culturel. Au sein de toutes les communautés ethniques au Mali, les expressions culturelles soutiennent toutes les étapes des regroupements sociaux pour célébrer les baptêmes, les mariages, les réjouissances populaires ou pour organiser les funérailles. A ce titre, dans la commune rurale de Pogo en région de Ségou, la communauté Bamanan dans son répertoire culturel anime les réjouissances populaires par la danse du Bara. L'attachement des communautés au Bara s'explique par la haute signification de cette danse, dans la culture Bamanan en général et en particulier pour les Bamanan de Ségou. Il n'est pas inutile de signaler cette spécificité ségovienne car la culture Bamanan, connaît d'autres styles de danses comme : le Tièblentiè, le Koman, le Komodon, etc. La danse Bara, impressionne plus d'un par l'élégance du mouvement, l'harmonie des gestes successifs qui expriment à la fois la noblesse, la dignité, la sagesse, la maîtrise de soi et la confiance en soi. Il se dégage incontestablement de l'ensemble des mouvements une certaine joie de vivre. C'est comme si cette danse était un concentré de l'idéal moral et le savoir être Bamanan. Le Bara est aussi un moyen de galvanisation, d'éducation dans la société car les chansons évoquées lors de la danse du Bara favorisent l'union, la cohésion et la paix sociale mais c'est aussi une source d'encouragement des jeunes au travail. B.M. CAMARA, (2015, p. 27), explique que le Bara est une source de paix, de sécurité et de cohésion sociale. C'est au cours de cette manifestation que se créent des liens d'amitiés, d'amour, de mariage et de connaissances. Un ouvrage du Ministère des Sports des Arts et de la Culture - MSAC, (1982, p. 10), soutient que le Bara évoque la noblesse et la dignité. Il peut se danser à tout âge. Les danseurs avec leur bâton et les danseuses avec leur foulard donnent l'impression d'une scène de plaisanterie. Marche à pas avec maniement de bâton d'un côté et de l'autre des gestes gracieux.

Malgré, tous ses bienfaits socioculturels, la danse du Bara n'est plus régulièrement pratiquée aujourd'hui par les populations. M.D.B. MARIKO, (2021, p. 72) rapporte les propos du conseil de village de Kamona recueillis le 14 janvier 2021. « Le Bara n'est pas connu. Cette méconnaissance a influencé négativement le Bara. Pour pratiquer un événement il faut le

connaître. C'est pourquoi les adultes et les jeunes n'accordent pas beaucoup d'importances à la danse du Bara ». Le modèle occidental domine nos esprits. Le mode de vie d'aujourd'hui ne laisse plus de place à nos danses traditionnelles. Les radios et les télévisions influencent beaucoup notre société car les programmes ne favorisent pas notre culture. De même l'avènement de l'islam chez nous, a considérablement bouleversé de façon négative nos cultures et nos mœurs. La destruction des « Komoso » (maison des fétiches) au profit des mosquées, a été un coup fatal pour notre tradition. Les sociétés secrètes disparaissent progressivement. L'initiation au « Komo » est en voie d'abandon. Les enfants ne sont plus éduqués de façon traditionnelle. L'avènement de la religion musulmane a poussé les fidèles musulmans de nombreuses contrées du Mali à abandonner leurs pratiques culturelles qui sont considérées comme de l'idolâtrie. Nos fidèles musulmans ont fait un amalgame entre la culture et la religion, boutant ainsi tout ce qui est culture coutumière à cause de la religion. De plus l'insuffisance de joueurs du tam-tam a considérablement impacté la pratique du Bara. Autrefois le joueur du tam-tam était bien encadré et bien formé. Tout joueur avait un maître qui veillait sur lui. L'élève apprenait longtemps auprès du maître jusqu'à ce qu'il acquière une aptitude. Mais aujourd'hui, tel n'est pas le cas. Le tam-tam est appris à tort et à travers. Ces nouveaux apprenants ne sont plus formés par un maître. La maîtrise du tam-tam leur manque. La technique de jeu n'y est pas. Ce qui a progressivement provoqué le dégoût des tam-tams pour les connaisseurs. Petit à petit le désintérêt a impacté sur la pratique des instruments de musique. Aujourd'hui, les populations ne connaissent plus le Bara. Cette méconnaissance a influencé, négativement la danse du Bara. Autrefois le « Baratulon » (réjouissance autour de la danse du Bara), était l'évènement phare dans notre société traditionnelle. Son organisation enthousiasmait tout le village. C'était un temps de retrouvailles. La non pratique peut s'expliquer par sa méconnaissance. La méconnaissance du Bara n'est pas le seul facteur qui a impacté négativement le Bara. Il y'a aussi l'introduction des danses modernes à travers les prestations des musiciens et cantatrices, qui ont fait que le Bara a été oublié par les populations. L'avènement de nouvelles danses n'a donné aucune chance au Bara dans la mesure où ces nouvelles danses sont simples et ne nécessitent pas beaucoup de protocoles. De plus ces nouvelles danses peuvent être produites à tout moment. Or tel n'est pas le cas du Bara qui était dansé à des occasions précises. Ce qui a naturellement défavorisé le Bara. La sécheresse et l'insuffisance des récoltes de 1972, 1973, 1982 et 1984 n'ont pas joué aussi, en faveur du Bara. En effet, la population avec les mauvaises récoltes se sont désengagées de la pratique de fêtes de fin d'années organisées chaque année par le « ton ». Les fêtes de fin d'années ici en milieu Bamanan ne coïncident pas de la fin Décembre à début Janvier mais plutôt à l'approche de l'hivernage Avril-Mai avant les semailles. Comme nous enseigne l'adage : « ventre affamé n'a point d'oreille ». Aujourd'hui, l'insécurité grandissante dans la région fait que les manifestations culturelles ont été complètement abandonnées. Ainsi, en plus du Bara, les réjouissances à sons de tam-tam et tambours, relatives aux circoncisions et aux mariages sont prosrites par les groupes armés terroristes. Cette menace grandissante sur la danse du Bara motive notre recherche en vue d'entrevoir la revigoration de la danse du Bara dans la commune rurale de Pogo.

Il convient de savoir, comment œuvrer à la revigoration de la danse du Bara, en l'accommodant dans les autres cérémonies de réjouissances pratiquées actuellement dans la commune rurale de Pogo en région de Ségou ?

L'objectif de cette étude est de pister les voies pouvant revigorer la danse du Bara en état d'abandon dans la commune rurale de Pogo.

L'hypothèse est que l'exécution de la danse du Bara à chaque événement festif est l'une des stratégies de sa revigoration.

2. Matériaux et Méthodes

2.1. Matériaux

Nous avons surtout eu besoin des matériaux de terrain comprenant : deux motos pour se déplacer sur le terrain, d'un appareil photo, de deux téléphones portables et d'un GPS.

2.2. Méthodes

Nous avons eu recours aux recherches bibliographiques, aux enquêtes qualitatives et aux enquêtes quantitatives de terrain. Il a été ensuite procédé à la description de la zone d'étude.

2.2.1. Recherches documentaires

Dans ce travail, il a été effectué une revue documentaire. Elle a consisté à consulter les documents qui nous fournissent des informations concernant le sujet, dans les bibliothèques et centres de documentations de Bamako. Durant les mois de juin et juillet 2021, nous nous sommes rendus à la bibliothèque nationale, au centre Djoliba, à l'Institut Français et aux centres de documentations de la Direction Nationale du Patrimoine Culturel (DNPC) et de l'Institut des Sciences Humaines (ISH). Ces recherches ont clarifié le sujet et nous ont fourni d'engranger des éléments d'analyses sur le thème. Ainsi, à travers des livres et mémoires, il nous a été révélé : la nature, l'origine, les occasions d'organisation, les menaces et les instruments de musique de la danse Bara. Pour découvrir la perception du patrimoine par l'UNESCO et afin de comparer la danse du Bara à celle de Mamaya en Guinée quelques documents et coupures de presses ont été consultés sur les sites internet suivants : <http://ich.unesco.org/src/pdf>, <https://guineenews.org/kankan-la-grande-mamaya-lancee-en-apotheose-au-stadeprefectorale/>; <https://ledjely.com/2022/07/08/tabaski-kankan-va-renouer-avec-la-mamaya/>; <https://guineepeople.com/culture-lorigine-de-la-mamaya-patrimoine-culturel-national-de-la-guinee>. Nos propres observations nous ont permis de compléter les connaissances livresques et électroniques au cours des enquêtes de terrain.

2.2.2. Enquêtes qualitatives de terrain

Pour réussir les enquêtes qualitatives, il a été procédé aux choix des villages. La commune de Pogo compte 18 villages en 2021. Parmi ces 18 villages, les cérémonies de la danse de Bara ne se déroulent que dans 5 villages. Ainsi tous ces 5 villages sont retenus dans notre échantillon qualitatif. Il s'agit des villages de : Tiongozana, Kamona, Pogo, Dosséguela et Thing.

Dans chacun de ces villages, les enquêtes qualitatives se sont poursuivies par la détermination des focus groupes à interviewer. Pour avoir une perception des autorités communales, un focus groupe a été constitué avec le Maire et les conseillers communaux présents soit 7 personnes. Pour des raisons de fiabilités des propos recueillis, l'échantillon qualitatif s'est élargi dans chaque village avec 2 principaux focus groupes celui des autorités villageoises et des animateurs des troupes de danse du Bara. Le focus groupe des autorités villageoises regroupe dans chaque village 10 personnes composées du chef de village, des conseillers de quartiers et

des notables de 60 ans environ. Tandis que dans le focus groupe des animateurs des troupes de danse, on a pu regrouper 15 personnes par villages comprenant : les joueurs d'instruments, les chanteurs et les danseurs. Enfin, l'échantillon qualitatif a aussi inclus, le focus groupe des personnes ressources à Bamako. Il s'agit de 3 dirigeants des troupes de danseurs Bara, évoluant dans le District de Bamako.

Ainsi la taille de l'échantillon qualitatif comprend 7 localités : 12 focus groupes et 135 personnes (Tableau 1).

Tableau 1 : Taille de l'échantillon qualitatif

Localités	Focus groupes	Nombre de personnes
Chef-lieu de la commune	Autorités communales	7
Village de Tiongozana	Autorités villageoises	10
	Troupes danseurs Bara	15
Village de Kamona	Autorités villageoises	10
	Troupes danseurs Bara	15
Village de Pogo	Autorités villageoises	10
	Troupes danseurs Bara	15
Village de Dosséguela	Autorités villageoises	10
	Troupes danseurs Bara	15
Village de Thing	Autorités villageoises	10
	Troupes danseurs Bara	15
Ville de Bamako	Dirigeants des troupes de danseurs Bara	3
Total	12	135

Sources : Enquêtes de terrain, 2021.

Comme outil d'enquête, il a été élaboré un guide d'entretien comprenant 8 points clés. Les entretiens ont été effectués, sous forme de causerie-débat. Ainsi pour les autorités communales et les autorités villageoises les interviews ont été faites au cours de la matinée. Le conseil communal a été interviewé dans la salle de conférence de la mairie. En ce qui concerne les focus groupes des villages, les interviews ont été faites dans le vestibule du chef de chaque village. Il convient de préciser que les interviews des troupes de danseurs se sont déroulées le soir entre 16 heures et 19 heures, après les activités champêtres. Enfin les dirigeants des troupes de danseurs Bara à Bamako, ont pu être interviewés dans leurs familles respectives. Les enquêtes qualitatives ont été conduites durant le mois de janvier 2021. Avec la permission du focus groupe, les interviews ont été enregistrées grâce au téléphone portable. L'équipe de recherche constituée de 3 personnes a transcrit les discours de chaque intervenant. Ainsi, grâce à l'analyse de contenu, les discours apparentés ont été regroupés et reproduits en verbatim dans les résultats.

2.2.3. Enquêtes quantitatives de terrain

Si, les enquêtes qualitatives ont cerné, la commune de Pogo à travers les 5 villages et le District de Bamako à travers les personnes ressources, les enquêtes quantitatives n'ont concerné que les 5 villages ci-dessus cités dans la commune de Pogo. Compte tenu des moyens financiers réduits et du temps limité, il a été procédé à un échantillon raisonné de 50 individus dans la commune. Ainsi dans chaque village le choix a porté sur 10 individus. Les critères de choix

sont : être un animateur dans le groupe de danseurs de Bara ou appartenir à la catégorie des autorités villageoises (Chef de village, conseillers de quartier ou notable). Ainsi dans chaque village, l'échantillon a été constitué en respectant le nombre de 7 jeunes et adultes issus des groupes de danseurs de Bara et de 3 personnes provenant des autorités villageoises ayant 60 ans ou plus.

Comme outil de l'enquête quantitative, un questionnaire a été élaboré. Il comporte 12 questions dont 8 fermées centrées sur les manifestations du Bara et 4 ouvertes sur les perspectives des troupes de Bara. Le mois de juillet 2021 a été mis à profit pour conduire les enquêtes quantitatives de village en village. Les questionnaires ont été administrés directement auprès des membres de l'échantillon. Les données recueillies ont été analysées grâce au logiciel « Excel 2016 » pour illustrer le texte avec des tableaux commentés.

2.2.4. Description de la zone d'étude

La commune rurale de Pogo, issue de l'ex-arrondissement de Pogo, a été créée aux termes de la loi n°96-059 AN-RM du 04 Novembre 1996 portant création des nouvelles communes en République du Mali. Elle est située dans l'Est du cercle de Niono en 4^{ème} région du Mali, Ségou. Son chef-lieu est le village de Pogo à environ 70 kilomètres à l'Est de la ville de Niono, chef-lieu de cercle. La commune de Pogo est divisée en deux zones distinctes. La première zone est enclavée et difficile d'accès, c'est la zone exondée car elle n'a pas de terres aménagées et irriguées mais favorable aux cultures sèches. Quant à la seconde zone, elle comprend une bonne partie de terres aménagées et irriguées propices à la riziculture et au maraichage.

La commune rurale de Pogo est limitée au Nord par la commune urbaine de Niono, au Sud par les communes rurales de Sibila et de Sansanding, à l'Ouest par les communes rurales de Siribala et de Dougabougou, à l'Est par les communes rurales de Kolongotomo et de Boki-Wèrè (Cercle de Macina) (Figure 1)

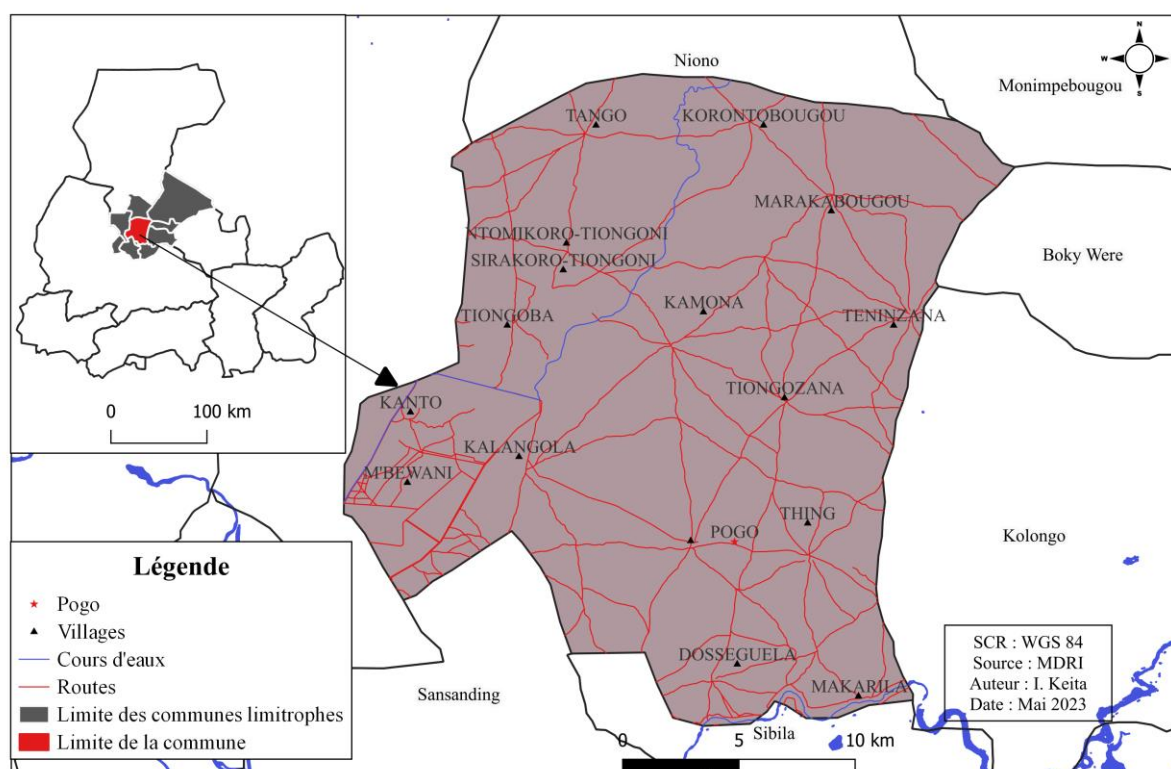


Figure 1 : Situation géographique de la commune de Pogo, cercle de Niono en région de Ségou
Source : PDESC de Pogo, 2016-2020

Parmi ses villages, seulement six d'entre eux sont dans la zone aménagée de l'office du Niger. La commune est administrée par un conseil communal. Composée de 20¹ villages, elle est située dans la zone soudano-sahélienne. Le relief très peu accidenté, est constitué d'une plaine dominée en quelques endroits par des dunes. On y rencontre deux types de sol. Un sol sablo-limoneux propice aux cultures sèches et un sol limoneux favorable aux cultures irriguées. Le climat est de type sahélien et se caractérise par deux saisons : la saison sèche (novembre à mai) et la saison pluvieuse (juillet à octobre). Les précipitations annuelles sont en général faibles et mal réparties. Elles sont de l'ordre de moins de 400 mm de pluie par an. La végétation est de type sahélien peu fournie en espèce ligneuse, l'on y rencontre assez d'épineux. La zone comprend la plaine de Dosséguela et les ouvrages d'irrigation du projet d'aménagement de l'Office du Niger à M'Bèwani.

Le Plan de Développement Économique, Social et Culturel de la commune indique que la population de la commune de Pogo est estimée en 2015 à 20022 habitants dont 9987 hommes

¹ Pogo, Kamona, Tiongozana, Teninzana, Thing, Kalangola, Kanto, M'Bèwani, N'TomikoroTiongoni, SirakoroTiongoni, Tiongoba, Tango, Marakabougou, Korontobougou, Makarila, Diadowèrè, Dosséguela, M'Bèwani Extension, Korokana et Sériwala.

et 10035 femmes. Les moins de 20 ans représentent plus de 45,79 % de la population totale. 82,34% ont moins de 40 ans. Cette population est très jeune. La population féminine représente 50,61% et la population masculine représente 49,39%. Les principales ethnies sont les bambaras, les peuhls et les bozos. Par ailleurs, la population est gravement affectée par la migration et l'exode rural des jeunes à cause de la morosité des activités économiques dans la commune.

Ces populations ont mis en place des associations appelées « ton » qui travaillaient beaucoup pour l'organisation des fêtes. Chaque association ou « ton » organisait trois jours de fête pendant lesquels le Bara est dansé. Le nombre de populations est un atout dans la mesure où il permet d'avoir beaucoup de bras valides. 82,34% de la population ont moins de 40 ans. Cela est un atout car les hommes sont membres du « ton » jusqu'à l'âge de 45 ans. Le pourcentage des jeunes est un atout pour l'avenir du « ton ». C'est une opportunité de progrès car l'avenir de toute commune réside dans la jeunesse.

Située, partiellement dans la zone Office du Niger, la commune rurale de Pogo est à vocation agropastorale. Cette agriculture est principalement basée sur les cultures sèches. Ce sont le mil, le sorgho, le maïs, le niébé, le sésame, le fonio dans la zone exondée qui couvre plus de 13000 hectares. La riziculture et le maraichage sont pratiqués dans la partie ouest et sud-ouest de la commune. Cette zone est inondée par le fleuve Niger qui a permis la réalisation des casiers irrigués de l'Office du Niger dans un rayon de 20 kilomètres autour de M'Bèwani Extension. Elle couvre environ 7500 hectares. Et la production rizicole est estimée à 45000 tonnes par an. Elle occupe quasiment toute la population. Elle fournit aussi l'essentiel de la production.

Cependant dans la commune, les cultures sèches sont les plus pratiquées dans la zone exondée. La transformation des produits agricoles reste encore très faible voire inexistante. L'agriculture permet aux populations d'organiser les réjouissances collectives. Les revenus qui permettent aux familles de payer la cotisation du « ton » proviennent de la vente des produits agricoles et de la rémunération des travaux collectifs effectués par le « ton » dans le champ des particuliers. Par ailleurs, après l'hivernage, l'exode rural des jeunes demeure le second moyen de subsistance de plusieurs familles. Les exploitations agricoles sont de type familial, connaissant un début de mécanisation avec la culture attelée.

L'élevage est l'activité principale des peuhls. Il est peu développé et mal structuré car confronté à l'insuffisance de pâturage provoquant de nombreux conflits entre agriculteurs et éleveurs.

L'artisanat concerne le travail dans les forges afin de produire des charrues, des houes et autres matériels rentrant dans les activités agricoles. Il y a aussi le tissage de nattes, des éventails et autres petits matériels. Ces nattes sont importantes car elles servent de support pour les spectateurs. Les artisans fabriquent les escabeaux sur lesquels les femmes s'asseyent pour assister à la danse. Ils sculptent les têtes des masques.

Quant à la culture, ce sont les pratiques ancestrales qui prédominent à travers les rites traditionnels intimement liés aux différentes ethnies qui composent la population (PDSEC de Pogo, 2016-2020, p .7).

3. Résultats

3.1. « Bara », une expression culturelle de danse.

3.1.1. Pas de danse et accoutrement des danseurs du Bara

En vue de spécifier, l'art culturel du « Bara », il est a été posé la question suivante : « quelle est la nature du « Bara » ? Les réponses recueillies auprès de l'échantillon quantitatif sont consignées dans le Tableau 2.

Tableau 2 : Spécification du « Bara » selon les types d'expressions artistiques

Statut social des enquêtés	Réponses énoncées	Nombre	Pourcentages
Autorités villageoises	Le Bara est une danse	14	28
	Le Bara est un ensemble instrumental	01	02
Animateurs des groupes folkloriques	Le Bara est une danse	34	68
	Le Bara est un ensemble instrumental	01	02
Total		50	100

Sources : Enquêtes de terrain, Juillet- Octobre, 2021

Suivant les statuts sociaux des enquêtés le « Bara » appartient à deux formes d'expressions artistiques : une danse pour 96% et à la fois un ensemble instrumental pour 4%.

On perçoit que dans la communauté le « Bara » est plus reconnu comme une danse selon 93,33% des autorités villageoises et 97,14% des animateurs folkloriques. La réponse la plus forte des animateurs, s'explique par le fait que ce sont eux qui animent en jouant les instruments, en chantant sur les airs et en exécutant les pas de danse. Selon Bah KEITA, un ancien danseur du « Bara », âgé de 70 ans et résidant à Bamako : *« Les danseurs du « Bara » formant un rang avancement d'un pas d'abord puis d'un autre pas, les cannes en main pointées vers le sol. La canne vacille de gauche à droite. Ils avancement d'un troisième pas encore la canne pointée vers le ciel. Au troisième mouvement ils pivotent. Quand ils pivotent, ils font tourner les cannes trois fois en haut puis ils viennent piquer le bout de la canne au sol près du pied. Chaque groupe avait droit à trois tours de la scène. Quant aux femmes elles dansaient avec le foulard. A la fin de la danse, l'organisateur les redistribuait encore. Ainsi de suite, jusqu'à la fin de la danse »*. C'est ainsi que Yacouba TANGARA, conseiller du chef de village de Tiongozana, âgé de plus de 60 ans et résidant à Tiongozana, s'exprime à propos de la danse du Bara à Tiongozana. *« Les femmes n'étaient pas en marge de cette danse. Les femmes avaient une certaine liberté à la danse. Elles ne sont pas obligées comme les hommes de porter les grands boubous. Elles portaient les habits qui leur convenaient »*. Pour Oumar TANGARA, conseiller du chef de village de Kamona, âgé de 62 ans : *« À Kamona, les femmes dansaient au milieu des hommes. Elles dansaient librement. Contrairement aux hommes elles dansaient avec leurs foulards »*. Il ressort globalement de nos interlocuteurs que le « Bara » est considéré plus comme une danse dans la commune de Pogo. En cela, les propos d'Issa DIARRA, notable âgé de 70 ans demeurant à Thing, ancien danseur de « Bara » confirment la thèse des deux autres. Il nous affirme : *« le Bara est une danse traditionnelle majestueuse. A l'approche de la fête de fin d'année du village tous les hommes se précipitaient pour acheter les habits de danse du Bara, constitués de grands boubous. C'était l'évènement grandiose qui regroupait tout le*

village. Un pauvre ne pouvait pas le danser car il n'aura pas l'argent ni pour se vêtir pour la fête et encore moins pour en donner aux chanteurs. Les dépenses du Bara étaient couteuses. C'est pourquoi la danse du Bara n'était pas organisée à n'importe quel moment compte tenu des dépenses colossales qui en découlaient » (Figure 2).



Figure 2 : Accoutrement des danseurs du « Bara » en boubou bazin tenant des cannes colorées « vert, jaune, rouge » comme le drapeau du Mali
Source : Prises de vue Mariko, Septembre 2021.

3.1.2. Principaux instruments traditionnels de musique pour animer la danse du Bara

Le rythme du Bara est produit par les instruments traditionnels de musique appelés « dun ». Ces instruments sont dénommés : kunanfa ou tun, zènebu et bongolo. Ils sont joués par quatre batteurs. Le kunanfa est le plus gros des instruments. Il a la forme d'un kunan (une écuelle, ustensile dans lequel on sert le repas). Sa partie inférieure est très rétrécie. La partie supérieure est beaucoup plus large et reçoit une couverture en cuir. La peau de percussion au sommet est soutenue par des lanières en peau ou en ficelles allant de l'anneau principal avec un diamètre plus important jusqu'au petit anneau avec un diamètre plus réduit à la base. Il joue le rôle de base dans l'ensemble instrumental (Figure 3).

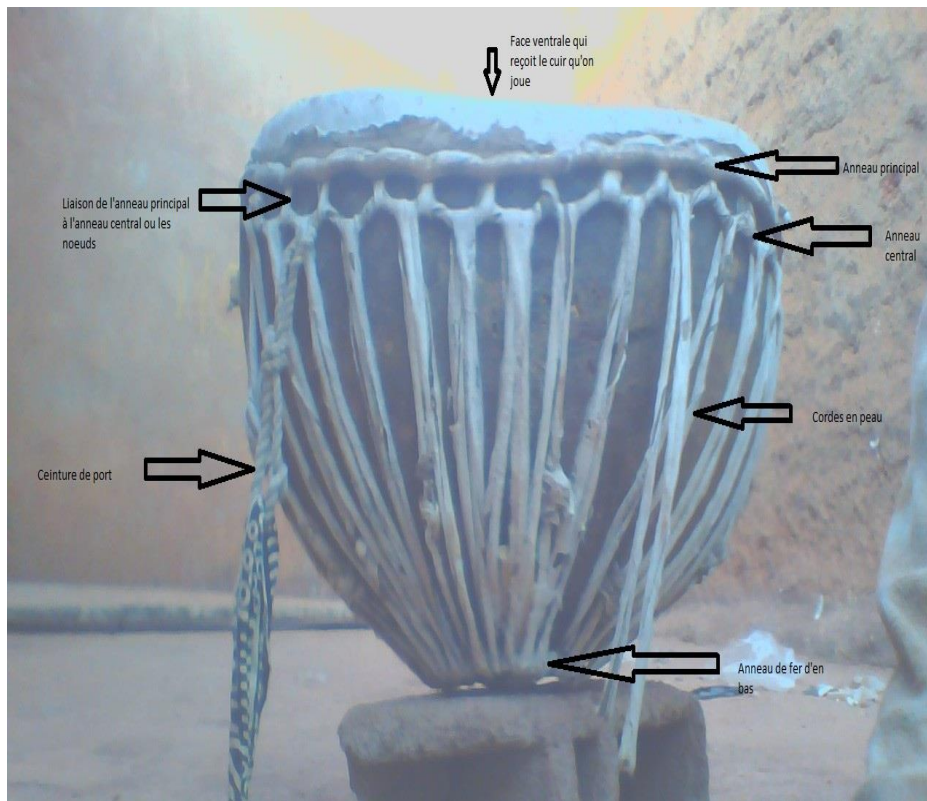


Figure 3. Instrument traditionnel de musique Tun ou kunanfa dont le cuir de percussion est soutenu par des lanières en peau

Source : Prises de vue Mariko, Mars 2020.

Quant au Zènebu, un autre instrument traditionnel de musique, joué durant la danse du Bara, il a la forme cylindrique d'une longueur de 48 cm à peu près. Les deux extrémités se différencient par la grandeur de l'ouverture. La partie supérieure qui reçoit la peau est plus large que la partie inférieure. Les fils en nylon relient les deux parties en passant par l'anneau central. La vibration s'échappe par l'ouverture de la partie inférieure. Le Zènebu est doublé dans l'animation. Il joue le rôle d'accompagnateur. Tout comme le Tun, le Zènebu est aussi porté en avant par le musicien (Figure 4).

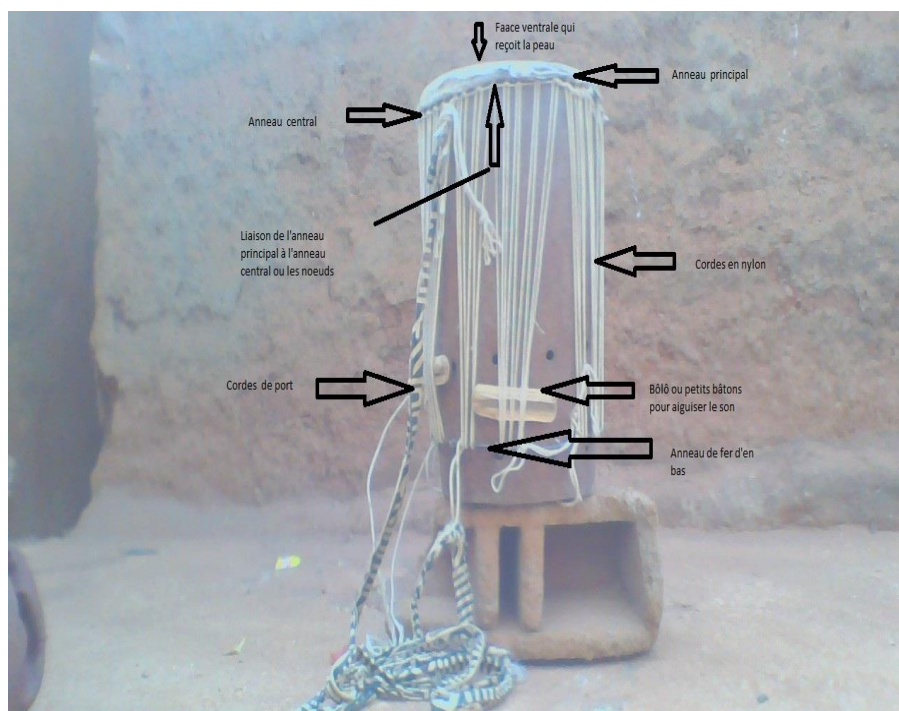


Figure 4 : Instrument traditionnel de musique Zènebu, conçu dans un tronc cylindrique creux en bois.

La peau de percussion fixée par un anneau principal est aussi immobilisée par des lacets en nylon.

Source : Prises de vue Mariko, Mars 2020.

Enfin le Bongolo, il a la même description que le Zènebu mais plus perfectionné que le Zènebu. Le Bongolo est aussi confectionné avec un tronc légèrement conique creux en bois. La peau de percussion est toujours maintenue par un anneau en haut et un autre anneau en bas enfilé autour du cône. Des cordages tirés entre les deux anneaux maintiennent la peau de percussion. Ici les cordages en nylon sont très serrés et soulevés par un morceau de bois pour produire des sons aigus. C'est un instrument traditionnel porté en avant par le batteur. A la différence du Zènebu, le Bongolo est l'instrument qui est chargé de créer toute la subtilité dans le jeu. Il est considéré comme le métronome de l'ensemble instrumental (Figure 5).

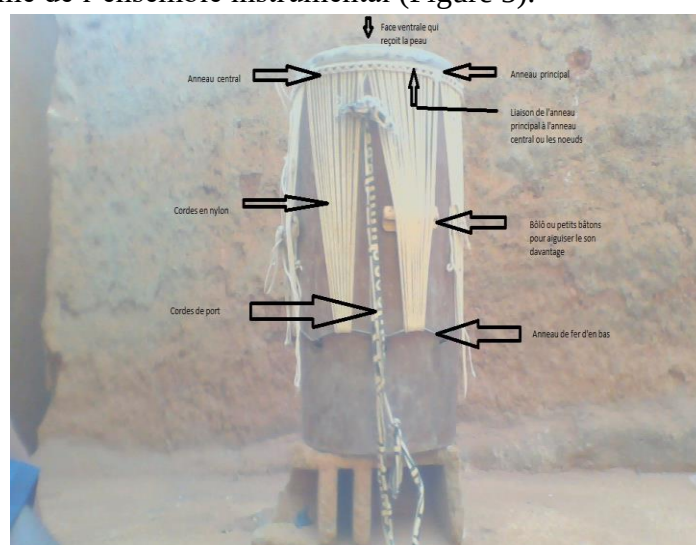


Figure 5 : Instrument traditionnel de musique Bongolo, conçu dans un tronc conique creux en bois.

Source : Prises de vue Mariko, Mars 2020.

Tout le monde pouvait danser le Bara aux sons de ces différents instruments traditionnels de musique. La danse du Bara était bien organisée. Les règles sont bien établies car la désorganisation de la danse du Bara la rend dégoutante. L'harmonie des gestes, le respect strict du rang, l'habillement des danseurs étaient admirés par les spectateurs. C'était un mouvement d'ensemble très joli à voir sur la scène. Les danseurs formaient dans certaines localités deux rangs : celui des hommes et celui des femmes. Le nombre de danseurs sur la scène variait. On pouvait avoir des rangs de six voire douze personnes. Chacun avait son bâton suivant le rythme du Bara. Chaque rang a droit à trois tours de la place publique. Ensuite, d'autres groupes prennent la relève. La danse se produit ainsi. Les uns se substituent aux autres ainsi de suite.

3.2. Explications de l'origine du « Bara » et du nombre des cadences de la danse

Pour comprendre l'origine du « Bara », les personnes enquêtées se sont exprimées de la façon suivante (Tableau 3).

Tableau 3 : Détermination de l'origine du « Bara »

Statut social des enquêtés	Réponses énoncées	Nombre	Pourcentages
Autorités villageoises	Le Bara est originaire de Ségou	11	22
	Je ne sais pas l'origine du Bara	04	08
Animateurs des groupes folkloriques	Le Bara est originaire de Ségou	07	14
	Je ne sais pas l'origine du Bara	26	52
	Aucune réponse	02	04
Total		50	100

Sources : Enquêtes de terrain Juillet- Octobre, 2021.

Pour 36% des enquêtés, le Bara est originaire de Ségou contre 60% qui affirment ne pas savoir l'origine du Bara et 4% se sont tus sur cette question. Il ressort de cette analyse que l'origine de Ségou est fortement exprimée à 73,33% au sein des autorités villageoises et seulement par 20% des animateurs des groupes folkloriques. Le fort pourcentage des autorités villageoises s'explique par leur rôle social, leur place et leur connaissance de la tradition. Ils sont détenteurs du savoir et sont en contact avec toute la population résidente ou non résidente de la commune. Les autorités villageoises descendent des anciens chefs qui leur communiquent beaucoup d'informations sur les événements de leur contrée. Certains ont clairement admis que le Bara est originaire de Ségou en l'occurrence Issa DIARRA. Selon lui, le Bara était dansé après une victoire de guerre. *« Quand les guerriers remportèrent la victoire, ils dansaient le Bara. Autrefois les guerres fratricides régnaient entre les royaumes. C'est dans ce contexte que le Bara est né dans le pays de Ségou »*. D'autres intervenants comme Robert COULIBALY, Enseignant et Président de la commission de l'association « Bara » de Ségou dénommée Association pour la Valorisation de la Culture Bamanan (AVCB), soutient aussi cette origine ségovienne en disant : *« le Bara est originaire de Ségou. Avant le départ des frères Bamanan au Kaarta le Bara était déjà à Ségou. C'est même l'une des premières danses populaires de Ségou »*. A. O. KONARÉ, A. BA KONARÉ, (2019, p. 432), énumèrent la dynastie des Coulibaly Massassi du Kaarta en commençant par Sounsa qui régna de 1633 à 1650. En fait, cette dynastie est originaire de Ségou et c'est cela qui ressort du verbatim pour préciser l'ancienneté de la danse du Bara à Ségou.

En définitive, la danse du « Bara » est admise comme une réjouissance populaire dans la capitale du royaume Bambara de Ségou. C'était une danse de célébration de victoire des guerriers de Ségou.

Les enquêtés ont aussi expliqué le nombre de cadences que comportent l'air et les pas de danse du « Bara » (Tableau 4)

Tableau 4 : Détermination du nombre de cadences exprimées par la danse du « Bara »

Statut social des enquêtés	Réponses énoncées	Nombre	Pourcentages
Autorités villageoises	Le Bara comporte trois cadences	15	30
Animateurs des groupes folkloriques	Le Bara comporte trois cadences	35	70
Total		50	100

Sources : Enquêtes de terrain, Juillet-Octobre, 2021.

Contrairement à l'origine du « Bara », la population enquêtée de la commune de Pogo est unanime que la danse du « Bara » comporte trois cadences. Cette unanimité sur les propos s'explique par la situation géographique des villages et les rapports qui existent entre eux. Selon Kamon TANGARA, 65 ans, chef de village de Kamona, le Bara est dansé en trois temps avec canne.

3.3. Déroulement de la danse du « Bara »

3.3.1. Préludes à la fête

L'organisation du Bara se prépare toute l'année. Dans chaque village, il existe le ton (association villageoise). Le ton est composé des garçons et des filles du village. Ce ton travaille chaque lundi et vendredi, pour son financement. En saison sèche, le ton débroussaille les champs et en saison des pluies, le ton fait le labour des champs matin et soir : le matin à 25000 FCFA et le soir 17500 FCFA. De même pendant la récolte, ils font la récolte du mil.

A l'approche de la fête du village, le ton recouvre les dettes des prestations exécutées. Avant le jour « j » tout le monde paye son argent. Le « tontigi » (chef de l'association) communique le montant aux « tondenw » (membres de l'association). Ensemble ils choisissent les trois jours pendant lesquels la fête devait se dérouler. Le « ton » ordonnait à chaque fille d'apporter une gourde remplie de « n'gounanji » (jus conçu avec les fruits de *Spondias birrea*). Quelques femmes étaient chargées de préparer la bière de mil (nion dolo) en cette occasion. Le « ton » achetait beaucoup de boucs (jusqu'à 40 têtes). Il donnait de l'argent aux filles pour acheter les condiments. Chaque danseur cherchait sa canne de danse. Mais dans d'autres villages, c'est le forgeron qui fabrique les cannes pour tout le monde. Il le travaillait beaucoup pour le rendre beau.

A la veille de la fête, le ton distribuait du mil à toutes les filles pour en faire du « tô » (gâteau de mil) le jour de la fête. Le soir, les filles balayaient la place publique. Le jour de la fête chaque fille amenait sa gourde de n'gunanji au « tonblon » (siège du ton). Tout le monde se retrouvait au « tonblon » à l'heure du repas. La fête s'étendait sur trois jours.

3.3.2. Animations journalières

- Le 1^{er} jour de la fête

La matinée était consacrée au repos. Quelques filles du « ton » étaient désignées pour préparer la viande. Chaque famille amenait son plat à l'heure du repas au lieu indiqué et tous les membres du ton partageaient ensemble le repas.

Après 14 heures, les festivités commençaient avec l'exécution des 3 danses traditionnelles. La fête débutait obligatoirement par le « komodon » (danse dédiée au Komo) puis le « n'domodon » (danse dédiée au n'domo) et le « sogolodon » (regroupant plusieurs petites danses). Ces trois danses en milieu Bamanan sont obligatoires pour toutes les cérémonies. Après ces trois danses, on passe à la danse « bondjolan » (danse acrobatique), jusqu'au crépuscule. Les festivités reprenaient la nuit et duraient jusqu'à l'aube. D'entrée de jeux on exécutait les 3 danses traditionnelles. Vers la fin de la soirée des petites danses sont offertes aux femmes et aux enfants pour mettre fin à cette partie de la première journée.

- Le 2^e jour de la fête

La matinée était consacrée au repos. Aux heures de repas, autochtones et étrangers tout le monde se retrouvait au « ton blon » pour manger. A 14 heures la fête reprenait. Toujours les trois danses traditionnelles étaient exécutées. Le « bonjolan » est entamé. A l'approche du crépuscule, les joueurs du tambour exécutaient le « Koman » (danse populaire de mouvement d'ensemble), « n'jangawere » (danse originaire du Miankala), etc. Une pause est observée au crépuscule. La nuit, la fête recommençait. Toujours les trois danses traditionnelles étaient exécutées. Le « bonjolan » occupait la majeure partie de la nuit. À l'aube la fête prenait fin ce jour-là après l'exécution de petites danses.

- Le 3^e jour de la fête

À Kamona, Tiongonzana, Thing, Dosséguela et Pogo, le 3^e jour de la fête était réservé à la danse du Bara. La matinée était réservée pour la pause. Aux heures de repas, tout le monde se retrouvait pour manger ensemble. À 14 heures, la fête reprenait. Cette fois-ci c'était avec le Bara rien que le Bara. Mais avant le Bara, les trois danses traditionnelles sont exécutées. Après ces trois danses, ils exécutaient un peu le « bonjolan » en attendant l'arrivée des vieillards. Quand la scène se stabilise, la danse du Bara peut commencer. Un organisateur est désigné à cet effet. Cet homme était choisi par les « tondenw ». Il pouvait être aussi le contrôleur du « ton » ou quelqu'un d'autre. Il jouait le rôle de distributeur des cannes sur la scène. Le nombre de danseurs par groupe variait. Il pouvait y avoir des groupes de six (6) voire sept (7) ou douze (12) personnes. Les gens étaient assis en cercle. À Pogo et à Kamona, les joueurs du tambour se positionnaient au milieu de la scène. Mais à Tiongonzana, ils étaient de côté. En acceptant la canne, l'individu ne pouvait pas se dérober pour la danse. Néanmoins dans certains cas, on peut être indulgent envers lui, s'il ne veut pas danser. Selon Amadou DIALLO, « *le danseur n'est pas obligé* ».

Quand le chanteur ou la chanteuse faisait l'éloge de quelqu'un, ce dernier donnait de l'argent aux chanteurs. Quand un beau-frère dansait, ses belles sœurs venaient l'encourager. Elles mettaient leurs foulards au cou de leur beau-frère. A sa sortie de danse, il devait leur donner de l'argent. Celui qui n'avait pas d'argent se mettait à l'écart. Sinon si tu dansais, les chanteurs ou les chanteuses faisaient tes louanges. Si tu n'arrivais pas à donner quelque chose, tu avais honte. C'est pourquoi les gens ne dansaient pas s'ils n'avaient pas quelque chose en poche. La danse du Bara ne se mélangeait pas avec autre danse. C'était le Bara seulement qui était dansé.

D'autres étaient chargés de maintenir l'ordre. Pendant la danse du Bara, il est interdit de se pavaner. C'est la discipline totale. Vers la fin le Bara s'arrête. Les jeunes garçons et les filles terminaient la fête du « ton » avec le « sogolo » (petites danses). C'est ici que prennent fin les trois jours de fête du « ton ». Le rendez-vous est donné pour l'année prochaine.

3.4. Principales occasions d'organisation de la danse du Bara

Le « Bara » à son origine, une danse de célébration des victoires de guerre, est bien reprise de nos jours dans certains villages de la commune de Pogo quand bien même que les guerriers du royaume Bambara de Ségou ont disparu. Ainsi, le tableau 5, énumère quelques occasions qui s'offrent aux communautés villageoises de la commune rurale de Pogo pour la danse du Bara.

Tableau 5 : Quelques principales occasions d'organisation de la danse du Bara dans la commune rurale de Pogo

Statut social des enquêtés	Réponses énoncées	Nombre	Pourcentages
Autorités villageoises	Le Bara est organisé lors de la fête du ton ou de fin d'année	13	26
	Le Bara est organisé inopinément	02	04
Animateurs des groupes folkloriques	Le Bara est organisé lors de la fête du ton ou de fin d'année	18	36
	Le Bara est organisé inopinément	17	34
Total		50	100

Sources : Enquêtes de terrain, Juillet-Octobre/2021.

Pour 62% des enquêtés, le Bara était organisé lors de la fête de fin d'année contre 38% qui affirment que le Bara était organisé inopinément aussi. Il ressort de l'analyse que le Bara était plus organisé lors de la fête de fin d'année comme en témoignent les 86,66% des autorités villageoises et 51,42% des animateurs des groupes folkloriques. La réponse plus forte des autorités villageoises s'explique par le fait que ceux sont eux qui ordonnent l'organisation des fêtes dans le village. Ils sont les décideurs du village. Les fêtes ne peuvent s'organiser sans leurs accords. L'organisation du Bara demande beaucoup de moyens, la tenue de sa fête demande une longue préparation à l'échelle d'une année. Pour Bakary COULIBALY, notable et résidant à Dosséguela, âgé de plus de 90 ans, la tenue de la danse du Bara est un évènement majeur au village de Dosséguela. « À Dosséguela, il y avait deux 'ton' : le petit ton et le grand ton. Le petit ton travaillait pour organiser la fête du village. À l'occasion de la fête de fin d'année du village on dansait le Bara. Le troisième jour de cette fête était réservé exclusivement à la danse du Bara. » Cette version a été confirmée par Youssouf SAMAKE, âgé de 70 ans, Chef de village de Pogo. Selon lui : « À Pogo, lors de la fête de fin d'année le Bara était dansé le troisième jour de la fête. Tout était préparé pour ce jour car tout le monde était habillé en grand boubou ce jour ». On perçoit que la grande fête du Bara a eu lieu lors de la fête de fin d'année car beaucoup d'intervenants ont évoqué ce jour. Cependant, le 3^e jour de la fête de fin d'année n'est pas la seule occasion d'organisation du Bara. On note aussi l'organisation inopinée qui a été avancée par d'autres comme Kadia DIARRA, ménagère âgée de 70 ans, résidente à Pogo, ancienne danseuse du Bara. Selon elle : « Le Bara était dansé en dehors des fêtes de fin d'année. On profitait des circonstances favorables : bonne pluviométrie et abondance des récoltes ; pour organiser des réjouissances populaires inopinées au village.

Il s'agit de l'organisation de la danse du Bara généralement les lundis. Un jour, on décide un lundi pour la danse. Et le Bara est organisé ».

De nos jours la danse du « Bara » rehausse les festivités de haut niveau comme la fête de l'indépendance du Mali. Ainsi, au niveau de la commune de Pogo ou des associations des ressortissants de Ségou à Bamako, la danse du Bara est programmée dans les activités de réjouissances lors de la fête de l'indépendance le 22 septembre. Selon Seydou TANGARA, âgé de 35 ans, résidant à Bamako. « *La plupart de nos activités sont basées sur les traditions bamanan. Nous avons remarqué que l'essentiel de ces activités se résument à l'organisation de la fête des masques. Or la culture bamanan ne se résume pas uniquement à la fête des masques. Il y en a beaucoup d'autres. Certaines sont connues. D'autres ne le sont pas. C'est le cas pour le Bara. Nous avons constaté que le Bara n'est pas connu aujourd'hui. Il est en voie de disparition puis que beaucoup de gens ont entendu parler du Bara mais ils ne le connaissent pas. Notre action s'inscrit seulement dans le cadre de la valorisation du Bara. L'objectif est de faire connaître le Bara et de le valoriser. Raison pour laquelle cette initiative a été prise. La première édition a été organisée le 22 Septembre 2021 à Niamana* » (Figure 6).



Figure 6 : Réjouissance populaire par la danse du Bara pour célébrer la fête de l'indépendance du Mali en 2021 dans le quartier de Niamana dans l'agglomération urbaine de Bamako

Source : Prises de vue Mariko, Septembre 2021.

3.5. Principales menaces sur la danse du « Bara »

Bien que la danse du « Bara » n'ait cessé de s'épandre à partir de Ségou, on assiste de plus en plus à des menaces internes ou externes de la société qui entravent l'épanouissement du « Bara » (Tableau 6)

Tableau 6 : Principales menaces qui entravent la pérennisation de la danse du Bara

Statut social des enquêtés	Réponses énoncées	Nombre	Pourcentages
Autorités villageoises	Les tendances modernistes sont des facteurs de menace sur le Bara	10	20
	L'islam est un facteur de menace sur le Bara	05	10
Animateurs des groupes folkloriques	Les tendances modernistes sont des facteurs de menace sur le Bara	20	40
	L'islam est un facteur de menace sur le Bara	15	30
Total		50	100

Sources : Enquêtes de terrain, Juillet-Octobre/2021

Pour 60% des enquêtés, les tendances modernistes sont des facteurs de menace sur le Bara contre 40% qui pensent que l'islam est un facteur de menace sur le Bara. Nous constatons que dans la zone, les tendances modernistes sont reconnues comme l'un des facteurs majeurs de menace sur le Bara selon 66,66% des autorités villageoises et 57,14% des animateurs des groupes folkloriques. Le fort pourcentage des autorités villageoises s'explique par le fait qu'elles ont constaté beaucoup de changements et dans plusieurs domaines. Les tendances modernistes affectent considérablement toutes nos valeurs traditionnelles. Diata BAKAYOKO, un forgeron, ancien danseur, âgé plus de 60 ans, ayant fabriqué beaucoup d'instruments de musique et des cannes de danse du Bara a constaté ce qui suit. « *Nous sommes devenus des chauves-souris aujourd'hui, c'est-à-dire influencés par l'Occident et l'islam. Le style de vie d'aujourd'hui ne favorise pas le Bara. Les gens ont presque laissé toute leur tradition. L'Africain est devenu méconnaissable. La jeunesse qui doit être l'avenir de ce pays est attirée ailleurs. Rarement nous voyons dit-il les gens porter leurs habits traditionnels. Les gens se démarquent totalement du passé. L'africain ne sera jamais un Blanc. Pour eux, aller à la source, c'est le retard* ». Diata BAKAYOKO parlant de l'expression, « aller à la source », il s'agit de vivre avec nos valeurs traditionnelles que nous avons abandonnées. Selon lui : « *les fidèles ont fait l'amalgame entre la culture et la religion. Nos fidèles musulmans se comportent de plus en plus comme les Arabes alors que les cultures arabes sont différentes de la religion musulmane. Chaque peuple a sa culture. Les Arabes ont la leur* ». Quant à Yacouba TANGARA : « *nous ne nous comportons plus comme nous-mêmes. Nous nous comportons comme des enfants ou des Européens. Or les Européens ont leur culture qu'ils n'ont pas abandonnée. Nos populations imitent les Blancs. Nous sommes arrivés à un stade où certains vivent comme des Blancs. Le modèle occidental domine nos esprits. Le mode de vie d'aujourd'hui ne laisse plus de place à nos danses traditionnelles. Les radios et les télévisions influencent négativement notre société car leurs programmes ne favorisent pas l'expansion de notre culture. C'est l'image de la culture occidentale qui est véhiculée à longueur de journée à travers ces médias. La jeunesse malienne est attirée par ces rythmes étrangers. Cette musique dont la jeunesse malienne ne comprend même pas souvent les sens des paroles dites en langue étrangère* ». Ici notre interlocuteur parlant de la musique des enfants fait référence au « balani show » dont il décrit la prédominance dans nos musiques et qui est en train de prendre le pas

sur nos traditions musicales locales dans la commune de Pogo. Mahamadou SAMAKE, résidant à Pogo, âgé de 60 ans et ancien président de la jeunesse de Pogo, ancien joueur de kunanfa, pour sa part retrace le fil des événements depuis plusieurs décennies. Pour lui l'avènement de la religion musulmane dans notre société a tout chamboulé. Selon SAMAKE : « *la destruction des komoso (maison des fétiches) au profit des mosquées, a été un coup fatal pour notre tradition. Les rites traditionnels ont été abandonnés. Les sociétés secrètes sont peu fréquentées. Les enfants étaient éduqués dans la tradition. Les fétiches étaient adorés. Les coutumes étaient respectées. L'initiation au komo est presque abandonnée. Ce qui a provoqué l'affaiblissement du Bara* ». Issa DIARRA confirme cette thèse car selon lui : « *l'avènement de l'islam a poussé les gens à abandonner les pratiques qui vont de pair avec le Bara. Le fondement de la société traditionnelle a été brisé par l'islam. Quand les populations se sont converties à l'islam, elles ont abandonné leurs pratiques culturelles. Les fidèles ont abandonné leur coutume. Ils ont renié presque toutes nos valeurs traditionnelles* ».

3.6. Perspectives de revigoration de la danse du « Bara »

La danse du « Bara » en fait aujourd'hui des nostalgiques qui veulent sa pleine reprise lors des réjouissances populaires. Par contre, d'autres estiment que le « Bara » est une danse désuète, que l'on n'en peut plus valoriser. Les résultats exposés au Tableau 7 nous édifient.

Tableau 7 : Perspectives de revigoration de la danse Bara

Statut social des enquêtés	Réponses énoncées	Nombre	Pourcentages
Autorités villageoises	Le Bara peut être revigoré	13	26
	Le Bara ne peut pas être revigoré	02	4
Animateurs des groupes folkloriques	Le Bara peut être revigoré	31	62
	Le Bara ne peut pas être revigoré	04	8
Total		50	100

Sources : Enquêtes de terrain, Juillet-Octobre, 2021.

Pour 88% des enquêtés, le Bara peut être revigoré contre seulement 12% qui pensent que le Bara ne peut pas être revigoré. On remarque que dans la communauté le Bara peut être bel et bien revigoré selon 86,66% des autorités villageoises et 88,57% des animateurs des groupes folkloriques. La réponse la plus forte des animateurs des groupes folkloriques s'explique par le fait que ce sont eux qui animent en jouant les instruments, en insérant déjà le Bara dans d'autres manifestations culturelles pour qu'il soit revigoré. Certaines personnes ressources ont dégagé des stratégies de revigoration du Bara. Diata BAKAYOKO pour sa part a émis l'idée d'inclure le Bara dans le « Samama ». Le « Samana », c'est une fête qui a eu lieu une fois par an. Il dure trois jours au cours desquels les masques sortent. C'est la dernière sortie annuelle des masques qui rejoignent le buisson, jusqu'à leur réapparition durant la nouvelle année, après les récoltes.

Selon toujours Diata BAKAYOKO : « *le Samama est une occasion pour revigorer la danse du Bara. Nous repartirons l'évènement de la danse du Bara entre les trois jours de la fête. Au premier jour de la fête, on pourrait exécuter la danse du Bara avant l'arrivée des masques. Au second jour on pourrait l'exécuter en plein temps de la fête pour que le maximum de*

spectateurs puisse voir cette danse. Tout se fait en accord avec le ton. Et le troisième jour on donnerait un large temps à la danse du Bara vers la fin de la fête. A chaque « Samama » si ce scénario est maintenu, on pourrait revigorer la danse du Bara ». Sayon MARIKO, âgé de 70 ans, ancien joueur du Bongolo, résidant à Bamako approuve cette logique. Le Bara doit être pratiqué dans les événements festifs. Pour lui : « *Pour revigorer le Bara, nous devons le pratiquer dans toutes les occasions comme le mariage, le Sogobô (courtes prestations des masques), le Samama, etc. ».*

Ceux qui soutiennent que la danse du Bara ne peut être revigorée avancent les raisons de l'expansion de l'islam, de l'exode rural et de la perte de transmission des sociétés secrètes bamanan. En effet, les pessimistes à la revigoration du Bara, s'indignent du fait que les besoins des hommes sont croissants. En restant au village, rien n'est satisfait si bien que chacun vient séjourner en ville ou va même hors du Mali. Par ailleurs depuis l'avènement des groupes armés terroristes dans la zone de Pogo en 2020, de nombreux villages ont abandonné les manifestations folkloriques. Et cela est une exigence des groupes armés se réclamant djihadistes pour l'expansion d'un islam puritain. Entre temps les activités culturelles au village ne se font plus. De ce fait le Bara sera de plus en plus oublié.

4. Discussion

En majorité à 96%, le Bara est approuvé comme une danse par la population des villages enquêtés. Pour ceux-ci, la danse du Bara s'exécute en étant vêtu de grand boubou et en tenant une canne. Conformément à nos résultats, le Bara est considéré comme une danse par B. TRAORE (1993, p. 33). Tandis que B. CAMARA (2015, p. 7) pense que le Bara est à la fois une danse et un ensemble instrumental. La danse du Bara de Ségou, se serait certainement étendue dans l'aire Bamanan et Mandingue car on y rencontre une danse similaire chez les Malinkés de la Guinée, connue sous le nom de Mamaya. « La Mamaya est une danse provenant du Mali par le canal des voyageurs depuis 1936. Ces voyageurs pratiquaient souvent le commerce entre Kankan et Bamako », précise C.A.T. SYLLA (2019) sur le site <https://guineepeople.com/culture-lorigine-de-la-mamaya-patrimoine-culturel-national-de-la-guinee>. Tout de même il faut bien éviter la confusion entre la danse Bara de Ségou et la danse Bari de Diola dans l'aire culturelle du Baniko.

Le Bara, pour certains est identifié à l'instrument de musique Bara (grand tam-tam), et pourtant ce sont des homonymes différents. Les deux choses ne sont pas les mêmes en tout cas dans la compréhension de la zone d'étude. Le mot Bara vient de la plante « *Lagenaria siceraria* » en Bamanankan « Bara », identifié à la calebasse. C'est le fruit de cette plante rampante qui est utilisé comme matière pour confectionner l'instrument de musique Bara. Ce fruit a la forme ronde. Un fruit entier, coupé en son diamètre donne deux calebasses pour plusieurs usages dont la confection de l'instrument de musique Bara. L'instrument qui est confectionné avec le Bara (calebasse) est appelé aussi Bara (instrument de musique à percussion). Cet instrument ainsi conçu a un rebord étroit. Nous sommes du même avis que B. CAMARA, (2015, p. 8), S. MALE et E. BRANDES (1996, p. 10), que le Bara a pour homonymie un instrument de musique. B. CAMARA explique que le Bara, est aussi un vocable Bambara désignant, un instrument de musique. Il est la pièce maitresse de l'orchestre et l'élément le plus volumineux. C'est de par sa forme ronde comme la gourde et son volume qu'on lui a donné ce nom Bara. Pourtant, il

faut bien démêler les homonymies du mot Bambara « Bara » pour comprendre ici qu'il s'agit plus, de la danse que de l'instrument de musique.

Pour l'origine, les autorités villageoises et les animateurs du groupe folklorique, sont majoritairement d'accord que le Bara est originaire de Ségou. Notre résultat selon lequel le Bara serait originaire de Ségou est partagé par B. CAMARA (2015, p. 9). Par contre B. TRAORE (1993, p.18) et M. MAIGA, (2008, p. 89), fixent l'origine du Bara au Kaarta. Enfin, M. T. DRAME, (2021, communication orale) attribue l'origine de la danse Bara au « Beledugu ». La danse du Bara a des origines complexes, qui restent à élucider.

La cadence du Bara, en trois mouvements est aussi approuvée par B. CAMARA (2015, p. 13-15). En outre, nos résultats expliquent que les principaux instruments joués pour la danse du Bara sont actuellement au nombre de 3 dont Kunanfa, Zénebu et Bongolo. Ceci semble être un orchestre allégé si l'on s'en tient aux écrits de M. MAIGA, (2008, p. 89). « Toutes les versions de l'épopée du royaume bambara de Ségou évoquent la richesse de l'orchestre du Bara qui nous est déchiffré ainsi par Mr Keita : Baradunun tan ni fila (douze grands tambours) ; Donkan tan ni fila (douze petits tambours) ; Gita tan ni fila (douze calebasses ornées de cauris) ; Bofile tan ni fila (douze flûtes en bambou) ; Geleburu tan ni fila (douze flûtes en *Prosopis africana*) ; Ani jelimuso tan ni fila (Et douze griottes) ».

Notre résultat selon lequel le Bara est organisé lors des fêtes populaires est soutenu par B. CAMARA (2015 p. 7), S. MALE et E. BRANDES (1996, p. 12). Tandis que B. TRAORE, (1993, p. 19) indique que le Bara était dansé après la victoire à la guerre contrairement à M. MAIGA, (2008, p. 89) qui prétend que le Bara était donc organisé traditionnellement la veille des grands combats.

C'est une expression de joie populaire. Nous pouvons confirmer aussi avec B. CAMARA (2015 p. 7), qui explique que le Bara était dansé lors des réjouissances populaires tout comme pour l'accueil d'une haute personnalité et durant les fêtes musulmanes.

La tenue de la canne par les danseurs a été citée par plusieurs dont : S. MALE et E. BRANDES (1996, p. 10), B. CAMARA (2015, p. 9). Cependant, plusieurs interlocuteurs villageois et M. MAIGA, (2008, p. 89) expliquent que la canne a substitué aux fusils et aux lances que tenaient les danseurs du Bara à l'origine.

En ce qui concerne les menaces qui pèsent sur la pérennisation de la danse du Bara, il y a une très grande congruence de vue entre les 2 catégories. Pour les autorités villageoises et les animateurs du groupe folklorique, les tendances modernistes et l'islam sont les facteurs des menaces. La menace est grandissante comme elle est évoquée dans la problématique où l'organisation du Bara a cessé il y a plusieurs années. Mais aussi le nombre de joueurs du tambour diminue de jour en jour. Nous remarquons le désintérêt des jeunes envers les instruments de musique, surtout depuis l'avènement des groupes armés djihadistes dans la zone de Pogo en 2020. L'islam et la modernité ont été également constatés par B. CAMARA (2015, p. 8), comme un contrepoids à la pérennisation du Bara. De plus le résultat selon lequel la méconnaissance des danses est un facteur de menace a été constaté par K. COULIBALY (1986, p. 9). Les conséquences de ce résultat sont l'abandon des pratiques culturelles. Ce qui aurait provoqué une perte d'identité culturelle. Tout de même, la danse du Mamaya bien apparentée au Bara est déjà classée comme patrimoine national en Guinée et inscrite au programme de la fête de Tabaski dans la zone de Kankan (M. YARADOUNO, 2022 ; C.S. BERTHE, 2022 ; C.A.T. SYLLA, 2019).

5. Conclusion

À la lumière de nos recherches, le Bara reste une danse majestueuse. Le Bara mérite une grande place dans la société. Le Bara est un signe de noblesse, de dignité et de paix. Il favorisait au cours des festivités des liens d'amitié et de cohésion sociale. Le Bara est une fête grandiose. Il était beaucoup pratiqué par les populations de la zone. Ce patrimoine immatériel dont la pratique était courante est très menacé puisque cette danse n'est plus pratiquée aujourd'hui. Le Bara n'est pas connu par le public des jeunes dans la commune rurale de Pogo. Notre attachement à ce patrimoine immatériel vise à le revigorer. Les résultats ont montré que le Bara est une danse en voie d'abandon. Il est organisé lors des réjouissances populaires. Il comporte trois mouvements. Il est menacé par les tendances modernistes et l'islam, toute chose qui confirme notre hypothèse. Des stratégies de revigoration ont été dégagées à travers certaines manifestations culturelles organisées comme le « Samama », le « Sogobô » dans la commune rurale de Pogo. Les prochaines recherches doivent s'impliquer à la mise en place dans chaque commune rurale de la région de Ségou des troupes traditionnelles de danse afin de revigorer les réjouissances populaires autour du Bara.

Références Bibliographiques

- ARBONNIER, M., 2009, Arbres, arbustes et lianes des zones sèches d'Afrique de l'ouest *CIRAD-Quae-MNHN-UICN2009-Troisième édition*, 573 p.
- BERTHE C.S., 2022, Tabaski : La grande Mamaya célébrée en apothéose au stade préfectoral de Kankan, visible sur le site : <https://guineenews.org/kankan-la-grande-mamaya-lancee-en-apotheose-au-stadeprefectorale/>;
- CAMARA B. M., 2015, « Le Bara » Facteur d'union dans le milieu Bamanan, Mémoire de fin de cycle, Sections Danse, CAMM/BFK, Bamako, 28 p.
- COULIBALY K., 1986, « Biennale artistique culturelle et sportive de la jeunesse malienne », in Jamana, N°10, 43 p.
- KONARE A.O., BA KONARE A., 2019, Les grandes dates du Mali, Des origines à la fin de la II^e République, 2^e édition, *Cauris livres, Bamako, Mali*, 478 p.
- MAIGA M., 2008, « Le Bara majestueuse danse de Ségou », in Journal Le Ségouvien, numéro 100 du 07 Octobre 2008, p. 89.
- Mairie de Pogo, 2015, Programme de Développement Social Economique et Culturel de la commune rurale de Pogo, 2016-2020, 60 p.
- MALE S., BRANDES, E., 1996, Sons et Rythmes du Mali, Instruments et genres musicaux traditionnels, *MNM, Bamako, Sans éd*, 35 p.
- MARIKO M.D.B, 2021, Stratégies de revitalisation de la danse Bara dans la commune rurale de Pogo, Mémoire de Master « Culture et Développement », Faculté d'Histoire et de Géographie, Université des Sciences Sociales et de Gestion de Bamako, 83 p.
- Ministère des Sports des Arts et de la Culture, MSAC, 1982, Instruments de musiques et genres musicaux traditionnels, *Bamako, Sans éd* 3-13 juillet 1982, 134 p.
- SACANDE M., SANOU L et PENTJE H., 2012, « Guide d'identification des arbres du Burkina Faso » ; Royal Botanic gardens, Kew-Royaume Uni, 288 p.

SYLLA C.A.T, 2019, Culture : L'origine de la Mamaya, patrimoine culturel national de la Guinée, visible sur le site : <https://guineepeople.com/culture-lorigine-de-la-mamaya-patrimoine-culturel-national-de-la-guinee>.

TRAORE B., 1993, *Le Barra du Kaarta*, mémoire de fin de cycle, INA, Bamako, 33 p.

VERNIÈRES M., 2015, *Le patrimoine : une ressource pour le développement*, in Techniques Financières et Développement 2015/1(n°118), pages 7 à 20.

YARADOUNO M., 2022, Tabaski: Kankan va renouer avec la Mamaya, visible sur le site : <https://ledjely.com/2022/07/08/tabaski-kankan-va-renouer-avec-la-mamaya/>;

Cahiers ORSTOM, Sér, Hydrol, vol, XXI, n°4,1984-1985:75-86, *la sécheresse en Afrique de l'Ouest*, [en ligne], Disponible sur : <http://horizon.documentation.ird.fr/PDF>, consulté le 11/04/2022]

UNESCO, 2003, *les domaines du patrimoine culturel immatériel*. Intangible cultural Heritage [en ligne], Disponible sur <http://ich.unesco.org/src/pdf>, consulté le 26/04/2022.

UNESCO, 2003, *qu'est-ce que le patrimoine culturel immatériel ?* Intangible cultural Heritage, [en ligne], Disponible sur <http://ich.unesco.org/Source/PDF>, consulté le 26/04/2022

<https://guineenews.org/kankan-la-grande-mamaya-lancee-en-apotheose-au-stadeprefectorale/>;

<https://ledjely.com/2022/07/08/tabaski-kankan-va-renouer-avec-la-mamaya/>;

<https://guineepeople.com/culture-lorigine-de-la-mamaya-patrimoine-culturel-national-de-la-guinee>.

© 2023 TESSOUGUE, licensee *Bamako Institute for Research and Development Studies Press*. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>)

Publisher's note

Bamako Institute for Research and Development Studies Press remains neutral regarding jurisdictional claims in map publications and institutional affiliations.

Research

Analyse Bio culturelle et socio culturelle du parcours des Usagers de Drogues, de la dépendance à la remédiation.

Cas du récit de vie d'un ex Usager de Drogue à Abidjan (Côte d'Ivoire)

Ahouansou Stanislas Sonagnon Houndji^{1,2}, Konan Bah Modeste Gnamien^{1,2}, Jérôme Evanno², Boris Affognon³

¹Département de Sociologie et d'Anthropologie, Université Jean Lorougnon Guédé-Daloa, Côte d'Ivoire (Email : houndjis@yahoo.com)

²Association communautaire « Paroles Autour de la Santé et de l'Environnement » abrégé (PASSEN) Daloa, Côte d'Ivoire

³Association communautaire Paroles Autour de la Santé, » abrégé PAS, Abidjan, Côte d'Ivoire

***Correspondance : konanbah@yahoo.fr ; Tel : +225-074-885-4781 ;**

Résumé :

Ce texte est un récit de vie d'un ex-usager de drogues à Abidjan (Côte d'Ivoire) surnommé le 'Lion'. Ce récit explique et relate le parcours toxicomane de cet ex-usager de drogues ponctué de contraction de la tuberculose, son retour en famille et son entrée dans le monde de l'humanitaire. Nous avons opté pour l'échantillonnage dirigé avec un guide d'entretien comme outil de collecte. La méthode de récit utilisée ici, s'inscrit clairement dans l'interactionnisme symbolique. A travers cette biographie, notre enquêté nous explique comment les groupes de gang se forment, s'adonnent à la drogue dans les fumoirs situés en général dans les quartiers populaires de la ville d'Abidjan et sévissent dans la population. Il ressort ainsi que la vulnérabilité et la malléabilité des populations du fait de leur état de pauvreté, les exposent à la tyrannie des trafiquants dans les quartiers où sont installés les fumoirs. La cohabitation fumoir-population, expose celle-ci et surtout les plus jeunes à la curiosité d'en consommer. Cette cohabitation favorise la survenue d'actes délinquants et le recrutement de nouveaux usagers de drogue. Cette étude plaide pour une distanciation des préjugés à l'égard des usagers de drogues et à l'adoption de comportements humanistes afin de les sortir de leur léthargie.

Mots clés : Mots clés : Récit, usager de drogues, fumoirs, bio culturelle, socioculturelle, Abidjan

Abstract:

This text is an account of the life of an ex-drug user in Abidjan (Côte d'Ivoire) nicknamed the 'Lion'. This story explains and relates the drug addiction journey of this ex-drug user, punctuated by contractions of tuberculosis, his return to his family and his entry into the world of humanitarian work. We opted for purposive sampling with an interview guide as a collection tool. The narrative method

used here is clearly part of symbolic interactionism. Through this biography, our respondent explains to us how gang groups are formed, how they use drugs in the smoking rooms located in the working class areas of Abidjan and how they operate among the population. The vulnerability and malleability of the population due to their poverty expose them to the tyranny of the traffickers in the neighbourhoods where the smoking rooms are located. The cohabitation of the smoking room and the population exposes the latter, and especially the youngest, to the curiosity of consuming it. This cohabitation encourages the occurrence of delinquent acts and the recruitment of new drug users. This study argues for a distancing of prejudices towards drug users and the adoption of humanistic behaviours in order to get them out of their lethargy.

Key words: Narrative, drug user, smoking rooms, bio-cultural, socio-cultural, Abidjan

1. Introduction

Depuis la déclaration de guerre à la drogue par Nixon, les conventions internationales se sont succédées avec pour point commun la criminalisation de l'usage et du trafic des drogues (Gautier Ndione et al 2020). Dans de nombreux pays, dont la Côte d'Ivoire, des structures et des lois pénalisant l'usage et la détention de drogues ont été mises en place. A partir des années 2000, la population carcérale a augmenté de 24 % au niveau mondial et de 29 % en Afrique. Dans le monde, plus de 2 millions de personnes (sur 11 millions) sont en prison pour des infractions liées à la drogue, 83% pour possession de drogue à usage personnel (Gautier Ndione et al 2020).

Les travaux de (Houndji et al, 2018, 2020), Ndione, 2017, Ndione et al (2020), Tia (2019), Tia et al (2019) ainsi que les études bio comportementales de l'ONG française Médecins du Monde de 2014 et 2017, l'étude PARECO (2018) en collaboration avec le Programme National de Lutte contre le Tabagisme et autres Addictions (PNLTA) en Côte d'Ivoire, ont démontré la pertinence de travailler sur les usagers de drogues, car considérés comme une population vulnérable qui présente une prévalence élevée au niveau de plusieurs affections y compris le VIH/Sida.

La Côte d'Ivoire, à travers le Ministère de la Santé et de l'hygiène publique appuyée par certains partenaires, mène des actions spécifiques depuis quelques années sur la base de documents d'orientation (politique, stratégique, protocole de prise en charge), ces actions ont abouti à des avancées significatives. Toutefois, force est de reconnaître que l'impact visé par les activités menées reste relativement insuffisant. La prise en charge adéquate des UD est un défi à relever, face au cadre structurel limité et à l'insuffisance de professionnels de santé formés à cet effet. De plus, le contexte législatif actuel, criminalisant le simple usage de drogues, est un facteur niant les droits humains, les droits du citoyen pour cette communauté. Ces personnes hautement vulnérables subissent encore trop d'incarcérations abusives, de violence policière, d'actes de torture, de racket, etc. L'on observe

néanmoins une croissance permanente de la population usagère de drogue malgré les actions de répressions entreprises.

Dans ce contexte, nous notons la mobilisation des acteurs dans les champs des sciences sociales, dont l'anthropologie qui s'emploie à documenter ce phénomène dans le souci de saisir toutes ses facettes et amorcer une approche holistique dans la réponse à adopter. Cependant quelles sont les dispositions sociales, biologiques et culturelles qui sont mobilisées par les usagers de drogues de l'addiction à la remédiation ?

Il s'agit de modéliser le parcours des usagers de drogues à travers l'analyse de plusieurs expériences et d'en déceler les différents épisodes qui peuvent faire l'objet d'actions. En plus des démarches classiques qui privilégient le questionnement collectif, la saisie des facteurs individuels ne sont pas à exclure dans une approche de complémentarité et d'enrichissement de la connaissance. C'est tout le sens de cet article qui envisage décrire, à travers un récit, le parcours toxicomane semé d'embûches d'un ex-usager de drogues redouté dans les rues et fumoirs d'Abidjan (Côte d'Ivoire) et sa reconversion dans le monde de l'humanitaire pour aider ses pairs.

Dans ce champ de la recherche biographique, le récit de vie a pour but « d'explorer les formes et les significations des constructions biographiques individuelles dans leurs inscriptions sociohistoriques » (Delory Momberger, 2005, p. 13). À son origine, il s'inscrit dans le courant anthropologique qui vise à répondre à la question : « comment les individus deviennent des individus ? » (Martuccelli, 2002, dans Delory-Momberger, 2005, p. 13).

La méthodologie qualitative s'avère particulièrement pertinente pour approcher des objets d'étude individuels ou sociaux dans leurs aspects temporels. La temporalité peut être appréhendée, non seulement à travers des événements historiques, des faits objectifs, mais également par le vécu des individus ou des groupes, leurs représentations, leurs affects et leurs réflexions (Burrick, 2010). La méthode de récit s'inscrit clairement dans l'interactionnisme symbolique : elle repose sur une approche compréhensive des phénomènes et considère l'acteur social enquêté comme « un véritable observatoire du social, à partir duquel se font et se défont les interactions et actions de tous » (Le Breton, 2004 : 20).

2. Matériaux et Méthodes

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

2.1. Couverture géographique et population cible

L'usager de drogue qui fait l'objet de cette étude, fréquente l'un des grands fumoirs dans une commune d'Abidjan. Ce fumoir attire plusieurs usagers de drogues du fait de la bonne « dose » et du fait de sa situation géographique (entouré de broussailles, idéal pour la fuite en cas de descente policière). La fréquentation élevée de ce fumoir rehausse la qualité du récit en raison de la grande expérience supposée de cet UD devenue aujourd'hui humanitaire.

2.2. Technique d'échantillonnage

Nous avons opté pour l'échantillonnage dirigé, le principal atout de l'échantillonnage dirigé repose sur l'identification d'un acteur qui se caractérise par sa grande capacité à communiquer un récit puissant et à offrir une perspective dont peu de personnes pourraient avoir conscience, en sélectionnant des cas critiques qui illustrent les opérations d'un programme dans diverses conditions. Dans le cas de notre étude, il s'agit de l'auteur dudit récit.

2.3. Production des données

2.3.1. Les sources écrites

Les sources écrites nous ont permis de faire l'état des lieux sur la prévalence de la consommation de drogues par voie injectable et celle par voie inhalée à travers des données chiffrées. Plusieurs documents dont des rapports d'étude, les Rapports de l'ONUDC, des articles scientifiques, des Thèses et mémoires (en anthropologie et en santé publique) ont été consultés sur les thèmes liés à la consommation de drogues, aux risques sanitaires, la prévalence du VIH, la tuberculose, les hépatites virales chez les UD, afin de préparer la phase de l'enquête de terrain. Grâce à cette documentation, la question centrale et les questions spécifiques ont pu être dégagées clairement. Quelles sont les dispositions sociales, biologiques et culturelles qui sont mobilisées par les usagers de drogues de l'addiction à la remédiation ? Plus précisément :

Quels sont facteurs (sociaux, biologiques et culturels) qui favorisent le passage de l'initiation à la dépendance de la drogue

Comment le regard de la société contribue à la détérioration sanitaire des usagers de drogue ?

Quelles sont les possibilités de reconversions à exploiter pour amorcer une prise de conscience et l'arrêt de la consommation de la drogue ?

2.3.2. Entretiens

La conduite de notre entretien a obéi à toute une démarche telle que prescrite par Burrick (2010). La question du positionnement central du chercheur a été fondamentale. Dans cette optique, l'attitude de compréhension a été primordiale pour favoriser une communication authentique et indépendante. Sa mise en place s'est appuyée par plusieurs qualités (Rogers, 1966, dans Mucchielli, 1995) :

- la congruence, qui consiste à être soi-même, présent, ouvert et non défensif face à ses propres sentiments envers l'autre ;
- l'attention positive inconditionnelle, c'est-à-dire l'acceptation de toute manifestation de l'autre sans la juger ;
- l'empathie, soit la perception du monde subjectif de l'autre, avec ses composantes émotionnelles et ses significations – mais sans identification, demeurant émotionnellement indépendant, dans une décentration impliquée ;
- l'écoute sensible, ressenti de l'univers affectif, imaginaire et cognitif de l'autre, pour comprendre de l'intérieur ses attitudes, ses comportements et son système d'idées et de valeurs (Barbier, 1997).

2.4. Élaboration des outils de collecte et Traitement des données

Pour la réalisation de l'étude, un (01) outil de collecte des données a été élaboré à savoir le guide d'entretien. La posture interprétative de type inductif a été adoptée et donne à voir comment un phénomène humain se développe dans les vécus. Elle s'intéresse donc aux expériences subjectives en recueillant des données auprès de témoins privilégiés sélectionnés minutieusement pour la recherche et en tenant compte des contextes variés dans lesquels se déploient ces expériences. Dans cette visée fondamentale, une recherche inductive de qualité requiert souvent de la part du chercheur une immersion dans certains aspects de la vie sociale des participants à la recherche, et ce, dans le but de capturer le plus d'aspects possible des expériences vécues subjectivement et des phénomènes étudiés.

3. Résultats

Récit de vie ou de cas d'un ex-usager de drogues à Abidjan :

3.1 Mon histoire avec la drogue : le « CAID de Treichville¹ et la drogue »

¹ Treichville est une commune de la ville d'Abidjan

« J'ai connu la drogue très jeune (à l'âge de 12 ans), j'habitais à Treichville (une commune de la ville d'Abidjan). J'avais reçu une éducation parentale stricte qui m'a permis de résister) à cette substance pendant un moment. Mais malgré l'adoption de comportements d'évitement, j'ai fini par en consommer lorsque j'introduisis un groupe de gang appelé « le Mapless ». Au départ, je ne consommait que le « skr » (cannabis). Mais avec le temps et, surtout suite à la rencontre de 'Lass le Reptile', un vieil ami qui consommait la 'dure » (l'héroïne et la cocaïne ou crack au quartier 'Apolo' à Treichville, j'ai viré à la consommation du « pao » héroïne en nouchi puis au « yô » crack ou cocaïne.

Cette situation découle du fait que le ghetto était juste situé en face de mon habitation. Tout le monde avait connaissance de l'existence de ce fumoir dans le quartier même les forces de l'ordre et tous les parents ménageaient leurs efforts pour éviter que leurs enfants ne sombrent dans la drogue. Malheureusement, leurs efforts échouaient face à une stratégie très communiste du dealer qui n'hésitait pas à donner gratuitement la drogue et l'argent aux jeunes qu'il accostait dans le quartier.

Finalement, j'ai fini par me familiariser avec celui-ci et d'un commun accord, nous avons créé le groupe « Mapless » composé d'au moins 200 personnes. Les raquettes des commerçants, des vendeurs ambulants, des restaurants et le vol étaient notre fort, notre quotidien.

Cette situation renvoie à Gurvitch In Aurore Thibaut (2004) à propos de sa définition du groupe. Il insiste fortement sur le fait que le groupe possède une réelle influence sur l'attitude et les comportements des individus. En dépit donc, des déterminants personnels, il est difficile d'échapper à l'influence des groupes desquels nous sommes issus. On constate en effet que les mêmes personnes ont des comportements différents selon leur environnement et que leurs réactions aux stimuli de ceux-ci varient selon les « climats ». L'influence des pairs devient un facteur de soumission et de début de consommation. Les acts de délinquance ont toujours été associés à la consommation de la drogue. Cette corrélation s'instaure à travers les dopamines contenues sont également responsables du sentiment de dépendance associé à la consommation.

Mon abnégation et mon dévouement aux activités délinquants de notre groupe de gang ont fini par me faire une place de choix et j'étais devenu désormais un membre très influent et incontournable. De ma position de membre influent du gang, j'ai commis certains actes qui allaient contre les principes du groupe. Lesquels actes ont été à la base de mon rejet du groupe par les autres grands décideurs du gang. »

Comme le décrit Chanut, F. (2013), lorsque l'usage de la substance se prolonge dans le temps, une phase de consommation dite « compulsive » peut s'installer. Celle-ci est dominée par le renforcement négatif : l'évitement du déplaisir, soit du sevrage et des conséquences négatives engendrées par la consommation. Le comportement de prise de substance est ainsi augmenté, ou renforcé, par le retrait des stimuli aversifs que sont les symptômes de sevrage et autres conséquences négatives de la prise de substance (dettes, conflits interpersonnels, etc.). Le cycle s'amorce par un sentiment d'anxiété ou de stress (de toute origine) qui peut conduire à des comportements répétitifs autour de la consommation de la substance. Cette prise de substance compulsive et les comportements associés amènent un soulagement de l'anxiété ou du stress ressenti, ce qui peut alimenter ensuite une obsession de consommer. Cette obsession peut être elle-même vécue comme un stress ou une anxiété, ce qui peut davantage alimenter le cercle vicieux du renforcement négatif (Koob et Le Moal, 2007). La transition entre ces deux temps de la toxicomanie, la phase impulsive et la phase compulsive, ne se ferait pas de façon abrupte, mais bien très progressivement sur une période plus ou moins prolongée en fonction de facteurs propres à l'individu, à son environnement ainsi qu'à l'intensité de l'utilisation de la substance. Les actes de délinquance ont toujours été associés à la consommation de la drogue. Cette corrélation s'instaure à travers les dopamines contenues sont également responsables du sentiment de dépendance associé à la consommation. Et comme le décrit Chanut, F. (2013), lorsque l'usage de la substance se prolonge dans le temps, une phase de consommation dite « compulsive » peut s'installer. Celle-ci est dominée par le renforcement négatif : l'évitement du déplaisir, soit du sevrage et des conséquences négatives engendrées par la consommation. Le comportement de prise de substance est ainsi augmenté, ou renforcé, par le retrait des stimuli aversifs que sont les symptômes de sevrage et autres conséquences négatives de la prise de substance (dettes, conflits interpersonnels, etc.). Le cycle s'amorce par un sentiment d'anxiété ou de stress (de toute origine) qui peut conduire à des comportements répétitifs autour de la consommation de la substance. Cette prise de substance compulsive et les comportements associés amènent un soulagement de l'anxiété ou du stress ressenti, ce qui peut alimenter ensuite une obsession de consommer. Cette obsession peut être elle-même vécue comme un stress ou une anxiété, ce qui peut davantage alimenter le cercle vicieux du renforcement négatif (Koob et Le Moal, 2007).

3.2 De l'expérimentation à la dépendance de la drogue

« Expulsé du groupe, ma vie a basculé grandement dans la drogue. Mon quotidien était totalement ancré sur la consommation. Je consommais désormais à visage découvert en pleine rue sans me gêner. J'avais pris goût à la consommation de la drogue et je ne contrôlais plus rien. Je mélangeais les substances afin d'avoir mon plaisir. Mes relations avec mes parents étaient de très mauvaises qualités.

Au départ, mes parents s'inquiétaient pour moi et avaient tenté à plusieurs de me raisonner en me prodiguant des conseils mais je restais attaché à « la dose ».

Cet état de dépendance largement documenté repose sur des facteurs biologiques à savoir une stimulation des neurones. Des données récentes neurobiologiques ont permis de montrer que tous les produits qui déclenchent une dépendance chez l'homme (amphétamine, cocaïne, morphine, héroïne, cannabis...) augmentent la libération de dopamine dans une structure sous-corticale, le noyau accumbens. Ce noyau fait partie d'un ensemble de structures cérébrales, dénommé « circuit de la récompense » qui définit à chaque instant l'état physique et psychique dans lequel se trouve l'individu. Les drogues, en modifiant la cinétique et l'amplitude de la production de dopamine, induisent une sensation de satisfaction. Cette dérégulation conduit le toxicomane à mémoriser artificiellement les événements associés à la prise de produit et à en devenir dépendant.

Finalement, ceux-ci m'ont rejeté du fait du déshonneur et de l'humiliation.

En effet, la famille est l'unité sociale de base au sein de laquelle sont, communiquées aux jeunes membres de la société les normes et les valeurs, les croyances et la connaissance, ainsi que les compétences utiles au quotidien. La famille est l'unité économique de base qui apporte les chances de survie aux nourrissons et aux enfants. Elle est encore l'unité biologique où s'effectuent la reproduction et la continuité biologique. La famille africaine est le facteur de socialisation le plus important. Elle façonne l'enfant dès son plus jeune âge et l'avenir de ce dernier est en grande partie tributaire des conditions socioéconomiques de la famille.

Lorsque les enfants ne suivent pas ces valeurs, les normes transmis dans la cellule familiale, les crises surviennent puis c'est le rejet des enfants par les parents.

Une fois rejeté par les parents, j'ai élu domicile au ghetto. Déscolarisé et désœuvré, je commettais des actes délinquants pour survivre (vols, braquages, escroqueries) et pour avoir de l'argent afin de satisfaire mon envie toxicomaniaque. Ces agissements m'ont conduit derrière les barreaux. »

La stigmatisation des usagers de drogues est une anomalie généralisée, basée sur des représentations morales qui méconnaissent la dimension pathologique de l'addiction. Son corolaire est le rejet et l'exclusion qui sont dommageables pour ces personnes qui se réfugient dans un réseau social promoteur de leur addiction. La consommation de drogues est perçue comme un comportement déviant au lieu d'être considéré comme pathologique. L'usager de drogues apparaît dès lors comme un incompris et un individu infréquentable. Cette situation affecte son mental et l'amène à s'adonner à

certains vices et à vivre en périphérie sociale pour survivre. Le rejet par leur famille fait que la plupart des usagers de drogues rencontrés séjourne dans les ghettos (les scènes ouvertes de consommation dits fumoirs) dans les marchés, dans les rues.

Pour la psychologue clinicienne Camille Veit (2022), une personne qui souffre du rejet éprouve le sentiment constant d'être repoussée, mise à l'écart, de ne pas être reconnue ni intégrée, elle ne se sent pas appartenir à quoi que ce soit. La blessure de rejet impacte le bien-être psychologique et provoque une douleur émotionnelle et également des troubles associés. Elle s'exprime au travers de plusieurs symptômes qui sont par exemple l'anxiété chronique, l'isolement, la colère etc. Toujours dans ce sens, nous pouvons citer la thèse du socio anthropologue Houndji (2017) qui démontrait dans son étude chez les Agni N'dénian que la maladie n'est pas seulement d'ordre biologique ou physique mais elle est aussi morale, sociale et culturelle car les causes sociales tels que le chômage, la pauvreté, la perte d'un être cher, les échecs répétés, un commerce infructueux entraînant la tristesse, l'anxiété influent sur l'état de santé des populations. Il a montré comment ces causes sociales initialisent à partir des représentations sociales.

3.3 Mon séjour en milieu carcéral

« Pris en flagrant délit de consommation par la police, j'ai été déféré à la maison d'arrêt de correction d'Abidjan (MACA) pour purger une peine de 18 mois.

Loin d'être une source de conscientisation pour moi, mon incarcération a empiré ma dépendance à la drogue. Car une fois en prison, j'ai rencontré certains amis de gang qui purgeaient aussi leur peine de prison et nous avons reconstitué le groupe. Le comble a été le fait qu'à la MACA, la drogue circulait à flot et la consommation était légalisée. On y trouvait un très grand fumoir appelé « Colombie ». J'ai gravi les échelons dans la consommation de drogues et je suis devenu un 'CAID' c'est à dire un vendeur de drogues en prison et un grand consommateur. Après 18 mois passés en prison, j'ai bénéficié de la grâce présidentielle et j'ai été libéré. »

La consommation de la drogue est très répandue dans les prisons. M. Foucault (1975) a bien mis en valeur la structure de la critique de la prison pénale moderne, composée de six constatations qui, ensemble, dénoncent inlassablement, à travers les époques, « l'échec » de la prison quant à remplir les fonctions qui lui sont officiellement assignées. Ces critiques s'énoncent ainsi : « les prisons ne diminuent pas le taux de la criminalité », « la détention provoque la récidive », « la prison ne peut manquer de fabriquer des délinquants », « la prison favorise l'organisation d'un milieu de délinquants

», « les conditions qui sont faites aux détenus libérés les prédisposent à la récidive », « la prison fabrique indirectement des délinquants en faisant tomber dans la misère la famille du détenu ». La prison devient ainsi un lieu de radicalisation en lieu et place de la socialisation. Cette situation évoquée est entretenue par la grande disponibilité de la drogue dans les établissements pénitenciers. La demande en consommation est boostée par certains éléments dont les stigmate(s), l'incertitude, l'impuissance, la rupture familiale, les peines corporelles, les inégalités des conditions de détention et les violences physique.

3.4 Du rejet social à la contraction de la tuberculose

« Après mon séjour carcéral, ma situation avec mes parents était chaotique. D'abord tout le monde était mécontent de moi. Devenu la risée de ma famille, je ne pouvais plus supporter cette stigmatisation et ce deuxième rejet social ; alors je suis retourné dans la rue et là je suis devenu un redoutable « junkie ». (usager de drogues)

Mon aspect physique était similaire à un fou car j'étais vraiment très sale et amaigri. Dans cette vie d'insalubrité, sans aide parentale, ni soins médicaux, j'ai contracté la tuberculose mais, je continuais toujours de consommer la drogue et de partager les mêmes matériels de consommation avec les autres usagers de drogues dans les fumeurs. Dans le ghetto qui me servait de résidence, j'ai contaminé un grand nombre d'usagers de drogues et ma situation était devenue très grave. Une nuit, dans une situation de grabataire, un groupe d'usagers de drogues m'a transporté puis déposé devant la cour de mes parents pour éviter que je meure dans leur ghetto. Au réveil de mes parents, mon père est resté ferme sur sa position pendant que ma mère se démarquait pour essayer une Énième fois de me sauver la vie et me donner une dernière chance.

J'ai profité de cette occasion lorsqu'une fois à l'hôpital, mon diagnostic a été positif pour la tuberculose. C'est ainsi que j'ai commencé à faire une bonne observance au traitement qui m'avait été administré au Centre Antituberculeux (CAT). Ma mère profita de cette occasion pour supplier mon père afin qu'il renonce à sa fermeté à mon égard. Il accepta finalement et j'ai réintégré la famille. »

En effet selon une étude conduite par Médecins du Monde en 2017, les UD ont un risque accru de développer des formes de Tuberculose résistantes aux antibiotiques, en combinant un contexte de précarité, des difficultés d'accès aux soins liées à une forte stigmatisation et discrimination, des enjeux spécifiques pour l'observance au traitement, des ruptures de soins notamment en lien avec des incarcérations, et potentiellement certaines comorbidités (e.g. VIH, hépatite B, hépatite C).

La promiscuité, les conditions insalubres dans les fumoirs ou de détention exposent les détenus à certaines affections. Les personnes qui vivent dans de mauvaises conditions d'hygiène ou dans des locaux surpeuplés sont plus à risque de développer une tuberculose active : prisons, camps de réfugiés, logements vétustes et trop petits, etc. Les germes de la tuberculose se propagent dans l'air. Quand une personne a des germes tuberculeux dans les poumons, la plèvre ou la gorge, elle projette ces germes dans l'air quand elle tousse, éternue, parle, rit, chante ou joue d'un instrument de musique à vent. Les germes tuberculeux peuvent rester dans l'air pendant des heures. Les personnes qui passent beaucoup de temps, tous les jours, avec une personne atteinte de tuberculose active peuvent inhaler des germes, qui pénètrent ensuite dans leurs poumons, et devenir infectées. La tuberculose ne peut pas se transmettre par les poignées de main, le partage de vaisselle ou d'ustensiles, les sièges de toilette, le partage de serviettes ou le contact sexuel.

3.5 La prise de conscience et la rupture avec la drogue

« J'ai profité du traitement de la tuberculose pour faire mon sevrage. Après quelques mois de traitement, j'ai pu décrocher de la drogue et j'ai pris du poids. Pour éviter une fois de plus d'être en contact avec la drogue, je suis allé à Sinfra, une ville située dans le Centre de la Côte d'Ivoire, où j'ai passé 110 jours avant de revenir à Abidjan. Cette situation m'a permis de comprendre que la drogue est un fléau, un danger qui fait des ravages aussi dans la jeunesse. Certes la consommation de drogues est interdite par la loi en Côte d'Ivoire, cependant, vu les dégâts que celle-ci engendre, il est impérieux de venir en aide à ceux qui croupissent sous le poids de la drogue. Car ce sont des êtres humains qui à un moment donné de leur vie ont choisi le mauvais chemin mais qui une fois dans la drogue, se sont rendus compte des dégâts que cela pourrait entraîner sur leur bien-être. Étant déjà dépendant de ces substances, ils sont désormais enfermés dans un terrible carcan. Ce sont des personnes hautement vulnérables qui ont besoin d'aide et de soins. »

Cette partie du récit renvoie au processus de sevrage. Le premier élément de prise en charge repose sur le sevrage, c'est-à-dire l'arrêt de la consommation ou de la pratique addictive. La diminution de la fréquence de la consommation peut, pour certaines substances et dans certains contextes, aider le sujet à atteindre le sevrage complet. Cette posture doit s'accompagner d'un soutien psychosocial, notamment en cas de désocialisation, qui permet de préserver ou de favoriser l'intégration sociale, et d'accompagner le patient dans les démarches éventuellement nécessaires pour atteindre cet objectif. Ce soutien permet aussi d'identifier d'éventuelles problématiques psychologiques, et les moyens à mettre en œuvre afin de les résoudre. Mais dans bien des cas, des usagers de drogues animés d'une grande volonté de rompre avec cette substance s'arme de courage et assume seuls leurs décisions de

sevrage. Ainsi le succès du sevrage dépend de la prise en charge essentiellement de la motivation du patient à se sevrer

3.6 Mon entrée dans l'humanitaire

« Une fois sorti de la drogue, avec mes maigres moyens, j'ai commencé à aider des amis qui étaient toujours dépendant. Je me souviens que j'étais un « CAID », un chef de gang, braqueur, un voleur et un grand usager de drogues comme eux.

Je les sensibilisais, je leur faisais comprendre qu'il faut aller à l'hôpital quand on est malade. Je les référais dans les centres de santé et au CAT et petit à petit, ils ont commencé à m'écouter. La venue de l'ONG française Médecins du Monde à Abidjan, pour une étude bio-comportementale auprès des usagers de drogues en Mai 2014 a été un ouf de soulagement pour moi. J'ai ainsi profité de cette opportunité pour travailler avec cette ONG suite à une sollicitation. En un laps de temps, nous avons enregistré 450 Usagers de drogues. Cette étude a permis de connaître le taux de prévalence du VIH (9,8%) et la tuberculose au sein de cette population. Il faut donc que nous nous départissions de nos considérations péjoratives et stigmatisant des usagers de drogues afin de leur venir en aide. Arrêtons ces grandes vagues d'incarcération qui n'apportent que tristesse et désolation. Ne les rejetons pas, ne les punissons pas car ce sont nos enfants, nos frères, nos sœurs, nos pères, nos mères, nos familles ; ce sont des êtres humains. Aidons-les au travers de soins et la sensibilisation, ce sont des malades qui ont besoin d'être soignés. »

Ainsi l'amélioration durable des conditions de vie permet de Booster le sevrage. Le fait de trouver un emploi, mener des activités, avoir des centres d'intérêt et trouver un rôle et une utilité dans la vie sociale améliore le bien être.

4. Discussion

Notre étude qui consiste à apporter un regard nouveau sur l'usager de drogue en prenant en compte la combinaison d'éléments sociaux culturels et biologique va dans le même sens que R. Castel (1998) qui affirme que l'inclination à considérer la vie du toxicomane comme exclusivement et intégralement définie par sa consommation, ou sa souffrance, ou ses transgressions le fige dans un état. La recherche sociologique sur les sorties de la toxicomanie a décrit la « rationalité » du drogué, en montrant qu'il connaît ces joies et ces douleurs qui sont le lot de toute existence humaine, mais avec un petit souci en plus : se procurer des substances stupéfiantes, qu'il est souvent difficile à obtenir, qui obligent quelquefois à d'étranges démarches, qui entraînent à des compromissions sordides, et dont l'ingestion

se conclut parfois de façon tragique, par l'isolement, la déchéance, l'incarcération ou (très rarement) la mort.

Ce récit confirme une étude conduite en 2014 par Médecins du Monde auprès de 450 usagers de drogues à Abidjan afin d'estimer la prévalence du VIH, des virus de l'hépatite B et C, de la tuberculose et de la syphilis parmi les usagers d'héroïne et de cocaïne/crack, une population hautement vulnérable du fait de relations sexuelles non protégées et de conditions de vie extrêmement précaires. Les faits d'influence des pairs dans la consommation de drogue relevée dans ce récit est corroboré par Karl Bohrn et Regina Fenk (2003) qui affirment qu'avec l'âge l'influence du groupe des pairs et des amis augmente pour atteindre un sommet à l'adolescence. Ce qui est vrai pour les parents et les frères et sœurs est aussi vrai pour les amis : ils ont le rôle de modèle, surtout quand ils sont plus vieux. Mais la différence entre la famille et les amis réside dans la possibilité, dans une certaine mesure, de choisir un groupe de pairs. Au sein du groupe de pairs, l'influence est généralement double : les « pairs » ou amis exercent une influence sur l'individu, mais l'individu a aussi son mot à dire dans le groupe (à l'exception des groupes très rigides ou d'individus très « faibles » ou très peu estimés au sein du groupe).

La question de la réinsertion sociale évoquée dans ce récit et son positionnement épi centrique dans la remédiation a été évoquée par WERNER (1993) qui insiste sur le fait que les usagers de drogues (définis ici comme des toxicomanes) sont avant tout des malades qui doivent faire l'objet d'un traitement médical alors même qu'ils reconnaissent le fait qu'ils sont démunis de moyens thérapeutiques et que, de toute façon, le traitement de ces patients est fort aléatoire compte tenu des problèmes posés par leur réinsertion socio-professionnelle (un euphémisme pour parler du problème crucial du chômage).

La présentation du séjour carcéral comme un élément amplificateur de la consommation de la drogue est confirmée par DJODJO et al (2021) qui affirme que la Maison d'Arrêt et de Correction d'Abidjan (MACA), qui est la plus grande prison de Côte d'Ivoire constituait également un lieu de consommation de stupéfiants. Le niveau de consommation de drogues illicites chez les détenus de cette prison était élevé atteignant 42 % de l'ensemble des détenus enquêtés

5. Conclusion

Ce récit n'a aucune intention de généralisation mais plutôt d'alerter l'opinion scientifique sur la nécessité de la prise en compte de la singularité pour enrichir la généralité. Et ce en mentionnant que le récit de vie pose trois problèmes redoutables: 1) la singularité, 2) le mode de collecte du matériau,

3) l'analyse de ce matériau (Duchet, 1987). Dans l'optique de contenir ces potentiels biais notre méthodologie a été fortement référencé dans le souci de nous appuyer sur les expériences passées. Il apparait ainsi nécessaire de poursuivre la promotion de la collecte des récits en standardisant rigoureusement les approches et la démarche appropriée. Des théories spécifiques sont à promouvoir ou à inventer pour affirmer la posture méthodologique dans l'exploitation des récits. Les articulations évoquées ici cadrent avec la littérature disponible et offrent des éléments de précision au niveau individuel qui façonnent l'univers global des usagers de drogues. Nous pouvons noter l'influence de l'entourage dans la consommation de drogues, la radicalisation des pratiques dans les établissements pénitenciers et le rôle positif de l'insertion professionnel dans la remédiation.

Remerciements : Nous tenons à remercier la communauté des Usagers de Drogue pour leur confiance.

Références

- Barbier, R. (1997). L'approche transversale, l'écoute sensible en sciences humaines. Paris : Anthropos
- Bouscaillou J., Evanno J., Proute M., Sekou F., Luhmann N., Blanchetiere P., & Durand E. (2014). Santé des personnes usagères de drogues à Abidjan en Côte-d'Ivoire: Prévalence et pratiques à risque d'infection par le VIH, les hépatites virales et autres infections. Paris, Médecins du Monde.
- Burrick, D. (2010). Une épistémologie du récit de vie. *Recherches qualitatives*, 8, 7-36.
- Bohrn, K. & Fenk, R. (2003). L'influence du groupe des pairs sur les usages de drogues. *Psychotropes*, 9, 195-202. <https://doi.org/10.3917/psyt.093.0195>
- Castel, R. (1998) (sous la dir.), *Les sorties de la toxicomanie*, Fribourg, Éditions universitaires
- Chanut, F. (2013). Impulsivité et troubles liés à une substance : un mélange explosif ! *Psychiatrie et violence*, 12(1). <https://doi.org/10.7202/1025227ar>
- Colin G., Doumenc-Aidara C., Luhmann N., Pourteau Adjahi L., N'zi L. (2017). La tuberculose chez les usager-ère-s de drogues à Abidjan en Côte d'Ivoire, pr valence, prise en charge et modèle d'accompagnement communautaire, rapport scientifique, Paris: médecins du Monde
- Djodjo, M., Traore, Sb., Ebouat., Km., Konate, Z., Zié Moussa Coulibaly, Zm., Botti, K., Yapo, Eh. (2021). Les drogues illicites et leur usage en prison. Enquête aupres des détenus de la Maison d'arrêt et de correction d'Abidjan (MACA) (Côte d'Ivoire) *Illegal drugs and their use in prison. Investigation with inmate house detainees of Abidjan (Côte d'Ivoire)*. ARTICLE ORIGINAL / ORIGINAL ARTICLE *Rev int sc méd Abj - ISSN 1817-5503 - RISM 2021;23,3:266-274 © EDUCI 2021.*
- Diouf, O., Sarr, M. (2019). Programme Régional de Réduction des Risques VIH/TB et autres comorbidités auprès des consommateurs de drogues injectables. Estimation de la Taille et résultats de l'Enquête Bio-comportementale chez les Consommateurs de Drogue Injectables (Côte d'Ivoire). PARECO et PNLTA.
- DIOUF, O., SARR, M., OUMAR C. (2018). Programme Régional de Réduction des Risques VIH/TB

et autres comorbidités auprès des consommateurs de drogues injectables (Pareco, Estimation de la Taille et résultats de l'Enquête Bio comportementale chez les Consommateurs de Drogues Injectables (Côte d'Ivoire)

Foucault, M. (1975). *Surveiller et punir*, Paris, Gallimard. DOI : 10.14375/NP.9782070729685 Médecins du Monde (2017),

Houndji, A.S.S., (2017). Les représentations sociales de la maladie et les itinéraires thérapeutiques chez les Agni N'dénian de Côte d'Ivoire. Thèse de Doctorat Unique en Anthropologie Sociale parcours socio-anthropologie de la santé, Université Félix Houphouët Boigny Abidjan-Cocody, ISAD (Institut des Sciences Anthropologiques de Développement), Abidjan-Côte d'Ivoire.

Houndji, A. S. S., Tia Y. F., Evanno J. (2018). Représentations sociales du VIH/Sida, pratiques sexuelles à risques et déterminants de la première consommation chez les usagers de drogues à Abidjan (Côte d'Ivoire). Colloque international pluridisciplinaire du LAASSE 5ème Edition. Université Félix Houphouët Boigny Campus de Bingerville (Abidjan – Côte d'Ivoire)

Houndji, A.S.S., Gnamien K.B.M, Evanno J., Affognon B., Kouadio D.S. (2020). Logiques socio-culturelles et bio-culturelles de la consommation de drogues par injection chez les usager-ère-s de drogues à Abidjan (Côte d'Ivoire) ; *Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique (RASP)*, ISSN : 1987-071X e-ISSN 1987-1023 (online) Volume (2) Numéro 2, PP 90-100

Houndji, A.S.S., Gnamien K.B.M, Evanno J., Affognon B., Kouadio D.S. (2020). Perception du Coronavirus (Covid-19) et conduites sociales chez les usager-e-s de drogues à Abidjan (Côte d'Ivoire). *Journal Africain de Communication Scientifique et Technologique* ISBN 2-909426-32-7, EAN 9782909426327, N°85, pp 1119-1133

Le Moal, M., & Koob, G. F. (2007). Drug addiction: Pathways to the disease and pathophysiological perspectives. *European Neuropsychopharmacology*, 17, 377-393. Delory-Momberger, C. (2005). *Histoire de vie et recherche biographique en éducation*. Paris : Anthropos.

Chanfrault-Duchet, M.-F. (1987). Le récit de vie : donnée ou texte? *Cahiers de recherche sociologique*, 5(2), 11–28. <https://doi.org/10.7202/1002024ar>

Martuccelli, D. (2001), *Domination ordinaires. Explorations de la condition moderne*, Paris, Balland, Voix et Regard.

Mucchielli, A. (1995). *Psychologie de la communication*. Paris : Presses Universitaires de France

Ndione A. G, Desclaux A., Bâ I., Sow K., Ngom M., Diop M. (2020) ; Usagers de drogues et Covid-19 : Comment réduire la surpopulation carcérale en Afrique de l'Ouest ?, in the Conversation, Published: July 19, 9.10pm SAST

Ndione, A. G. (2017). Le traitement des usagers de drogues au Sénégal, la médicalisation d'une déviance sociale. Thèse pour l'obtention du grade de Docteur en Socio anthropologie, Université Cheikh Anta Diop de Dakar (Sénégal).

Programme National de Lutte contre le Tabagisme et les autres Addictions, PNLTA (2015). Protocole de prise en charge de la consommation et des troubles liés à la consommation d'alcool et de drogue en Côte-d'Ivoire.

Tia, F.Y. (2019). Facteurs bio-culturels associés à la demande de sevrage chez les usagers de drogues

à Abidjan, Thèse Unique en vue d'obtenir le grade de Docteur en Anthropologie, parcours Bio-anthropologie, Institut des Sciences Anthropologiques de Développement, Université Félix Houphouët Boigny Cocody Abidjan

Tia F. Y, Houndji A. S. S., Assoumou T. A., Evanno J. S. (2019). Perceptions et facteurs associés à la non utilisation des outils de réduction des risques par les usagers de drogues à Abidjan. *Revue Korhologolaise des Sciences Sociales* Vol. 2 -

Thiebaut, A. (2004). Travail d'analyse et de réflexion : SOCIOLOGIE Et dynamique des groupes. Année universitaire : 2004-2005 IUT de Belfort Montébliard, Département Carrières Sociales.

Veit, C., (2022). Blessure de rejet : 12 signes pour la reconnaître, [https://www. La-clinique-e-sante.com](https://www.La-clinique-e-sante.com)

Werner, J.-E. (1993). Approche ethnographique de l'usage des drogues au Sénégal, *Psychopathologie africaine*, XXV 3, 323-345. Karthala.

© 2023 GNAMIEN, licensee *Bamako Institute for Research and Development Studies Press*. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>)

Publisher's note

Bamako Institute for Research and Development Studies Press remains neutral regarding jurisdictional claims in map publications and institutional affiliations.



Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, Volume 5 (1)
ISSN :1987-071X e-ISSN 1987-1023
Received, 24 April 2023
Accepted, 05 June 2023
Published, 29 June 2023
<http://www.revue-rasp.org>

Research

Analyse de la politique de gestion des déchets solides ménagers et santé des populations dans la ville de Bondoukou

Analysis of the solid household waste management policy and population health in the city of Bondoukou

Nambahigué Mathieu BAKARY^{1*}, Hoho HIEN²

^{1,2} Institut de Géographie Tropicale (IGT), Université Félix Houphouët-Boigny (Abidjan-Côte d'Ivoire)

*Correspondance : nambahiguebakas@yahoo.fr ; Tel : (+225) 05 05 93 52 57;

Résumé :

La croissance démographique qu'ont connue les villes ivoiriennes notamment la ville de Bondoukou a accéléré la production des déchets solides ménagers. En outre, la densité de la population de Bondoukou est à l'origine des problèmes de l'insalubrité. Ce qui a pour conséquence la prolifération des déchets solides ménagers et leur impact sur la santé des populations. L'objectif général de cette étude est d'analyser l'impact de la gestion de déchets solides ménagers sur la santé des populations dans la ville de Bondoukou. Pour y parvenir, une recherche documentaire et une enquête auprès de 246 chefs de ménage ont été faites puis le test statistique de Khi deux et du model épidémiologique ont été appliqués. Cette étude a nécessité des données collectées à partir des recherches documentaires, d'entretiens, et d'observation directe. Les résultats de cette étude montrent que la ville de Bondoukou connaît une difficile gestion des déchets solides ménagers caractérisée par une collecte irrégulière. Par conséquent, la prolifération de ces déchets ménagers expose les populations à des problèmes de santé. Les principales pathologies observées sont : le paludisme 57% ; la diarrhée 16%, la fièvre typhoïde 11% ; la dermatose 9% et les Infections Respiratoires Aigües (IRA) 7%.

Mots clés : Analyse, gestion, déchets ménagers, santé, Bondoukou.

Abstract:

The demographic growth experienced by Ivorian cities, particularly Bondoukou, has accelerated the production of solid household waste. In addition, the population density of Bondoukou is at the origin of the problems of insalubrity. This results in the proliferation of household solid waste and its impact on the health of the population. The general objective of this study is to analyse the impact of household solid waste management on the health of the population in the city of Bondoukou. To achieve this, a literature search and a survey of 246 heads of households were carried out and then the statistical test

of Chi-square and epidemiological model were applied. This study involved data collected from desk research, interviews, and direct observation. The results of this study show that the city of Bondoukou has a difficult management of solid household waste characterised by irregular collection. Consequently, the proliferation of this household waste exposes the population to health problems. The main pathologies observed are malaria 57%. Diarrhoea 16%, typhoid fever 11%. Dermatitis 9% and Acute Respiratory Infections (ARI) 7%.

Keywords: Analysis, policy, management, household waste, health, Bondoukou

1. Introduction

Depuis plusieurs années, les villes ivoiriennes, les institutions et les Etats ont eu des difficultés à trouver des solutions appropriées pour collecter, traiter ou éliminer convenablement les déchets et gérer l'environnement en milieu urbain (N. M. BAKARY, 2018, P.198). La ville de Bondoukou située dans le Nord- Est de la côte d'Ivoire n'échappe pas à cette réalité. En effet, la côte d'Ivoire, depuis le vote de la loi n° 96-766 du 03 octobre 1996 portant code de l'environnement, adoptée par l'assemblée nationale, elle s'est dotée d'un texte réglementaire comme objectif principal, la protection de l'environnement, du cadre de vie des populations et la préservation du milieu naturel. Ainsi, cette loi a permis à la Côte d'Ivoire de se doter d'une réglementation cohérente en matière de projet et d'environnement. (N.M. BAKARY, 2018, P.26).

Par ailleurs, la ville de Bondoukou a connu une croissance urbaine de sa population, de 378 321 habitants en 1998 (RGPH 1998) à 550 000 habitants en 2013. Elle était de 667 185 habitants en 2014 (RGPH 2014) et de 713 232 habitants en 2019 (Rapport Statistiques INS, 2019). Cette croissance démographique a favorisé une forte production des déchets. La ville produit plus des déchets que les structures de collecte ne peuvent ramasser. Selon le Service technique de la mairie, la production journalière des déchets est environ de 53 tonnes soit un volume de 106 m³. Cette production massive de déchets rend difficile la gestion efficace du cadre de vie des populations de la ville à l'étude. A Bondoukou, l'on observe une proximité entre la population et les déchets. Les déchets ne sont pas régulièrement collectés. L'irrégularité de la collecte des déchets est devenue le cauchemar des populations de Bondoukou. Les déchets s'entassent au fur et à mesure que la population croît et en produit. Ce déficit du taux de collecte entraîne des conséquences sur la santé des populations et sur l'économie urbaine (M.R. BANGOURA, P. 24). Plusieurs pathologies sont observées dans la ville de Bondoukou. Nous pouvons citer pêle-mêle : le paludisme 82%, la fièvre typhoïde 1%, dermatose 5%, la diarrhée 4% et l'IRA 8% (district sanitaire de Bondoukou, 2021). Face à cette situation, une politique "gardon le cap de la propriété de la ville de Bondoukou" et une Agence National de Gestion des déchets (ANAGED) sont mises en place. D'où le sujet, l'analyse de la politique de gestion des déchets solides ménagers et santé des populations dans la ville de Bondoukou. Malgré les actions mises en place par les autorités, les populations de Bondoukou sont exposées à des problèmes de santé liés à la mauvaise gestion des déchets solides ménagers. Dès lors comment se présente la politique de gestion des déchets solides ménagers et santé des populations dans la ville de Bondoukou ? L'objectif général est d'analyser l'impact de la gestion de déchets sur la santé des populations dans la ville de Bondoukou. De façon spécifique analyser la politique de gestion de déchets solides ménagers à Bondoukou, identifier les maladies environnementales observées dans la ville de Bondoukou puis établir un lien entre les déchets ménagers solides et la santé des populations dans la ville de Bondoukou.

2. Matériels et Méthodes

2.1. Présentation de l'espace d'étude

La ville « aux milles mosquées », Bondoukou située au Nord-Est de la Côte d'Ivoire, est le chef-lieu du Gontougo. Elle a pour coordonnées géographiques à la longitude $2^{\circ} 48'$ à l'Ouest et à la latitude $8^{\circ} 02'$ au Nord. Bondoukou est à 420 km d'Abidjan, la capitale économique de la Côte d'Ivoire et à 418 km de Yamoussoukro, la capitale politique de la Côte d'Ivoire. Elle est délimitée au Nord par le département de Bouna, au sud par les départements de Tanda et Transua, à l'ouest par le département de Sandégou et à l'Est par la frontière ivoiro-ghanéenne.

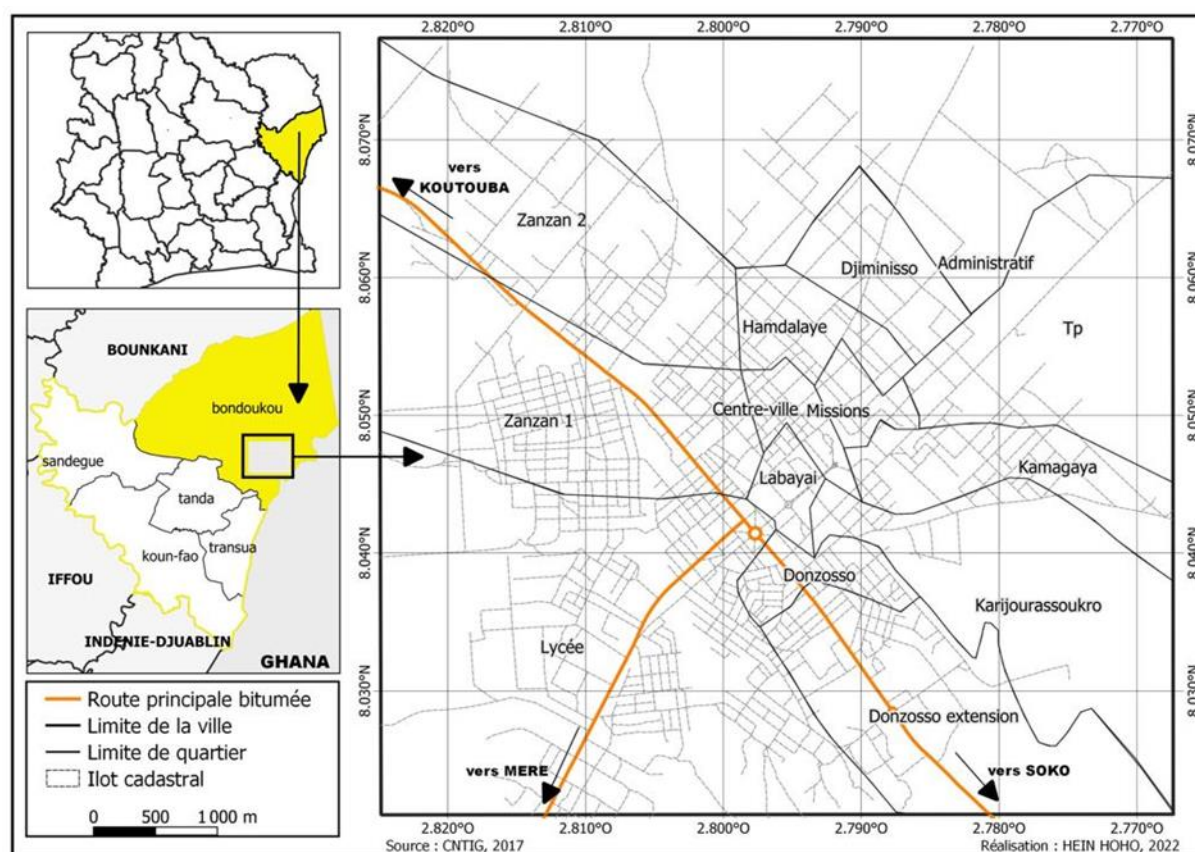


Figure 1 : Localisation de l'espace d'étude

2.2. Techniques de collecte de données

Pour mener à bien ce travail, deux techniques ont été utilisées pour la réalisation de cette étude. Il s'agit de la recherche documentaire et l'enquête de terrain. La recherche documentaire a consisté à la consultation de documents en rapport avec le thème à l'étude. Pour l'enquête de terrain, elle a permis de faire les observations directes, des entretiens avec le directeur départemental de l'hôpital général de Bondoukou, le service technique de la mairie de Bondoukou, le directeur régional du ministère de l'environnement et du développement durable, la délégation de l'ANAGED et de mener une enquête par questionnaire auprès des chefs de ménages. Quant au choix et la taille de l'échantillonnage des chefs de ménages, la loi de Fischer a été utilisée. Ainsi, pour une population de 24510 (INS 2014), l'enquête a été menée auprès de 246 chefs de ménages. De ce fait, la formule utilisée est la suivante:

$$N = t^2 \cdot \frac{P \cdot (1 - P)}{m^2}$$

Avec :

N : la taille de l'échantillon.

m : la marge d'erreur que l'on se donne pour la grandeur que l'on veut estimer (« marge d'erreur à 10% », valeur type de 0,1”).

t : le taux de confiance que l'on souhaite (« à 90 % », valeur type de 1,65”).

Tableau 1 : Récapitulatif des prévalences (P) et la taille des échantillons

Quartiers	Nombre des ménages	Prévalence (%)	Taille de l'échantillon
Missions	1541	6	15
Centre-ville	1404	6	15
Karijourassokro	1784	7	18
Kamagaya	1977	8	20
Hamdalaye	859	4	10
Djimisso	3029	12	29
Administratif	2294	9	22
TP	606	2	5
Zanzan 2	4036	16	37
Zanzan1	1142	5	13
Lycée	2889	12	29
Labayai	1118	5	13
Donzosso extension	898	4	10
Donzosso	933	4	10
Total	24510	100	246

Source: Les auteurs, 2022

Dans cette étude, il a été difficile d'interroger tous les ménages. Ainsi, la méthode de quota à choix raisonné des **PAS de 2** a été retenue pour le choix des personnes à interroger dans l'échantillon défini. Les données recueillies ont servi au dépouillement statistique à partir du logiciel SPINX.5. Après le dépouillement, le traitement s'est fait avec des logiciels tels que Word pour la saisie et Excel pour la construction des graphiques et des tableaux. Le logiciel QGIS a été utilisé pour la réalisation des cartes. Le calcul du risque relatif et risque attribuables ont été mis en application. Le calcul de Ki deux a permis de montrer le lien entre les déchets et la santé des populations à Bondoukou.

3. Résultats

Les résultats de cette étude portent à la fois sur la gestion des déchets, le mode d'organisation du service de collecte de déchets ménagers solides dans la ville de Bondoukou, le mode de conservation des déchets, le mode d'évacuation de déchets solides, la prolifération des déchets, le niveau d'exposition des risques sanitaires des populations de la ville de Bondoukou, et les maladies environnementales observées.

3.1. Gestion des déchets solides ménagers dans la ville de Bondoukou

La gestion des déchets solides à Bondoukou est assurée par l'ANAGED, elle est créée par le décret n° 2017-692 du 25 octobre 2017 adopté par l'assemblée nationale et promulgué par le gouvernement ivoirien. Il porte sur la création, attributions, organisation et fonctionnement de l'établissement public à caractère industriel et commercial dénommé Agence nationale de Gestion des Déchets (ANAGED). C'est la Structure technique du ministère de l'assainissement et de salubrité, chargée de la gestion des déchets solides sur l'étendue du territoire. Pour mener efficacement sa mission dans le but de la gestion de l'environnement, ANAGED est en collaboration avec le service technique de la mairie pour l'établissement d'un circuit de collecte de déchets dans la ville. La pré-collecte se fait par des agents contractuels de la mairie et des collecteurs privés. Ces contractuels reçoivent une somme journalière de 2000f. La ville de Bondoukou n'a pas d'organigramme en matière de gestion, c'est une délégation en miniature représentée par deux agents de l'ANAGED. Sur terrain, l'ANAGED organise la filière de ramassage. La structure mène des actions sur le terrain notamment les actions de sensibilisation.

3.1.1. Mode d'organisation du service de collecte de déchets solides ménagers dans la ville de Bondoukou

L'organisation spatiale de la ville s'appuie sur un découpage de quatre zones. Les véhicules des services techniques municipaux circulent pour le ramassage des déchets sur chaque artère principale de la ville. Quant aux prés collecteurs de tricycles, ils assurent la collecte des déchets conditionnés dans les concessions de différents quartiers. Il existe par ailleurs, la présence des dépôts sauvages sur des terrains vagues.

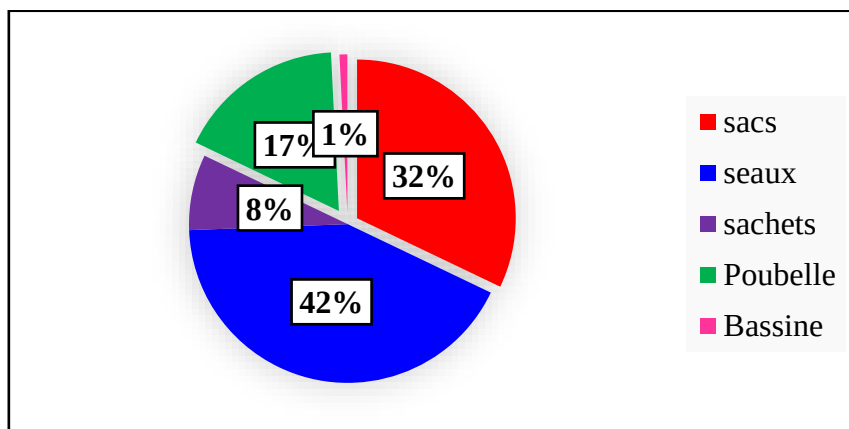
3.1.2. Mode de conservation des déchets solides par différents ménages de la ville.

Le modèle de gestion des déchets solides dans la ville de Bondoukou ne répond pas aux règles environnementales malgré les implications des autorités. Les déchets s'entassent avec un insuffisant taux de collecte, ce qui peut présenter des risques pour la santé à travers ce mode de conservation. Dans la ville de Bondoukou, les ménages ne disposent pas de bac à ordures ni de point de groupage ou encore moins des lieux appropriés pour évacuer les déchets. Les déchets produits par la population sont généralement déversés à proximité des habitations. Ce qui n'est pas conforme aux normes environnementales et sanitaires. Les photos de la planche photographique 1 présentent les modes de conservation des déchets à Bondoukou.



Planche photographique 1 : Mode de gestion des déchets solides ménagers aux quartiers Mission et au quartier Zanzan1. (Prise de vue: HIEN Hoho, 2022)

Les photos montrent le modèle de gestion des déchets solides ménagers à Bondoukou. Ces déchets sont conditionnés pendant des semaines sans être collectés. Le stockage de ces déchets présente des risques pour la santé des populations, car la décomposition de ces déchets à proximité non collectés pollue l'air. La figure 2 met en évidence les différents équipements de conservation des déchets.



Source : Enquête de terrain, 2022

Figure 2 : Répartition des outils de conservation des déchets solides à Bondoukou

L'analyse de la figure 2 relève plusieurs moyens de conservations des déchets par les ménages. En effet, il y a 42% des ménages enquêtés qui utilisent les seaux et 32% recourent aux sacs tandis que 17% conservent leurs déchets dans la poubelle contre 1% autour des bassines. Et enfin, 8% des ménages enquêtés utilisent les gros sachets.

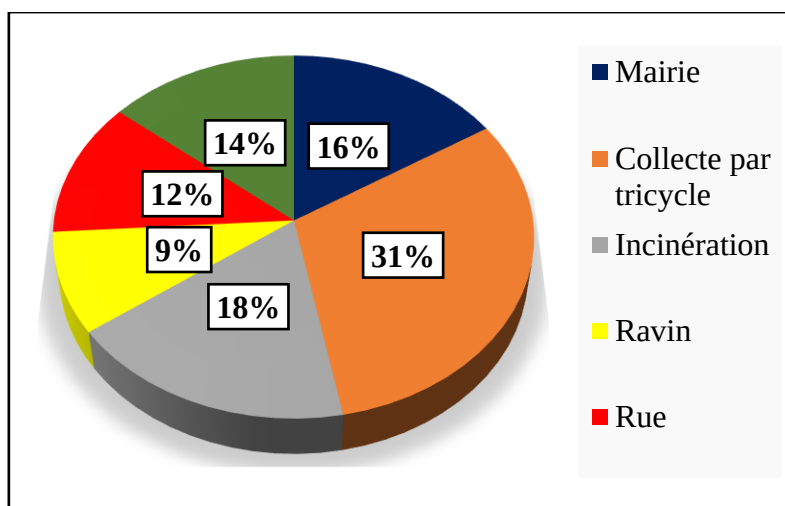
3.2. Mode d'évacuation de déchets solides ménagers dans la ville de Bondoukou

Bondoukou présente diverses méthodes d'évacuation des déchets ménagers dont le modèle de gestion varie selon les ménages. Les ménages qui sont un peu éloignés des artères principales de la ville, abandonnent leurs déchets sur les terrains vagues de la ville, créant ainsi des dépotoirs sauvages. D'autres ménages s'étant abonné au ramassage des prés collecteurs de tricycle attendent que ceux-ci viennent ramasser leurs déchets, certains recourent à l'incinération et d'autres bénéficient de la collecte municipale. La photo 3 suivante montre la collecte pratiquée par la population de Bondoukou.



Photo 3 : Pré- Collecteur de déchets au quartier TP
(Prise de vue : HIEN Hoho ,2022)

La pré-collecte des déchets par le tricycle est le mode de récupération des déchets solides ménagers dans la ville de Bondoukou. Elle consiste à collecter les déchets auprès des ménages avec une fréquence d'une fois par semaine. Ainsi, la photo 3 met en exergue la contribution des agents informels au ramassage des déchets dans la ville de Bondoukou à l'aide de tricycle. Ces agents pratiquent cette activité pour éviter la prolifération des dépôts sauvages dans les différents quartiers. Ces derniers travaillent à leur propre compte et sont rémunérés par les chefs de ménage en fonction de déchets produits. La tarification de prestation des déchets est comprise entre 1000F et 2000F en fonction des déchets produits. La figure 3 résume le mode d'évacuation des déchets à Bondoukou.



Source : Enquête de terrain, 2022

Figure 3 : Répartition de Modes d'évacuation des déchets solides ménagers

L'analyse de cette figure 3 résume les différents modes de gestion des déchets solides des enquêtés. Selon l'enquête 31% soit 74 chefs de ménages gèrent leur déchet avec les prés-collecteurs. 18% soit 63 des enquêtés recourent à l'incinération et 16% soit 32 ménages bénéficient de la gestion de la Mairie. Cependant 12% soit 28 chefs de ménages décident de jeter leurs déchets dans les ruelles tandis que 10% des ménages parmi eux jettent leurs déchets dans la rue contre 9% des ménages jettent dans les ravins.

Par ailleurs, la ville de Bondoukou est confrontée à plusieurs problèmes environnementaux tels que la prolifération des déchets solides entraînant la multiplication des dépôts sauvages. De plus, l'environnement dans la ville se caractérise par des dépôts anarchiques dans les espaces non bâtis. L'enquête relève que, les gestionnaires de l'environnement de Bondoukou ont des difficultés pour assurer la collecte régulière des déchets dans tous les quartiers de la ville, d'où la présence des déchets créant ainsi des dépôts sauvages dans l'espace urbain de la ville. Ces multiplications de dépôts sauvages témoignent d'une gestion déficiente des déchets dans la ville de Bondoukou. Les photos de la planche 2 montrent la présence de dépôts sauvages à proximité des habitations. Cet état de fait, expose les enfants à des risques sanitaires. Ces enfants au milieu de ces déchets sont à la recherche d'objets de jeux. Le dépôt des déchets solides dans le canal, traverser le pont qui permet de relier les deux endroits du quartier, est un réel problème pour les habitants du quartier Donzoso et surtout pour les enfants qui s'y rendent pour récupérer des objets à recycler. Les déchets solides jetés contribuent à l'obstruction du canal et empêchent l'eau de couler naturellement. Cela représente également une source d'inondation.

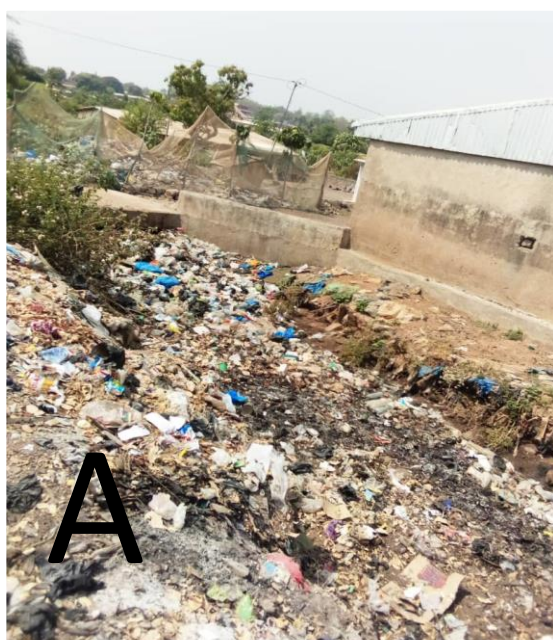


Planche Photographique 2 : Dépôt sauvage à proximité des habitations, la photo A localisée au quartier Donzosso extension et B au quartier Zanzan 2

(Prise de vue : BAKARY Nambahigué Mathieu, 2022)

Les photos de cette planche photographique ci-dessus, montrent des dépotoirs aux quartiers Donzosso extension, et zanzan 2. La photo **A** montre un dépôt de déchets derrière une maison. Ces déchets sont incinérés. Ce tas de déchets expose les habitants aux risques de nuisances olfactives. La photo **B** quant à elle, présente un dépotoir de déchets aux alentours des habitations. Cet espace sert de lieu de stockage et d'évacuation des déchets ménagers. Cette situation constitue un risque pour ces habitants, car pendant la saison des pluies ces déchets se décomposent causant ainsi des odeurs nauséabondes et rendant ainsi l'air pollué. Cette pollution de l'air est une menace pour la santé des populations.

3.3. Répartition spatiale des espaces à risques dans la ville de Bondoukou

Il s'agit de localiser des sites de prolifération des déchets solides et le niveau d'exposition. La quasi inexistence de bacs à ordures et l'inexistence des sites officiels dans la ville, pour répondre au besoin des populations en matière de gestion de déchets solides produits par les ménages favorise la prolifération de ces déchets. A Bondoukou, il existe des espaces de prolifération des déchets. L'enquête a permis de relever quelques sites de dépôts sauvages de déchets solides dans la ville. La répartition spatiale des sites de prolifération des déchets solides est mise en évidence par la figure 4.

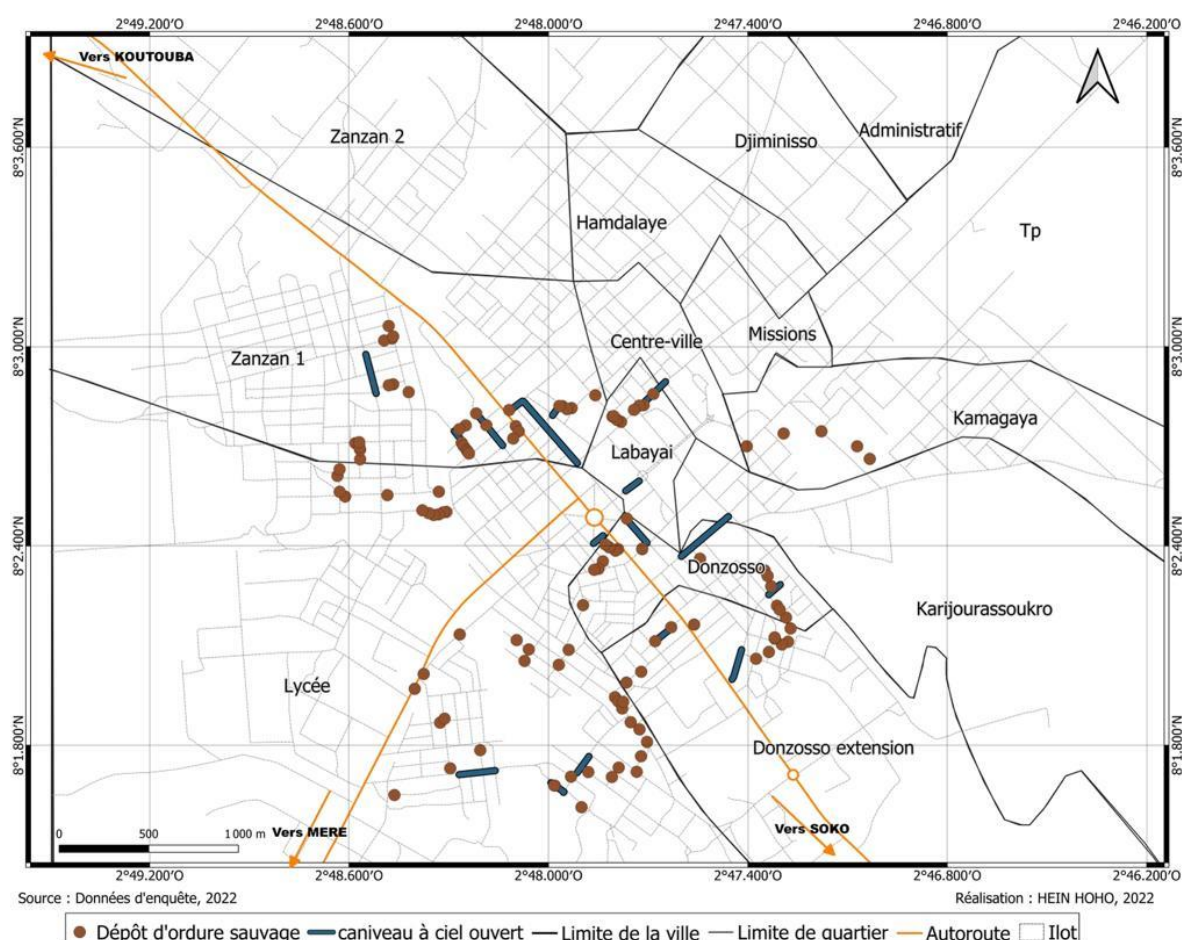


Figure 4 : Localisation des sites de prolifération des déchets solides

Cette figure 4 montre les espaces de dépôts anarchiques dans la ville de Bondoukou. La ville dispose de 128 principaux sites de déchets solides repartis sur l'ensemble de la ville. L'ensemble de ces sites se trouvent au centre-ville. Ce comportement anthropique favorise la prolifération anarchique des déchets solides sauvages.

3.4. Niveau d'exposition des risques sanitaires des populations de la ville de Bondoukou.

A Bondoukou, les quartiers qui regorgent de nombreux sites de prolifération des déchets solides ménagers sont les plus exposés aux risques sanitaires en fonction du niveau de concentration des espaces à risques sanitaires.

La figure 5 met en relief le niveau d'exposition des populations de Bondoukou.

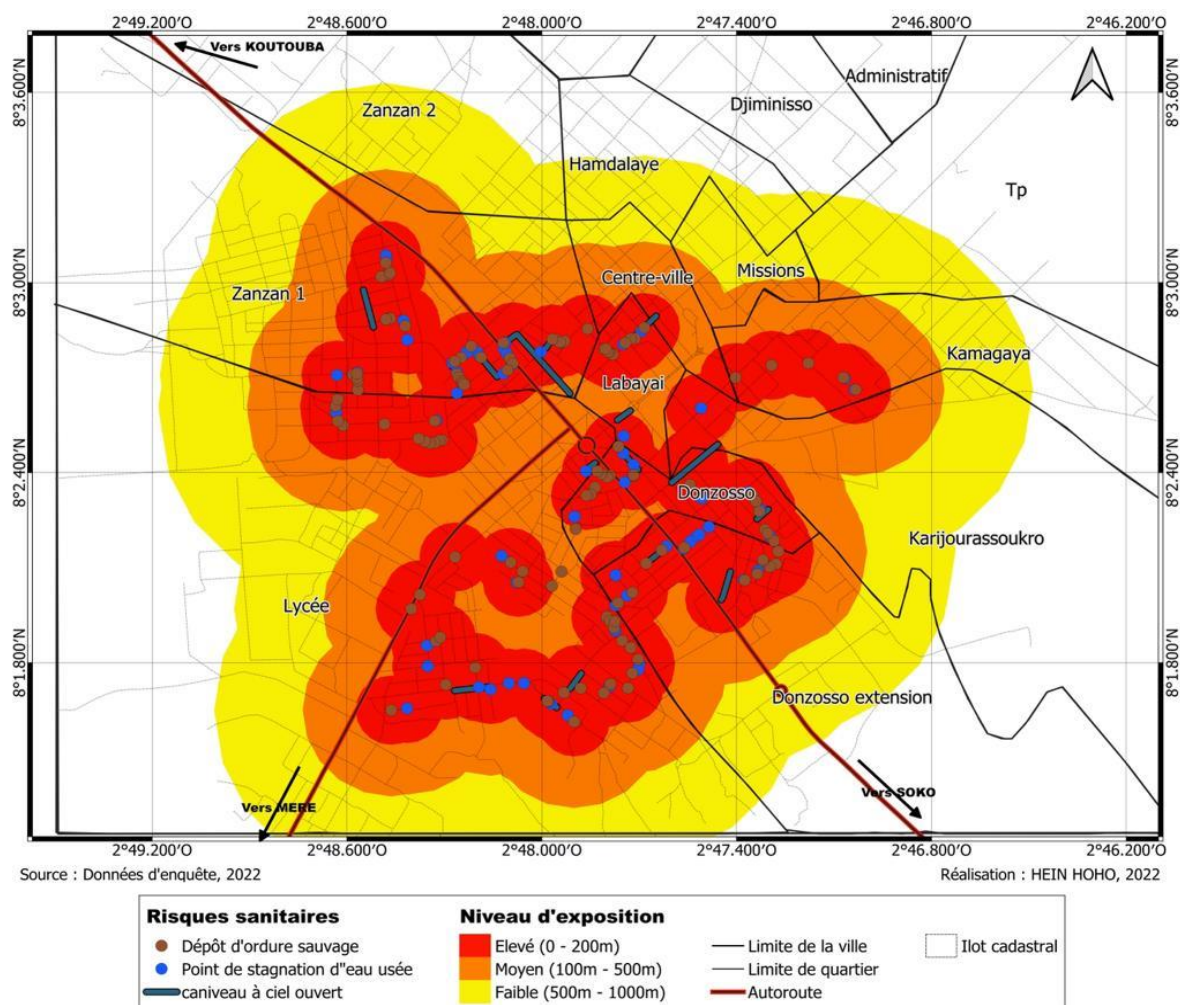
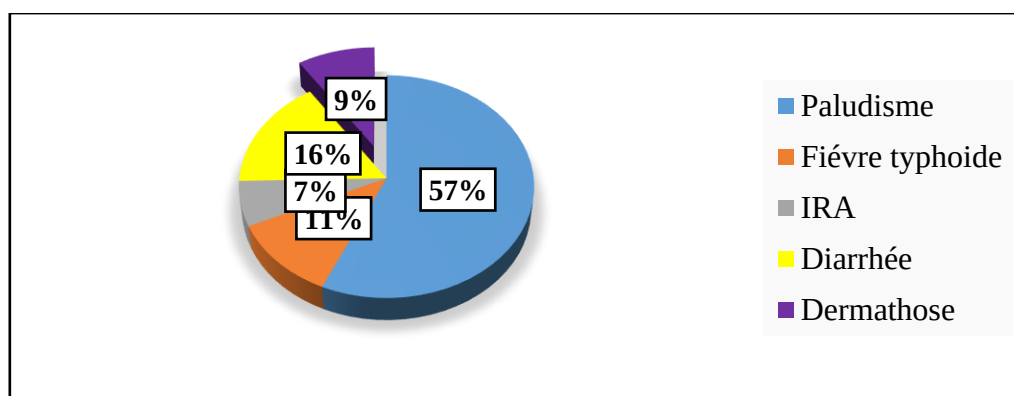


Figure 5 : Localisation des risques sanitaires et le niveau d'exposition des populations de Bondoukou

La figure 5 met en exergue les différents niveaux d'exposition aux risques sanitaires et la répartition spatiale des risques. Il ressort de l'analyse de la carte, trois (03) niveaux d'exposition dans la ville de Bondoukou. En effet, les populations qui sont situés dans un rayon de 0-200 mètre présentent un fort niveau d'exposition aux risques sanitaires. Celles qui sont dans un rayon de 100-500 mètre sont les populations moyennement exposées aux risques sanitaires. Les ménages vivant dans un rayon de 500-1000 mètres présentent un niveau d'exposition faible.

3.5. Répartition des maladies fréquemment observées à Bondoukou.

Les pathologies récurrentes recensées lors de l'enquête dans les ménages sont le paludisme, la fièvre typhoïde, la diarrhée et la dermatose. L'analyse du poids des pathologies contractées par les ménages est donnée par la figure 6.



Source : Enquête de terrain, 2022

Figure 6 : Distribution des pathologies récurrentes rencontrées

La figure 6 montre que le paludisme est la maladie qui touche le plus la population avec un taux de prévalence de 57%. Quant à la diarrhée, elle représente la seconde maladie la plus répandue avec une proportion de 16% contre la fièvre typhoïde qui donne un taux de 11%. La dermatose a un taux de 9% et les Infections Respiratoires Aigües correspondent à une moyenne de 7% des pathologies.

3.6. Impact de la proximité des déchets solides sur la santé des populations de Bondoukou

Le tableau 2 met en relation l'état de santé des populations et la présence des déchets dans leur milieu de vie.

Tableau 2 : Impact des déchets solides sur la santé des populations

			Cas de pathologie environnementale dans les ménages durant les 30 jours		
			Oui	Non	Total
Solide à proximité des ménages	Oui	Effectif	107	18	125
		%	85,6	14,4	100
Présence déchets	Non	Effectif	12	109	121
		%	9,91	90,08	100
Total		Effectif	119	127	246
		%	48, 37	51 ,62	100

Source : Enquête de terrain, 2022

❖ Description de la population enquêtée

La fréquence de la maladie dans l'ensemble de la population enquêtée est le rapport du nombre de cas (malades) $m1$ ($a+c$) sur le nombre total de sujets enquêtés N ($n1 + n0$)

❖ Calculons la fréquence des pathologies dans le groupe exposé $f1$

$$f1 = m1/N$$

$$f1 = 107/125$$

$$f1 = 0,85 = 85\%$$

❖ Calculons la fréquence des maladies dans le groupe non exposé

La fréquence du nombre de cas de la maladie f_0 dans le groupe non exposé est le rapport du nombre de cas malades (c) chez les non-exposés sur le nombre de sujets non exposés n_0 ($c+d$)

❖ **Calculons alors la fréquence des pathologies dans le groupe non exposé f_0**

$$f_0 = c / n_0$$

$$f_0 = 12 / 121$$

$$f_0 = 0,09 = 9,00\%$$

❖ **Calculons le risque relatif (RR)**

$$RR = f_1 / f_0$$

$$RR = 0,85 / 0,09$$

$$RR = 9,44$$

✓ **Interprétation du résultat**

$RR = 9,44$ est supérieur à 1 : association positive. Les déchets solides à proximité du ménage constituent un facteur de risque sanitaire. Les habitants qui vivent à proximité des déchets ont une probabilité de 9,44 fois plus élevée d'être malade (sujet exposé) que ceux qui drainent convenablement leur eau usée, étant donné qu'ils ne sont pas en contact avec ce facteur de risque (non exposé).

❖ **Calculons le risque attribuable aux déchets solides à proximité des populations**

$$RA = f_1 - f_0 ; RA = 0,85 - 0,09 ; RA = 0,76 \text{ soit } 76\%$$

En somme, 76% des pathologies environnementales dont souffrent les populations vivant à proximité des déchets solides sont attribuables à la présence de déchets liquides.

3.7. Lien entre les déchets solides ménagers et la survenue des pathologies

L'impact de la proximité des déchets solides et la survenue des pathologies sont mis en évidence dans le tableau.

Tableau 3 : Pathologies environnementales et la présence des déchets solides à proximité des populations dans la ville de Bondoukou

Source : Enquête de terrain, 2022

Dépôt des Déchets sauvages Survenue des pathologies	Présence de déchets solides à proximité et pathologies dans la ville de Bondoukou		Total
	Oui	Non	
Paludisme	71	16	87
Diarrhée	51	12	63
Fièvre typhoïde	24	30	54
IRA	19	5	24
Dermatose	8	10	18
Total	173	73	246

Les hypothèses à émettre :

Hypothèse nulle (H0) : Les populations qui vivent à proximité des déchets solides ne sont pas les plus exposés aux pathologies par rapport aux autres à Bondoukou.

Hypothèse nulle (H1) : Les populations qui vivent à proximité des déchets solides sont les plus exposés aux pathologies par rapport aux autres à Bondoukou.

Calculons les effectifs théoriques

Pour calculer les effectifs théoriques, la formule suivante a été appliquée :

Effectif théorique = (Total Ligne x Total Colonne) / Grand Total

Exemple :

$(173 \times 87) / 246 = 61,18$; $(173 \times 63) / 246 = 44,30$; $(173 \times 54) / 246 = 37,97$ etc.

$(73 \times 87) / 246 = 25,81$; $(73 \times 63) / 246 = 18,69$; $(73 \times 54) / 246 = 16,02$ etc.

Les résultats des effectifs théoriques sont mis en exergue dans le tableau ci-dessous

Tableau 4 : la présence des déchets solides à proximité des populations dans la ville de Bondoukou et Pathologies environnementales

Dépôt des déchets sauvages Survenue des pathologies	Présence de déchets solides à proximité et pathologies dans la ville de Bondoukou		
	Oui	Non	Total
Paludisme	61,18	25,81	87
Diarrhée	44,30	18,69	63
Fièvre typhoïde	37,97	16,02	54
IRA	16,87	7,12	24
Dermatose	12,65	5,34	18
Total	173	73	246

Source : Enquête personnelle, 2022

Calculons le Khi 2

Il s'obtient à partir de la formule suivante :

$$\text{Khi 2} = \sum_i \sum_j (n_{ij} - n_{\text{théorique}})^2 / n_{\text{théorique}ij}$$

$$\text{Khi 2} = (\text{effectif observé} - \text{effectif théorique})^2 / \text{effectif théorique}$$

$$\begin{aligned}
 &= ((71-61,18)^2 / 61,18) + ((51-44,30)^2 / 44,30) + ((24-37,97)^2 / 37,97) + ((19-16,87)^2 / 16,87) \\
 &+ ((8-12,65)^2 / 12,65) + ((16-25,81)^2 / 25,81) + ((12-18,69)^2 / 18,69) + ((30-16,02)^2 / 16,02) \\
 &+ ((5-7,12)^2 / 7,12) + ((10-5,34)^2 / 5,34) \\
 &= 1,57 + 1,01 + 5,13 + 0,26 + 1,70 + 3,72 + 2,39 + 12,19 + 0,63 + 4,06 \\
 &= 32,66
 \end{aligned}$$

Khi 2 = 32,66 ce qui donne le tableau suivant :

Tableau 5 : Pathologies environnementales et la présence de dépôt des déchets sauvages dans la ville de Bondoukou

Dépôt des Déchets sauvages Survenue des pathologies	Présence de déchets solides à proximité et pathologies dans la ville de Bondoukou		Total
	Oui	Non	
Paludisme	1,57	3,72	4,78
Diarrhée	1, 01	2,39	7,96
Fièvre typhoïde	5,13	12 ,19	3
IRA	0,26	0,63	2,3
Dermatose	1,70	4, 06	5,22
Total	9,67	22,99	32,66

Source : Enquête personnelle, 2022

Le khi2 calculé est égal à la somme des khi2, donc, le khi2 est égal à 32,66

➤ Calculons le Degré De Liberté (DDL)

DDL= (Nombre de ligne- 1) (Nombre de colonne-1)

DDL= (5-1) (2-1) = 4

Recherche de Khi-deux des tables

Le khi2 est significative au seuil de 5% (0 ,05) de la marge d'erreur et un seuil de confiance de 95%. En faisant correspondre le degré de liberté avec la marge d'erreur de 5%, le khi2 des tables est dans l'ordre de 9,49.

Conclusion

Le khi 2 calculé (32,66) est supérieur au khi2 des tables (9,49) ce qui veut dire que l'hypothèse (H0) d'indépendante est rejetée. Alors hypothèse (H1) de dépendante est acceptée. Donc, la population qui vit à proximité des déchets solides souffre plus de pathologies par rapport aux autres à Bondoukou.

4. Discussion

La ville de Bondoukou est confrontée à une véritable préoccupation de gestion des déchets solides. Le modèle de gestion de déchets solides se fait à travers le conditionnement et à la mise en décharge. En ce qui concerne le mode de conditionnement des déchets, 42% des ménages utilisent les seaux comme un outil technique de conservation de déchets solides. 32% des déchets sont conditionnés dans des sacs; 17 % dans les poubelles et 1% des déchets dans des bassines. Ces déchets conditionnés différemment font l'objet de plusieurs méthodes d'évacuation. En effet, 31% des déchets sont évacués par la collecte de tricycle, 10% des ménages recourent à la collecte de la municipalité 24% des déchets sont éliminés par incinération et les 59% des déchets sont évacués sur des sites incontrôlés à proximité des

habitations. Les travaux de (F.M.M MORRISON, 2018, P.97) dans la ville de Daloa sont proches de cette étude. En effet, ses résultats ont montré que dans la ville de Daloa 4,8% des ménages bénéficient d'une collecte de la municipalité, 23,7% ont recours aux pré-collecte contre 6% des ménages qui évacuent par incinération et 14,9% sont rejetés dans la nature et dans les ravins. De plus les déchets produits par les ménages sont placés à proximité des habitations engendrant ainsi les odeurs de pollution de l'air. Comme le mentionne A. TINI (2003, P. 27), l'impressionnante quantité de déchets ménagers produits apporte quotidiennement son lot de nuisance au plan sanitaire avec des risques en matière de santé publique et d'hygiène. Le paludisme (57%), la diarrhée (16%), la fièvre typhoïde (11%), la dermatose (9%) et les infections respiratoires aiguës (7%). Ces résultats sont similaires aux travaux de (N.M. BAKARY, 2022, P.11) dans le quartier de Port Bouët 2 dans la commune de Yopougon. Son étude a montré que les déchets non collectés sont à l'origine de la propagation de certaines pathologies telles que le paludisme (59,53%), les Infections Respiratoires Aiguës (IRA) avec 05,34%, la diarrhée (16,29%), les dermatoses (19,16%), fièvre typhoïde (02,75%) et enfin les autres pathologies environnementales (01,85%). Quant aux travaux de (. E. H. KAHUONOU, 2020, P. 14) dans la ville d'Agboville, relèvent que les pathologies rencontrées divergent en fonction de la vulnérabilité et de la durée d'expositions. A Agboville, 60,12% des pathologies sont liées au paludisme, 14,16% correspond aux IRA, 10,70% sont attribués à la diarrhée, 7,7% à la fièvre typhoïde, 4,34% à la dermatose 2,11% de rhumatisme et 0,25% bucco-dentaire. Dans la ville de Bondoukou les ménages qui vivent à proximité des déchets sont les plus vulnérables. Ainsi, les ménages qui habitent dans un rayon de 0 à 200 m sont les plus exposés aux risques sanitaires ensuite ceux qui sont situés dans un rayon de 100 à 500 mètres de dépôts sauvages sont les moyennement affectés par les risques sanitaires. Enfin ceux qui sont dans un rayon 500 à 100 mètres sont les faiblement exposés aux risques sanitaires. Ce constat est confirmé par les résultats de (G.M. NIAMKE, 2016, P.218) à Aboisso. Son étude montre que dans la ville d'Aboisso, le degré de dangerosité selon la distance est perçu comme élevé lorsque le niveau d'exposition est plus proche. À Aboisso 65,54% des ménages sont proches des dépôts de déchets sauvages de 0 à 100 m. 26,16% sont entre l'intervalle 100 à 250, ainsi 8,26% compris entre 250 à 300 mètre de déchet.

Le calcul du Risque Relatif (RR) montre aussi que, la probabilité d'apparition des pathologies causées par des déchets solides correspond à une proportion de 9,44%. Le Risque Attribuable (RA) a mentionné également que 76% des pathologies environnementales dont souffre la population de Bondoukou sont attribuables à leur proximité avec de déchets solides dans leur environnement. Le teste Khi deux a permis de confirmer que la population qui vit à proximité des déchets solides est plus exposée aux pathologies par rapport aux autres à Bondoukou. Les principales maladies sont le paludisme 57%, la diarrhée 16%, la fièvre typhoïde 11%, la dermatose 9% et les Infections Respiratoires Aiguës (IRA) 7%.

5. Conclusion

Cette étude a permis d'établir un lien entre le mode de gestion des ordures ménagères solides et la santé de la population dans la ville de Bondoukou. La gestion des déchets dans cette ville reste une préoccupation pour la population de Bondoukou malgré l'intervention des autorités. Cette situation est due à la croissance démographique qui a favorisé une forte production des déchets. La population produit plus des déchets solides ménagers que les structures de collecte ne peuvent ramasser. En outre, la collecte irrégulière des déchets solides entraîne une prolifération desdits déchets exposant ainsi la

population à des risques sanitaires. Le paludisme 57%, la diarrhée 16%, la fièvre typhoïde 11%, la dermatose 9% et les Infections Respiratoires Aigües (IRA) 7% sont les pathologies les plus récurrentes dans la ville, car le cadre de vie est fortement dégradé. L'Etat doit s'impliquer à travers la sensibilisation et les sanctions contre les populations qui ne sont pas éco citoyens.

Références bibliographiques

BAKARY Nambahigué Mathieu, 2018, « Gestion des déchets et risques sanitaires dans la commune d'Adjamé (Abidjan- Côte-d'Ivoire) », *les cahiers du CBRST*, Benin, numéro 13, juin 2018, P.24-51.

BAKARY Nambahigué Mathieu, 2019, « Gestion des déchets ménagers et santé des populations dans la ville de Dabakala », *les Cahiers du CBRST*, la revue Scientifique- Les Cahiers du CBRST, Environnement et Sciences de l'Ingénieur, numéro 16, pp. 197-216.

BAKARY Nambahigué Mathieu, KOUADIO Konan Célestin, ADAYE Kouassi Albert, 2022, « Pression démographique et sante des populations du quartier Port-Bouët 2 de la commune de Yopougon (Abidjan-Côte d'Ivoire) », in *L'ongbowu, revue des lettres, langues et sciences de l'homme et de la société*, numéro 013, Université de Kara, Togo, pp. 715-731.

KAHOUNOU Ekissi Hypolite, 2020, Insalubrité et maladie environnementale dans la ville d'Abgenville (Cote D'ivoire) Thèse Unité de Formation et de Recherche des Sciences de l'Homme et de la Société (UFR-SHS) Institut de la Géographie Tropicale(IGT) Université Felix Houphouët Boigny de Cocody, 375P.

MORRISSON Mingoumin Mélanhoua Françoise, 2019, Prolifération des ordures ménagères et risques sanitaires dans la ville de Daloa. Thèse, Unité de Formation et de Recherche des Science de l'Homme et de la Société (UFR-SHS) Institut de la Géographie Tropicale (IGT) Université Felix Houphouët Boigny de Cocody, 199 P.

NIAMKE Gnanké Mathieu, 2016, Dégradation de l'environnement et santé des populations dans d'Aboisso, Thèse unique, Unité de Formation et de Recherche des Science de l'Homme et de la Société (UFR-SHS) Institut de la Géographie Tropicale (IGT) Université Felix Houphouët Boigny de Cocody, 199 P.

TINI Apollinaire, 2003, La gestion des déchets solides ménagère à Niamey au Niger : essai pour une stratégie de gestion durable, thèse de doctorat, Institut National des Sciences Appliquées de Lyon, 302 P.

© 2023 **BAKARY**, licensee *Bamako Institute for Research and Development Studies Press*. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>)

Publisher's note

Bamako Institute for Research and Development Studies Press remains neutral regarding jurisdictional claims in map publications and institutional affiliations.