



**REVUE AFRICAINE DES
SCIENCES SOCIALES ET DE LA
SANTÉ PUBLIQUE - VOL 2 (3)**
ISSN :1987-071X e-ISSN 1987-1023

**NUMERO SPECIAL CINI 2024
SPECIAL ISSUE CINI 2024**

December 2024

<http://revue-rasp.org>

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 6(3)
CINI 2024

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

<http://revue-rasp.org>

Rédacteur en Chef / Editor in chief

Pr. Olivier Douville, psychanalyste, psychologue clinicien, anthropologue, maître de conférences hors cadre, Université de Paris, rédacteur en chef de la revue psychologie clinique et rédacteur en chef de la RASP (France) ;

Rédacteurs en chef associés / Senior Editors

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, Senior Research Associate, University of Johannesburg, Johannesburg, South Africa;

Comité de rédaction

Pr. Pierre Philippe Rey, Professeur émérite, Université de Paris 8;
Pr. Bourama Kansaye, ministre de l'Enseignement supérieur et de la Recherche scientifique, Mali;
Pr. Galy Kadir Abdelkader (HDR) Psychopédagogue Université Abdou Moumouni de Niamey ;
Pr. Soumaila Oulalé, Faculté des Sciences Sociales, Université de Ségou (Mali);
Pr. Abdoulaye Niang, Université Gaston Berger de Saint Louis du Sénégal
Pr. 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 Judicaël, Département d'Anthropologie et de Sociologie, Université Alassane Ouattara, Bouaké, Côte d'Ivoire.

Comité de lecture

Pr. Marie-Claude, Foument, Directrice de publication des cahiers de l'infantile, Université de Paris 13 ; Dr. Kojo Opoku Aidoo, chef de département études Africaines, Université du Ghana, Legon ; Dr. Jaak Le Roy, institut Healthn et, topo, louvain ; , Dr. Assah N'Detibaye, maître assistant, Université de N'Djamena ; Pr. Roch Yao Gnabeli, Université de Cocody, Abidjan ; Mlle. Virginie Dégorge, Université de Paris 7 ; Pr Bourama Kansaye, ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique, 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, Faculté des Sciences Sociales, Université de Ségou ; Dr. Ake Djallah Florence Epse. AWOMON, Institut de Géographie Tropicale, Université Félix Houphouët Boigny, Côte d'Ivoire ; Pr Saisonou 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 ; Dr (MC) Tessougue Moussa dit Martin, Faculté d'Histoire et de Géographie, Université des Sciences Sociales et de Gestion de Bamako, Bamako, Mali.

Secrétariat de rédaction

Fanta Kanté, Bamako Institute for Research and Development Studies Press, Bamako, Mali ; Dr Silamakan Kanté, Bamako Institute for Research and Development Studies, Bamako, Mali, Dr Mahamadou Kanté, Institut des Sciences Humaines, Bamako, Mali,

Comité scientifique du CINI 2024

Président du comité scientifique : Pr. Olivier Douville, Université de Paris, France

Vice-président : Dr (MR) Soumaïla Oulalé, Université de Ségou, Ségou, Mali

Deuxième vice-président : Pr. Abdelkader Kadir Galy (Université Abdou Moumouni), Niger

Membres :

- ✓ Pr Abdoulaye Ag Rhaly, Université de Bamako, Bamako, Mali
- ✓ Prof Robert Oboko, University of Nairobi, Nairobi, Kenya
- ✓ Prof Christopher Chepken, University of Nairobi, Nairobi, Kenya
- ✓ Pr Samba Diop, Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako, Bamako, Mali
- ✓ Pr Dantouma Kamissoko, Ecole Nationale d'Ingénieur, Bamako, Mali
- ✓ Pr Berta Mendiguren, ANESVAD Foundation, Espagne et République Centrafricaine
- ✓ Dr (DR) Adegne Niangaly, Institut National de Santé Publique, Bamako, Mali
- ✓ Pr Abdoulaye Niang, Université Gaston Berger, Saint Louis, Sénégal
- ✓ Pr Leon Bijlmakers, Radboud University Medical Center, Nijmegen, Pays-Bas
- ✓ Pr Adama Diabaté, Institut Universitaire pour le Développement Territorial (IUDT),
- ✓ Pr Drissa Samaké, Centre National de la Recherche Scientifique et Technologique, Mali
- ✓ Dr (MR) Baba Coulibaly, Institut des Sciences Humaines, Bamako, Mali
- ✓ Pr Cheick Hamala Fofana, Université des Sciences Juridiques et Politiques de Bamako, Bamako, Mali
- ✓ Dr (MR) Mamadou Fadiala Sissoko, Institut National de Santé Publique, Bamako, Mali
- ✓ Pr Hamidou Magassa, SERNES, Bamako, mali
- ✓ Pr Jaak Le Roy, Institut Healthnet, topo, Louvain, Belgique
- ✓ Pr Kaourou Doucoure, Comité National d'Ethique pour la Santé et les Sciences de la vie, Bamako, Mali
- ✓ Dr (MR) Mamadou Samake, Centre National de la Recherche Scientifique et Technologique (CNRST), Bamako, Mali
- ✓ Pr. Mamadou Sounkalo Traore, Institut National de Santé Publique, Mali
- ✓ Pr. Pierre Philippe Rey, Professeur émérite Université de Paris 8, France
- ✓ Dr (MC) Amadou Traoré, Université de Ségou, Ségou, Mali
- ✓ Dr (MR) Seydou Keita, Centre National de la Recherche Scientifique et Technologique, Mali
- ✓ Dr (MC) TESSOUGUE Moussa dit Martin, Faculté d'Histoire et de Géographie, Université des Sciences Sociales et de Gestion de Bamako, Bamako, Mali
- ✓ Dr (MC) Ibrahima Traore, Université des Lettres et des Sciences Humaines de Bamako (ULSHB), bamako, Mali

Comité d'organisation DU CINI 2024

Président : Dr (MC) Anoua Adou Serge Judicaël, Université Alassane Ouattara, Bouaké, Côte d'Ivoire.

Vice-président : Dr Macire Kante, Centre National de la Recherche Scientifique et Technologique (CNRST), Bamako, Mali ; University of Johannesburg.

Membres :

- Dr Amara Nimaga, École Normale d'Enseignement Technique et Professionnel, Mali
- Dr Silamakan Kanté, Bamako Institute for Research and Development Studies, Mali
- Birama djan Diakité, Institut National de Santé Publique, Mali
- Fanta Kanté, Bamako Institute for Research and Development Studies, Mali
- Ibrahim Konaté, Centre National de la Recherche Scientifique et Scientifique (CNRST), Mali
- Adama Keita, Centre National de la Recherche Scientifique et Technologique, Mali
- Mahamadou Kanté, Institut des Sciences Humaines, Bamako, Mali
- Niame Kanté, Bamako Institute for Research and Development Studies, Bamako, Mali

L'organisation matérielle du colloque est assurée par Bamako Institute for Research and Development Studies du Mali, la Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique (RASP) du Mali, le Laboratoire d'Etudes et de Recherches en Transition Génésique (LERTG) de l'Université Alassane Ouattara en Côte d'Ivoire et l'Institut des Sciences Humaines du Mali.

Présentation

La RASP a vu le jour en janvier 2010 à travers son premier numéro : le numéro 00. En janvier 2025, votre revue a eu quatorze ans. La régularité de ses parutions, la qualité et la diversité de ses articles sont à mettre à l'actif de toutes et de tous ceux qui ont fait confiance à la RASP.

La RASP en collaboration avec d'autres structures de recherche et sous la direction scientifique du rédacteur en chef, a organisé les 10 et 11 septembre 2024 à l'Institut des Sciences Humaines au Mali, la deuxième édition du Colloque International Nianguiry Kante dont la session inaugurale s'est déroulée le 17 septembre 2022. Cela dénote le sérieux scientifique de la RASP de plus en plus réaffirmé dans le monde scientifique malien, africain et international dans le domaine des sciences sociales et de la santé publique.

Le comité d'organisation de cette édition, sous la houlette de son président, Pr Anoua Serge Judicial Noel de l'Université Alassane Ouattara de la Côte d'Ivoire a assuré avec brio cette édition de 2024. En effet, le présent NUMÉRO SPÉCIAL "Colloque International Nianguiry Kanté - Édition 2024", met en lumière les contributions exceptionnelles issues du colloque, où une trentaine de communications provenant de 10 pays avaient été présentées sur une cinquantaine soumise. Après un processus rigoureux de tri et d'évaluation, 13 articles ont été retenus et figurent dans ce numéro spécial, désormais disponible en ligne.

La revue est indexée dans BASE (base de données académique d'indexation et d'archivage de Bielefeld University). Nous vous informons également que la RASP est devenue cette année, la première revue scientifique malienne à être indexée par la prestigieuse *African Journal Online (AJOL)* sur sa plateforme (<https://www.ajol.info/index.php/rasp>).

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

Deshumanisation des soins : fondement de la réticence à la fréquentation des centres de santé

Achi Amédée-Pierre ATSE, Germain Kassi Yao1-17
DOI: <https://doi.org/10.4314/rasp.v6i3.1>

Pratiques de soins liées à l'anémie chez la femme enceinte Baoulé Faali de Broukro en Côte d'Ivoire : du symbolisme au changement social et comportemental

Adou Serge Judicial ANOUA18-32
DOI: <https://doi.org/10.4314/rasp.v6i3.2>

La santé par et pour la communauté : diagnostic socio-anthropologique du paradigme Agent de Santé Communautaire en Côte d'Ivoire

Zié Adama Ouattara33-51
DOI: <https://doi.org/10.4314/rasp.v6i3.3>

Qualité de l'éducation et services de sante scolaires dans les établissements d'enseignement général au Benin : Cas du collège de Djèrègbé

Modeste Crescence DOHOU52-61
DOI: <https://doi.org/10.4314/rasp.v6i3.4>

La santé digitale en Afrique : entre mythe ou réalité ?

Mohamed Boubacar Bilcha62-71
DOI: <https://doi.org/10.4314/rasp.v6i3.5>

Logiques des agents de santé communautaire à la croisée de l'enjeu de la promotion contraceptive à Gagnoa (Côte d'Ivoire)

Manan Gnamien Elie72-87
DOI: <https://doi.org/10.4314/rasp.v6i3.6>

Influence de la motivation au travail des agents sur la performance du centre de santé de référence de la commune III du district de Bamako

Yaya Traore, Yacouba Belem, Hawa TRAORÉ.....88-104
DOI: <https://doi.org/10.4314/rasp.v6i3.7>

Reversion Réversion de la résistance bactérienne de *Crateva adansonii* (Capparidaceae) sur les souches de bactéries isolées des plaies chroniques diagnostiquées dans la commune de Ouinhi au Bénin

Hervé Kouessivi Janvier BOKOSSA, Parfait DJOSSOU, Théodore SOUSSIA.....105-120
DOI: <https://doi.org/10.4314/rasp.v6i3.8>

Processus d'universalisation de la Couverture santé au Sénégal : enquête sur la « CMU- Élève » à Ziguinchor (Sénégal)

MAMADOU AGUIBOU DIALLO.....121-137
DOI: <https://doi.org/10.4314/rasp.v6i3.9>

Perceptions et accessibilité des adolescents et jeunes aux services de santé sexuelle et reproductive dans la ville de Bouaké en Côte d'Ivoire

Nochiami Affou Koné, Sonan Hamed Coulibaly138-153
DOI: <https://doi.org/10.4314/rasp.v6i3.10>

Les recours aux soins des troubles mentaux entre les limites de l'offre de la biomédecine et les considérations socioculturelles de la maladie à Bangang (Ouest-Cameroun)

Joséphine LEMOUOGUE, DOUANLA Alix Michelle154-167
DOI: <https://doi.org/10.4314/rasp.v6i3.11>

Cadre de prévention primaire des maladies émergentes sensibles au climat à travers le prisme de la santé planétaire : le cas de la maladie de Lyme au Québec

Kossi Eden Andrews Adandjesso167-182
DOI: <https://doi.org/10.4314/rasp.v6i3.12>

Initiation précoce a la sexualité, un facteur de socialisation chez des jeunes filles scolarisées à Abidjan

N'guessan Louis Franck YAO183-196
DOI: <https://doi.org/10.4314/rasp.v6i3.13>



Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, Volume 6 (3)
ISSN:1987-071X e-ISSN 1987-1023
Received, 16 September 2024
Accepted, 15 December 2024
Published, 30 December 2024
<https://www.revue-rasp.org>

To cite: Kassi & Atse (2024). *Deshumanisation des soins : fondement de la réticence à la fréquentation des centres de santé ? une analyse par appariement de score de propension.* *Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique.* 6(3), 1-17. <https://doi.org/10.4314/rasp.v6i3.1>

Research

Deshumanisation des soins : fondement de la réticence à la fréquentation des centres de santé

Dehumanization of care : the basis of reluctance to attend health centers

Kassi Yao Germain^{1,*}, Atsé Achi Amedée-Pierre¹

¹Université Péléforo Gon Coulibaly de Korhogo, Côte d'Ivoire

***Correspondance :** gorkykassi@gmail.com;

RESUME

Cette recherche se propose de déterminer, d'une part, les manifestations de la déshumanisation, et de situer les cadres d'analyser en vue de réduire les réticences aux CPN et CPoN, d'autre part. Elle porte sur un échantillon de 50 personnes dont 30 femmes et 10 hommes, 3 personnes âgées imprégnées des savoirs locaux, 2 matrones traditionnelles, 2 tradipraticiens et 3 personnes du staff médical. A partir d'une approche qualitative centrée sur des entretiens libres et une observation directe, les principaux résultats mettent en relief l'expression plurielle de la déshumanisation des soins, notamment, la déshumanisation relationnelle. Elle s'exprime dans la relation médecin-patient et se manifeste par les violences verbales, les railleries et des traitements rudesses des prestataires de soins.

Mots-clés : Senoufo, déshumanisation, soins, réticence, Consultation prénatale.

ABSTRACT

This research aims to determine the manifestations of dehumanisation and to identify the frameworks for analysis to reduce reluctance to undergo ANC and PNC. The study involved 50 people, including 30 women and 10 men, 3 elderly people steeped in local knowledge, 2 traditional matrons, 2 traditional practitioners and 3 medical staff members. Based on a qualitative approach centred on free interviews and direct observation, the principal results highlight the multiple expressions of the dehumanisation of care, particularly relational dehumanisation. This is expressed in the doctor-patient relationship and manifests itself in verbal abuse, mockery and rude treatment by healthcare providers.

Keywords: Senoufo, dehumanisation, care, reluctance, antenatal consultation.

1-Introduction

L'institution sanitaire a pour fonction d'aider les patients dans leurs parcours de soins en vue de recouvrer la santé. Les malades y affluent avec des maux divers. Certains y entrent dans l'agonie pendant que d'autres sortent soulagés et complètement guéris. Tout se présente comme si l'hôpital est le lieu parfait où les malades sont choyés dans le procès de traitement. Mais des travaux de recherche indiquent que les centres de santé sont aussi le théâtre de violences de tout genre (Ettien et *al*, 2020 ; Kassi, 2017 ; Sizi, 2017). De violences verbales au traitement rudesse en passant par des atteintes physiques (.Atsé, 2017) meublent la relation thérapeutique (Antrobus, 1997; Beagan et Elis, 2009; Varcoe et al., 2004; Ceribelli, et al., 2009). Quelles que soient les raisons de ces violences, elles hypothèquent les soins (Halstead, 2001; MacLeod et McPherson, 2007), créent des situations telles que les évasions hospitalières (Atsé, 2007), les perdus de vue, etc. Les patients se sentent humiliés parfois par le silence des prestataires de soins quand ils désirent avoir des informations sur leur état de santé. Des sentiments d'insatisfaction sont relevés à la suite de consultation, dite brève (Kassi, *idem*). En effet, certains patients ont le sentiment qu'on se débarrasse d'eux rapidement pour d'autres. Des insultes et traitements rudesses caractérisent les salles d'accouchement (Ettien et *al* ; *idem*). Ces attitudes ne sont pas toutes suivies de ripostes chez les patients. Tout se passe comme si « la main qui demande est en bas ». Ce que la plupart des patients demande, c'est la socialisation des soins, pour qu'un minimum de droit soit accordé au patient déjà taraudé par la douleur (Avoine, 2012). Mais le traitement rudesse apparait comme une douleur psychologique et mentale supplémentaire (Beagan et Elis, 2009) que les institutions hospitalières, du moins certains de leurs acteurs, infligent aux patients. Cette déshumanisation des soins a des conséquences sur le suivi des patients ambulatoires. C'est le cas des « perdus de vue » chez les patients sous traitement anti-retro-viraux (ARV). En effet, constatant leur statut sérologique divulgué, ces patients sont obligés de changer de localité. Certains taraudés par la honte n'y reviennent plus jusqu'à ce que la mort survienne (Wadja, 2022).

A ferké, au Nord de la Côte d'Ivoire, les femmes enceintes et les accouchées vivent leur rapport aux maternités sous le mode de calvaire. En effet, elles se rendent très tôt le matin au rendez-vous, espérant être reçues à la consultation prénatale (CPN) ou postnatale (CPoN). Dans le long fil d'attente, elles sont parfois abandonnées au profit d'autres femmes retardatrices. Par ailleurs, elles grognent et se plaignent de la bavure et insultes des sage-femmes dans les salles d'accouchement et les séances de vaccination. Ces patientes se sentent parfois frustrées et même aliénées et désemparées. Or les services de la santé obstétricaux sont multipliés en vue de couvrir en soins obstétricaux le territoire ivoirien. Cette démarche a pour objectif de limiter les complications et les décès en couche déjà trop élevés. Si la multiplication des services obstétricaux et la formation des sage-femmes, ont pour fin la prise en charge du couple mère/enfant, la déshumanisation des soins semble associée à cette prise en charge. Mais la déshumanisation des soins n'est pas sans conséquence dans la relation thérapeutique(RT).Elle constitue parfois une entrave à la RT.

Alors, comment la déshumanisation des soins constitue une entrave à la fréquentation des centres de santé chez les parturientes ?

La réponse à cette question centrale suppose le traitement de questions subsidiaires suivantes qui lui sont sous-jacentes, à savoir :

Qu'est-ce qu'une déshumanisation des soins ?

Comment doit-on s'y prendre pour humaniser les soins afin de réduire les réticences aux consultations prénatales et postnatales chez les parturientes ?

En désirant répondre à ces questionnements, notre objectif est de déterminer, d'une part, les manifestations de la déshumanisation, et de situer les cadres d'analyser en vue de réduire les réticences aux CPN et CPoN, d'autre part. De façon spécifique, l'étude se propose de définir

d'abord le concept de déshumanisation des soins ; ensuite faire la typologie des déshumanisations dans les institutions hospitalières de Ferké ; puis enfin indiquer la manière dont il faut humaniser les soins pour réduire la réticence aux CPN et CPoN.

2-Méthodologie

D'un point de vue méthodologique, il s'agit de présenter d'abord la localisation et le contexte socio-anthropologique du terrain étudié parce qu'« avant toute chose, le terrain est le laboratoire de l'anthropologue » (Copans, 1967, p. 90). Ensuite, seront présentées les modalités de l'enquête dans la localité de Ferkessédougou (département du Tchologo). La carte ci-dessous présente le terrain d'étude :



Source : Tome 1 : Diagnostic de la région du Tchologo

Ce terrain d'étude se situe entre le 9 °53 et 10 de latitude nord et 6 °49 et 8° de longitude ouest. Sur le plan sanitaire, Ferkessédougou a un Centre de santé rural (CSR) de 03 lits et un dépôt de médicaments (pharmacie). Le choix de la localité de Ferkessédougou se justifie par la faible fréquentation des centres de santé chez les Senoufo et les nombreuses évasions hospitalières (Goubo et al. 2016, p.12). Par ailleurs, nos présences en tant qu'enseignant-chercheur et étudiant à l'Université de Korhogo ont motivé cette recherche, par la collecte régulière de données d'observation sur la réticence des parturientes aux CPN et CPoN.

D'un point de vue du contexte socio-anthropologique, les senoufo de Ferkessédougou appartiennent au grand groupe ethnoculturel « Gur », précisément au sous-groupe « Niarafolo ». En dépit d'une tradition de forge et de tissage caractéristique de quelques tribus, les senoufo sont essentiellement paysans. La vie spirituelle est dominée par la croyance en « Kolotiôlô », dieu puissant et « Katielo », déesse-mère. Plusieurs sociétés initiatiques, dont le « Poro » est la plus importante, jouent un rôle déterminant dans la vie sociale et religieuse des Sénoufo. Leurs imaginaires sociaux associés à la maladie sont fondés sur le port d'objets symboliques de protection (Goubo et al., 2016). Le traitement thérapeutique privilégié est

fondé sur la médecine traditionnelle dont les tradi-praticiens et marabouts sont les prêtres (Goubo, 2014).

Les modalités du travail de terrain se sont essentiellement appuyées sur des données empiriques provenant d'une enquête qualitative centrée sur des entretiens libres, l'observation directe et des focus group. Ces outils de collecte de données ont été utilisés dans la localité susmentionnée. L'enquête (par observation et entretien) s'est déroulée minutieusement pendant un an où nous nous présentons dans ces localités pour collecter des données. La technique d'échantillonnage utilisée est la méthode aléatoire simple où chaque enquêté, membre de la population considérée (15 ans et plus) a la même probabilité de faire partie de l'échantillon (N'da, 2002). Cette méthode consiste à interroger "tout venant" c'est-à-dire, s'entretenir avec les femmes, les hommes, les personnes âgées, le personnel de la santé moderne et les spécialistes de la médecine traditionnelle sans établir préalablement une base de sondage. Nous avons cependant privilégié la catégorie des seniors et adultes car ceux-ci pouvaient nous fournir des informations relatives aux pratiques et usages culturels de la région au sujet des mécanismes sociaux de prise en charge de la grossesse et de l'accouchement. Ainsi, notre échantillon est composé de 50 personnes dont 30 femmes, 10 hommes, 03 personnes du troisième âge et 2 matrones et 03 personnes recrutées parmi les agents de santé et 02 spécialistes traditionnels issus de la localité de Ferkessédougou. Cependant, au bout de la moitié de cet échantillon, nous avons observé l'effet de saturation, c'est-à-dire qu'il n'y a plus de nouvelles informations, ce qui nous a obligé d'arrêter ladite enquête.

D'un point de vue théorique, l'analyse du discours ou du contenu a été exploitée comme méthode d'analyse. Elle a consisté à relever les mots clés et les discours redondants. Cette méthode nous a permis de rendre compte par l'analyse et l'interprétation de toutes ces données collectées. Enfin, nous nous sommes appuyés, à la suite de l'analyse du discours, sur la théorie de la représentation sociale. Cette approche nous sert dans cette étude de matrice intellectuelle. En effet, la représentation sociale, en tant que forme de pensées sociales, est la perception qu'un individu ou une société a d'un objet en fonction de ses valeurs et normes perçues à travers les comportements des individus. Elle traduit « la façon dont les choses sont ressenties ». C'est cet « ensemble d'opinions, d'attitudes, de croyances et d'informations » relatives au mécanisme traditionnel de prise en charge de la grossesse et de l'accouchement qui constitue le système d'interprétation régissant les sénoufo dans leur rapport à la pensée génésique. Il nous permet de comprendre l'orientation et l'organisation des conduites et des communications sociales autour des grossesses, les rituels associés, les lieux d'accouchements, les acteurs et les rôles joués, etc.

3-Résultats de la recherche

Les résultats de ce travail sont structurés autour de trois axes majeurs : le premier est relatif aux éléments de définition de la déshumanisation ; le second, fait la typologie de la déshumanisation et le troisième présente les conditions d'une humanisation des soins.

3-1 Déshumanisation des soins : éléments de définition

3-1-1 Déshumanisation : aspect général

Le concept de déshumanisation est un mot formé à partir du préfixe « *des* » et de la racine « *humanisation* ». Du point de vue de la syntaxe, déshumanisation est le contraire de l'humanisation et s'exprime en tant qu'action. En tant que telle, elle est liée à l'humanisme comme un courant de pensée. C'est donc une doctrine philosophique qui prend pour fin la personne humaine et son épanouissement. C'est une sorte de culte de tout ce qui est de

l'homme. Cela suppose qu'un effort minimum doit être fait par l'homme pour relever la dignité de l'esprit humain et le mettre en valeur. Dans cette perspective, tout acte contraire à cet esprit place l'humain dans une posture d'aliénation, c'est-à-dire, perdre son droit ou être indigné. La déshumanisation donc est le résultat d'une relation humaine dans laquelle une partie se sent indignée. Pour Abé (2013), la déshumanisation c'est une sorte d'absence d'anthropocentrisme. C'est-à-dire, dans le processus descriptif de la prise en charge biomédicale, il y a une distance entre le soignant et le soigné. L'anthropocentrisme qui consiste à tout centrer sur l'homme par amour n'est pas pris en compte dans le processus de prise en charge de la femme enceinte en travail. Au contraire, la parturiente se débat, tarabouée de douleur, alors que la sage-femme est préoccupée par son feuilleton de téléfilm à la télévision dans la salle d'accueil. Comment cette indignation peut-elle se présenter en relation thérapeutique ?

3-1-2 déshumanisation en milieu hospitalier

En milieu hospitalier, les patients viennent en tant que des personnes déjà diminuées par l'expérience de la douleur et le désespoir dus au poids pesant de la douleur. Ils ont besoin d'aide. Cette aide est dispensée dans la relation entre le prestataire des soins et eux. Les attentes de cette relation sont entre autres le bon accueil, la civilité, etc. On parle dans ce cas de socialisation de la relation thérapeutique ou de la prise en charge. Le patient part du centre de santé heureux. Cependant, cet effort qu'on doit lire dans la conscience professionnelle des agents de santé semble ne pas exister souvent. Au contraire, des patients sont quelquefois traités comme objet de science, ce qui crée des conflits thérapeutiques. Ces conflits déshumanisent les soins et favorisent la réticence à la fréquentation des centres de santé, surtout chez les parturientes dans le district sanitaire de Ferké. Par ailleurs, les malades étant inscrits dans plusieurs schémas de guérison, portent, à la suite de leur indignation, des regards de doute et perçoivent la technologie biomédicale comme un moyen d'aliénation. C'est ce qui explique quelquefois les invasions hospitalières, les perdus de vue, et la réticence à la fréquentation des centres de santé. Le mécanisme de prise en charge biomédical est alors vécu comme déshumanisant. Face à ce traitement, des enjeux socio-économiques et culturels soutiennent la réticence aux CPN et CPoN. La déshumanisation s'exprime le plus souvent à travers les violences et querelles dans le rapport aux soins.

3-2 Typologie de la déshumanisation des soins

La déshumanisation des soins s'exprime sous plusieurs formes.

3-2-1- La déshumanisation relationnelle

Elle part de la nature de la relation thérapeutique (RT) qui existe entre le prestataire de soins (le médecin, la sage-femme, les auxiliaires de santé) et les patients (les femmes enceintes et les autres malades). Si cette RT est socialisée, elle est ainsi jugée « bonne » et aboutit sûrement à la satisfaction ou guérison. Quand elle vire au drame, les soins sont ainsi déshumanisés, et les acteurs en relation entrent en conflit, ce qui compromet, naturellement la guérison et la fréquentation des centres de santé. Or, cette collaboration entre soignant et soigné est très importante dans la recherche de la guérison. Lorsqu'elle est bien entretenue, elle met en confiance les parturientes. Ainsi, bien rassurées et en confiance, celles-ci peuvent se conformer aux règles et mode guérison proposée par les institutions sanitaires. Cependant, il y a toujours un écart entre le postulat biomédical et l'univers socioculturel des demandeurs de soin. Certaines manières d'agir, et de penser des agents de santé et des parturientes sont divergentes. C'est ce qui explique les conflits idéologiques autour du savoir des praticiens.

3-2-2- La catégorisation relationnelle : le favoritisme

Au cours des rendez-vous biomédicaux, nombreuses femmes attendent devant le bureau du prestataire de soins par ordre d'arrivée. Dans cette attente, plusieurs d'entre elles s'appuient sur leurs capitaux sociaux pour outrepasser l'ordre. Elles sont ainsi reçues au détriment des premières venues très tôt le matin espérant être reçues d'abord. Cette façon de recevoir crée un sentiment d'inégalité et de frustration chez ces femmes. Cela crée aussi, une atmosphère de murmures et de disputes entre les parturientes d'abord ; puis le personnel de santé et les parturientes ensuite. Ce point de vue est justifié par les propos d'une enquêtée selon, ces termes :

« On quitte loin pour venir se faire soigner. On laisse nos activités. Comme on n'est pas riche là, et qu'on ne connaît pas quelqu'un, ils nous laissent et font entrer les femmes riches là et leurs sœurs. Et après avoir reçu quelques femmes dans le rang, ils viendront nous dire que le médecin ne reçoit plus. Qu'on repasse un autre jour », propos de T. A., parturiente à la CPN maternité de Ferké.

L'utilisation de sa dotation en capital social doit se faire avec mesure et délicatesse, surtout quand la ressource visée est rare et qu'il y a plusieurs prétendants. Le fait de connaître une personne dans un service est certes atout fondamental. Mais des règles de bases établies en vue de la paix et de la tranquillité, surtout dans un hôpital, doivent être observées, exceptés, les urgences. Leur viol entraîne des désagréments susceptibles de corrompre la RT. Sous le poids pesant de la fatigue, la faim et de douleurs que ressentent ces parturientes, la majorité d'entre elles ne tardent pas à exprimer leur mécontentement. Ceci crée constamment des tensions entre les agents de santé et ces femmes.

3-2-3- Violences verbales à l'endroit des parturientes

Les données de terrains indiquent que la plupart des parturientes décrivent les violences verbales qu'elles subissent dans les centres de santé. Elles sont toutes unanimes que les agents de santé n'ont aucun respect pour les parturientes surtout celles qui quittent les zones rurales pour les soins. Elles le disent en ces termes :

« Les femmes là sont parfois méchantes. Elles trouvent qu'on dégage une mauvaise odeur. Elles vont même pour nous dire que vous sentez. Et exhortent à se laver avant de venir. ». Propos de S. A., vendeuse de légume à Bromakoté

Cette affirmation est corroborée par les propos de Mawa, une autre parturiente qui affirme ceci :

« Elles disent même qu'on ne se lave pas, que notre partie intime sent ».

Autant de propos frustrant et méprisant favorisent l'éloignement des parturientes de la médecine moderne, notamment les CPN et CPoN. Ces propos humiliants constituent un obstacle à l'accès des CPN et CPoN. Les femmes sont obligées de se tourner vers la médecine traditionnelle considérée comme archaïque pour se traiter. Les femmes désemparées, traduisent leurs désarrois en ces termes :

« Il n'y a pas un seul jour où les sage-femmes n'ont rien à dire sur nous. Certaines t'insultent parce que tu ne t'es pas rasée avant de venir. Comment une femme enceinte, qui a son ventre long devant elle peut raser sa partie intime ? Quand, on ne vient pas aussi, c'est un problème. Il est beaucoup mieux de rester et faire l'indigénat ». Propos de dame K. S., institutrice en CPN à Ferké.

Il est de toute évidence que le comportement des agents de santé n'est pas apprécié des parturientes, il les choque au contraire. Sur cette base, aucune d'entre elles n'éprouvent d'intérêt aux CPN et CPoN. Elles se font désormais traiter à la médecine traditionnelle. Elles ne viennent aux centres de santé quand le mal persiste malgré l'intervention de la médecine traditionnelle.

3-2-4 Accouchement et Violences subies

Les accouchées se plaignent fréquemment de violence subie lors de la délivrance. Ces violences sont de deux ordres. Elles s'expriment tantôt sous la forme physique ou tantôt sous la forme verbale. Les postulats implicites de ces violences seraient d'aider les femmes à vite pousser et sortir le bébé. Des propos suivants corroborent ce point de vue :

« Pour pousser enfant là ce n'est pas facile hein. Quand les femmes là sont sur toi, elles te tapent, d'autres te lancent les paroles méchantes disant que quand on faisait l'amour-là c'était doux non », propos de dame D. M., une accouchée, à la maternité de Ferké.

La médication de l'accouchement a connu une avancée majeure pour la santé des femmes et des enfants. Elle peut parfois conduire à des actes et comportements violents surprenant la parturiente. Cette violence surprise traduit un sursaut personnel de la parturiente, ce qui est effectivement suivi de la délivrance. Ces violences seraient des techniques de travail lorsque la parturiente aime se reposer ; il faut alors maintenir l'effort jusqu'à la délivrance totale. Cependant, cette stratégie est vécue sous le mode de violence chez les parturientes. Elles l'expriment en ces termes :

« A l'accouchement, certaines sage-femmes saisissent l'occasion pour nous frapper. Elles le font très fort quand il a eu des disputes lors des CPN. Tout se passe comme si l'accouchement est l'occasion de vengeance. Quand tu demandes pourquoi, tous ces coups, elles disent que c'est pour t'aider à pousser. Je pense qu'elles exagèrent. », Propos de dame K., Institutrice à Ferké.

Cette façon de faire est socialement vécue par les femmes comme un non-respect de leur intégrité physique, mentale et sociale. Ce sont des pratiques non justifiées sur le plan médical ; au contraire ces gifles et coups constituent des violations de leur personne.

3-2-5 Le point de vue des sage-femmes sur les "supposées" violences à l'accouchement

Les sage-femmes, dans l'exercice de leur fonction, ne qualifient vraiment pas ces gestes de violence, ce dont on leur reproche. Pour elles, ce sont des « cris de guerre » pour sauver le couple mère-enfant. Ces gestes, qui sont entre autres des coups inattendus, emmènent la parturiente à crier fort pour terminer la délivrance. En effet, lorsque l'enfant s'engage dans la cavité pelvienne, il y a un temps raisonnable pour qu'il ne s'étouffe pas. Dans cette situation de douleur, certaines femmes s'amuse à mettre en péril la vie du couple mère-enfant en faisant des pauses, pour dit-on, se reposer. C'est en ce moment qu'interviennent des « cris de guerre » pour remporter la victoire. L'accoucheuse a en ce moment deux choix. Le premier consiste à "caresser" la mère pour la mettre en péril, elle et l'enfant. Le second, consiste à user tous les moyens pour sauver le couple mère-enfant au bout d'un accouchement. Ce sont ces moyens qui sont considérés comme agressions et violences chez les accouchées. Au nombre de ces moyens, on note des cris d'encouragement, parfois des coups et même des déchirures pour aider l'enfant à sortir. Cette volonté de sauver la mère et l'enfant qui est ainsi

interprétée comme violence. Cette façon de faire est expliquée par une sage-femme selon les termes suivants :

« Les gens pensent qu'on n'est pas gentille. Notre travail consiste à sauver le couple mère-enfant. Or ici, la gentillesse ne marche absolument pas. la position d'emphatique ne résout pas le problème. Un chirurgien doit arrêter le pansement parce que le patient crit douleur ? Il faut surmonter les émotions, être dure de caractère pour sauver l'enfant et la mère parfois, à travers les techniques qu'on nous a apprises ».
Propos de S. T., Sage-femme

Ces actions qui aident les femmes sont de plus en plus décriées au point que les sage-femmes ne veulent plus prendre de risque, surtout que certaines sont traduites en justice pour répondre de leurs actes. Dans ces situations, les sage-femmes réfèrent ces femmes qualifiées de « paresseuses » à la méthode de césarienne. Ainsi, les césariennes se multiplient dans les maternités à cause de ce tiraillement entre sage-femmes et parturientes.

3-2-2- La déshumanisation : les interactions asymétriques

Il s'agit de l'ensemble des points qui opposent les agents de santé et les patients dans les centres de santé. Ce sont des comportements qui créent des discordes entre les demandeurs de soins et les offreurs de soins.

3-2-2-1- Non-respect des consignes médicales

Les consignes données par le corps médical au sujet des grossesses à risque ne sont pas observées. Ces consignes sont relatives aux questions du travail et du repos pendant la grossesse. Certains gros travaux sont perçus par les spécialistes de la biomédecine comme pouvant entraîner des fausses couches. Il s'agit par exemple, « faire un lavement rectal en début du travail », « casser des gros morceaux de bois », « piler de grandes quantités de céréales » ou « faire des gros travaux champêtres ». Une femme en travail qui ne fait pas de lavement rectal, pousse premièrement les matières fécales avant la vraie naissance de bébé. Cette situation mécontente les sage-femmes.

Par ailleurs, il y a des activités qui sont proscrites par les sage-femmes comme pouvant être à l'origine de l'échec d'une grossesse. Cette vision biomédicale de la prise en charge de la grossesse diverge des logiques sociales et culturelles des Senoufo. En effet, le repos est socialement blâmé chez la femme enceinte avant le dernier trimestre de la grossesse. Le repos prolongé de la femme enceinte sans maladie apparente est socialement perçu et interprété comme un état de paresse. Une femme enceinte qui décide de réduire son travail à cause d'une grossesse est critiquée comme une paresseuse, susceptible de transférer cette paresse à l'enfant qui naîtra. Ce point de vue corrobore les propos suivants :

« Ici quand on est enceinte et qu'on ne travaille pas, les vieilles femmes disent qu'on est paresseuse. De plus, l'enfant peut devenir paresseux. On a peur de faire des paresseux, c'est pour cela qu'on continue de travailler », Propos de S. K., femme enceinte à Bromakoté.

Quand le personnel soignant conseille le repos pendant la grossesse, les invitant à éviter les tâches ardues, les vieilles femmes déconseillent les parturientes d'un quelconque repos. Pour les dernières, c'est-à-dire, les femmes senoufos, « trop de repos » chez une femme enceinte provoque un long épisode d'accouchement, synonyme de complication lors des accouchements. La peur d'être victime de complication lors de l'accouchement pousse les

parturientes à travailler jusqu'en début du dernier trimestre. Cette dichotomie repos/non repos tire les parturientes. Elles le disent en ces termes :

« Nous sommes embêtées. *Quand les soignants nous disent de ne pas trop travailler pendant la grossesse. Mais nous continuons car les vieilles disent que si la femme ne travaille pas pendant la grossesse, elle aura du mal pour accoucher* ». Propos de Dame S. T., femme enceinte à Kôkô (Ferké).

Ce heurt idéologique exprimé par le choc de normes sabote l'autorité des prestataires de soins. Tout se passe comme s'il existe une autre autorité au-dessus de décisions et conseils des prestataires de soins. Les demandeurs de soins reçoivent conseils et recommandations des prestataires de soins, mais elles testent ces conseils et recommandations par leur appareil normatif, dont les personnes âgées sont les gardiennes. Ce 'baromètre' ou mécanisme social de protection maternelle sélectionne et met de côté toute norme biomédicale qui s'oppose et diverge de leur système de pensées socialement admis. C'est pourquoi, les CPN et CPoN ne sont pas suivies à la lettre.

3-2-2-2- Les railleries des prestataires de soins en service

En service, les prestataires des soins doivent montrer leur compassion aux patients. Mais quelquefois, les sage-femmes et médecins se moquent des parturientes Senoufo pour n'avoir pas connu l'âge de leur grossesse. Cette ignorance est parfois liée à l'inexpérience de la parturiente du fait de son très jeune âge (14 ou 15 ans) ou encore de son faible niveau d'instruction exprimé par l'incapacité à parler la langue officielle qu'est le français. En effet, plusieurs patientes sollicitent le recours d'interprètes dans leur dialogue avec le soignant. Ces railleries parfois teintées de plaisanterie mécontentent les parturientes. Les propos suivants traduisent ses moqueries, selon les termes suivants :

« *Elles sont comme cela, elles ne connaissent même pas. Mais ce sont elles qui sont toujours derrière garçon* ». Propos de Dame T. A., sage-femme major à la maternité de Bromakoté (Ferké).

Ces propos ne sont pas toujours appréciés des parturientes, qui sous l'effet de la colère ne tardent pas à répliquer. Cela crée des tensions froides entre la parturiente et la sage-femme. Pour continuer à se moquer de ces femmes, les sage-femmes ignorent ces femmes en état de fâcherie pendant un bout de temps. Et pourtant la profession d'agent de santé est une fonction qui a besoin de douceur et de maîtrise de soi pour établir une relation de confiance. Ceci constitue le fondement de toute guérison. Toute attitude contraire provoque le phénomène de « les perdues de vue » qui ne se présente à l'hôpital qu'en situation de complication ou d'agonie. Ces remues ménages favorisent la réticence au CPN et CPoN

3-2-2-3- Difficulté linguistique

Malgré l'existence des agents de santé communautaire dans les centres de santé, la fidélité de la traduction pose un problème. Cet écart linguistique explique souvent l'inefficacité des agents de santé sur le terrain. Ils ne s'entendent pas avec les patients. Un infirmier explique brièvement les faits qu'il vit toujours en ces termes :

« *Souvent nous constatons l'ajout d'information par apport aux propos du patient ou du fournisseur de soin. Aussi l'emploi des mots inexacts pour décrire des termes médicaux. Ces faits sont constatés le plus souvent lors du prochain rendez-vous avec pour preuve la posologie des médicaments non-respectée, les rendez-vous également* ». Propos de S. A., Infirmier d'Etat à Ferké

Des erreurs de traduction dans la communication ont toujours lieu au cours des interprétations. Cependant en médecine, ces erreurs sont susceptibles de provoquer des conséquences lourdes sur la santé des patients. En désirant aider les femmes enceintes par la traduction de leurs dires, certaines parturientes au niveau scolaire faible traduisent avec erreurs le dialogue entre ces femmes rurales et les soignants. Ces erreurs dans la traduction aggravent parfois la situation des parturientes au lieu de les aider. Par ailleurs, ce dialogue de sourd contraint certaines parturientes à ne plus venir au rendez-vous s'il n'y a pas d'interprètes. Cette difficulté linguistique est un frein aux CPN ou CPoN.

3-2-2-4- Conflit d'idées, divergence de méthodes thérapeutiques

Les conseils et méthodes du mécanisme traditionnel de prise en charge de la parturiente entraînent parfois des risques et des irritations pelviennes chez la parturiente. En effet, sous les conseils de la matrone, certaines femmes enceintes utilisent des décoctions et des tisanes. Elles font parfois le lavement rectal au quotidien pour, dit-on, entretenir la grossesse et expier la constipation et le paludisme. Elles le disent selon ces termes :

« Il existe même des décoctions pour faciliter l'accouchement de la femme. Plusieurs fois j'ai essayé et ça marche sans problème. Avec mes quatre enfants, je n'ai jamais connu de césarienne. Une fois à l'hôpital j'accouche dans les heures qui suivent ».
Propos de S. M., Matrone à Ferké

Ces traitements virent parfois au drame. Dans ce cas, ces femmes sont conduites aux urgences. Au regard de ces expériences, les sage-femmes interpellent les parturientes à se garder de toutes formes de soins obstétricaux. Mais ces conseils sont moins suivis. C'est plutôt quand elles sont déjà victimes d'intoxication par des médicaments traditionnels qu'elles se soumettent. Les propos suivants traduisent les désarrois des sage-femmes.

« A cause du fait que les décoctions traditionnelles soient amères et sans contrôle des spécialistes de la santé nous les déconseillons vigoureusement. On ne maîtrise pas leurs effets sur la mère et l'enfant. On ne peut donc conseiller cela à une parturiente. Mais elles sont têtues. C'est quand elles sont victimes de malaise qu'elles nous écoutent maintenant. Conseils ne conseillent pas, ces conséquences qui conseillent, c'est vrai », propos de K. F., sage-femme à Ferké.

Cette divergence d'itinéraire thérapeutique rend la tâche difficile aux agents de santé. Ils refusent parfois d'intervenir en cas d'urgence les référant à un autre centre plus équipé. A défaut de la disponibilité d'ambulance ou de véhicule de transport, les décès surviennent généralement en cours de route.

3-3- Eléments d'humanisation des soins : cadres d'analyse de la réduction des réticences aux CPN et CPoN

Cette section traite le modèle de centre de santé répondant aux aspirations des usagers des centres de santé, notamment les parturientes. Ce modèle favoriserait une fréquentation massive et accrue des populations vers les centres de santé

3-3-1- Relation de civilité

La porte d'entrée dans un hôpital est incontestablement l'accueil. C'est un protocole d'usage prenant en compte le respect du code culturel et social ritualisé. C'est pourquoi, on pouvait lire ceci devant les hôpitaux : *« je n'ai pas besoin de savoir ton ethnie ou ta religion, dis-moi seulement de quel mal tu souffres ! »*

Avoir une relation spontanée avec les patients lors des visites prénatales et post-natales rassure et met en confiance les parturientes dans les CPN. Être prompt à agir pour montrer son amour vis-à-vis du métier fait du professionnalisme. Tous les prestataires de soins qui s'exercent à une relation thérapeutique socialisée sont considérés comme un bon médecin. L'indicateur de mesure des soins de qualité chez les patients se résume par le bon accueil. Ils n'ont aucune connaissance à propos du postulat biomédical certes, mais, « les bonnes manières de vivre et les civilités » constituent les bases dans toutes relations humaines. C'est ce que traduit une parturiente à travers ces propos suivants :

« L'accueil est la base de toute relation. Quand il est bon, le malade est à moitié guéri. Mais quand il est mauvais, l'état du malade va de mal en pire car, tu ne sais pas quel médicament qu'on va te prescrire après le palabre. Les agents de santé doivent savoir marcher selon les lois de la ville ou du village où ils travaillent parce qu'ils sont là à cause de nous ». Propos de Dame S. K., parturiente à Ferké.

Cette allégation tire l'attention sur la place capitale qu'occupe l'accueil dans la fréquentation des centres de santé. Le patient a besoin de personne pour lui remonter la morale et l'aider à vaincre la maladie déjà pesante. Cette formation permettra de créer un climat de confiance dès l'accueil du patient. Par ailleurs, l'accueil doit être un kit médico-social où le patient se sentira chez lui. Pour cela, les éléments de base de sa culture ne doivent pas être foulés aux pieds. Cela suppose qu'il faut accentuer les formations sur l'aspect thérapeutique de l'accueil. La culture est en quelque sorte le reflet des peuples. Quand il est occulté dans une pratique, il y a parfois déséquilibre psychologique et social. Pourtant dans le district sanitaire de Ferké, cette étape première est parfois minimisée au nom du long fil d'attente. Les patients deviennent "des choses" incapables de capter l'attention des prestataires.

« On n'a pas le temps de s'occuper de tout le monde. Si on veut faire tout ça, on ne va pas quitter ici », propos d'une sage-femme à Ferké

La quête de temps nécessaire pour exercer la civilité pourrait renouer avec la fréquentation des maternités pour les CPN, CPoN et accouchements. Mais cela passe, à notre humble avis par la réduction du ratio parturiente/sage-femme.

3-3-2- Gratuité ciblée : un leurre

Les patients du monde rural ne sont rémunérés que par saison (anacarde, coton, maïs) et ne vivent que du fruit de leur potager. Ils ne disposent pas pour la plupart assez de moyens financiers pour assurer les dépenses médicales. Certains comptent sur la gratuité ciblée de l'Etat. Ils viennent dans les centres de santé pour espérer bénéficier de ce programme gouvernemental en faveur des populations économiquement faibles. Cependant, contre toute attente, ce programme reste pour la forme. Les kits sont rarement disponibles. Les centres sont quotidiennement en rupture de stocks. Cela suscite l'indignation chez les patients. Les propos suivants traduisent leurs souhaits :

« C'est rare qu'on donne un soin gratuit ici, tout reste à Abidjan et les autres grandes villes. Or on n'a pas de salaire, on souffre beaucoup et on attend à ce que les agents de santé nous aident en nous donnant certains médicaments gratuits. Qu'on nous soigne d'abord, une fois qu'on est guéri on va donner l'argent au lieu de nous laisser mourir ». Mme K. D., infirmier major à Bromakoté (Ferké)

Cette assertion s'appuie sur l'empathie, la confiance dans le service sanitaire. Il s'agit ici de créer tout d'abord un lien de confiance entre le patient et le prestataire de soin. Ensuite

écouter, observer et démontrer de la compréhension envers le patient. Or le besoin d'aide qui attire les patients vers les centres de santé n'est qu'un leurre.

3-3-3- Suivi de proximité

Faire du patient un membre de la famille c'est-à-dire favoriser une relation de proximité entre le patient et le soignant. Être en contact avec le patient souvent pour l'aider à recouvrer totalement la santé. Avoir de ses nouvelles et l'orienter dans ces choix et décisions :

« Après avoir prescrit des médicaments à un malade, ils doivent l'appeler pour savoir comment le traitement réagit. Saluer souvent à domicile les femmes qui ont accouché en leur donnant des conseils. Cela nous touche énormément. Une sage-femme faisait cela, mais elle est partie. Tout le monde l'aimait et parlait bien d'elle. Elle était l'amie de toutes les femmes ». Propos T. A., parturiente à Kôkô (Ferké).

La relation entre demandeur de soin et offreur de soin ne devrait pas seulement se limiter entre les murs du centre Hospitalier. Elle doit concerner l'ensemble des relations internes et externes des centres de santé. Les agents de santé doivent être des multiplicateurs d'actions de promotion de santé par des visites inopinées parfois chez les patients. En effet ils doivent établir un lien entre leur communauté et le système de santé tout en se développant personnellement. Ceci permettra d'améliorer la santé des populations en situation de vulnérabilité et réduire les inégalités de santé.

3-3-4- Promotion de la santé : campagne de changement de comportements (CCC)

La recherche de la santé n'est pas une affaire seulement individuelle. Elle a une composante collective. A cet effet, des campagnes de sensibilisation et de changement de comportement méritent d'être multipliées pour attirer l'attention des parturientes sur des comportements et croyances constituant une opacité à la prise de conscience. C'est pourquoi, il faut multiplier des sensibilisations en langue Senoufo pour donner l'envie de fréquenter les centres de santé pour les CPN et CPoN. Des slogans sur la vaccination du couple mère-enfant, la CPN, des CPoN, sur le Sida, l'Ebola, la Covid, la Dengue, etc. ;). Ces activités communautaires pourraient motiver les parturientes et les aider à éviter les complications lors des accouchements. Elles donnent des opportunités à certaines personnes d'avoir un peu d'argent. Les propos suivants traduisent ce point de vue :

« Avant, on partait faire des campagnes de sensibilisations en langue senoufo dans les villages et campement. On gagnait un peu d'argent pour nos besoins. On bénéficiait des moustiquaires, des comprimés et habilles du ministère de la santé. Aujourd'hui tout cela n'existe plus. Ils se partagent tous là-bas et nous font croire que le gouvernement n'a pas encore lancé les activités », dame S. T., institutrice à (Bromakoté) Ferké.

Ce type d'activité vise non seulement à corriger les défections et invasions hospitalières, mais les agents de sensibilisation sélectionnés parmi les Senoufos gagnent, bien plus, un peu d'argent pour subvenir à leurs besoins personnels et familiaux. Autrement dit, les personnes en situation de fragilité financière, les familles aux revenus modestes, en situation précaire ou de pauvreté peuvent accéder à des prestations sociales à travers les actions menées par l'Etat, sachant que ces actions sont destinées au groupe spécifique ayant un faible niveau scolaire. L'impossibilité de s'entendre avec les prestataires de soins est un obstacle à la relation thérapeutique, surtout à l'observance du traitement. Les CCC sont des canaux de communication et d'information utiles à la promotion de la santé.

4-Discussion

La relation entre les patients et les spécialistes de santé dans le service sanitaire à Ferké, nous permet de déduire que la déshumanisation des soins est un puissant facteur de la non-fréquentation des centres de santé.

4-1 Déshumanisation des soins : éléments de définition

La plupart des auteurs qui ont abordées la thématique de la déshumanisation des soins sont unanimes que ce concept renvoie à tout acte qui s'oppose à la morale, au bon sens (Vibert, 2003 ; Kiefer, 2014 ; Raybois, 2014). Ce comportement anti social est souvent perceptible dans la manière d'agir des agents de santé caractérisés par la colère en cas d'accouchement ou d'incompréhension lié aux prises de décisions sanitaires (Brunet, 2016). Les causes de ce comportement sont relativement imputées au manque de formation de certains agents de santé (Gruénais, 2005), au non-respect du nombre exact de personne réceptive par jour par les agents de santé (Marceau et al., 2022) et surtout au non-respect des valeurs culturelles des localités qui abritent les centres de santé (Bonga et al., 2022). En dépit des raisons qui pourraient justifier l'attitude des agents de santé sur la déshumanisation des soins, le code déontologique de la médecine exige que le patient soit traité avec considération et respect. Ainsi, le métier de la santé doit être appliqué avec rigueur, dans un esprit scientifique. Cependant particulièrement en soins palliatifs, ne perdons pas de vue la personne soignée à laquelle il y a lieu de proposer un accompagnement thérapeutique professionnel dans le respect et non une « prise ne charge » standardisée et déshumanisée (Petermann, 2014). Ces travaux coïncident extrêmement avec nos résultats quand nous faisons remarquer que la définition de la déshumanisation est complexe et prend en compte dans sa définition plusieurs paramètres qu'il faut obéir pour ne pas heurter la santé d'un patient. Ces paramètres sont généralement le respect de la patiente, le professionnalisme dans l'exercice du métier de santé, l'acceptation des valeurs culturelles du terroir etc. Cela dit, le respect scrupuleux de la déontologie de la santé permettrait aux agents de santé d'être professionnels afin d'éviter d'aliéner les patients. Ainsi, il existe plusieurs formes de déshumanisation des soins.

4-2 Catégorisation de la déshumanisation des soins

Phénomène hautement complexe, la déshumanisation a été étudiée par de multiples travaux empiriques notamment par la sociologie et l'anthropologie (Azria, 2013 ; Barrier, 2010 ; Bonnet, 2008). Cependant, tous sont unanimes que la déshumanisation des soins s'exprime sous plusieurs formes qui sont la déshumanisation relationnelle (Raybois, 2014), les violences verbales à l'endroit des parturientes (Favre et al., 2014) et aussi la violence physique subies par les femmes lors de l'accouchement (Alonso, 2021). Les résultats de ces études partagent avec les nôtres ces similitudes. Cependant, ils n'abordent pas les logiques culturelles qui altèrent la relation entre les professionnels de la santé et les consommateurs de soins. C'est à ce niveau que nos résultats se particularisent. En effet, les croyances populaires autour de la grossesse (le silence de la grossesse, la préservation de l'intimité de la femme, la perception de la césarienne) conditionnent la primauté de la médecine traditionnelle comme itinéraire thérapeutique. Et lorsque des complications surviennent pendant la délivrance dans un centre de santé, celle-ci est sujette d'injure et parfois même de violence physique du fait qu'elle n'a pas respecté les CPN. Pourtant la bonne conduite devrait être la boussole qui oriente le prestataire de soin dans ses agissements (Bonnet, 2008). Ces parturientes sont aussi sujettes de moquerie à cause de la barrière linguistique. Ne pouvant s'exprimer en français, elles sont généralement incomprises et se retrouvent dans des situations perplexes où elles ne savent pas quoi faire. Par ailleurs, les prises de décision sont souvent imposées aux patients sans effort de la part des professionnels de santé, surtout quand il s'agit de la césarienne. Ces attitudes sont

considérées par certaines parturientes comme un moyen d'enrichissement des agents de santé. Ces formes de déshumanisation liées aux interventions chirurgicales virent par moment au drame. C'est pourquoi cette technique est pensée (par les senoufos) comme un moyen de perte de soi. Pourtant, du point de vue social, les senoufos craignent les actes chirurgicaux (N'Dri, 2007 ; Goubou et al, 2016). Pour eux, une personne césarisée est une "perte de soi", "une morte symbolique". Cette représentation sociale développe une peur sociale. En effet, les femmes se sentent diminuées physiquement et socialement par cette intervention. Cette situation ouvre la porte de la polygamie traduite par la prise d'une nouvelle épouse par le mari. Cette dernière est chargée de s'occuper du mari dont l'épouse est socialement et culturellement déchargée de toute activité d'épouse.

4-3 Eléments d'humanisation des soins : cadres d'analyse de la réduction des réticences aux CPN et CPoN

L'humanisation des soins suppose que les centres de santé doivent être un modèle prenant en compte les valeurs et normes des usagers notamment les parturientes. Ce modèle favoriserait une fréquentation massive et accrue des populations vers les centres de santé (Dembélé, 2019). Le modèle d'humanisation qui occasionnerait une participation massive dans les centres de santé passe d'abord par une bonne relation de civilité (Barrier, 2010). En effet, l'accueil est la base de toute collaboration. Lorsqu'elle est bien établie, crée un climat de confiance entre les consommateurs et prestataires de soins. Pour le senoufo, l'accueil est le socle de toute cohabitation ; pour cela, il doit intégrer les valeurs et norme du terroir (Atsé, 2017). En effet, le patient a toujours besoin de soutien psychologique et moral. Cela dit, un bon accueil crée déjà une atmosphère de sécurité chez le patient. Pour cela, les éléments de base de sa culture ne doivent pas être foulés aux pieds. A cela, il faut ajouter la gratuité ciblée qui n'est qu'un leurre dans sa mise pratique. Tout est payant et nécessite de grands moyens pour réaliser tous les examens alors que les médias parlent de gratuité ciblée

5-Conclusion

L'étude a permis de déterminer les manifestations de la déshumanisation, et de situer les cadres d'analyser en vue de réduire les réticences aux CPN et CPoN. Les patients déshumanisés sont simplement considérés comme des "clients" dans un contexte de forte demande de soins. Bafoués et traités souvent de façon rudes, certains retournent chez eux comme diminués par l'expérience de la douleur et le désespoir dus au poids pesant de la douleur. D'autres récusent le mauvais traitement, toute chose qui ouvre le conflit entre patients et personnels de santé. Pourtant, si les railleries, le favoritisme, le mauvais accueil et les violences sont bannis du comportement du personnel de la santé, et que la socialisation des soins accompagne les actes médicaux, les parturientes augmenteront leur niveau de fréquentation des centres de santé. Dans cette perspective, les objectifs du millénaire de développement (OMD) et du développement durable (ODD) relatifs à la santé de la reproduction et du couple mère-enfant pourront être atteints. La réalisation de ces objectifs passe, à notre avis, par des campagnes de changement ou de modification de comportements, tant chez les demandeurs que des offreurs de soins.

Cependant, comment un tel projet est possible si le système culturel biomédical s'oppose et diverge de l'univers socio-culturel des patients ? Cette interrogation pourrait se présenter comme des lieux de questionnement afin de mieux organiser le dialogue entre ces deux systèmes dans l'optique d'assurer l'humanisation des soins.

Références bibliographiques

Alonso, S., & May, L. (2021). Quelles sont les conséquences psychologiques des violences obstétricales subies par une femme pendant l'accouchement ? Haute de santé de Genève, Mémoire de fin d'étude, Travail de Bachelor

Abé N.N., (2013). "The anthropological foundations of Akan reproductive thought in Ivory Coast" in *European Scientific Journal*, vol n°5, pp 56-70.

Antrobus, S. (1997). Developing the nurse as a knowledge worker in health-learning the artistry of practice. *Journal of Advanced Nursing*, 25(4), 829-835.

Atsé, A. A-P. (2017). « Approche socio-anthropologique de la réticence à la consultation prénatale chez les femmes enceintes du District sanitaire de Korhogo (Côte d'Ivoire) : l'exemple de Napiélé Dougou » *Germivoire, Revue de littérature, des langues et des sciences sociales*, numéro spécial S7 ; PP78-97.

Atsé, A. A-P. (2007). *Quête de longévité, Conscience sanitaire et hygiène de vie chez les populations de Bonoua en Côte d'Ivoire*, mémoire de DEA, Institut d'Ethnosociologie, Université de Cocody-Abidjan, Côte d'Ivoire.

Avoine, M-P. (2012). *La signification de pratiques déshumanisantes telles que vécues par des patients hospitalisés ou ayant été hospitalisés en centre de réadaptation*, Mémoire présenté à la Faculté de médecine et des sciences de la santé en vue de l'obtention du grade de maître ès sciences (M.Sc.) en sciences cliniques, spécialisation en sciences infirmières, Université de Sherbrooke, Québec, Canada

Azria, E. (2013). Le soignant et la standardisation des pratiques médicales, *laennec*, Tom 61, N° 3, pp 32-41

Barrier, P. (2010). *La blessure et la force : la maladie et la relation de soin à l'épreuve de l'auto-normativité*, Paris PUF

Beagan, B., & ELLS, C. (2009). Values that matter, barriers that interfere: The struggle of Canadian nurses to enact their values. *Canadian Journal of Nursing Research*, 41(1), 86-107

Bonga, E. H., & Kpangba, H. B. (2022). Facteurs socio-culturels du non-recours aux services de santé maternelle, néonatale et infantile chez les peuples Abbey (Côte d'Ivoire), *Akofena*, vol. 3, N° 006, pp 115-128

Bonnet, M. (2008). Relation d'aide et aide à la relation en gérontologie, *Nouvelle revue de psychosociologie*, vol 6, N° 2, pp 107- 121

Brunet, E. (2016). Le vécu des femmes face à la césarienne en urgence, Mémoire de fin d'étude Ecole des sage-femmes, Gynécologie et obstétrique, Université de Caen, pp 12-38

Ceribelli, C., Nascimento., Lucila C., Pacifico., S. M. R., Gracia., D. L., & Regina, A. (2009). Reading mediation as a communication resource for hospitalized children: support for the humanization of nursing care. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 17(1), 81-87.

- Copans, J.(1967). «Le métier d'anthropologue», *L'Homme*, tome VII,
- Dembele, G. M.(2019). Evaluation de la satisfaction des usagers du service des urgences du centre Hospitalo-Universitaire Mère Enfant le Luxembourg au Mali, Université des Sciences, des Techniques, et des Technologies de Bamako, Mémoire de Master en Santé Publique
- Ettien, A. A.-M.,Atsé,A. A-P.,&Ainyakou, T. G. (2020). « relation thérapeutique et promotion de la consultation prénatale dans les centres de santé à Korhogo »,RISS, Revue ivoirienne de sociologie et de sciences humaines,Vol.1, n°2, pp 227-237
- Favre., J.,&Pokou, P. (2014). La violence dans les soins : le caring de Watson comme stratégie permettant le maintien d'une relation transpersonnelle, Haute de santé de Genève, Mémoire de fin d'étude, Travail de Bachelor
- Goubo, S. (2013) représentation de la maladie et itinéraires thérapeutiques : le cas du département de Ouangolodougou dans le Nord de la Côte d'Ivoire, mémoire de Master I, Université Félix Houphouët Boigny de Cocody, Abidjan, Côte d'ivoire
- Goubo, S. (2014) Représentation sociale et rapport des populations à la prévention vaccinale dans les postes frontaliers de la cote d'Ivoire : le cas des postes avec le Burkina –Faso et du Mali, mémoire de master 2, Université Félix Houphouet Boigny, IES, Abidjan.
- Goubo, S., Atsé,A. A-P.,&Irigo, G. J. M. (2016). « Lecture anthropologique de la maladie et du recours aux soins chez les sénoufo de Côte d'Ivoire », *Lettres d'Ivoire*, n° 022, pp. 331-344
- Gruenais, M-E. (2005). Les formations continues des personnels de santé en Afrique : un marché nécessaire, Mappa S. le savoir occidental au défi des cultures africaines : former pour changer, Paris (France), Forum de Delphes, pp 325-350
- Halstead, L.(2001). The power of compassion and caring in réhabilitation healing. *Archives of Physical Medicine and Réhabilitation*, 8 2,149-154.
- IHE,(2015). déterminants du choix du lieu de l'accouchement par les femmes haïtiennes, l'Institut Haïtien de l'Enfance (ihe), ministère de la santé publique et de la population
- Irigo, G. J. M. (2012), Perception et attitudes face aux maladies tropicales négligées à Taabo (région des lac Côte d'Ivoire), thèse de Doctorat unique, université Alassane Ouattara de Bouaké (Côte d'Ivoire)
- Kassi, Y. G. (2017).*Logiques sociales et enjeux de la réticence aux consultations prénatales et post natales chez les femmes de Napié (Côte d'Ivoire)*, mémoire de master, Université Peleforo Gon Coulibaly, département de Sociologie, Korhogo, Côte d'Ivoire
- Kiefer, B. (2014). La déshumanisation au cœur de la médecine, Revue médicale Suisse, DOI : 10.53738/REVMED.2014.10.438.1528
- Kourouma, M. (2007). Contribution à l'amélioration de la qualité de la consultation prénatale : le cas d'un centre de santé rural, Thiadiaye, département de M'Bour région de Thiès,

(Sénégal). Mémoire pour l'obtention du diplôme de 3eme cycle de gestion des programmes de santé, centre africain d'études supérieures en gestion

Macleod, Rod., & Mcpherson K.(2007). Care and compassion: part of person-centred rehabilitation inappropriate response or a forgotten art? *Disability and Rehabilitation*, 29(21), 1589-1595

Marceau,E.,& Marsella, M.A.(2022). Accès aux soins de santé et respect des consignes sanitaires en temps de pandémie : deux notions indépendantes, *Revue canadienne de bioéthique*, vol. 5, N° 1, pp 132-137

N'da P. (2002). *Méthodologie de la recherche: de la problématique à la discussion de résultats, comment réaliser un mémoire, une thèse d'un bout à l'autre, collection pédagogie*, EDUCI. n°4: pp 84-91.

N'dri, A.(2007). Représentation de la maladie et traitement des affections gynécologiques, obstétricales et digestives par la poire à lavement : cas des femmes de la Sous-préfecture de Daoukro. Mémoire de DEA, IES, Université de Cocody-d'Abidjan, Côte d'Ivoire

Petermann. M. (2014). Accompagnements pluriels : vers une déshumanisation des soins palliatifs, *Revue internationale des soins palliatifs*, vol. 29, N° 4, pp 111-112

Raybois, M. (2014). « La santé des soignants altérée par les relations », perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé, Laboratoire PSITEC, Université Charles de Gaulle-Lille 3.

Sizi, W. R. F. (2017). *Déterminants socioculturels des complications lors des accouchements chez les femmes Sénoufo de Korhogo (Côte d'Ivoire)*, mémoire de master, Université Peleforo Gon Coulibaly, département de Sociologie, Korhogo, Côte d'Ivoire.

Varcoe, C., Doane, G., Pauly, B., Rodney, P., Storch, J.L., Mahoney, K., et al. (2004). Ethical practice in nursing: working the in-between. *Journal of Advanced Nursing*, 45(3), 316-325.

Vibert, S.(2003). L'errance et la distance : la déshumanisation comme figure de l'humanité, *Anthropologie et Sociétés*, Université Laval, vol. 27, N° 3, pp 125-145

Wadja, J. B.(2022). *Approche socio-anthropologique du coût du Vih/Sida : cas des patients du District sanitaire d'Adzopé en Côte d'Ivoire*, thèse de doctorat unique en Sociologie, Institut d'Ethno-Sociologie, université Félix Houphouët Boigny, Abidjan, Côte d'Ivoire.

© 2024 KASSI 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



Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, Volume 6 (3)
ISSN:1987-071X e-ISSN 1987-1023
Received, 16 September 2024
Accepted, 22 December 2024
Published, 28 December 2024
<https://www.revue-rasp.org>

To cite: Anoua (2024). Pratiques de soins liées à l'anémie chez la femme enceinte Baoulé Faali de Broukro en Côte d'Ivoire : du symbolisme au changement social et comportemental. Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique. 6(3), 18-32. <https://doi.org/10.4314/rasp.v6i3.2>

Research

Pratiques de soins liées à l'anémie chez la femme enceinte Baoulé Faali de Broukro en Côte d'Ivoire : du symbolisme au changement social et comportemental

Care practices related to anaemia in pregnant Baoulé Faali women in Broukro, Côte d'Ivoire: from symbolism to social and behavioural change

ANOUA Adou Serge Judicaël

Université Alassane Ouattara, Bouaké, Côte d'Ivoire

Correspondance Email: anoua_08@yahoo.fr

Résumé

La persistance de l'anémie chez la femme enceinte en plus de l'ambivalence de son traitement dans les communautés reste une préoccupation sanitaire majeure dans la lutte contre les causes indirectes des morbidités maternelles en Côte d'Ivoire. L'objectif de cette recherche était d'analyser les vulnérabilités des pratiques de soins liées à l'anémie chez la femme enceinte dans la communauté Baoulé Faali de Broukro à Bouaké. La recherche menée en mars 2024 s'est appuyée sur l'approche ethnographique dans une perspective scientifique stratégique. Les acteurs sociaux interrogés sont entre autres les femmes enceintes et/ou les mères d'enfants de moins de deux (2) ans, les femmes âgées soignantes de femmes enceintes et les sage-femmes. Les données recueillies à l'aide de guides d'entretien ont fait l'objet d'une analyse de contenu thématique à la suite de leur transcription et de leur traitement. À l'issue, il a été démontré l'utilisation tantôt de la médecine africaine tantôt des soins infirmiers face à l'anémie chez la femme enceinte dans la communauté Baoulé Faali de Broukro à Bouaké. Ceci dénote en ce lieu le caractère complexe du recours aux soins face à cette morbidité maternelle. Cependant, cette situation fait apparaître des pratiques parfois à risque à travers l'observance de soins endogènes inappropriés aux antipodes de la médecine moderne conventionnelle. Ce comportement irrationnel peut-être perçu comme un fait de dynamique sociale qui relève de l'interaction entre des facteurs d'ordre culturel et économique. Ces diverses contraintes devraient permettre non seulement d'accentuer les solutions génériques fondées sur l'observance optimale des consultations prénatales mais aussi d'envisager une communication dynamique adaptée à l'environnement socio-culturel Baoulé Faali de Broukro à Bouaké, impliquant la mobilisation et la participation de tous. C'est dire que le processus d'éducation sanitaire apparait là encore pertinent pour promouvoir des soins appropriés face à l'anémie chez la femme enceinte.

Mots clés : anémie, grossesse, culture obstétricale, morbidité maternelle, surveillance prénatale, Côte d'Ivoire.

Abstract

The persistence of anaemia in pregnant women, in addition to the ambivalence of its treatment in communities, remains a significant health concern in the fight against the indirect causes of maternal morbidity in Côte d'Ivoire. The research aimed to analyse the vulnerability of care practices related to anaemia in pregnant women in the Baoulé Faali community of Broukro in Bouaké. The study carried out in March 2024, was based on an ethnographic approach with a strategic scientific perspective. The social actors interviewed included pregnant women and/or mothers of children under two (2), elderly women caring for pregnant women and midwives. The data collected using interview guides were subject to thematic content analysis following transcription. The results showed that both African medicine and nursing care were used to treat anaemia in pregnant women in the Baoulé Faali community of Broukro in Bouaké. This shows the complex nature of the care required to treat this maternal morbidity. However, this situation brings to light practices that are sometimes risky through the observance of inappropriate endogenous care that is the antithesis of conventional modern medicine. This irrational behaviour can be seen as a fact of social dynamics resulting from the interaction between cultural and economic factors. These various constraints should make it possible not only to emphasise generic solutions based on optimal compliance with antenatal consultations but also to envisage dynamic communication adapted to the Baoulé Faali socio-cultural environment of Broukro in Bouaké, involving the mobilisation and participation of all concerned. In other words, the health education process again appears relevant for promoting appropriate care for anaemia in pregnant women.

Key words: anaemia, pregnancy, obstetric culture, maternal morbidity, antenatal monitoring, Ivory Coast.

1. Introduction

L'anémie chez la femme enceinte constitue une préoccupation sanitaire de grande ampleur. Cette morbidité maternelle touche à l'échelle mondiale trente-deux (32) millions de femmes enceintes ayant une tranche d'âge de 15 à 49 ans soit une prévalence de 37% (OMS, 2023). Toutefois, des disparités sont observées à travers le monde. En Europe centrale et orientale, les proportions de l'anémie de la gestante de 2010 à 2019 se présentent comme suit : 24% en 2010, 23% en 2015 et 23% en 2019 (Stevens et al., 2022). De cette même source, l'ampleur de l'anémie gestationnelle en Amérique latine et aux caraïbes est en dessous de 30% depuis 2010 jusqu'à à nos jours. Dans cette région du monde en effet, l'on a noté en 2010 un taux de 25% contre 23% en 2015 avant d'atteindre 22% en 2019. Selon les mêmes auteurs concernant l'Asie du Sud et l'Océanie, la proportion de l'anémie chez les femmes enceintes dans ces deux continents est inquiétante. Les taux de prévalence ont été respectivement estimés à 54% et 49% en 2010, 50% et 46% en 2015 puis 48% et 44% en 2019. Enfin, l'Afrique occidentale et centrale enregistrent les chiffres les plus inquiétants de l'anémie gestationnelle. On y observe une tendance très proche de celle de l'Asie comme le montrent les chiffres suivants : 56% en 2010, 54% en 2015 et 52% en 2019.

En Afrique de l'ouest et plus particulièrement en Côte d'Ivoire, l'Enquête Démographique et de Santé en 2021 a indiqué une croissance exponentielle de 65,7% du nombre des cas d'anémie chez la femme enceinte (INS, 2022) alors que son taux suivait une tendance à la baisse avec 56,3% en 2010, 55,4% en 2015 et 54,4% en 2019 (Banque mondiale, 2023). Sur le plan local dans ce pays, les données de la région sanitaire du Gbêkè ces trois dernières années illustrent éloquentement la montée remarquable de la prévalence de l'anémie chez la gestante. D'après les rapports d'activités annuels de la Direction régionale de la santé, l'on a compté 633 cas en 2020, 1119 cas en 2021 et 2447 cas en 2022 sur l'ensemble de la région. En ce qui concerne le taux de l'anémie gestationnelle dans le District Sanitaire Nord-ouest auquel

appartient Broukro, la zone de recherche, l'on a comptabilisé 42 cas en 2020, 78 en 2021 et 121 cas en 2022. Cette morbidité de grande ampleur a requis des réponses d'actions en vue de sa réduction.

Ainsi, il a été admis dans un cadre général les mesures comme l'anticipation du traitement préventif contre l'anémie à travers l'administration du fer et de l'acide folique à toutes les femmes en grossesse lors des consultations prénatales, l'enrichissement des céréales en fer et en acide folique dans les zones utilisant ces aliments comme nourriture de base, l'apport des suppléments en micronutriments multiples contenant du fer, de l'acide folique et d'autres oligoéléments pour compléter les besoins maternels des femmes enceintes ayant la tuberculose évolutive (OMS, 2017). Dans cette quête d'actions de réponse face à l'anémie chez les femmes enceintes selon cette même source, l'Afrique n'est pas en reste vu qu'en plus de l'application des recommandations de l'OMS, un accent particulier a été mis sur la réduction ou l'éradication des endémies locales telles que le paludisme et les ankylostomose. De même, les pays africains concernés par ces affections ont intégré dans leurs différentes politiques sanitaires les programmes nutritionnels prônés par les organismes internationaux visant la sécurité alimentaire comme l'autonomisation de la femme et la fortification des aliments en fer, en zinc, en vitamines et en acides foliques (UNICEF, 2022). Concernant le cas particulier de la Côte d'Ivoire, les autorités sanitaires ivoiriennes ont insisté sur le respect de la prescription de suppléments en fer lors des consultations prénatales, l'organisation des campagnes de sensibilisation sur l'anémie tout en prodiguant des conseils nutritionnels, la mise en place d'un système d'assurance qualité des aliments enrichis tels que le blé et l'huile et l'implication de l'association des consommateurs dans la communication sur l'utilisation des produits enrichis en fer comme les moyens efficaces de réduction de l'impact de l'anémie chez les groupes à risque (UNICEF, 2022). Ces actions entreprises par le gouvernement ivoirien sont suivies dans chacune des régions du pays et notamment la région du Gbêkè dans laquelle se situe la zone de cette recherche. Outre que ces réponses institutionnelles apportées au problème de l'anémie chez la femme enceinte, la littérature nous donne un éclairage sur les théories étiologiques liées à cette morbidité maternelle.

Plusieurs contributions sur le plan socio-démographique ayant trait à la survenue de l'anémie chez les femmes enceintes attribuent ces facteurs associés à l'âge. À propos, Adebo et al. (2018) ont laissé remarquer que les jeunes adultes femmes enceintes dont l'âge est compris entre 18 et 35 ans ont le plus souffert d'anémie au centre de santé d'Ekpê au Bénin à la suite d'une étude transversale, descriptive et analytique. Cependant, l'étude de cohorte rétrospective entre 2009 et 2011 sur les cas d'anémie au cours de la grossesse dans les maternités des hôpitaux publics de référence de la région des cascades au Burkina-Faso d'Ilboudo et al. (2021) a montré que les adolescentes enceintes ont été plus exposées à l'anémie sévère que les femmes jeunes adultes et adultes en grossesse. À l'opposé, l'étude descriptive prospective de Sagara (2019) nous amène au-delà de l'âge pour expliquer que l'absence d'instruction a favorisé l'anémie chez les femmes enceintes. Il a donc observé que 89% des gestantes mariées à des paysans et anémiées à la maternité du centre de santé de référence de Koro au Mali n'avaient pas de niveau d'instruction. Il a souligné que le fait de ne pas être instruite en plus d'avoir un conjoint issu du monde rural a favorisé l'anémie vu que celui-ci ignorait les dangers de cette morbidité. En dehors de cette théorie élaborée à partir du manque d'instruction, Camara (2021) a présenté une étude transversale avec collecte prospective à Kénieba au Mali mettant en lien le milieu d'habitat et l'anémie chez les femmes enceintes. Pour lui, les gestantes vivant hors de la ville étaient plus sévèrement anémiées contrairement à celles vivant en ville. Alors que Sass et al. (2017), abordant l'anémie en période de grossesse, ont constaté dans une étude transversale prospective à Nouakchott en Mauritanie que le taux d'anémie était élevé chez les femmes enceintes issues des familles à grande taille. Selon eux, les familles nombreuses ne disposaient pas d'assez de moyens financiers pour subvenir aux besoins vitaux. Il est donc clair que

l'anémie au cours de la grossesse chez les femmes a un lien avec le faible niveau économique des ménages. Par ailleurs, il est tout aussi important de cerner la compréhension de l'anémie chez la femme enceinte sur le plan épidémiologique. À cet égard, la contribution d'Adebo et al. (2018) à partir d'une étude descriptive et analytique sur l'anémie des gestantes à Ekpè au Bénin a révélé que l'anémie était plus fréquente au deuxième trimestre de grossesse chez les femmes enceintes à partir de leur deuxième grossesse vu que 84% de celles-ci ne prenaient pas de suppléments en fer. Si l'âge gestationnel et le rang de la grossesse sont des causes associées à l'anémie chez les femmes enceintes, il importe d'admettre avec Khuabi (2018), au terme de son étude menée à partir de la méthode quantitative basée sur le sondage stratifié en république démocratique du Congo, que 60,34% des femmes enceintes anémiées avaient des maladies sexuellement transmissibles (MST) telles que le VIH et d'autres infections. En dehors des maladies transmissibles, Daou (2022) a montré que des maladies parasitaires comme le paludisme était significativement associé à l'anémie chez la femme enceinte. Il a soutenu donc que la fréquence de l'anémie a été estimée à 76,7 % chez les femmes enceintes souffrant de paludisme parmi lesquelles l'on a dénombré 63,2% de cas d'anémie modérée, et 13,5% de cas d'anémie sévère à la suite d'une étude sur la prévalence du paludisme chez les femmes enceintes au centre de santé de référence de Bandiagara au Mali. Enfin de compte, s'intéressant à l'anémie chez la femme enceinte sur le plan ethnologique, Anoua (2020) a évoqué dans une étude qualitative à visée descriptive et interprétative entreprise à la formation sanitaire d'Ahougansou en Côte d'Ivoire que l'irrégularité aux CPN avec son corollaire d'absence d'utilisation de suppléments en fer et en folate en plus des restrictions alimentaires de la culture d'appartenance étaient à la base de l'anémie de la femme enceinte. Pour Ouzennou et al. (2018), le besoin de porter attention sur les déterminants sociaux de l'anémie chez les femmes enceintes dans la province d'Essaouira au Maroc laissait découvrir l'évidence de l'adoption des pratiques traditionnelles à l'égard des normes de santé publique. Cette disposition à en croire Ouattara et al. (2021) à travers une étude dans la région du Poro au nord de la Côte d'Ivoire ont trouvé une justification dans la soumission des femmes et le pouvoir de décision de leurs maris pour qui les pratiques traditionnelles des matrones relativement au suivi de la grossesse était une référence d'importance. Cela dit, Damus (2020), prenant appui sur une étude qualitative réalisée auprès des matrones en Haïti, a montré que la médecine traditionnelle sur la base des plantes végétales et des espèces animales était utilisée pour prévenir ou soigner l'anémie de la femme enceinte. En revanche, Ngongang (2021) dans une étude descriptive réalisée en médecine interne du CHU du point-G au Mali sur l'anémie ferriprive a précisé que la médecine moderne offrait la supplémentation en fer et la transfusion sanguine pour soigner ou prévenir l'anémie chez la femme enceinte. Le traitement était administré par voie orale ou par voie parentérale et sa durée était fonction de la gravité de l'étiologie.

Ce succinct état des lieux fait remarquer la persistance de l'anémie chez les femmes enceintes en dépit des réponses institutionnelles observées et d'un bon nombre d'études réalisées jusqu'à maintenant en vue de réduire cette morbidité maternelle. D'ailleurs, le constat des ambivalences de traitement observées relativement à la complexité et à la richesse des pratiques culturelles médicales des groupes ethnoculturels met en lumière la nécessité d'ouvrir la réflexion sur la vulnérabilité sanitaire des femmes enceintes en quête de soins face à l'anémie. Il ressort de cette constatation que la persistance de l'anémie gestationnelle demeure tributaire de la vulnérabilité des pratiques de soins culturelles traditionnelles. Cette vulnérabilité est mal connue à cause des difficultés des études existantes à orienter la recherche sur les pratiques de soins que sur les perceptions sociales et les barrières à l'observance des régimes prescrits. Ainsi pour le besoin de l'analyse, il est question de savoir comment les pratiques de soins liés à l'anémie affectent-elles la santé des femmes enceintes dans la communauté Baoulé Faali de Broukro à Bouaké en Côte d'Ivoire ? L'hypothèse convenable est que l'absence de dépistage précoce et de supplémentation en fer et en acide folique augmente le risque d'anémie chez la

femme enceinte. À partir de l'observation attentive de la surveillance médicale de la femme enceinte dans ce groupe ethnoculturel en cause, la démarche ethnographique repose sur la spécification des pratiques de soins vécues face à l'anémie chez la femme enceinte, la précision des facteurs de risque tenant compte des normes de santé publique et enfin l'esquisse d'une approche de réduction de cette morbidité prenant appui sur les solutions communautaires. C'est à partir de cette perspective stratégique que la théorie du comportement planifié (Ajzen, 1991) en tant que support d'ancrage socio-anthropologique se présente comme un outil pertinent en vue d'analyser les vulnérabilités des pratiques de soins liées à l'anémie chez la femme enceinte dans la communauté Baoulé Faali de Broukro à Bouaké.

2. Matériels et Méthodes

Cette section consiste à présenter le site, l'échantillonnage, la collecte des données, la gestion et l'analyse des données de cette recherche.

2.1. Site de la recherche

La zone de recherche retenue est celle de Broukro village, un sous-quartier du quartier Broukro, située dans la commune de Bouaké au Centre-Nord de la Côte d'Ivoire. Plusieurs raisons d'ordre géographique, culturel et infrastructurel ont présidé au choix de cet espace. Ce site d'enquête prenait en compte la réalité du milieu rural avec une population autochtone constituée par le sous-groupe Baoulé Faali dans lequel la prise en charge médicale de la femme enceinte face à l'anémie reposait essentiellement sur la médecine africaine. De même qu'il n'existait pas dans cet environnement culturel un service de santé de la reproduction en plus de la faible adhésion des femmes enceintes aux consultations prénatales et aux conseils nutritionnels au niveau de la maternité du quartier Broukro située à quatre (4) Km de l'espace de recherche. Toutes ces situations ont pu rendre opérationnel les critères d'inclusion énoncés déterminants dans les pratiques de soins des femmes enceintes face à l'anémie. Ceci devait permettre d'observer la relation entre la logique éducationnelle et la santé génésique des femmes en vue d'apprécier la vulnérabilité des pratiques de soins profanes en œuvre face à l'anémie gestationnelle.

Cette perspective nous conduit à faire la lumière sur la population d'enquête et le déroulement de la collecte des informations

2.2. Échantillonnage et collecte de données

Le groupe cible est constitué de trois catégories de population d'enquête. Il s'agit des femmes enceintes et/ou des mères d'enfants de moins de deux (2) ans, des femmes âgées soignantes de femmes enceintes et des sage-femmes. En ce qui concerne les femmes enceintes et/ou des mères d'enfants de moins de deux (2) ans, elles sont considérées comme les bénéficiaires de la tradition ayant un bon souvenir des faits marquants de leur état de grossesse jusqu'à l'accouchement. Les critères essentiels de recours consistaient entre autres à être une femme Baoulé Faali de Broukro vivant dans sa communauté d'appartenance, puis à être une femme enceinte et ou une mère d'au plus vingt-quatre (24) mois au moment de l'enquête. L'objectif visait à cerner le comportement adopté par les femmes vis-à-vis de l'anémie pendant la grossesse selon les repères culturels spécifiques du groupe Baoulé Faali de Broukro en vue de mettre en évidence les résistances socio anthropologiques à la réduction de l'anémie gestationnelle. Pour ce qui est du cas des femmes âgées soignantes de femmes enceintes, elles sont considérées comme les dépositaires et les garantes de la tradition. Tenant compte d'un âge compris entre 60 et 75 ans, elles ont été choisies parmi les accoucheuses traditionnelles et les tradipraticiennes des femmes enceintes. L'intérêt de recours à cette catégorie sociale était de disposer d'informations relatives à la version officielle des actes en matière de soins face à

l'anémie chez la femme enceinte dans le groupe Baoulé Faali de Broukro. S'agissant des Sage-femmes, elles sont des professionnelles de la médecine conventionnelle en service au centre de santé urbain de Broukro. L'enquête avait un objectif essentiellement informatif dans le domaine de soins lié à l'anémie de la femme enceinte. Vu que l'enquête qualitative auprès de ces personnes ressources ne tient compte d'aucune exigence statistique car les individus à interroger proviennent de lieux divers, la méthode de la boule de neige a été privilégiée afin de les rencontrer. L'enquête s'est déroulée avec un effectif de quinze (15) femmes enceintes et/ou mères d'enfants de moins de deux (2) ans, de trois (3) soignantes de femmes enceintes, et de quatre (4) Sage-femmes en vue d'une description suffisamment complète, réaliste et contextualisée (Thorne, 2008) des pratiques de soins face à l'anémie en période prénatale. Ainsi, l'effectif total des personnes ressources enquêtées s'élève à vingt-deux (22) en raison de l'atteinte du seuil de saturation des informations car la redondance des données corroborait les informations reçues des précédentes participantes.

L'enquête auprès de ces groupes sociaux a été de type individuel (Weber et Beaud, 2010). Elle s'est déroulée du 20 mars au 16 avril 2024 à Broukro à la suite de la préenquête réalisée dans la localité de Konankankro du 13 au 18 février 2024. Rappelons tout de même qu'un consentement éclairé des participantes a facilité la collecte en s'appuyant sur la clarification de la recherche, l'assurance de la confidentialité des informations et l'anonymisation des données d'analyse à travers l'affectation des numéros aux participantes. Les entretiens ont été soutenus par trois guides d'entretien adressés aux différentes catégories de personnes ressources. Le premier support adressé aux femmes enceintes et/ou aux mères d'enfants de moins de deux (2) ans aborde les thèmes relatifs à la perception, aux modes de recours aux soins, aux contraintes et motivations à l'observance des pratiques prescrites face à l'anémie chez la femme enceinte. Ces divers axes répondaient au besoin de la description et de l'analyse des pratiques de soins des femmes Baoulé Faali par rapport à l'anémie au cours de la grossesse. Les thèmes abordés dans le deuxième support adressé aux femmes âgées soignantes de femmes enceintes ont concerné les pratiques thérapeutiques profanes notamment les soins et l'identification des objets de santé à vertu préventif ou curatif face à l'anémie chez la femme en grossesse. L'intérêt de cette option ethnologique serait la mise en évidence de la version officielle des pratiques de soins contre l'anémie chez la femme enceinte spécifiques à la culture thérapeutique Baoulé Faali de Broukro. Les sage-femmes concernées par le troisième support ont abordé les thèmes sur les mesures et les activités de soins contre l'anémie chez la femme enceinte ainsi que les centres d'intérêt et les limites et difficultés rencontrées en matière de communication pour le changement de comportement dans le cadre de la prévention contre l'anémie chez la femme enceinte au centre de santé. Ceci devait permettre d'apprécier l'écart entre les normes admises des pratiques de prévention et de soins de tradition Baoulé Faali de Broukro face à l'anémie gestationnelle et les normes conventionnelles de la médecine moderne de sorte à mettre en relief les pratiques à risque dans ladite communauté Baoulé. Cette organisation sur la base de trois supports distincts répondait au principe d'éviter des entretiens d'une trop longue durée pour les participantes au risque de perdre des informations importantes. Pour cela, la stratégie de terrain a pris en compte d'abord le recrutement d'une enquêtrice de langue baoulé et étudiante de niveau master en sociologie. Par la suite, Il a été question de la gestion du temps des participantes en privilégiant les jours néfastes à savoir mercredi et vendredi pour les enquêtes en communauté et les jours d'activité pour les enquêtes avec les sage-femmes au centre de santé de Broukro à des heures convenables.

Cette phase d'enquête qualitative a été suivie par une opération de traitement et d'analyse des données d'enquête.

2.3. Gestion et analyse des données

Le dépouillement manuel a été utilisé dans le présent contexte en prenant appui sur la méthode de l'analyse de contenu dans sa perspective qualitative. À partir des informations recueillies, il s'agissait de retranscrire et traduire en langue française les contenus des entretiens de sorte à obtenir des verbatims. Par la suite, il a été question de procéder au codage des unités de sens à partir de la réalisation d'une grille d'analyse thématique de synthèse en fonction des objectifs de la recherche. Ce qui a permis de repérer des sous-thèmes selon leur fréquence, leur présence ou absence en lien avec les concepts de perception, de recours thérapeutique, de contraintes et de motivations liées aux soins face à l'anémie chez la femme enceinte. En fin de compte, ceci a conduit à identifier des catégories comme des rubriques significatives et élaborer un corpus cohérent et intelligible par le biais de la méthode descriptive.

De ces données d'ordre ethnographique, cette recherche de nature descriptive interprétative (Thorne, 2008) soutenue par la méthode compréhensive (Laberge, 1994) a permis de comprendre les états de conscience des populations féminines face à l'anémie pendant la grossesse ainsi que les facteurs explicatifs de leur défection vis-à-vis des pratiques de prévention et de soins prescrits par les soins infirmiers. Dans la perspective de l'anthropologie sociale, l'analyse a fait intervenir la théorie du comportement planifié (Ajzen, 1991) en vue de cerner le comportement adopté par les femmes face à l'anémie pendant la grossesse et la richesse de la culture obstétricale comme source de résistance sociologique aux soins infirmiers appropriés en réponse à cette morbidité maternelle dans le groupe ethnoculturel Baoulé Faali de Broukro.

3. Résultats

3.1. Perceptions sociales liées à l'anémie chez la femme enceinte

Les sens de l'anémie chez la femme enceinte dans le groupe Baoulé Faali de Broukro à Bouaké en Côte d'Ivoire sont multiples. En effet, l'anémie fait d'abord penser à une diminution du sang dans l'organisme de la femme enceinte, comme l'a fait remarquer une de nos enquêtées dans ce qui suit : *« l'anémie, est une maladie qui finit le sang dans le corps. Elle s'installe au fur à mesure que la grossesse avance ; mais elle se guérit facilement si on la voit vite »*. (Femme enceinte 3). En outre, cette diminution du sang se manifeste par des signes expressifs essentiellement liés à la pâleur de la femme enceinte. Ceci a conduit à considérer l'anémie comme un changement de la couleur de la peau et des téguments. En témoignent ces dires d'une mère: *« On parle d'anémie chez la femme enceinte quand le bas de ces yeux, les creux de ces mains et le bas de ces pieds deviennent extrêmement blanchâtres »*. (Mère d'enfant de moins de 2 ans 1). S'il est admis dans ce qui précède que l'anémie est une maladie des téguments blancs, il n'en demeure pas moins qu'elle soit aussi vue comme une maladie opportuniste et mortelle. Pour certaines enquêtées, l'anémie est présente dans au moins plus de deux tiers des affections de la gestante. À ce propos, une femme interrogée a déclaré ceci : *« Tu as mal à la tête, tu manges pas bien à cause des nausées, ton corps chauffe un tout petit peu, tu fais un petit paludisme ; aussitôt l'anémie est là. Vraiment, cette maladie profite de tout pour s'installer dans ton corps »*. (Femme enceinte 5). De ce constat, l'anémie chez la femme enceinte apparaît comme une maladie dangereuse et mortelle vu qu'elle met en péril la vie de la mère et crée des dysfonctionnements au niveau du fœtus allant jusqu'à la mort dans certains cas de prise en charge tardive, comme l'a illustré ces propos d'une mère d'enfant de moins de 2 ans : *« Je me rappelle comme si c'était hier, cette maladie m'a fait perdre mon enfant et m'a laissé plus de trois jours entre la vie et la mort durant ma première grossesse »*. (Mère d'enfant de moins de 2 ans 4). Cependant, l'anémie telle qu'elle est pensée par les femmes dans le groupe Baoulé Faali de Broukro à Bouaké conduit à mettre en lumière ces supposées causes.

Pour la plupart des enquêtées, la femme enceinte est tenue de respecter certaines interdictions alimentaires vu que la communauté a trouvé ces aliments nocifs pour le devenir de la grossesse et du futur bébé. C'est pourquoi, elle devrait suivre strictement les habitudes alimentaires de sa culture. Ces interdits alimentaires ont fait que la gestante avait une alimentation peu variée, voir même déséquilibrée pour les femmes enceintes surveillées constamment par un membre de la famille. C'est ce que nous a révélé une femme à travers ce vécu : « *Je suis toujours obligé de répéter les mêmes repas riz, foutou sauce aubergine sans ajouter de fruits. Ils m'ont interdit la consommation de gombo frais qui donne assez de sang pour que mon corps ne me gratte pas. C'est tout ça-là qui diminue le sang* ». (Femme enceinte 8).

Abordant dans le même sens, une participante a pointé du doigt les habitudes alimentaires du groupe baoulé comme un facteur favorisant l'anémie chez la femme enceinte. Elle a souligné donc à propos que « *le peuple baoulé ne mange pas assez de feuilles alors qu'il semblerait que cette nourriture donne assez de sang ; nous sommes là à manger ce que nous connaissons, cela peut donner l'anémie* ». (Mère d'enfant de moins de 2 ans 6).

Hormis ces interdictions et habitudes alimentaires, il s'observe également que les causes de l'anémie chez la femme enceinte sont dues à des périodes de maladies répétitives ou à des maladies déjà existantes et au non-respect des prescriptions médicales. Une femme enceinte a supposé ceci : « *si chaque semaine, ton nez est bouché, tu fais un paludisme, ton corps est fatigué alors ton sang va diminuer* ». (Femme enceinte 1).

D'ailleurs, une soignante de femme enceinte dans le même ordre d'idée a précisé que : « *la femme enceinte qui a une ou des boules dans son ventre a toujours un manque de sang parce que la boule tire son sang. De plus, nos filles d'aujourd'hui ne prennent pas bien les médicaments de sang donné à l'hôpital ; tu parles, on dit maman ça sent ; tu donnes médicament traditionnel, c'est pire. Elles n'utilisent ni les remèdes des blancs ni ceux des africains* ». (Soignante de femme enceinte 1).

D'un autre point de vue, certaines femmes interrogées ont attribué les causes de l'anémie chez les femmes enceintes au faible pouvoir d'achat. Pour elles, une famille de grande taille avec un revenu faible est une situation favorable à la survenue de l'anémie chez la gestante. C'est ce qu'a expliqué l'une d'entre elles à travers ces dires : « *souvent tu vas à la consultation, on te donne des examens à faire mais tu ne les fais pas, on te prescrit des médicaments mais tu ne les achètes pas. À la vérité, tu n'as pas assez d'argent car vous êtes nombreux à la maison et malgré ton état de grossesse, tu es obligé de prendre ce risque pour que l'argent puisse servir à nourrir le reste de la famille. Et quand tu te présentes à ton rendez-vous prochain, on crie sur toi en disant si tu n'as pas l'argent faut pas faire enfant* ». (Femme enceinte 2).

De ces perceptions sociales découlent des recours aux soins face à l'anémie chez la femme enceinte dans le groupe Baoulé Faali de Broukro à Bouaké.

3.2. Recours aux soins face à l'anémie chez la femme enceinte

Les pratiques de soins face à l'anémie chez la femme enceinte dans le groupe Baoulé Faali de Broukro à Bouaké se distinguent à travers le recours à la médecine africaine, aux soins infirmiers et l'usage combiné des deux types de soins.

D'après les informatrices interrogées, les pratiques de soins prenant appui sur la médecine africaine par les services des soignantes de femme enceinte ont été privilégiées. De la confiance aux soignantes de femme enceinte à l'efficacité et aux coûts accessibles des traitements traditionnels, une mère d'enfants de moins de 2 ans a affirmé ceci : « *Moi, j'utilise les médicaments africains pour ne pas manquer de sang car ils sont rapides que les médicaments de l'hôpital donnés par les petites filles qui, coûtent cher, font grossir l'enfant dans le ventre et que tu dois prendre pendant longtemps avant de voir si c'est bon* ». (Mère d'enfant de moins de 2 ans 3). Sous cette forme, la façon de déterminer l'anémie chez la femme

enceinte a consisté à utiliser la méthode visuelle et le toucher pour poser le diagnostic de l'anémie, comme l'a décrit ici une soignante de femme enceinte :

« Quand tu appuies sur le bout des ongles si la partie devient rapidement rouge c'est que la femme n'a pas l'anémie ; si ça dure un peu c'est que son sang a diminué ; si ça reste blanc c'est que la femme n'a pas de sang. À part ça, je tire le bas des yeux pour regarder si c'est blanc ou rouge, je regarde les lèvres et le bas des pieds si c'est blanc ou rouge ; et si c'est blanc c'est que la femme enceinte manque de sang ». (Soignante de femme enceinte 3).

En outre, les procédés thérapeutiques mis en œuvre se font exclusivement par voie orale d'autant plus que les produits administrés sont constitués essentiellement de décoctions des feuilles fraîches ou séchées de la plante *Aploplo woclè* « *Alstonia boonei* » (Apocynacées), comme l'a attesté une soignante de femme enceinte en ces termes : *« Pour soigner l'anémie, on prend les feuilles de la plante "Aploplo" qu'on prépare pour faire boire à la femme enceinte à la maison pendant trois jours pour ne pas qu'elle tombe malade et que son sang diminue ». (Soignante de femme enceinte 2).* De même qu'un traitement traditionnel à base de légume et de lait entier non sucré s'avère également efficace en vue de faciliter la coloration des conjonctives et des téguments comme l'a évoqué une soignante de femme enceinte en ces dires : *« La femme qui n'a pas de sang écrase bien la tomate africaine avec les grains et mélange avec du lait entier concentré non sucré pour boire pour que sa paume et le bas de ses yeux deviennent bien rouge avant d'arrêter le traitement ». (Soignante de femme enceinte 1).* À cela s'ajoute l'observance de l'interdiction de consommer l'ananas. Ce fruit serait à l'origine de saignement avec pour corollaire l'anémie chez la femme en grossesse comme l'a souligné une soignante de femme enceinte de la manière suivante : *« Manger l'ananas, la papaye ne sont pas bons, car ces fruits provoquent des saignements et quand la femme enceinte saigne elle peut manquer de sang comme son bébé aussi ». (Soignante de femme enceinte 3).*

À l'opposé des pratiques de soins traditionnels face à l'anémie, les femmes enceintes s'approprient également les soins infirmiers sur l'avis d'un personnel médical qualifié. Ce bien que les conditions d'accès au service de santé maternelle ne soient pas toujours aisées, comme l'affirme une femme enceinte en disant ceci : *« En voulant éviter les interdits de nos mamans, tu vas voir toutes sortes d'humeur, défiler toujours à l'hôpital et prendre des médicaments qui te font vomir à cause de l'odeur ». (Femme enceinte 7).* Mais le point de départ des soins infirmiers en la matière est le diagnostic allant au-delà d'une simple lecture des signes physiques pour s'ouvrir à des analyses sanguines afin d'identifier le degré de gravité et orienter la prise en charge comme l'a précisé une sage-femme en ces termes : *« Le diagnostic de l'anémie de la femme repose sur l'examen des conjonctives, des téguments et l'examen de sang prescrit pour apprécier le taux pour savoir si elle doit être référée au niveau du CHU ou la traite au centre ». (Sage-femme 3).* S'agissant des pratiques de soins à proprement dites, elles se font selon le type d'anémie que présente la femme enceinte en prenant en compte les résultats des examens biologiques, comme l'a clarifié une sage-femme de la manière suivante : *« La prévention de l'anémie se fait dès la première venue de la femme à l'hôpital. On lui prescrit des comprimés et/ou du sirop à chaque visite mensuelle avant l'examen de sang ; une fois qu'on a les résultats, on traite l'anémie si la valeur est supérieure à 8g/dl par voie orale ; si c'est inférieur à 8 g/dl, on réfère la femme enceinte au CHU pour des soins transfusionnels que nous ne faisons pas au centre de santé ». (Sage-femme 4).* De cette procédure de soins, les sage-femmes interrogées ont évoqué deux voies de soins à savoir orale et parentérale. Toutefois, les femmes enceintes sont sans savoir ce qui guide le choix du personnel médical. À ce propos, une femme enceinte s'est interrogée en disant : *« Je ne sais pas pourquoi pour certaines femmes, on donne des comprimés ou du sirop et pour d'autres, on fait la pique ». (Femme enceinte 6).* Toutefois, ces soins modernes sont sollicités lorsque les procédés de la médecine africaine ont échoué ou quand l'état de santé de la gestante présente une extrême gravité. Une mère d'enfant de moins de 2 ans déclare à ce titre ceci : *« La femme enceinte chez nous est emmenée à l'hôpital*

si le bas de ses yeux, les creux de ses mains et le bas de ses pieds deviennent tout blanc. Une fois là-bas, on met sang dans ton corps pour guérir l'anémie si c'est trop grave ou bien on te donne médicament pour boire à la maison ». (Mère d'enfant de moins de 2 ans 5).

À la différence de ces recours aux soins face à l'anémie, l'on a noté comme pratique de soins l'association du recours à la médecine africaine en communauté et aux soins infirmiers au centre de santé. Les bons offices des soignantes de femme enceinte et les prestations des personnels de santé qualifiés ont été utilisés comme pratique de recours vu les insuffisances perçues des pratiques traditionnelles et conventionnelles relatives à la prévention de l'anémie chez la femme enceinte. À ce propos, une mère d'enfant de moins 2 ans rapporte ceci : « *Lorsque ma belle-mère me donnait des médicaments de sang traditionnels pendant ma grossesse, je ne pouvais pas refuser. De l'autre côté, mon mari me surveillait pour que je ne saute pas le médicament de sang prescrit par la sage-femme ».* (Mère d'enfant de moins 2 ans 7). Nous observons que la pharmacopée locale et les soins infirmiers sont les plus souvent utilisés pour soigner l'anémie chez la femme enceinte.

À présent, quelle analyse pouvons-nous déduire de ces pratiques de soins face à l'anémie.

4. Discussion

D'après les résultats de cette recherche, l'anémie chez la femme enceinte est souvent appréhendée par le groupe Baoulé Faali de Broukro à Bouaké. Les participantes ont eu une perception culturelle de l'anémie chez la femme enceinte. En effet, elles ont considéré l'anémie comme un manque de sang dans l'organisme de la femme en grossesse. Cet état est d'autant plus justifié par la blancheur et la pâleur de la femme enceinte à travers certaines parties de son corps notamment l'intérieur des paupières, la paume, et la plante des pieds tout comme l'a montré l'étude de (Sourbier, 2013). Au demeurant, cette morbidité se présentait dans ce groupe ethnoculturel comme un problème de santé au risque vital pour les femmes et leurs enfants. Cependant, la pose de son diagnostic à partir de la méthode visuelle et le toucher apparaissait limitée si l'on se réfère aux examens biologiques comme l'électrophorèse de l'hémoglobine et l'hémogramme. Cela dit, cette évaluation de l'hémoglobine s'offrait comme une pratique biomédicale appropriée en vue de déterminer avec précision la gravité du cas d'anémie (Belkaid et al. 2016). En outre, les participantes ont également attribué les supposées causes de l'anémie chez les femmes enceintes à certains faits notamment les interdictions alimentaires, le non-respect de la supplémentation en fer et le faible pouvoir d'achat. De ces faits, (Anoua, 2017) a souligné que les interdits alimentaires reflétaient une norme communautaire. Cette pratique de nature psychosociale conduisait à un défaut d'observance d'une alimentation équilibrée donc à un risque d'anémie pour la femme enceinte. Quant à (Tchente et al. 2016), ils ont laissé remarquer que la prise de supplément orale quotidienne en fer et en acide folique n'a pas été régulière chez les femmes enceintes. De cette négligence, Anoua (2020) a relevé que le manque de moyens financiers pour l'achat de ces produits de supplémentation favorisait l'anémie en grossesse. C'est le cas à noter des femmes enceintes issues de familles à grande taille qui étaient plus anémiées vu que les familles nombreuses ne disposaient pas d'assez de moyens financiers (Sass et al. 2017). Au-delà de ces faits, Daou (2022) a montré que d'autres infections comme le paludisme pouvait également provoquer l'anémie chez la femme enceinte tout comme cela a été indiqué à la lumière de nos résultats de recherche. Dans un autre contexte de recherche, Khuabi (2018) a démontré en revanche qu'une majorité importante des femmes enceintes anémiées avaient d'autres infections telles que des maladies sexuellement transmissibles (MST) le VIH.

Par ailleurs, la prise en charge médicale de l'anémie dans le groupe Baoulé Faali de Broukro à Bouaké a soumis la femme enceinte à deux pratiques médicales distinctes. Il s'agit

de la médecine africaine et celle de la médecine conventionnelle (soins infirmiers). S'agissant de la médecine africaine, elle se déroulait dans un cadre culturel à partir de l'observance d'interdits alimentaires et de l'utilisation de composés thérapeutiques à base de plantes. Ces pratiques de soins traditionnels corroborent celles mises en évidence par (Damus, 2020). En effet, celui-ci a montré que la médecine traditionnelle sur la base des plantes végétales et des espèces animales a été privilégié dans les soins face à l'anémie de la femme enceinte. Ouattara et al. (2021) ont expliqué quant à eux que les pratiques traditionnelles des matrones relativement au suivi de la grossesse était une référence d'importance pour les maris des femmes enceintes. Pour Ouzennou et al. (2018), l'adoption des pratiques traditionnelles dans le recours aux soins face à l'anémie chez la femme enceinte était une évidence en dépit des normes de santé publique. Dans cette dimension de santé cependant, les soins infirmiers ont également été un recours face à cette morbidité maternelle. Ngongang (2021) a soutenu cette réalité vue que la médecine moderne pour lui offre la supplémentation en fer et la transfusion sanguine pour soigner ou prévenir l'anémie chez la femme enceinte.

Du reste, cette recherche a mis en évidence l'ambivalence des pratiques de soins face à l'anémie chez la femme enceinte dans le groupe Baoulé Faali de Broukro à Bouaké à travers l'utilisation de la médecine africaine et/ou des soins infirmiers. Ceci dénote en ce lieu du caractère complexe du recours aux soins relativement à cette morbidité maternelle. Cependant, cette situation fait apparaître des pratiques parfois à risque à travers l'observance de soins endogènes inappropriés notamment les interdits alimentaires et l'usage incontrôlé des plantes médicinales aux antipodes de la médecine moderne conventionnelle. Ce comportement « irrationnel » peut-être perçu comme un fait de dynamique sociale qui relève de l'interaction entre des facteurs d'ordre culturel et économique. Dans ce contexte, l'irrégularité des consultations prénatales avec son corollaire des absences de conseils éducatifs, de dépistage précoce, d'utilisation de la supplémentation orale quotidienne en fer et en acide folique et d'observance d'une alimentation équilibrée constitue encore un facteur déterminant de l'anémie chez la femme enceinte (Anoua, 2020).

Ainsi, il serait souhaitable de renforcer les campagnes de sensibilisation sur les consultations prénatales précoces et la régularité des visites prénatales liées à la grossesse. À terme, ces activités de sensibilisation pourraient inciter les femmes enceintes à se rendre tôt à la maternité en vue de prendre les premiers suppléments en acide folique dès le premier trimestre de la grossesse afin d'éviter certaines malformations chez le fœtus dues à l'anémie. En ce qui concerne les activités de sensibilisation sur la régularité des visites prénatales, celles-ci pourraient aider les femmes enceintes à comprendre que la prévention de l'anémie est une pratique continue tout au long de la grossesse en vue d'avoir un bon taux d'hémoglobine et prévenir d'autres infections. De plus, la subvention des suppléments en fer et en acide folique au même titre que les kits d'accouchements et la sulfadoxine pyriméthamine (SP) devrait être envisagée afin que les gestantes moins nanties puissent s'en procurer aisément. Cette gratuité de la supplémentation en fer et en acide folique pourrait réduire de manière importante l'anémie de la gestante. En fin de compte, il est d'importance que les pouvoirs publics investissent encore plus dans les activités de don sang, même si des efforts ont été faits ces dernières années en homologuant le prix de la poche de sang à 3000 francs CFA sur toute l'étendue du territoire ivoirien. L'implication de l'État dans les activités de don sang pourrait aider les populations à donner davantage ce liquide précieux pour amener les banques de sang à être auto-suffisantes en produits sanguins. Cette action d'implication de toutes les entités à sauver des vies pourrait soulager les femmes enceintes sévèrement anémiées référées au niveau supérieur pour une transfusion sanguine afin de réduire les décès de la mère et du fœtus liés à l'anémie.

5. Conclusion

À l'issue de l'analyse des résultats, l'on voit clairement que l'approche ethnographique a mis en évidence l'utilisation de la médecine africaine et/ou des soins infirmiers dans la quête de soins face à l'anémie chez la femme enceinte dans le groupe Baoulé Faali de Broukro à Bouaké. Cette ambivalence des traitements de l'anémie peut-être perçue comme un fait de dynamique sociale qui relève de l'interaction entre des facteurs d'ordre culturel et économique. Cette situation fait apparaître des pratiques parfois à risque à travers les interdits alimentaires et l'usage incontrôlé des plantes médicinales à l'opposé des recommandations nutritionnelles de la médecine moderne conventionnelle. En tout état de cause, l'irrégularité des consultations prénatales influence l'anémie chez la femme enceinte au même titre que l'environnement socioculturel. De ces contraintes, la recherche de solutions appropriées s'impose à travers des solutions génériques fondées sur l'observance optimale des consultations prénatales en plus d'une communication dynamique adaptée à l'environnement socio-culturel Baoulé Faali de Broukro, impliquant la mobilisation et la participation de tous. Mais avant, Il apparait important d'étudier les principes actifs des plantes et décoctions utilisées dans la prise charge médicale de l'anémie chez la femme enceinte de sorte à réduire les pratiques culturelles nocives entravant la maternité à moindre risque. Cela dit, la promotion des soins appropriés face à l'anémie chez la femme enceinte en Côte d'Ivoire passe encore par un processus d'éducation sanitaire pertinent et inclusif des communautés.

Remerciements

L'auteur tient à exprimer sa gratitude aux participantes femmes enceintes et/ou mères d'enfant de moins 2 ans, soignantes de femmes enceintes, et sage-femmes pour leur disponibilité et leur contribution à la présente recherche et les nombreuses heures consacrées à ce travail. Il remercie également le responsable du centre de santé urbain de Broukro, la chefferie traditionnelle de Broukro village et l'enquêtrice Kouassi Akissi Antoinette Meir pour leur collaboration à la réalisation de cette recherche.

Conflit d'intérêts

L'auteur ne déclare aucun conflit d'intérêts.

Références Bibliographiques

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

Ajzen, I. (1991). The theory of planned Behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179-211.

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

Anoua, A. S. J. (2020). Perceptions des femmes enceintes face à l'anémie en grossesse à la formation sanitaire urbaine d'Ahougansou (Centre-Nord Côte d'Ivoire). *Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique*, 2(2), 13-27. <http://www.revue-rasp.org/index.php/rasp/article/view/32>

Banque Mondiale. (2023). Prévalence de l'anémie chez les femmes enceintes (%), consulté le 08 juin 2024. URL : <https://data.worldbank.org>

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

Camara, D. M. (2021). Anémie sévère sur grossesse au Csref de Kéniéba. Thèse de médecine. Université des Sciences des Techniques et des Technologies de Bamako, consulté le 27 Avril 2024. URL : <https://bibliosante.ml/bitstream/handle/123456789/4981/21M272.pdf?sequence=1>

Damus, O. (2020). Le rôle des matrones dans la gestion et l'utilisation durable de la biodiversité en Haïti. Matrimonialisation et sauvegarde de leur métier. Études caribéennes, (45-46). <https://doi.org/10.4000/etudescaribeennes.18967>

Daou, T. M. (2022). Prévalence du paludisme chez les femmes enceintes au centre de santé de référence de Bandiagara. Thèse de médecine. Université des Sciences des Techniques et des Technologies de Bamako, consulté le 27 Avril 2024. URL : <https://www.bibliosante.ml/handle/123456789/5478>

Ilboudo, B., Savadogo, L. G. B., Meda, C. Z., Traoré, I., Kinda, M., Dramaix-Wilmet, M., et Donnen, P. (2021). Facteurs Associés à l'Anémie Sévère de la Grossesse en Milieu Hospitalier dans la Région des Cascades au Burkina Faso. Health sciences and disease, 22(7). <https://www.hsd-fmsb.org/index.php/hsd/article/view/2847>

Institut National de la Statistique. (2022). Enquête Démographique et de Santé 2021 Rapport des indicateurs-clés. Abidjan : République de Côte d'Ivoire, consulté le 27 Avril 2024. URL : <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/PR140/PR140.pdf>

Khuabi, K. G. (2018). Etude post hoc des facteurs associés et analyse coût efficacité de l'anémie chez les femmes enceintes, en République Démocratique du Congo. Annales Africaines de Médecine, 12(1), e3134-e3145. <https://www.ajol.info/index.php/aamed/article/view/210998>

Laberge, Y. (1994). Histoire des idées sociologiques. Tome 1 : Des origines à Weber, coll.«circa» N o 22, 613-615.

Ngongang, I. M. (2021). Aspects épidémio-cliniques, paracliniques, étiologiques et thérapeutiques de l'anémie ferriprive au service de médecine interne du CHU du point-G. Thèse de médecine. Université des Sciences des Techniques et des Technologies de Bamako, consulté le 27 Avril 2024. URL : <https://www.bibliosante.ml/handle/123456789/4915>

OMS. (2017). Cibles mondiales de nutrition 2025 : note d'orientation sur l'anémie [Global nutrition targets 2025: anaemia policy brief]. Genève : Organisation mondiale de la Santé; (WHO/NMH/NHD/14.4). Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO, consulté le 27 Avril 2024. URL : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/255725>

OMS. (2023). Anémie. consulté le 27 Avril 2024. URL : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/anaemia>

Ouattara, N. P. K., Kouassi, K. K. A., et Akpassou, A. I. (2021). Explanatory elements of the deprivation of children's rights in rural areas of the Poro region in northern Côte d'Ivoire. [Eléments explicatifs de la privation des droits des enfants dans les zones rurales de la région du Poro au nord de la Côte d'Ivoire]. *International Journal of Rural Development, Environment and Health Research (IJREH)*, 5(6), 10-18. <https://dx.doi.org/10.22161/ijreh.5.6.2>

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

Sagara, S. (2019). Profil épidémiologique et pronostic de l'anémie chez les gestantes au Centre de Sante de Référence de Koro. Thèse de médecine. Université des Sciences des Techniques et des Technologies de Bamako, consulté le 27 Avril 2024. URL :<https://www.bibliosante.ml/bitstream/handle/123456789/2159/19M93.pdf;jsessionid=E73B3581238A2084C06D32948B4B446?sequence=1>

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

Sourbier D., (2013). Analyse situationnelle des interventions de lutte contre l'anémie au Burkina Faso. Mémoire Master 2 Sciences, Technologies, Santé. Université Montpellier 1 – Université Montpellier 2, consulté le 27 Avril 2024, p. 1-13. URL: <https://nutripass.ird.fr/content/download/258282/3958024/version/2/file/M%C3%A9moire+finalis%C3%A9+-+Delphine+Sourbier.pdf>

Stevens, G. A., Paciorek, C. J., Flores-Urrutia, M. C., Borghi, E., Suchdev, P. S., Ezzati, M., Rohner, F., Flaxman, S. R., et Rogers, L. M. (2022). National, regional, and global estimates of anaemia by severity in women and children for 2000–19 : A pooled analysis of population-representative data. *The Lancet Global Health*, 10(5), e627 e639. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(22\)00084-5](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(22)00084-5)

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

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

UNICEF. (2022). Analyse du paysage de la fortification à grande échelle de l'huile et de la farine de blé dans certains pays d'Afrique de l'Ouest et du Centre : État, défis et opportunités pour l'avenir, consulté le 27 Avril 2024, URL: https://www.unicef.org/wca/media/8626/file/West%20Africa%20and%20Cameroon%20LSSFF%20Landscape%20analysis_FR.pdf

Weber, F., & Beaud, S. (2010). *Guide de l'enquête de terrain*. Paris : La découverte.

© 2024 ANOUA, 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



Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, Volume 6 (3)

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

Received, 17 September 2024

Accepted, 22 December 2024

Published, 28 December 2024

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

To cite: Ouattara (2024). La santé par et pour la communauté : diagnostic socio-anthropologique du paradigme Agent de Santé Communautaire en Côte d'Ivoire. Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique. 6(3), 33-51. <https://doi.org/10.4314/rasp.v6i3.3>

Research

La santé par et pour la communauté : diagnostic socio-anthropologique du paradigme Agent de Santé Communautaire en Côte d'Ivoire

Health by and for the community: a socio-anthropological diagnosis of the Community Health Worker paradigm in Côte d'Ivoire

OUATTARA Zié Adama

Laboratoire Santé, Sociétés et Développement (LSSD), du Centre de Recherche pour le Développement (CRD)/Université Alassane Ouattara (UAO) ; 01 BP V 18 Bouaké 01 ;

Correspondance : Email : adamouattara@uao.edu.ci ; ORCID : <https://orcid.org/0000-0002-3965-0508>

Résumé

Dans la perspective de l'Objectif de Développement Durable n°3 visant à « donner aux individus les moyens de mener une vie saine et aider au bien-être de tous à tous les âges », la recherche de solutions aux problèmes d'accès aux soins est une préoccupation qui cristallise l'attention des humanitaires. Cet article propose un diagnostic critique du paradigme Agent de Santé Communautaire (ASC) exploité par des humanitaires en vue de réduire les inégalités d'accès aux soins en Côte d'Ivoire. Une étude qualitative combinant l'entretien semi-directif, l'observation directe, la revue documentaire a permis de collecter le matériau auprès des acteurs humanitaires, des populations bénéficiaires et des communautaires en interaction dans la mise en œuvre de cette approche en Côte d'Ivoire. Comme résultats, la recentralisation de la santé par le transfert des compétences aux acteurs communautaires que sont les ASC est une innovation qui permet de réduire les inégalités sociales d'accès aux soins et de renforcer la résilience des communautés. Toutefois, l'analphabétisme de certains acteurs communautaires, le manque d'autonomie financière et de motivation, les difficultés logistiques impactent l'efficacité et la pérennité de cette innovation. La pérennisation du paradigme ASC nécessite une mutation du bénévolat vers l'institutionnalisation des ASC en leur accordant un statut professionnel. Cela implique également la mise en place d'un dispositif et de mécanismes de recrutement et de formation de ces communautaires.

Mots clés : Recentralisation, Santé, communauté, Innovation, Agent de Santé Communautaire, Côte d'Ivoire.

Abstract

Given Sustainable Development Goal 3, which aims to "empower people to lead healthy lives and support the well-being of all people at all ages", the search for solutions to problems of access to healthcare is a concern for humanitarian organisations. This article offers a critical diagnosis of the Community Health Agent paradigm used by humanitarian aid workers to reduce inequalities in access to healthcare in Côte d'Ivoire. A qualitative study combining semi-

structured interviews, direct observation and documentary review was used to collect material among the humanitarian, communities, and community workers interacting in implementing this approach in Côte d'Ivoire. As a result, the decentralization of community health by transferring skills to community players, i.e. CHWs, is an innovation that makes it possible to reduce social inequalities in access to healthcare and, above all, to strengthen community resilience. However, the illiteracy of some community players, their lack of financial autonomy and motivation, and logistical difficulties are factors that impact on the effectiveness and sustainability of this innovation. To conclude, the study argues that if the CHW paradigm is to be sustained, it will need to move away from a voluntary paradigm towards the institutionalisation of CHWs by giving them professional status. This also implies implementing a system and mechanisms for recruiting and training these community workers.

Keywords : Decentralization, Community Health, Innovation, Community Health Worker, Côte d'Ivoire.

1. Introduction

En 1978, la conférence d'Alma Ata présentait la santé comme un droit humain fondamental. Cette conférence a relevé l'importance des soins de santé primaires comme moyen d'accéder à un niveau acceptable de santé pour tous. Au point V de la déclaration, elle appelle à la prise de responsabilité des gouvernements et organisations internationales en ces termes :

« Les gouvernements ont vis-à-vis de la santé des populations une responsabilité dont ils ne peuvent s'acquitter qu'en assurant des prestations sanitaires et sociales adéquates. L'un des principaux objectifs sociaux des gouvernements, des organisations internationales et de la communauté internationale tout entière au cours des prochaines décennies doit être de donner à tous les peuples du monde, d'ici l'an 2000, un niveau de santé qui leur permette de mener une vie socialement et économiquement productive. Les soins de santé primaires sont le moyen qui permettra d'atteindre cet objectif dans le cadre d'un développement empreint d'un véritable esprit de justice sociale » (Déclaration d'Alma Ata V, Cadtm.org).

Outre les gouvernements et les organisations internationales, elle affirme en son point IV que : *« Tout être humain a le droit et le devoir de participer individuellement et collectivement à la planification et à la mise en œuvre des soins de santé qui lui sont destinés »*. Cette déclaration souligne donc la nécessité de la mise en place d'un système d'acteurs autour de la planification et la mise en œuvre des soins de santé primaires. Un système qui mettrait en interaction les gouvernements, les organisations internationales et les communautés cibles.

Cependant, si la mise en œuvre des conclusions de la conférence d'Alma Ata a permis de faire des avancées en matière d'accès aux soins de santé primaires dans les pays, beaucoup reste encore à faire. Cela est attesté par plusieurs études scientifiques qui montrent que l'accès aux soins est limité par des facteurs géographiques comme la distance, l'accessibilité (Rebouha, 2007 ; Ridde, 2012 ; Raynaud, 2013 ; Messi & Yaye, 2017) ; structurels notamment l'insuffisance de l'offre, de personnel l'absence de prise en charge des soins (Rebouha, idem), culturels (Messi & Yaye, idem ; Amel, 2018), économiques (Messi & Yaye ibidem ; Amel, idem ; Rebouha, (ibidem) ; linguistiques (Bowen, 2001).

Pour pallier ces contraintes et améliorer la santé des communautés notamment celles du milieu rural, l'Organisation Non Gouvernementale (ONG) Save the Children se veut un acteur clé. Organisation internationale indépendante, sans affiliation politique ou religieuse, leader dans la promotion et la protection des droits de l'enfant dans le monde, créée en 1919 au Royaume-Uni, présente en Côte d'Ivoire depuis 1991, elle a pour mission d'inspirer des progrès décisifs dans la manière dont le monde traite les enfants et de réaliser positivement des changements immédiats et durables dans leur vie. En Côte d'Ivoire, elle met en œuvre des programmes humanitaires et de développement avec 6 programmes prioritaires : Education, Santé et Nutrition, Protection de l'enfant, Lutte contre la pauvreté infantile, Gouvernance des droits de l'enfant, Droits de l'enfant et Entreprises (<https://cotedivoire.savethechildren.net/>). Cette organisation est partie prenante de la politique nationale de la lutte contre le paludisme en tant que responsable du volet communautaire en Côte d'Ivoire. Ses interventions au niveau communautaire reposent sur le paradigme de santé communautaire comme moyen d'amélioration de la santé des communautés en milieu rural. Ce paradigme repose sur la recentralisation de la santé communautaire autour des acteurs communautaires appelés Agents de Santé Communautaire. En d'autres termes, cette organisation humanitaire fait l'option du transfert des compétences aux acteurs communautaires pour l'amélioration de leurs propres conditions de santé, ce, à travers le déploiement des paquets d'activités susmentionnées au sein leurs communautés respectives. Ce qui permettrait de booster la lutte contre le paludisme.

Le présent article fait un diagnostic critique de cette innovation en vue de montrer son efficacité en tant que réponse à la problématique des inégalités d'accès aux soins mais également les limites inhérentes. Il répond à la question suivante : le paradigme ASC contribue-t-il à l'empowerment des communautés au plan sanitaire ? La réponse à cette question principale nécessite de répondre aux questions spécifiques suivantes : quelles sont les caractéristiques du paradigme ASC ? Quelles les activités menées par les ASC au sein des communautés ? Comment l'impact de ses activités est-il perçu par les différents acteurs ? Quelles sont les contraintes ou menaces inhérentes à ce paradigme ? Pour répondre à ces questions, cette étude admet l'hypothèse selon laquelle le paradigme ASC est une innovation qui contribue à l'empowerment des communautés au plan sanitaire mais dont la reproductibilité et l'efficacité sont confrontées à des contraintes propres aux ASC et aux humanitaires.

Le cadre théorique de cette étude repose essentiellement sur le courant critique de l'anthropologie de la santé, qui par ailleurs nous plonge dans le courant de l'anthropologie des interventions (Lavigne, 2011) et des dynamiques sociales (Olivier de Sardan, 1991). Il a ainsi, à partir de l'hypothèse de l'étude, permis de faire une analyse critique de l'approche ASC et d'en dégager les forces mais surtout les menaces à corriger pour asseoir sa pertinence, sa validité et sa pérennité en tant qu'innovation humanitaire et réponse à la problématique de l'accès aux soins en Côte d'Ivoire. Pour ce faire, pour une analyse approfondie des données, nous avons soutenu ce courant avec des supports théoriques appropriés que sont la méthode dialectique (Grawitz, 1996), la théorie des parties prenantes (Freeman, 1984). La méthode dialectique a permis à partir des faiblesses constatées dans l'approche ASC, d'entrevoir des réponses possibles en vue de les juguler. La théorie des parties prenantes quant à elle, a permis d'identifier les acteurs en interaction dans l'approche ASC, leurs rôles mais leurs motivations.

2. Matériaux et méthodes

La méthodologie de cette étude se présente comme suit :

2.1. Nature et lieu de l'étude

Cette étude de type qualitatif a été menée en Côte d'Ivoire dans les zones Nord et notamment dans les districts sanitaires de Niakaramadougou, à Pétoniara et de Korhogo 1, à Oléokaha, du Centre dans le district sanitaire de Katiola, à Nikolo et du Sud-ouest dans le district sanitaire de Guitry, à Kouta, en milieu rural.

2.2. Techniques de collecte

Les données ont été collectées à l'aide de techniques variées comme la recherche documentaire en ligne sur des portails de recherches (cairn.info, revue.org, google scholar, erudit.org). En outre, l'entretien semi structuré et le focus group, ont été mobilisés pour collecter les données empiriques auprès des personnes ressources en interaction dans la mise en œuvre de l'approche ASC en Côte d'Ivoire. Il s'agit des acteurs des humanitaires des ONGs, des Directions Régionale et Départementales de la Santé, des soignants (IDE, sage-femme), des ASC et des leaders communautaires. Ces entretiens semi structurés ont permis de comprendre les opinions les acteurs cités sur la nature des activités des communautaires, l'impact de leur contribution dans la lutte contre les problèmes de santé au sein des communautés ainsi que les contraintes vécues.

De même, des focus groups ont été réalisés auprès des groupes de personnes bénéficiaires dans les communautés à savoir : des hommes, des femmes mères d'enfants de 0 à 5 ans et de femmes enceintes. Les focus groups de huit (08) participants chacun ont permis de cerner les perceptions communes ou partagées des bénéficiaires sur l'impact des interventions des communautaires au sein de leurs communautés.

Au total, 24 entretiens semi-directifs et 15 focus groups ont été réalisés, en privilégiant pour ce qui est des hommes, des mères d'enfants de moins de 5 ans et des femmes enceintes enquêtés, les critères de résidence dans le district depuis au moins 6 mois. Quant aux autres répondants, ils ont été enquêtés sur la base de leur implication et de leurs interactions dans les activités des communautaires. Les entretiens d'une durée maximale de 1 heure 30 minutes, ont été réalisés au sein des villages susmentionnés et en langue française, avec l'intervention des guides locaux pour la mobilisation des participants aux focus groups et souvent pour la traduction de la langue locale (Tagbana à Nikolo, senoufo à Oléokaha, Dida à Kouta) au français.

L'échantillon est réparti comme suit :

Tableau 1 : Echantillon de l'étude

	Entretien semi-directif/District	Focus group/District	Total
Acteur de direction départementale	01	-	03
Acteur d'ONG locale	01	-	03
Infirmier Diplômé d'Etat	01	-	03
Sage-femme	01	-	03
Leader communautaire	01	-	03
Agent de Santé Communautaire	03	-	09
Groupeement féminin	-	01	03
Hommes	-	02	06
Mère d'enfant de moins de 5 ans et femme enceinte	-	02	06

Source : nos enquêtes, 2021

2.3. Traitement et analyse des données

Elles ont été transcrites puis traitées à l'aide du logiciel de traitement des données qualitatives Nvivo 20. Les données transcrites ont été importées sous ce logiciel, classifiées puis encodées. Par la suite, les données encodées ont été soumises à une analyse de contenu en fonction des thématiques de la recherche. Au-delà des mots, du discours textuels, l'analyse de contenu a permis, par l'interprétation, de mettre exergue le sens non apparent qu'ils contenaient.

2.4. Considérations éthiques

La collecte des données a été faite dans le strict respect des considérations éthiques en vigueur dans le domaine de la recherche en sciences sociales. Les répondants ont été informés sur les dispositions éthiques, sur leur liberté à participer ou non à l'étude. Seuls les répondants qui ont consentis librement et de manière éclairée à participer à l'étude ont été enquêtés. En outre, les identités des répondants ont été préservées dans la rédaction du manuscrit. Ces identités ont été remplacées par le statut ou la typologie (ASC, Leader communautaire, groupeement féminin, soignant, hommes, mères d'enfants de moins de 5 ans et femmes enceintes, acteur d'ONG, etc.).

3. Résultats

En réponse aux questions posées, les résultats obtenus s'articulent autour de la caractérisation du paradigme Agent de Santé Communautaire, du package d'activités des ASC, des perceptions de l'impact de leurs activités et des contraintes ou menaces inhérentes.

3.1. Caractérisation du paradigme Agent de Santé Communautaire

L'analyse de la documentation relative à aux interventions communautaires et aux acteurs communautaires nous a permis de caractériser le paradigme ou approche ASC à deux niveaux :

son principe et ses critères. D'abord, l'approche ASC est basée sur l'implication bénévole de personnes issues de la communauté et qui sont disponibles pour œuvrer à l'amélioration de la santé des membres de leurs communautés, en leur offrant des services de santé. Ainsi, les ASC sont des personnes volontaires, bénévoles qui travaillent sous la supervision du responsable de l'Établissement Sanitaire Public de Premier Contact de leurs aires sanitaires. C'est du moins ce que nous pouvons déduire de la définition des interventions à base communautaire proposé par le manuel de référence de formation des ASC ci-après :

« Il s'agit de tout membre de la communauté qui sert d'appui à la mise en œuvre effective d'une intervention ou activité au niveau de sa communauté sous la responsabilité de l'Agent de Santé dont il dépend. Cette définition prend en compte les éducateurs de pairs et les conseillers communautaires. Il s'agit d'un homme ou d'une femme volontaire, sélectionné (e) dans et par sa communauté selon des critères précis, ayant reçu une formation de base pour offrir un paquet intégré de services promotionnels, préventifs, curatifs de base et de soutien sous la supervision du personnel de santé. Les interventions à base communautaire permettent à des personnes issues de la communauté, d'offrir directement des services de santé bien définis à d'autres membres de la communauté sous la supervision du responsable de l'ESPC, après avoir reçu une formation appropriée » (Manuel de référence du formateur des ASC, 2017, pp. 6-7).

C'est donc une approche qui prône l'altruisme, le don de soi, la solidarité comme principe. Ensuite, l'implication de personnes de la communauté en tant que communautaires et bénévoles repose sur des critères objectifs. Toujours quand on se réfère au manuel de référence du formateur des ASC, les critères qui définissent ces acteurs sont les suivants :

- Résider dans la communauté (village/secteur)
- Accepter d'exercer la fonction d'ASC sans y être contraint
- Parler la langue locale
- Savoir parler, lire et écrire le français
- Personne ne sachant ni lire ni écrire mais qui a une expertise prouvée dans un domaine bien déterminé
- Être âgé d'au moins 18 ans et au plus 50 ans au moment de la sélection
- Être engagé, stable et disponible
- Être discret et respectueux de la confidentialité
- Avoir de bonnes relations avec la population
- Être de bonne moralité
- Être capable d'exercer efficacement la fonction d'ASC.

Source : Manuel de référence du formateur des ASC, 2017, p. 7.

Enfin, au regard des critères ci-dessus, ces ASC sont donc des personnes qui revêtent un certain nombre de qualités, de capacités, de compétences et de motivations. Ces qualités sont indispensables pour la réussite de leur mission. Pour ce faire, le choix de ces personnes au sein des communautés se veut rigoureux. Selon des acteurs d'ONG partenaire locale de mise en œuvre interviewés, le choix des ASC nécessite l'interaction de différentes parties prenantes à savoir la communauté d'une part, le responsable de l'ESPC et par ricochet le district sanitaire et l'ONG partenaire locale de mise en œuvre d'autre part. Les personnes pressenties pour être ASC sont identifiées et proposées par la communauté elle-même à travers leurs autorités au responsable de l'ESPC. A son tour, celui-ci valide la proposition et la transmet à l'ONG partenaire pour validation également. Ainsi, les personnes exerçant en qualité d'ASC dans les communautés sont donc tributaires et redevables à leurs communautés. En cas de manquements

ou de non exercice des activités qui leurs sont dévolues, les communautés par la voix des chefs ont donc la possibilité de les dessaisir de cette position, de cette activité. Et, une fois les ASC choisis dans et par les communautés, ceux-ci sont formés à la maîtrise du package d'activités en lien avec leur mission et équipés. C'est donc un transfert des compétences qui s'effectue faisant ainsi d'eux, des relais des soignants de l'ESPC, leur prolongement dans les communautés où ils déploient un ensemble d'activités.

3.2. Package d'activités des Agents de Santé Communautaires au sein des communautés

Les données bibliographiques et empiriques montrent que les activités des ASC au sein de leurs communautés sont de quatre ordres (Manuel de référence du formateur des ASC, 2017). Trois sont rendus à la communauté. Il s'agit des services promotionnels, préventifs et curatifs de base. Le dernier à avoir le soutien est rendu au personnel de santé de l'ESPC. Les bénéficiaires des activités des ASC sont donc les communautés, les personnels de santé et partant le système de santé ivoirien. La mise en œuvre pratique de ces services a été abordée lors des entretiens et observations que nous avons réalisés sur le terrain.

D'abord au niveau des services promotionnels, les ASC font la promotion des Pratiques Familiales Essentielles au sein des communautés. Ensuite, au niveau de la prévention, ils participent aux campagnes de masse de distribution de MILDA, de vitamine C, de sensibilisation sur différents thématiques telles que le port du casque, les problèmes de santé, etc. En outre, pour ce qui est des services curatifs, les ASC sont dotés d'intrants pour les soins de base. Ainsi, ils font la prise en charge à domicile de certaines maladies comme le paludisme simple, la diarrhée. Ils font la recherche des patients perdus de vue, le suivi du traitement à domicile, le référencement des cas graves de maladies, etc. Enfin, quant aux services de soutien, ils sont de deux ordres. D'une part, ils participent à l'élaboration des plans d'action des ESPC, aide à la collecte des données, à la gestion des ressources, à la mise en œuvre de la stratégie des ESPC, etc. D'autre part, ils sont un appui au personnel de santé dans la surveillance épidémiologique (voir tableau 2).

Tableau 2 : Services et prestations des ASC

N°	Types de services	Composantes
1	Services promotionnels	Déclaration du nouveau-né à l'Etat Civil Allaitement maternel exclusif jusqu'à six (6) mois Alimentation de complément à partir du sixième mois Supplémentation en vitamine A et le déparasitage Consommation de sel iodé dans les ménages Consultations prénatales et l'accouchement assisté par un personnel qualifié Consultations post natales Hygiène Assainissement du cadre de vie Utilisation de l'eau potable Gestion des déchets et des eaux usées Espacement des naissances Grossesses non désirées Violences basées sur le genre Vaccination Utilisation de la MILDA Don de sang Exercices physiques Alimentation saine
2	Services préventifs	Lutte contre la tuberculose et les autres pathologies chroniques Participation aux campagnes de masse d'administration de vaccins Participation aux campagnes de masse des MILDA Participation aux campagnes de masse de déparasitant Participation aux campagnes de masse de vitamines A Dépistage actif de la malnutrition et des maladies chroniques au niveau communautaire Sensibilisation des communautés sur les problèmes de santé Prévention des traumatismes par le port de casques chez les motocyclistes et travailleurs de chantiers Prévention des traumatismes par le port de la ceinture de sécurité chez les automobilistes Prévention des dangers liés à la consommation des drogues, stupéfiants, tabac et alcool
3	Services curatifs	Soins appropriés à domicile du Nouveau-né, de l'Enfant, de l'adolescent et de l'adulte Suivi des traitements de maladies au niveau communautaire Activités de référence /orientation au centre de santé en cas de signes de danger ou de complications Recherche des patients ayant manqué leur rendez-vous et perdus de vue Soins et Soutien aux PVVIH, OEV, etc.
4	Services de soutien	Recensement des ménages et des cibles sous responsabilité Participation aux activités de diagnostic communautaire de problèmes de santé et à l'élaboration du plan d'action

5	Services de surveillance	<p>communautaire puis à la mise en place de mesures adaptées aux communautés</p> <p>Appui au Centre de santé dans l'organisation des activités en stratégie avancée et des campagnes de masse</p> <p>Appui au réapprovisionnement en médicaments et intrants pour la mise en œuvre des interventions au niveau communautaire</p> <p>Transmission au centre de santé des rapports d'activités du mois écoulé et faire la programmation du mois suivant en collaboration avec l'Infirmier du centre de santé</p> <p>Notification au centre de santé des naissances et des décès maternels et néonataux survenus à domicile</p> <p>Gestion des ressources (matérielles, recettes et intrants)</p> <p>Participation aux rencontres et aux réunions</p> <p>Bilan de la mise en œuvre des activités lors des Assemblées communautaires au niveau du village</p> <p>Recensement /Notification aux responsables des réseaux de surveillance et aux formations sanitaires des cas (maladies cibles du PEV, autres maladies à potentiel épidémique, paludisme, dracunculose, décès maternel, néonatal et infantile, etc.), MTN et les maladies non transmissibles</p> <p>Surveillance et alerte précoce des événements inhabituels au niveau communautaire (catastrophes naturelles, contamination d'eau, nombreux décès subis d'humains ou d'animaux, odeurs inhabituelles, etc.)</p> <p>Surveillance des effets indésirables liés à la prise des médicaments et injections de produits (contraceptifs, ARV, cotrimoxazole, CTA, antituberculeux, vaccins, etc.), pour donner des conseils ou référer au centre de santé le plus proche</p>
---	---------------------------------	--

Source : Manuel de référence du formateur des ASC, 2017, pp. 9-10.

Les services des ASC intègrent des prestations intégrées portant sur différentes questions de santé et dont la finalité est d'assurer une meilleure qualité de vie à la communauté au plan sanitaire. Mais pour réussir cette mission, comme nous avons pu le constater sur le terrain, les ASC formés sont dotés de matériel de travail : des registres de collecte de données, des boîtes à images intégrées pour la sensibilisation, des vélos, des sacs, stylos, d'intrants (Test de Diagnostic Rapide, Combinaisons Thérapeutiques à base d'Artémisinine), etc. A l'aide de ce matériel de travail, ils effectuent des Visites à Domicile, des Causeries Interpersonnelles, des Causeries de Groupe en vue de déployer le paquet d'activités en lien avec les différents types de services au bénéfice des communautés et du personnel de santé. Cependant, comment l'impact des prestations des ASC est-il perçu par les bénéficiaires ?

3.3. Perceptions de l'impact des prestations des ASC par les bénéficiaires

L'impact des prestations des ASC est perçu à plusieurs niveaux, au regard des données collectées auprès des communautés et des personnels de santé. D'abord, la présence des ASC au sein des communautés a aidé à rapprocher les soins et le système de santé de celles-ci et à résoudre les difficultés géographiques d'accès aux soins. Les communautés n'ont plus besoin de se déplacer et dépenser pour le transport pour se rendre à l'ESPC pour des soins de base. Ces soins sont effectués par les ASC sur place, de manière rapide et gratuitement. C'est le cas par

exemple de la prise en charge à domicile du paludisme simple chez l'enfant. Ce faisant, les ASC participent de la réduction des dépenses en santé des communautés. Le propos suivant n'en dit pas moins :

« Donc pour vous M. Parfait, s'il est sur place ça vous permet de ne pas aller loin donc le transport et puis de dépenser moins donc l'argent. Ça fait donc deux problèmes. Le bénéfice c'est que ça apporte quelque chose parce que les enfants qui se déplacent pour aller à l'hôpital maintenant, on les traite à la maison donc on a supprimé le transport », (extrait d'un Focus group réalisé avec des hommes).

Ensuite, il y a selon les communautés, une amélioration de la fréquentation des services de santé notamment les services de Consultation Périnatale (CPN) grâce aux efforts des ASC dans la sensibilisation, le suivi et la recherche des femmes enceintes perdues de vue. Cela a pour avantage, la réduction des risques de complications liés à la grossesse, la réduction de la morbidité et de la mortalité néonatales. C'est d'ailleurs ce que traduit le propos suivant :

« Oui il y a un bénéfice parce que premièrement les femmes même sur place elles reçoivent le message pour en tout cas pour protéger déjà le fœtus qu'elles portent et puis la conception jusqu'à ce que l'enfant naisse jusqu'à, ce qu'il ait 15 ans et se protéger encore contre les maladies transmissibles contagieuses tout ça. Et puis deuxièmement, il y va même de leur santé nous ne sommes pas sans ignorer qu'aujourd'hui il y a, je touche du bois, certaines grossesses qu'on appelle GU ou bien les malformations donc dès qu'elles vont à l'hôpital vite cela permet déjà aux sages-femmes ou bien à l'infirmier ou bien aux ASC de détecter pendant les consultations si le fœtus qu'elles portent est mal placé ou bien il faut toute de suite faire une échographie tout ça. Or avant-là elles étaient là 8, 9 mois où elles entrent en travail c'est là maintenant on découvre qu'il y a les anomalies. Mais avec la présence de ces combattants de Save the Children là, les femmes viennent rapidement à l'hôpital. Les hommes de fois les accompagnent », (extrait d'un entretien avec un leader communautaire).

Le changement opéré par les activités des communautaires au niveau de la fréquentation des centres de santé par les communautés est soutenu également par les prestataires de soins. L'un deux nous dit ceci :

« ...Vous allez voir que les hommes accompagnent maintenant. Avant ce n'était pas le cas. Avant ce n'était pas le cas. Mais aujourd'hui avec les sensibilisations, avec les VAD, les hommes ont compris l'utilité d'accompagner leur femme. Même s'ils ne viennent pas, au moins ils donnent l'argent de carburant pour la moto », (extrait d'entretien avec un soignant).

Enfin, les communautés et les personnels de santé notent des avancées remarquables dans la résilience face aux problèmes de santé. Le changement de comportement suscité par les activités de sensibilisation sur les Pratiques Familiales Essentielles a permis aux communautés d'être beaucoup moins exposées aux maladies notamment celles dites tueuses d'enfants comme le paludisme, en les sensibilisant à l'utilisation de la MILDA et à l'assainissement du cadre de vie. En témoigne le propos suivant :

« A côté de ça aussi elles entretiennent les femmes sur l'insalubrité, l'hygiène publique c'est très important pour la santé et aussi l'utilisation des moustiquaires

les MILDA que donnent l'Etat et le ministère de la santé octroyer à la population », (extrait d'un focus group avec les hommes).

En plus de l'utilisation de la MILDA et de l'hygiène de vie, les activités des communautaires notamment les membres de groupements féminins, portent également sur l'hygiène alimentaire. L'intérêt de ces activités est souligné par les mères et femmes enceintes interrogées en ces termes :

« Elle m'a dit de ne pas boire trop (alcool), parce que moi je bois trop donc elle m'a dit de ne pas boire trop et puis de bien manger; de dormir sous moustiquaire. Maintenant où je suis enceinte alors qu'il y a moustiquaire moi je n'aime pas dormir dessous.

Elles savent quand tu n'es pas enceinte-là, façon tu es résistante-là; quand tu es enceinte, tu n'es pas résistante hein! ça peut jouer sur ton enfant parce que le palu est très dangereux; donc quand l'enfant va commencer à grandir là, ça peut jouer et toi-même ça va te fatiguer, vous voyez; c'est pour ça on vous donne ces conseils. Il faut dormir sous ça surtout les femmes enceintes, sinon les femmes ordinaires là, ça va un peu. Mais quand vous tombez enceinte et vous partez à l'hôpital on vous donne des comprimés gros-gros là; on te dit faut prendre ça va te protéger et tu ne vas pas avoir maladie paludisme. Quand on te dit par exemple de ne pas boire alcool, "gbêlé", la bière, bandji (vin de palme) ...parce que quand tu prends ça agit sur l'enfant ; c'est pas bon pour l'enfant, quand l'enfant va naître aussi là, tout ce que tu fais là, l'enfant peut commencer avec ça; ça peut jouer sur son idée, voilà; les autres leurs enfants sont intelligents mais toi ton enfant il y a problème », (extrait d'un Focus group avec les mères d'enfants de moins de 5 ans et femmes enceintes).

En outre, toujours grâce aux activités de sensibilisation des ASC, les soignants notent un recul des pesanteurs socioculturelles. Les communautés délaissent de plus en plus certaines pratiques thérapeutiques endogènes, traditionnelles au profit des soins conventionnels biomédicaux. Par ailleurs, l'un des impacts importants des ASC, c'est la réduction des inégalités sociales d'accès aux soins notamment en milieu rural. Les enfants et les femmes enceintes surtout vivant en milieu rural ont accès au même titre que ceux et celles du milieu urbain à des soins de base et à l'information sanitaire. En témoigne ce qui suit :

« Moi, je vois que ça va parce qu'avant dans maladie des enfants comme on n'a pas les idées on perdait beaucoup plus d'enfants que maintenant parce que quand l'enfant a corps, l'enfant est malade tu dis bon comme j'ai comprimés à la maison je vais lui donner ça va passer. Mais avec le projet qui est venu ça fait que quand ton enfant est malade ou ton enfant a le palu ou ton enfant a le corps chaud tu le prends tu cours pour aller à l'hôpital on le traite et il va bien », (extraits de focus groups réalisé avec des hommes).

Les prestations des ASC ont donc un impact important sur la santé des communautés au sein desquelles ils exercent. Cela voudrait ainsi dire que l'approche ASC développée par les humanitaires pour renforcer la santé communautaire est innovante. Cependant, toute innovation en dépit de ses forces connaît des épreuves. Ainsi, dans une approche dialectique, cette recherche s'est intéressée également aux contraintes inhérentes à l'approche ASC.

3.4. Contraintes ou menaces inhérentes à l'approche ASC

Certes, l'approche ASC semblent donner des résultats satisfaisants mais sa pérennité nécessite une réflexion autour des contraintes constatées. En effet, plusieurs contraintes ou menaces résultent de l'analyse des données. Nous avons les contraintes liées aux ASC et celles liées aux Organisations Non Gouvernementales (ONG).

3.4.1. Contraintes liées aux Agents de Santé Communautaires

Il y a les contraintes liées aux ASC et qui sont susceptibles de fragiliser l'approche. Celles-ci sont en lien avec leurs capacités, compétences, leur efficacité et leurs motivations. D'abord, bien d'ASC ont un niveau d'instruction très élémentaire. Certains ont du mal à lire et à écrire mais également à communiquer. Même si le guide de référence en matière d'interventions communautaires leur est remis, la lecture et l'assimilation du contenu reste une difficulté majeure pour ces ASC. Par conséquent, cela aura des répercussions sur leur qualité et leur efficacité sur le terrain. La question que soulève cette analyse est celle du processus de sélection de ces ASC qui vraisemblablement ne répondent pas aux critères normatifs requis. Le manque de rigueur dans la sélection des ASC est donc une menace qu'il convient de corriger pour soutenir la pertinence et la pérennité de cette approche innovante.

Ensuite, certains ASC ont des motivations qui ne s'inscrivent pas dans la perspective du bénévolat, principe de base de l'approche ASC. En effet, plusieurs revendications d'ordre financières recueillies auprès de plusieurs ASC démontrent que cette activité est perçue par eux comme un emploi qui mérite d'être rémunéré. Pour cause, les activités communautaires absorbent beaucoup de leur temps et impacteraient leurs activités économiques et agricoles. En outre, ils évoquent entre autres la question des forfaits d'argent qu'ils reçoivent et des privilèges liés à ce travail. Selon eux, les forfaits sont insuffisants et irréguliers et ils ne bénéficient d'aucun privilège lié à ce travail. Il ressort de l'échange avec un groupement féminin à cet effet ceci :

« Nous sommes au village on va quitter les champs nous sommes fatiguées de faire le travail, nous sommes fatiguées. Tu vas rentrer de cours en cours pour aller faire et que quand tu vois ce sont des miettes vraiment ça ne nous arrange pas... 10000 par personne dans le mois... On a des enfants à nos charges tu rentres même au marché avec cinq mille tu ne peux rien faire de bon avec même aiguille c'est difficile tu ne peux pas acheter. Donc ils n'ont qu'à nous aider beaucoup. Donc une femme a 10000 c'est bon. Au village une femme a 10000 moi je vois que c'est bon... », (extrait d'un Focus Group réalisé avec un Groupement féminin).

Cela est d'ailleurs reconnu par d'autres comme cet acteur dont les propos suivent :

« Bon, pour les ASC bon... la seule recommandation que je peux dire, est de temps en temps, c'est vrai c'est du volontariat qu'ils font, mais aussi il faut reconnaître que ce sont des pères de famille hein, ils ont différentes charges. C'est vrai tu dis tu fais du volontariat mais si à 1h du matin quelqu'un vient taper à ta porte, est-ce que tu ne vas pas te réveiller ? Tu vas te réveiller. Donc la prime qu'on dit on va leur donner-là, souvent il faudrait que ça vienne dans le temps. Même si ce n'est pas beaucoup et que c'est régulier, là il a encore une grande satisfaction pour pouvoir travailler. Mais ça tantôt ça va venir et puis deux mois après l'argent n'est pas

encore attribué ceci cela. Quand c'est comme cela ça casse le moral », (extrait d'entretien avec un acteur d'ONG partenaire).

En outre, lorsqu'ils sont malades ou lorsqu'un membre de leurs ménages est malade, ils sont soumis aux mêmes exigences que les autres membres de la communauté. Si les soins nécessitent des frais, ils ne sont exemptés de rien comme nous le confiait un ASC interrogé :

« Nous n'avons pas de privilège par rapport aux autres. Nous n'avons pas de cartes pour faire la différence. Même quand tu es malade ou un membre de ta famille est malade et que tu vas à l'hôpital, on te demande de payer les médicaments. Tu n'as pas de privilège, tu paies comme tout le monde alors que tu travailles dans la santé. Normalement, nous on devait avoir des privilèges, cartes pour faire la différence et puis, on ne doit payer quand on est malade », (extrait d'un entretien réalisé avec un Agent de Santé Communautaire).

La conséquence découlant d'un tel raisonnement est la démotivation, une chose que nous avons noté chez bien des ASC interviewés. Il en est de même pour les femmes membres des groupements féminins. Cette démotivation se traduit par un relâchement, une négligence des activités communautaires. En effet, les propos ci-après issus d'un focus group réalisé avec femmes membres de Groupement Féminin n'en disent pas moins :

« On nous donne 50000f chaque 3 mois. Ce n'est même pas par mois hein. Nous, on est plus que 10. Donc tu vas 3 mois de travail et tu n'as même pas 5000f. Vraiment, ça c'est pas bon. C'est ça qui fait que d'autres femmes ne font plus ce travail. Elles vont au champ pour aller ramasser graine de palme pour faire l'huile pour vendre. Ça c'est mieux que ce travail. Actuellement, beaucoup ici ont arrêté. C'est vraiment difficile. S'ils peuvent revoir l'argent là, ça sera bien sinon c'est vraiment petit ».

Certains choisissent d'accorder la priorité à leurs propres activités au détriment de leur mission d'ASC. L'analyse montre qu'il y a chez certains ASC des attentes personnelles, même en contexte de bénévolat au regard de leurs revendications. Au-delà, les revendications des ASC montrent que le principe de l'autonomie financière, du don de soi, de la solidarité ne sont pas également observés ou manifestes dans la sélection de certains d'entre eux. Ce faisant, la poursuite des desseins personnels ou de survie au détriment du collectif, de la communauté peut influencer la qualité non seulement des ASC eux-mêmes mais également celle des activités menées sans motivation.

3.4.2. Contraintes liées aux Organisations Non Gouvernementales partenaires

Il y a des faiblesses liées aux ONG et système de santé. Il s'agit du manque ou de l'inadéquation de matériel et des ruptures en intrants qui sont souvent fréquentes. En effet, certains ASC ont en charge plus d'un village dans lesquels ils doivent régulièrement mener des interventions. Mais, ceux-ci déclarent être confrontés à des problèmes de locomotion. Le ralliement des villages distants les uns des autres, nécessite un engin roulant adéquat, une moto selon eux. Or, ils n'ont que des vélos pour certains pour effectuer ces déplacements jugés harassants, ce qui n'est pas vraiment incitatif. Les propos ci-après sont révélateurs de cette analyse :

« Moi, je dois travailler dans deux villages. On me donne un vélo alors que je ne suis plus un enfant. Je ne peux pas rouler le vélo chaque jour pour aller dans l'autre

village. Ce n'est pas facile, ça fatigue beaucoup et c'est lent. Ce sont les enfants qui roulent ça ici », (extrait d'entretien réalisé avec un Agent de Santé Communautaire).

« Voici vélo là même c'est là, ils nous ont donné pour répondre à nos besoins, mais le problème ici là il pleut beaucoup, il pleut. Ça peut faire trois jours, où tu dois mener tes activités-là, si la pluie vient là il n'y a pas de solution », (extrait d'entretien avec un Agent de Santé Communautaire).

« Merci, premier point, problème de déplacement, parce qu'un enfant peut tomber gravement, s'il doit aller chercher les médicaments et si la nuit-là il n'a pas eu de moto, il fait comment ! », (extrait d'un entretien réalisé avec des leaders communautaires).

Pour d'autres, ils utiliseraient leurs motos personnelles pour effectuer ces déplacements souvent lorsque cela est possible car en réalité, ils ne reçoivent pas de dotation ni de frais de carburant. Certains mêmes abandonnent les vélos et par conséquent, n'interviennent que dans un seul village, privant ainsi les communautés des autres villages à couvrir. Cette inadéquation des moyens de déplacement est donc un frein au déploiement des activités et source d'inégalités sociales dans l'accès aux soins. Quant aux ruptures en intrants, les ASC se disent entraver dans le déploiement des services curatifs. Tributaires du responsable de l'Etablissement Sanitaire de Premier Contact en matière d'intrants, ils n'en reçoivent pas régulièrement et lorsqu'ils en reçoivent, c'est en quantité insuffisante. En d'autres termes, leur dotation en intrants est extraite de celle du responsable d'établissement sanitaire auquel ils sont rattachés, qui elle-même est jugée insuffisante par le personnel. Cette dépendance en intrants limite leur efficacité dans la mise en œuvre des services curatifs de base.

Discussion

L'accès aux soins est une problématique d'actualité qui préoccupe les acteurs en interaction autour de la santé des populations. Selon la littérature, nombreuses sont les populations dont l'accès aux soins reste un défi majeur à relever pour nos Etats, notamment les populations du monde rural. Des solutions innovantes doivent ainsi être trouvées pour permettre d'atteindre ce défi de développement durable. L'approche développée par les humanitaires en Côte d'Ivoire et qui repose sur le principe de la recentralisation de la santé communautaire, par le transfert des compétences aux communautés en vue d'une meilleure gestion des questions liées à leur propre santé se propose ainsi comme une réponse. Certains travaux de recherche ont montré à cet effet que l'accès aux soins est difficile en raison des contraintes économiques, financières, géographiques, culturelles et des inégalités sociales (Akindès, 2000 ; Guend et Tesson, 2009 ; Gobbers, 2002 ; Jusot, 2010 ; Koné, 2012 ; Vigneron et Haas, 2012 ; Attinwasonou, 2012 ; Bouchon, 2012 ; Raynaud, 2014 ; Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, 2016 ; Laure, Magali, 2016 ; Véronique et *al.*, 2018). La présente étude quant à elle, soutient que l'approche ASC, à la lumière des résultats de l'étude que vous avons menée présente des forces dans la mesure où elle permet de juguler bien de ces contraintes liées à l'accès aux soins notamment en milieu rural ivoirien. En effet, la présence des ASC dans les communautés et le déploiement des services promotionnels, préventifs, curatifs et de soutien, permet un rapprochement des soins et du système de santé, la réduction des dépenses de santé, le changement de comportement des communautés en termes de fréquentation de services de santé, de recul de pesanteurs socioculturelles, de respect des Pratiques Familiales Essentielles.

En outre, le soutien apporté au personnel de santé permet un meilleur suivi de la santé communautaire à travers les indicateurs qu'ils collectent, la surveillance épidémiologique qu'il mène. Ainsi, comme le montrent les données, les communautés sont donc beaucoup résilientes grâce aux services des ASC. Cependant, si l'approche ASC permet d'adresser les problèmes évoqués par les auteurs, les résultats ont relevé des menaces ou faiblesses qui pourraient l'impacter négativement. En fait, les faiblesses ou menace de l'approche ASC résident dans l'assimilation et l'appropriation approximative du paradigme de bénévolat, la non autonomisation financières des communautaires, le manque et/ou l'inadéquation du matériel de travail, les ruptures en intrants, le niveau d'instruction des ASC et le processus de sélection des ASC.

Mais au-delà desdits facteurs relevés par les travaux existants comme freins à l'accès aux soins et pour lesquels l'approche ASC semblent répondre, un des facteurs majeurs qui attisent les inégalités, les écarts dans l'accès aux soins, c'est le paradigme organisationnel des systèmes de santé choisis, surtout ceux d'Afrique. En Côte d'Ivoire par exemple, on assiste à une décentralisation et une déconcentration du système de santé. Un paradigme qui selon les acteurs devrait permettre une meilleure disponibilité de l'offre des services de santé de qualité. Pour ce faire, la loi n° 2003-208 du 7 juillet 2003 portant transfert et répartition des compétences de l'Etat aux collectivités territoriales au nouveau découpage territorial et aux besoins du système de santé a été adaptée et appliquée. Elle se traduit par la déconcentration des Directions régionales et districts sanitaires et l'opérationnalisation complète et effective des districts sanitaires comme le montre le PNDS 2016-2020 (MSHP, 2017). Mais, l'analyse approfondie des résultats de cette étude montre que ce modèle de déconcentration et de décentralisation présente des limites et n'est pas totalement adapté comme solution au problème de l'accès aux soins. D'où la nécessité d'une recentralisation (Houser, 2008 ; Kerléo, 2015) du système de santé. Cela suppose une participation active et effective des communautés dans la résolution de leurs problèmes de santé. En d'autres termes, c'est le transfert des compétences aux acteurs communautaires pour l'amélioration de leurs propres conditions de santé. L'approche ASC répond donc à cet idéal tant il met au cœur des interventions communautaires, les bénéficiaires primaires que sont les communautés elles-mêmes. Par ailleurs, elle participe de l'émergence de la Côte d'Ivoire (Tuo, 2019) et l'atteinte de l'ODD 3 (Unicef.fr, n.d).

Conclusion

Confirmant l'hypothèse de recherche, cette étude montre, d'une part, que l'approche Agent de Santé Communautaire exploitée par les humanitaires se veut pertinente et originale dans la mesure où elle permet d'adresser efficacement des problèmes majeurs liés à l'accès aux soins, surtout en milieu rural. Elle fait des communautés à la fois acteurs et bénéficiaires des interventions de santé.

Des problèmes géographiques, économiques et socioculturels limitant l'accès aux soins ont bien longtemps été mis en évidence par plusieurs recherches. Mais, les résultats de cette recherche montrent bien que l'approche ASC est forte de sa capacité à réduire ces problèmes notamment les inégalités sociales d'accès aux soins, à briser les barrières géographiques et socio-culturelles, les dépenses de santé et à augmenter la résilience des communautés. Elle privilégie le transfert des compétences aux communautés pour la prise en charge de leurs

propres problèmes de santé. Cela passe par l'identification, dans et par la communauté elle-même en interaction avec les humanitaires (ONG) et les responsables des Etablissements Sanitaires de Premier Contact (ESPC), des Agents de Santé Communautaire bénévoles mais selon des critères objectifs et rigoureux, leur formation à l'assimilation des interventions communautaires, leur équipement en matériels et en intrants, leur déploiement et suivi dans les communautés. Ces Agents de Santé Communautaire vont donc déployer au sein des communautés, un paquet d'activités réparties en quatre types : les services promotionnels, les services préventifs, les services curatifs, les services de soutien et de surveillance épidémiologique. Le paradigme que promeut cette approche est celui de la recentralisation de la santé communautaire autour des communautés, à la fois acteurs et bénéficiaires des services.

Cependant, si la recentralisation de la santé communautaire à travers l'approche Agent de Santé Communautaire semble donner des résultats satisfaisants, l'étude montre, d'autre part, qu'il existe tout de même quelques menaces dont la prise en compte permettrait d'asseoir la validité de ce paradigme. Il s'agit de l'assimilation et l'appropriation approximative du paradigme de bénévolat, la non autonomisation financière des communautaires, le manque et/ou l'inadéquation du matériel de travail, les ruptures en intrants, le niveau d'instruction des Agents de Santé Communautaire.

Pour remédier à toutes ces menaces, le strict respect des critères de sélection des Agents de Santé Communautaire et la formation à l'éthique du métier de bénévole sont nécessaires. En outre, il faut doter les Agents de Santé Communautaire de matériel de travail adéquat et en intrants régulièrement, veiller à la régularité des forfaits pécuniaires mais surtout procéder à l'évaluation de leurs performances et contre-performances périodiquement. Mais en dépit de ces menaces identifiées, l'approche ASC est originale et devrait être capitalisée par les Etats en développement en vue du renforcement et de la redynamisation des systèmes de santé notamment les interventions communautaires afin de réduire les inégalités d'accès aux soins. Cela nécessite la mise en place d'un dispositif formel et de mécanismes de recrutement rigoureux, de formation et de renforcement continu des capacités de ces communautaires mais également, l'amélioration de leurs conditions de travail et de vie.

Remerciements

Nos remerciements s'adressent :

- Aux acteurs communautaires, communautés, humanitaires et institutions sanitaires qui nous ont reçu et qui ont participé à l'étude ;
- Aux populations des localités bénéficiaires des interventions des ASC qui ont librement et de manière éclairée accepté de participer à l'étude.

Conflits d'intérêts

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

Références

Akindès, F. (2000). Inégalités sociales et régulation politique en Côte d'Ivoire : La paupérisation en Côte d'Ivoire est-elle réversible ? *Politique africaine*, 78, 126-141. <https://doi.org/10.3917/polaf.078.0126>

Amel, H. A. C. H. E. M. (2018). Les contraintes socio-économiques et culturelles d'accès aux soins reproductifs chez femmes en Algérie. <https://dspace.univ-ouargla.dz/jspui/handle/123456789/20453>

Attinwasonou, G.M. (2023). Une modélisation macroéconomique des déterminants de l'accès aux soins médicaux dans les pays du Sud. *CODESRIA Books Publication System*. CODESRIA, <https://publication.codesria.org/index.php/pub/catalog/book/1390>

Bouchon, M. (2012). « Accès aux soins » ; les déterminants socioculturels, *Médecins du Monde*,01,98
https://www.academia.edu/30258480/MdM_Cadre_de_r%C3%A9f%C3%A9rence_DSC

Bowen, S. (2001). *Barrières linguistiques dans l'accès aux soins de santé*. Ottawa: Santé Canada. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/systeme-soins-sante/rapports-publications/accessibilite-soins-sante/barrieres-linguistiques.html>

Cadtm. (n.d). Déclaration d'Alma Ata, Consulté le 07/10/2024 à 11 :47 sur https://www.cadtm.org/IMG/pdf/Declaration_Alma-Ata.pdf

Freeman, R. E. (1984). Stakeholder theory of the modern corporation. *Ethical Theory and business*.66-76. <https://academic.udayton.edu/lawrenceulrich/Stakeholder%20Theory.pdf>

Gobbers, D. (2002). L'équité dans l'accès aux soins en Afrique de l'Ouest. *Rubriques Internationales*, n°38,
<https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=ad387178.pdf>

Grawitz, M. (1996). *Méthodes de recherche en sciences sociales*, Dalloz, Paris, 920 pages.

Guend, H., Tesseron, A-L. (2009). Les déterminants de l'accès aux soins de santé de première ligne au Québec, *Inédits / Working papers*, n o 2009-03,
<http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/bs1984711>

Houser, M. (2008). *La nécessaire recentralisation de l'E.P.C.I : la recherche d'une cohérence territoriale*, [thèse de doctorat unique, publiée], Besançon.
<http://www.theses.fr/2008BESA0001>

Jusot, F. (2010). Inégalités sociales de santé : Quels constats ? Quels leviers d'action. Note pour le club parlementaire Hippocrate, en ligne sur le site du collège des économistes de la santé.
<https://www.ces-asso.org/wp-content/uploads/2021/09/Les-inegalites-sociales-de-sante.pdf>

Kerléo, J-F. (2015). Concept de recentralisation et réformes territoriales en Europe et au-delà. In: *Revue internationale de droit comparé*. Vol. 67 N°3,2015. pp. 795-821; doi :
https://www.persee.fr/docAsPDF/ridc_0035-3337_2015_num_67_3_20543.pdf

Koné, G. (2012). *L'équité de l'accès aux soins dans un contexte de subvention des médicaments : Une analyse économétrique des déterminants du recours aux soins à Dakar*, [Thèse unique, publiée] Université Cheick Anta Diop de Dakar, Science économie de la santé
https://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins_textes/divers13-06/010058745.pdf

Lavigne, D. P. (2011). Vers une socio-anthropologie des interventions de développement comme action publique. *Anthropologie sociale et ethnologie*. Université Lumière - Lyon II.
<https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00683177/document>

Messi, E., & Yaye, W. (2017). Contraintes à l'accès aux soins de santé maternelle dans la ville de Maroua. *Int J Eng Sci*, 6(1), 13-21. <https://www.academia.edu/download/51564191/C0601031321.pdf>

Olivier de Sardan, J-P. (1991). « L'anthropologie du changement social et du développement comme ambition théorique ? », *Bulletin de l'APAD* [En ligne], 1, mis en ligne le 23 juin 2006. URL : <http://apad.revues.org/296>

ONUSIDA. (2003). *Améliorer l'accès aux soins dans les pays en développement : enseignements tirés de la pratique, de la recherche, des ressources et des partenariats*, rapport de réunion, ISBN 92-9173-212-5, https://data.unaids.org/publications/irc-pub02/jc809-access-to-care_fr.pdf

Raynaud, J. (2013). *L'accès aux soins : des perceptions du territoire aux initiatives des acteurs : concepts, mesures et enquêtes pour une analyse géographique de l'organisation et du développement d'une offre de soins durable*, [Thèse de Doctorat, publiée], Université Paul Valéry - Montpellier III. https://tel.archives-ouvertes.fr/tel00967067/file/2013_raynaud_arch.pdf

Raynaud, J. (2013). *L'accès aux soins: des perceptions du territoire aux initiatives des acteurs: concepts, mesures et enquêtes pour une analyse géographique de l'organisation et du développement d'une offre de soins durable* (Doctoral dissertation, Université Paul Valéry-Montpellier III). <https://theses.hal.science/tel-00967067/>

Rebouha, F. (2007). Concentration des services de santé, contraintes de mobilité et difficultés d'accès aux soins dans la métropole d'Oran. *Territoire en mouvement Revue de géographie et aménagement. Territory in movement Journal of geography and planning*, (4), 3-16. <https://journals.openedition.org/tem/852>

Ridde, V. (2012). *L'accès aux soins de santé en Afrique de l'ouest: Au-delà des idéologies et des idées reçues*. Les Presses de l'Université de Montréal. <https://books.google.com/books?hl=fr&lr=&id=SY89DwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT13&dq=contraintes+g%C3%A9ographiques+%C3%A0+l%27acc%C3%A8s+aux+soins+de+sant%C3%A9&ots=mlP-x4dx1c&sig=QqnSskS76pIRBgN4WAy0OKyZkHE>

Tuo, P. (2019). *Accès et recours aux soins dans les centres de santé publics pour une émergence en Côte d'Ivoire*. ISBN: 978-2-312-06512-0, Les Editions du Net. <https://www.leseditionsdunet.com/livre/acces-et-recours-aux-soins-dans-les-centres-de-sante-publics-pour-une-emergence-en-cote>

Unicef. *Les Objectifs de Développement Durable (ODD)*, consulté le 10/10/2024 à 12 :42 sur <https://www.unicef.fr/qui-sommes-nous/objectifs-de-developpement-durable-odd/#:~:text=Lutte%20contre%20la%20faim%20%3A%20%3%A9liminer,tous%20%3%A0%20tous%20les%20%3%A2ges>

Véronique, L-G., Aurélie, P., Laure, C-R., Magali, C. (2016). *Pratiques spatiales d'accès aux soins*, Les rapports de L'IRDESS n° 564, <https://www.irdes.fr/recherche/rapports/564-pratiques-spatiales-d-acces-aux-soins.pdf>

Vigneron, E. & Haas, E. (2012). Les clefs de l'accès aux soins ; Inégalités sociales et territoriales. https://www.fehap.fr/upload/docs/application/pdf/2013-01/acces_aux_soins.pdf

Wilfried, M. G.-H., Jérôme, A.-N., & Valentin, E. K. (2018). Les Déterminants De L'accès Aux Services De Santé À Grand Bassam. *European Scientific Journal, ESJ*, 14(6), 124. <https://doi.org/10.19044/esj.2018.v14n6p124>

© 2024 OUATTARA, 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



Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, Volume 6 (3)

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

Received, 04 October 2024

Accepted, 30 December 2024

Published, 31 December 2024

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

To cite: Dohou (2024). Qualité de l'éducation et services de sante scolaires dans les établissements d'enseignement général au Bénin : Cas du collège de Djèrègbé. Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique. 6(3), 52-61. <https://doi.org/10.4314/rasp.v6i3.4>

Research

Qualité de l'éducation et services de sante scolaires dans les établissements d'enseignement général au Bénin : Cas du collège de Djèrègbé

Quality of education and school health services in general education establishments in Benin: Case of Djèrègbé college

DOHOU Modeste Crescence

Institut Universitaire Panafricain, Centre d'Etudes et de Recherches en Education et en Interventions sociales pour le Développement (CEREID/INJEPS-UAC), Bénin

Correspondance : Email : mdohou@yahoo.fr Tél +229 97 51 51 50

Résumé

Au Bénin, « une enquête globale sur la santé des élèves en 2009 », révèle plusieurs situations problématiques qui engendrent des échecs et des abandons scolaires dans certaines écoles. La présente étude s'est intéressée au cas du Collège d'Enseignement Général de Djèrègbé, dans la commune de Sèmè-Podji, au Bénin. Elle vise à identifier les causes des abandons scolaires pour raison de santé. A partir d'une approche qualitative centrée sur dix-huit (18) entretiens libres réalisés avec la communauté scolaire et les autorités, les résultats fondamentaux indiquent que tous les acteurs du collège de Djèrègbé sont déçus de la qualité de l'éducation. Cela provient du fait que le collège n'offre pas des soins de santé aux élèves et ne développe pas non plus des activités promotionnelles de santé. Ce laxisme est un problème majeur pour les parents. Car, économiquement faibles, ils souhaiteraient que leurs enfants soient médicalement pris en charge gratuitement afin qu'ils n'abandonnent pas l'école.

Mots clés : Santé scolaire – Education de qualité – Collège – Ecole –Inégalités.

Abstract

In Benin, "A Global Survey on the Health of Students in 2009" reveals several problematic situations that lead to failures and school dropouts in certain schools. This study focused on the case of the General Education College of Djèrègbé, in the commune of Sèmè-Podji, in Benin. It aims to identify the causes of school dropouts for health reasons. Based on a qualitative approach centered on eighteen (18) free interviews conducted with the school community and the authorities, the fundamental results indicate that all the actors of the Djèrègbé college are disappointed with the quality of education. This comes from the fact that the college does not offer health care to students and does not develop health promotional activities. This laxity is a

major problem for parents. Because, economically weak, they would like their children to be medically taken care of free of charge so that they do not drop out of school.

Keywords: School health – Quality education – College – School – Inequalities.

1. Introduction

Il existe un lien inextricable entre l'éducation et la santé. En lançant en 1995, l'initiative mondiale pour la santé à l'école, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) visait à promouvoir un environnement sûr et favorable à de bons résultats scolaires. Elle définit « la santé scolaire » comme l'ensemble des dispositifs qui protègent les élèves et soignent leurs maladies afin de favoriser leur réussite. Elle n'est pas dissociable de la « qualité de l'éducation ». Le rapport mondial de suivi sur l'Education Pour Tous (EPT) de 2005 a présenté un cadre d'analyse qui considère que la « qualité de l'éducation » dépend de quatre paramètres (UNESCO, 2004) : les caractéristiques des élèves et leur disposition aux apprentissages scolaires ; les éléments qui facilitent les apprentissages tels que les méthodes pédagogiques utilisées, les compétences et l'engagement des enseignants ou la gestion-organisation du système scolaire ; les ressources publiques consacrées à l'éducation, l'existence de normes éducatives nationales et les caractéristiques socioculturelles des élèves ; les résultats des processus d'apprentissage comme la capacité de lire, d'écrire et de compter. L'UNICEF a, pour sa part, une approche de « la qualité de l'éducation » qui donne la priorité à l'apprenant en le plaçant au centre du processus de l'éducation (UNICEF 2007). C'est cette approche qui nous intéresse parce qu'elle nous oriente vers la vie du sujet en éducation et tout ce qui peut l'affecter comme la santé.

En effet, « l'état de santé des acteurs de l'école est un facteur essentiel dans le fonctionnement des institutions éducatives » (N. Anon et S. Yeo, 2019, p. 2). C'est pourquoi, en cette année 2024, l'OMS a publié une ligne directrice relative aux « Services de Santé Scolaires » (SSS). Ce sont les « services de santé offerts aux élèves inscrits à l'enseignement primaire et secondaire par des professionnels des soins de santé ou associés, soit à l'école même (services de santé assurés à l'école) soit dans la communauté (services de santé liés à l'école) ». Le vœu de l'OMS est que les écoles promeuvent la santé scolaire en s'appuyant sur six piliers : « les politiques de l'école, l'environnement physique (notamment les programmes d'alimentation et de repas scolaires), l'environnement social, les cours de santé, la participation de la communauté et les services de santé ». Dans ce sens, on note parmi les activités des « Services de Santé Scolaires », les activités préventives, les activités promotionnelles et les activités curatives. Pour apprécier la qualité de toute éducation scolaire, il est évident que la santé scolaire soit donc prise en compte comme un volet central.

En Afrique, il existe des études relatives à la santé comme celles de D. Houéto et H. Valentini (2014), G. Nsakala et Y. Coppieters (2014) ; mais il faut reconnaître que « les travaux de recherche en Afrique consacrés à la santé des acteurs de l'école sont rares » (N. Anon et S. Yeo, 2019, p. 2). A. Dia (2023) a, quant à lui, cherché à comprendre comment les services de promotion de la santé en faveur des élèves sont organisés en Afrique de l'Ouest (Sénégal, Mali, Côte d'Ivoire, Burkina Faso, Bénin, Togo, Guinée). Son étude s'appuie sur une analyse des politiques de santé scolaire et de l'organisation de ces services, là où elles existent, ainsi que

sur des entretiens avec des professionnels de la santé et de l'éducation. Il ressort de sa recherche que, dans certains pays comme le Bénin, même s'il existe des documents de politique de santé à l'école, « ils sont noyés dans des directions du ministère de la Santé et n'offrent pas une grande visibilité ». Lesdits documents soulignent que « les services de santé scolaires contribuent à favoriser la santé et le bien-être, à surveiller, prévenir et traiter les problèmes de santé importants ou les affections touchant les élèves ». Pour l'organisation des services de santé, l'auteur identifie deux modèles sur le terrain : un premier modèle centré sur le milieu scolaire et où les prestations sont exclusivement réservées aux élèves. Ces centres médico-scolaires sont coupés des centres de santé de la localité et peuvent quelques fois manquer de spécialistes pour certaines affections. Le second modèle est observable au Burkina, au Togo et au Bénin : les centres de santé, en dehors des établissements, sont plus sollicités pour les soins aux élèves. Ceux-ci sont pris en charge dans ces centres de santé comme toute la population. L'avantage de ce modèle, selon l'auteur, « est qu'on peut y trouver des spécialistes de santé avec une bonne prise en charge ». Mais son inconvénient majeur est que « les élèves perdent beaucoup de temps dans les files d'attente. »

Déjà en 2013, la recherche collective de T. Lauwerier, M. Brüning et A. Akkari (2013) avait donné la parole à des acteurs locaux de la région de Comè. Ceux-ci ont stigmatisé « le manque de structures sanitaires et la nécessité de mettre en place dans les écoles des infirmeries ». Le Plan Sectoriel de l'Education post 2015 (MEMP, 2018) veut relever, à l'horizon 2030, tous les défis de « l'Education Pour Tous ». Ledit plan veut trouver un encrage solide dans les Objectifs de Développement Durable (ODD n°4) dont le quatrième objectif vise à garantir l'accès à tous et toutes à une éducation équitable, gratuite et de qualité à travers toutes les étapes de la vie, en éliminant notamment les disparités entre les sexes et les revenus. Combattre les abandons scolaires sous toutes ses formes devient un cheval de bataille pour les autorités du système éducatif béninois. Dans cet esprit, un Programme National de Santé de la Reproduction a été lancé qui comprend quatre volets : la santé de la femme, la santé de l'enfant, la santé des jeunes et la santé des hommes. Le volet santé des jeunes comporte l'éducation à la vie familiale et à la parenté responsable, la prise en charge de la santé de la reproduction des adolescents et jeunes y compris la prévention des comportements à risques, la lutte contre les grossesses non désirées. La gratuité des offres a encouragé plus d'un parent à solliciter les établissements d'enseignement secondaire général du public pour l'éducation de leurs enfants. Malheureusement, on constate que de nombreux établissements connaissent encore des abandons de classe. A ce sujet, les travaux de T. Gbaguidi (2017) et F. Akoha et al. (2022), révèlent que, dans plusieurs régions du Bénin, on observe des abandons de classe pour raison de santé ou de grossesses chez les élèves filles. Cela rend presque vains les investissements de l'Etat et des parents et compromet l'atteinte des objectifs de « qualité de l'éducation » ou de l'« Education Pour Tous » (Unesco, 2004). Pourquoi les abandons scolaires sont-ils si fréquents pour raison de santé ? Pour connaître les déterminants d'une telle situation, nous nous intéresserons au cas du Collège de Djèrègbé. A notre avis, les taux d'abandon des classes pour raison de santé sont élevés parce que les élèves ne bénéficient pas gratuitement des soins auxquels concourent les « services de santé scolaires ». L'objectif de notre recherche, dans cet établissement, est donc de rechercher les indicateurs d'existence et d'efficacité des « services de santé scolaires ». Spécifiquement, il s'agit d'identifier les structures d'activités curatives au

sein de l'établissement, ensuite de décrire les activités de « services de santé scolaires » disponibles dans cet établissement et enfin d'investiguer sur le rôle de la Commune et de l'Association des Parents d'Elèves dans la promotion de la « santé scolaire ». Dans notre développement, après avoir présenté la démarche méthodologique de cette recherche, nous exposerons les résultats obtenus et nous en ferons une discussion dans la dernière partie.

2. Méthodologie

Cette partie est structurée par la nature de la recherche, le terrain de l'étude et la population concernée, l'échantillonnage, la technique d'enquête et le cadre théorique d'analyse.

2.1. Nature de la recherche

Cette recherche est de type qualitatif. Elle consiste à saisir la représentation des acteurs de l'éducation dans le collège de Djèrègbé sur la « qualité de l'éducation », les problèmes de santé au sein de l'établissement et l'efficacité des « services de santé scolaires » afin de déterminer les causes des abandons scolaires pour raison de santé.

2.2. Présentation du terrain et population concernée.

Le Collège public de Djèrègbé est le plus grand établissement d'enseignement secondaire de l'Arrondissement de Djèrègbé, dans la commune de Sèmè-Podji, département de l'Ouémé, en République du Bénin. Il a été créé en 1980 et compte en 2023-2024, 2940 élèves, dont 1511 garçons et 1429 filles. Avec 60 groupes pédagogiques (38 au 1^{er} cycle et 22 au 2nd cycle), il occupe une superficie de deux (2) hectares. Il accueille des élèves provenant de Djèrègbé, Houenta, Kétomè, Adjatcha, Gbéflomè, Yagba, Gbokpa, Houèkè et Tohouè dont les parents sont, pour la plupart, des personnes sans activités stables. La scolarité est gratuite au 1^{er} cycle, pour les filles. Les localités de provenance des élèves qui fréquentent cet établissement sont en moyenne à deux kilomètres. Ce qui pose par ailleurs de nombreux problèmes d'accueil et de bien-être recherché par les élèves en dehors des heures de cours.

2.3. Technique d'échantillonnage

Cette recherche s'intéresse aux acteurs de la communauté éducative au sein du Collège de Djèrègbé et les élus locaux. Il s'agit respectivement des élèves, des enseignants, des membres de l'administration, parents d'élèves et autorités locales. Pour ce qui concerne les élèves, nous en avons choisis dans les classes de 3^{ème}, 2nde, 1^{ère} et Terminale. La raison qui a commandé ce choix est que ce sont des élèves qui ont déjà fait au moins trois années dans cet établissement ; par conséquent, ils sont dotés d'un capital symbolique qui les dispose à apporter à nos questions des réponses utiles. De même, nous avons veillé à avoir, dans l'échantillon retenu, des élèves originaires de toutes les localités d'où proviennent les élèves du collège de Djèrègbé. Cela a eu comme avantage majeur de nous renseigner sur les cas connus d'abandons scolaires pour raison de santé. Au total, une douzaine d'élèves ont participé à l'enquête. Les autres acteurs retenus sont : deux enseignants permanents ayant déjà fait trois années dans l'établissement, le Surveillant Général qui connaît presque tous les cas des élèves (absentéistes ou ayant abandonné), le Chef d'Etablissement, le Président de l'Association des Parents d'Elèves, conseiller local, et un Inspecteur de l'Enseignement du Second degré, membre du Conseil National de l'Education au Bénin. Cette deuxième catégorie d'acteurs compte six (6) personnes. Ce qui porte la taille de l'échantillon retenu à dix-huit (18) acteurs du terrain de notre étude. En définitive, cette taille provient d'une sélection commandée par un seuil de saturation très vite atteint avec une quinzaine d'acteurs eu égard à leur qualité.

2.4. Outil de collecte de données

Pour collecter les données, nous avons préparé un guide d'entretien suivant les deux catégories d'acteurs constituant l'échantillon retenu. Le guide d'entretien a été organisé autour des thèmes relatifs à nos objectifs spécifiques à savoir : identifier les structures d'activités curatives, décrire les activités de « services de santé scolaires » existantes, investiguer sur le rôle de la Commune et de l'Association des Parents d'Elèves dans la promotion de la « santé scolaire ». Avec les élèves, l'entretien a visé à rechercher les affections dont ils souffrent régulièrement, comment ils sont soignés lorsqu'ils tombent malades dans l'établissement, leurs camarades qui auraient abandonné les classes pour cause de maladie. Avec les enseignants, le surveillant et le directeur, le guide d'entretien nous a permis d'observer d'une part, comment l'administration gère les cas de maladie et, d'autre part, comment elle sensibilise les élèves sur la propreté de l'environnement, l'hygiène individuelle et collective, les maladies sexuellement transmissibles et non transmissibles. Enfin, avec le Président de l'Association des Parents d'Elèves, le guide d'entretien a été centré sur le rôle des parents dans les activités promotionnelles de la « santé scolaire ».

2.5. Méthode d'analyse des données

Etant entendu que nos hypothèses ont mis en relief quelques thèmes de façon transversale dans les entretiens, nous avons fait une analyse essentiellement thématique suivant le modèle d'A. Blanchet et A. Gotman (2010) pour traiter les données. « L'analyse thématique défait en quelque sorte la singularité du discours et découpe transversalement ce qui, d'un entretien à l'autre, se réfère au même thème. Elle ignore ainsi la cohérence singulière de l'entretien, et cherche une cohérence thématique inter-entretiens. » (A. Blanchet et A. Gotman, 2010, p 96). Ainsi, les entretiens ont été retranscrits pour obtenir un verbatim original. L'analyse des verbatim a tourné autour d'un noyau de sens hiérarchisé en thèmes principaux et en thèmes secondaires, de sorte qu'il a été possible de décomposer les entretiens et de dégager les énoncés porteurs de sens relativement à nos objectifs spécifiques. Les résultats obtenus ont permis des interprétations grâce surtout à certaines variations et aux éléments qui les expliquent. Ce type d'interprétation consiste à « prendre appui sur les éléments mis au jour par la catégorisation pour fonder une lecture à la fois originale et objective du corpus étudié » (A.D. Robert & A. Bouillaguet, 1997 : 31). Cette phase de l'analyse de contenu a été essentielle puisqu'elle a permis d'évaluer la valeur de notre hypothèse. Enfin, quelques inférences ont été possibles. L'« inférence » est un type d'interprétation contrôlée lors de laquelle on accomplit « une opération logique par laquelle on tire d'une ou de plusieurs propositions (...) une ou des conséquences qui en résultent nécessairement. Il s'agit donc de justifier la validité de ce qu'on avance à propos de l'objet étudié en exposant les raisons de la preuve » (A.D. Robert & A. Bouillaguet, 1997 : 32). Ceci a été utile pour la discussion que nous présenterons après l'exposé des résultats.

3. Résultats

Cette analyse permet de rendre compte, d'une part, de l'appréciation que les acteurs de ce collège donnent de la « qualité de l'éducation » donnée ou reçue et, d'autre part, des facteurs qui expliquent les abandons de classe pour raison de santé.

3.1. Déception des acteurs de l'éducation au collège de Djèrègbé

La plupart des acteurs du collège de Djèrègbé comprennent le lien logique entre « qualité de l'éducation » et « santé scolaire ». Pour le chef d'établissement, « *il n'est pas possible*

d'enseigner à des enfants malades ou affamés à qui les parents peinent à acheter des fournitures scolaires ». Le Président de l'Association des Parents d'élèves souligne que *« l'école a pour vocation d'enseigner et de soigner en ce sens, dit-il, qu'elle donne la matière pour garder son corps en bonne santé. »* En même temps, tous regrettent que les nombreux problèmes de leur établissement ne fassent pas l'objet de la préoccupation des autorités administratives et politiques de la Commune de Sèmè-Podji ou de l'Etat central. Ces problèmes sont : le manque de salles de classe, l'absence de bibliothèque, de laboratoire et d'infirmier. Ce sont là, selon eux, *« des handicaps à une éducation de qualité »*. Par ailleurs, l'établissement étant situé au bord d'une route inter-Etats, le niveau sonore élevé des klaxons de véhicule irrite les élèves et leurs enseignants et réduit leurs performances physiques et mentales. Un enseignant confie qu'il *« rentre toujours de cet établissement avec des maux de tête à cause des nuisances sonores »*. Mais quels sont les problèmes de cet établissement en termes de « santé scolaire » ?

3.2. Problèmes structurels de « santé scolaire »

Le premier constat est l'absence d'une infirmerie. Pour tous les élèves de ce collège, c'est un manque qui impacte négativement leur vie comme celle des enseignants et du personnel administratif. Le Président de l'Association des Parents d'Elèves affirme que disposer d'une infirmerie est une nécessité dans un établissement scolaire : *« il nous faut une infirmerie équipée et fonctionnelle pour que les élèves aient des soins appropriés »*. En effet, selon les acteurs de ce collège, l'absence d'une infirmerie a de nombreuses conséquences. D'une part, les cas de maladie qui surviennent dans l'établissement créent des difficultés de gestion à l'administration. Le surveillant dit *« faire face à des situations où il est démuné de moyens techniques et pratiques »*. D'autre part, pour des maux comme les accès palustres, les crises et pertes de connaissance, les entorses ou fractures de ligaments ou des os, la surveillance générale est obligée de référer les élèves vers les deux centres de santé les plus proches : le dispensaire St Vincent de Paul des Religieuses catholiques de Djèrègbé et le Centre de santé principal de l'Arrondissement de Djèrègbé. Dans ces deux centres de santé, les premiers soins administrés aux élèves sont parfois payés par le collège. Mais en raison des moyens financiers limités de l'établissement, les élèves ne sont plus référés à ces centres. Les parents des élèves qui ont accès à ces centres de santé de proximité n'ont pas les moyens pour continuer les soins exigés par les professionnels. Le surveillant regrette alors *« le manque de suivi des élèves malades »* qu'occasionne cette situation d'absence d'infirmier dans le collège. Les parents gardent leurs enfants pour essayer de les soigner avec des plantes. Un élève confie ceci : *« mon camarade ne venait plus à l'école parce que son papa n'a pas les moyens de le soigner et il l'a amené chez les féticheurs. Je ne l'ai plus jamais vu »*. Un enseignant nous informe que l'un de ses meilleurs élèves en mathématique *« est décédé à cause de la négligence de son cas... »*. Dans ce collège, il faut souligner également que les activités de promotion de santé sont rares.

3.3. Insuffisance d'activités de promotion de santé.

La promotion de la santé des élèves requiert la prévention et l'éducation à la santé. Le chef d'établissement convient que *« de nombreuses séances de sensibilisation soient organisées autour des questions d'assainissement de l'environnement et des mesures d'hygiène »*. Mais il reconnaît qu'il n'a que *« quelques séances de cérémonie de couleur pour attirer l'attention des élèves sur ces questions »*. Les élèves affirment avoir *« très peu de séances de sensibilisation »*. Ils estiment que *« l'établissement n'est pas propre »*, que *« les latrines sont mal entretenues »*. Ils dénoncent *« le manque d'eau potable »* et doutent de *« la qualité de certaines denrées »*.

alimentaires ». Cependant, la plupart des filles enquêtées remercient le Gouvernement pour le projet SWEED qui recense les filles démunies et leur apporte un soutien financier de même qu'une aide en éducation sexuelle afin de les préserver contre les maladies sexuellement transmissibles et les grossesses non désirées. L'une des élèves bénéficiaires s'exprime en ces termes « *Depuis deux ans, on me donne des informations sur ma santé et un peu d'argent pour mes linges de toilettes quand j'ai mes menstrues... Je sais également comment me comporter avec les garçons qui me cherchent* ». Dans le cadre de la prévention, il est à noter qu'aucune visite médicale n'est proposée aux élèves ; les vaccinations ne sont jamais faites non plus dans le cadre de l'établissement. Pendant la période de Covid 19, les dispositifs de lavage de mains ont été installés. A ce jour, aucun ne fonctionne et les élèves ont eux aussi perdu l'habitude de lavage régulier des mains. Or, affirme l'Inspecteur de l'Enseignement interviewé, « *nos mains sales sont des vecteurs de contamination* ». Que font la Commune et l'Association des Parents d'Elèves pour aider à maintenir les élèves en bonne santé dans leur établissement ?

3.4. Impuissance de la Commune et des Parents d'élèves

Dans la loi N° 2021-14 du 20 décembre 2021 portant Code de l'administration territoriale en République du Bénin, deux articles indiquent clairement la responsabilité de la Commune en matière de santé publique. Ainsi peut-on lire dans l'article 29 : « La commune concourt avec l'Etat et les autres collectivités à l'administration et à l'aménagement du territoire, au développement économique, social, sanitaire, culturel et scientifique ainsi qu'à la protection de l'environnement et à l'amélioration du cadre de vie ». L'article 46 va plus loin en soulignant que « la commune a la charge de la réalisation, de l'équipement et de la réhabilitation des centres publics de santé et de promotion sociale ». Malheureusement, dans la Commune de Sèmè-Podji, il n'y a pratiquement aucune activité ou projet en direction de la santé dans les collèges. Un membre de la commission des affaires sociales, sportives et culturelles de la Mairie nous confie que « *les moyens pouvant permettre de mettre sur pied des projets de construction des infirmeries dans les collèges n'existent pas* ». Il conclut en disant que « *cela relève des prérogatives du Ministère l'enseignement Secondaire et de la Formation Technique et Professionnelle* ». En prenant acte de l'inaction des autorités locales et gouvernementales, l'Association des Parents d'Elèves du Collège de Djèrègbé est très active et réfléchit aux voies et moyens de résolution de ce problème d'abandon des classes pour raison de santé. Tous appellent de leurs vœux la construction d'une infirmerie et le recrutement d'un personnel de santé qualifié. Cela nous permettra, dit le Président de l'Association des Parents d'Elèves, « *de sauver plusieurs de nos enfants et de permettre, par ailleurs, à notre établissement d'abriter les activités pédagogiques de l'examen du baccalauréat.* ».

4. Discussion

Les résultats ci-dessus exposés peuvent être synthétisés sous deux axes : d'une part, le sentiment de déception des usagers du collège d'enseignement général de Djèrègbé et d'autre part, l'inexistence des « services de santé scolaire ». Nous les confrontons, ici, aux auteurs dont l'approche a permis de faire l'état de la question dans notre problématique.

4.1. Qualité de l'éducation et bien-être total des sujets en éducation

En mettant l'apprenant au centre du processus de l'éducation (Unicef 2007) pour définir son approche de la « qualité de l'éducation », l'institution internationale au service de l'enfance

réajuste l'approche de l'Unesco où ne figurent point les considérations pour la santé des élèves. Les déceptions des acteurs de l'éducation du collège de Djèrègbé confirment que l'on ne peut parler de « qualité de l'éducation » ou de « l'Education Pour Tous » si les inégalités persistent au niveau des élèves en matière de santé. Le concept d'« éducation intégrale » qui promeut la prise en compte de toutes les dimensions de la vie d'un individu exprime mieux l'attente des usagers du collège de Djèrègbé. C'est un concept né de la philosophie chrétienne de Jacques Maritain et plus précisément de son ouvrage « *l'Education à la croisée des chemins* » (1947). L'auteur y a insisté pour que soient équilibrés les aspects matériels et spirituels de l'être humain par une « éducation intégrale ». Dès lors, le concept est utilisé pour viser à développer toutes les dimensions de la personne humaine : intellectuelle, physique, émotionnelle, sociale et spirituelle. Dans ce sens, il est de la responsabilité de l'Etat central de veiller, dans les écoles, à la santé des élèves comme un besoin fondamental de l'homme. La santé scolaire recouvrerait alors le bien-être corporel, mental et environnemental de chaque élève et exigerait la disponibilité et le fonctionnement d'une infirmerie, la disponibilité des soins en cas de maladie quand les élèves sont dans l'établissement et leur suivi médical.

4.2. « Services de Santé Scolaires », une utopie ?

Améliorer la qualité de l'éducation requiert de trouver des solutions à divers problèmes simultanés : fort taux d'abandon scolaire, faibles résultats des élèves en matière d'apprentissage, manque d'enseignants qualifiés (T. Lauwerier, M. Brüning et A. Akkari 2013). Notre recherche met en relief que, au Collège de Djèrègbé, les activités préventives, les activités curatives et les activités promotionnelles de la santé sont quasi inexistantes. Ceci confirme bien les résultats de N. Anon et S. Yeo (2019) qui ont démontré que « la promotion de la santé adoptée par l'Organisation Mondiale de la Santé, en novembre 1986, a connu des progrès considérables dans les autres parties du monde, sauf en Afrique, et plus particulièrement l'Afrique francophone où les actions entreprises dans ce sens connaissent un démarrage timide » (N. Anon et S. Yeo, 2019, p 3). Dans un contexte socio-économique difficile où les parents sont à la recherche du minimum vital, on peut comprendre que l'inexistence des « services de santé scolaires » puisse être la cause de l'abandon des classes de leurs enfants. A ce sujet, le Plan Sectoriel de l'Education post 2015 renseigne que « entre 2011 et 2015, la proportion des béninois vivant sous le seuil de pauvreté s'est accrue de 3,9 points de pourcentage pour se situer à 40% de la population en 2015 » (MEMP, 2018, p 24). Pour améliorer la situation, N. Anon et S. Yeo (2019) estiment nécessaire d'impliquer « les enseignants à côté des familles » de même que « les autorités politiques et les organisations de la société civile ». Nous avons remarqué que les enseignants, les autorités locales et l'Association des Parents d'Elève ne disposent pas de ressources intellectuelles, matérielles et financières pour œuvrer à la promotion de la santé. Pourtant, cela est d'importance suivant ce qu'affirment F. Calas, C. Reynaud et C. Caussidier (2012) : « l'éducation pour la santé doit être considérée comme une pratique transversale et non disciplinaire, et elle doit prendre en compte le développement de compétences psychosociales et environnementales ». C'est dans cette logique que C. Simar et D. Jourdan, 2010 déclarent que « les questions de santé ne peuvent être étrangères à qui s'intéresse à l'éducation des êtres-humains ». Ils suggèrent d'engager la responsabilité des autorités politiques et des collectivités locales pour que l'école réponde à ses

missions de « promouvoir la santé des élèves et de développer leurs compétences afin qu'ils puissent eux-mêmes adopter des comportements favorables à leur santé»¹.

5. Conclusion

Dans le système éducatif béninois, plusieurs facteurs sont à la base des abandons scolaires. Notre étude visait à rechercher les déterminants de ces abandons pour cause de maladie au Collège public de Djèrègbé. Il se révèle que cet établissement d'enseignement secondaire manque de « Services de Santé Scolaires ». Alors que les parents d'élèves y envoient leurs enfants espèrent qu'ils bénéficient gratuitement des soins de santé en cas de maladie, l'administration ne dispose pas de moyens suffisants pour faire face à leurs problèmes de santé. Il ressort également de cette recherche qu'il faille une « approche globale de la santé scolaire qui appelle une action multisectorielle et partenariale alliant divers intervenants au-delà du monde sanitaire » (Monneraud, 2010). La bonne santé des élèves est une condition essentielle pour bénéficier d'une éducation de qualité. Il fait partie des missions de l'école de contribuer à promouvoir la santé des familles, de la communauté et des enseignants en même temps que celle des élèves, à travers une éducation pour la santé fondée sur les compétences à acquérir et qui sont contenues dans les programmes scolaires. Aussi, dans l'éducation comme pour la santé, il s'agit de l'homme. Cette étude permet de regarder les établissements comme des espaces où le corps, le cœur, l'esprit, l'environnement, la santé, la culture sont investis dans une approche intégrative et holistique. De nombreux pays sont déjà dans cette perspective en mettant en place des types de structure de gouvernance qui révèle associent autorités politiques, collectivités locales, administration scolaire, enseignants, parents et élèves afin que personne ne soit exclu du système éducatif scolaire.

Références bibliographiques

Akoha F., et al. (2022) « Prévalence et facteurs associés aux grossesses en milieu scolaire au Bénin en 2021 » in Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, Volume 4 (1), pp 49-63

Anon N. et yeo S. (2019) « Education, santé et bien-être en Afrique » in Revue RETSSA, Vol 2, N° 4, Décembre 2019

Blanchet A. Et Gotman A. (2010) *L'enquête et ses méthodes. L'entretien*. Paris, 2^{ème} Ed. Armand Colin, 126 p.

Calas F., Reynaud C., et Caussidier C. (2012), « Éducation à la santé et pensée complexe : une approche globale pour la formation des enseignants » DOI : <https://doi.org/10.4000/rdst.575>

Dia A., (2023) « Étude des politiques publiques et organisation des services de santé scolaire dans sept pays d'Afrique de l'Ouest », Version of Record: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1879399123000209>

¹ www.education.gouv.fr, rubrique « La santé des élèves »

- Gbaguidi T. (2017) « Grossesses en milieu scolaire dans l'arrondissement central de la commune de Tchaourou (Bénin) : niveau, profil des femmes concernées et conséquences en matière de scolarisation » <https://doi.org/10.31730/osf.io/w39jt>
- Houeto, D. & Valentini, H. (2014). « La promotion de la santé en Afrique : histoire et perspectives d'avenir ». *Santé Publique*, s1, (HS), 9-20. Doi : <http://doi.org/10.3917/spub.140.0009>
- Lauwerier T., Brüning M. Et Akkari A. (2013) « La qualité de l'éducation de base au Bénin : la voix des acteurs locaux », Doi : <https://doi.org/10.4000/ree.7368>
- Maritain J. (1947) *l'Education à la croisée des chemins* » Paris : Egloff
- Ministère de la Santé Bénin (2011) « Enquête globale sur la santé des élèves au Bénin en 2009 »
- Ministère des Enseignements Maternel et Primaire du Bénin (MEMP), (2018). Plan Sectoriel de l'Education post 2015 (2018-2030) Tome 1
- Monneraud L. (2010), « Les collectivités locales et la santé des jeunes. Quel engagement à partir des compétences décentralisées ? » in *Agora débats/jeunesses* 2010/1, N° 54 pp 75-86
- Nsakala, G. & Coppieters, Y. (2014). L'approche « promotion de la santé », une alternative stratégique pour la santé des adolescents en République démocratique du Congo ? *Santé Publique*, s1, (HS), 89-98. Doi : <http://doi.org/10.3917/spub.140.0089>
- Robert A.D. & Bouillaguet A. (1997). *L'analyse de contenu*. Paris : PUF
- Simar, C. Et Jourdan, D. (2010). « Education et santé à l'école : étude de l'impact d'un dispositif de formation et d'accompagnement sur l'implication des enseignants dans une démarche de promotion de la santé », *Recherches & éducations*. <http://journals.openedition.org/rechercheseducations/561>
- Unesco (2004), *EFA global monitoring report 2005. Education for All, the quality imperative*, Paris, UNESCO.
- Unicef (2007), *Quality of Education*, New York, UNICEF.

© 2024 DOHOU, 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



Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, Volume 6 (3)

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

Received, 30 September 2024

Accepted, 28 November 2024

Published, 31 December 2024

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

To cite: Bilcha(2024). La santé digitale en Afrique : entre mythe et réalité. Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique. 6(3), 62-71. <https://doi.org/10.4314/rasp.v6i3.5>

Research

La santé digitale en Afrique : entre mythe et réalité.

Digital health in Africa: between myth and reality.

Mohamed Boubacar Bilcha

Département de philosophie, culture et communication, Université Abdou Moumouni, Niger

Correspondance : Email Mohamedbilchaboubacar@gmail.com ; Tel : +227-90-52-84-55

Résumé

Ce sujet s'inscrit dans le cadre de l'introduction des Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication (NTIC) dans le système sanitaire dans le monde et particulièrement en Afrique. Cette réalité qui contribue à l'amélioration des pratiques de soins rencontre des défis majeurs à relever en Afrique dont les réalités infrastructurelles restent encore inadaptées dans certaines localités. Cet article, dans sa démarche descriptive et analytique, examine les implications des nouvelles technologies dans le domaine de la santé en Afrique. C'est dans ce sens que les résultats attendus ont montré que la santé digitale dans le monde africain n'est pas exempte de défis et de limites : elle est ainsi un mythe parce que le monde rural africain n'a pas accès aux facilités digitales en matière de santé et réalité dans le monde africain urbanisé qui offre des opportunités pour la pratiquer. Il a été ainsi démontré que le taux de la digitalisation sanitaire est encore faible en Afrique. Le taux de couverture est estimé à 17,75 %. Ces chiffres, obtenus à partir des données sur les régions africaines, montrent que la santé digitale est relativement moins importante en termes de couverture globale.

Mots clés : Santé digitale, Monde africain, Mythe, Réalité.

Abstract

This subject is part of introducing new information and communication technologies (ICT) in the world's health system, particularly in Africa. This reality, which contributes to improving care practices, faces significant challenges in Africa, whose infrastructural realities are still unsuitable in some localities. In its descriptive and analytical approach, this article examines the implications of new technologies in the health field in Africa. It is in this sense that the expected results have shown that digital health in the African world is not free of challenges and limitations: it is thus a myth because the African rural world does not have access to digital facilities in terms of health and reality in the urbanised African world which offers opportunities to practice it. It has been shown that the rate of health digitalisation is still low in Africa. The coverage rate is estimated at 17.75%. These figures, obtained from data on African regions, show that digital health is relatively less important in terms of overall coverage.

Keywords: Digital health, African world, Myth, Reality.

1. Introduction

Les questions de la santé en rapport avec l'évolution de la technologie, préoccupent les sociétés humaines et fait ainsi l'objet des manifestations scientifiques tels que des colloques, des séminaires de recherches etc. En Europe par exemple et depuis 2011, un forum sur la bioéthique est créé pour parler des implications biotechnologiques sur les vivants. C'est dans la même perspective que l'Organisation Mondiale de la Santé a élaboré une « stratégie mondiale pour la santé numérique » pour la période 2020-2025. L'avènement des systèmes informatiques dans l'exercice de la pratique médicale a donné des avantages nombreux aux professionnels de la santé. Au-delà de ces avantages nombreux aux professionnels de la santé et aux patients, ce sont les systèmes organisationnels de toute la pratique médicale qui se métamorphosent grâce à l'arrivée de la médecine computationnelle. Celle-ci est une « modélisation informatique d'organes dont le but est de parvenir à une meilleure compréhension de l'anatomie et de la physiologie humaines » Christian Y. K. (2021, p. 186). Ainsi, la relation entre le médecin et le patient change progressivement et des nouvelles pathologies sont facilement détectables grâce à l'usage des technologies nouvelles en matière de santé. C'est à juste titre que d'autres explications de cette nouvelle pratique de la santé sont données par (Filali, et al., 2023, p.67) en ce sens qu' « en pratique la santé digitale, communément appelé(e) santé numérique ou e-santé décrit la combinaison de la médecine et de la technologie. » Il est important de rappeler que le téléphone portable, ou ce qu'on peut appeler le smartphone, joue un rôle incontournable en matière de santé digitale. Selon Al Dahdah. M (2019, pp. 101-102) à travers le téléphone portable il y a déjà une nouvelle forme de santé digitale appelée « mSanté » dont les promoteurs confirment que : « la mSanté serait une technologie rentable, capable d'assurer la qualité de soins, de rationaliser et de réduire les dépenses de santé tout en améliorant la relation » entre les patients et ceux qui les soignent. C'est dans cette démarche qu'il est intéressant de questionner la pratique de la santé digitale dans le monde africain. Nous posons, le postulat selon lequel la santé digitale fait face à des grands défis pour son effectivité d'une part. Cette santé connectée en Afrique peut relever ces défis si les pays africains se donnent les moyens, d'autre part. Ainsi, le problème fondamental que nous devons résoudre est de savoir : comment la santé digitale en Afrique, en termes de couverture, peut-elle être effective ? En quoi la santé connectée est-elle non effective ou mythique en Afrique ? En revanche, ne peut-elle pas devenir réellement effective ? Nous estimons que les recherches sur la santé digitale en Afrique sont encore moins nombreuses. L'objectif de cette étude, qui cherche à résoudre ce problème essentiellement technologique et sociologique, est de clarifier modestement les implications technologiques dans le domaine sanitaire en Afrique.

2. Matériels et méthodes

2.1. La recherche documentaire

Cette approche méthodologique nous a permis de réunir des informations, des données bibliographiques, en rapport avec notre thème de recherche. C'est dans ce sens que nous avons consulté des sources documentaires physiques (ouvrages, livres, manuels des revues...) et également nous avons eu recours à l'Internet que B.B Mohamed (2024, p.48) considère, dans son mémoire de Master, comme cet : « élément né de la technoscience et (permettant) aux scientifiques un meilleur exercice de leur métier ». En effet, si aujourd'hui le recours à cet outil est omniprésent dans la pratique scientifique, c'est parce que l'Internet est incontournable à tout point de vue de la recherche.

2.2 Le matériel, les outils et l'analyse des données

Pour mener à bien cette recherche, nous avons utilisé plusieurs logiciels et outils de travail à savoir : Word Office pour le traitement des textes, Excel pour l'analyse des données et la représentation graphique de celles-ci, Google Chrome pour la recherche d'informations utiles à notre étude et un logiciel de cartographie appelé : Map Chart. Celui-ci consiste à cartographier de manière personnalisable les pays et les continents. Il faut rappeler que cette étude est beaucoup plus documentaire. Ainsi, nous avons traité des données retrouvées sur la plateforme Do4africa. Ces données ont fait un état de lieu de la présence de la santé digitale en Afrique. Le traitement de ces informations nous a permis de faire des représentations graphiques et des tableaux. L'objectif, consiste à interpréter ces informations selon les indicateurs établis à cet effet. Notre échantillonnage consiste à subdiviser l'Afrique en cinq (5) régions et rechercher les indices de la présence de la santé digitale par pays et/ou par région concerné(e).

3. Résultats

3.1 Défis de la digitalisation sanitaire en Afrique

Le système de santé dans sa globalité se trouve être confronté à des difficultés liées à la pratique de la santé elle-même. Le défi de tous les défis, c'est bien l'absence des infrastructures numériques suffisantes, la pénurie des professionnels de santé en qualité et en quantité, l'enclavement des régions rurales africaines, le manque d'équipements et des technologies nécessaires à la digitalisation des soins mais aussi et surtout la fragilité des équipements et infrastructures existants.

3.2 L'absence des technologies sanitaires

L'Afrique fait face aux difficultés liées à l'accès aux infrastructures numériques. Ainsi, il est difficile que la population puisse utiliser la santé digitale ou la santé connectée. Nous pouvons décrire ces défis comme suit : le manque de réseau téléphonique pour faire des activités de santé digitale, il y a aussi le manque de connexion internet au profit des Cases de Santé Intégrées en Afrique non urbanisée. Un autre aspect, c'est l'absence des centres de formation numérique au profit de la population dans certaines régions africaines qui ont besoin des formations digitales à tout point de vue. Un autre frein qui a été identifié, c'est celui de la scolarisation de la population. Car la scolarisation peut avoir un impact fort pendant cette ère des technologies nouvelles et son effectivité peut contribuer à la pratique de la santé digitale.

3.3 L'accès aux digitalisations sanitaires en Afrique

Le monde africain qui s'urbanise ou en urbanisation présente beaucoup d'opportunités en matière de la santé digitale. Des études récentes ont été menées et ont prouvé cela. Ainsi écrivent Moyenga & al (2024, p.46) qu'en Afrique : « les services de santé sont souvent concentrés dans les zones urbaines, laissant la majeure partie des patients en zone rurale (environ 70%) ». Cette concentration des services des soins peut s'expliquer par le fait que la ville ou le milieu urbain présente beaucoup d'opportunités. Celles-ci sont favorables à l'exercice des pratiques de la santé digitale. Pour justifier tout cela, nous pouvons démontrer ces opportunités comme suit : la télémédecine, les applications mobiles de santé, les dossiers médicaux électroniques, l'intelligence artificielle et Big

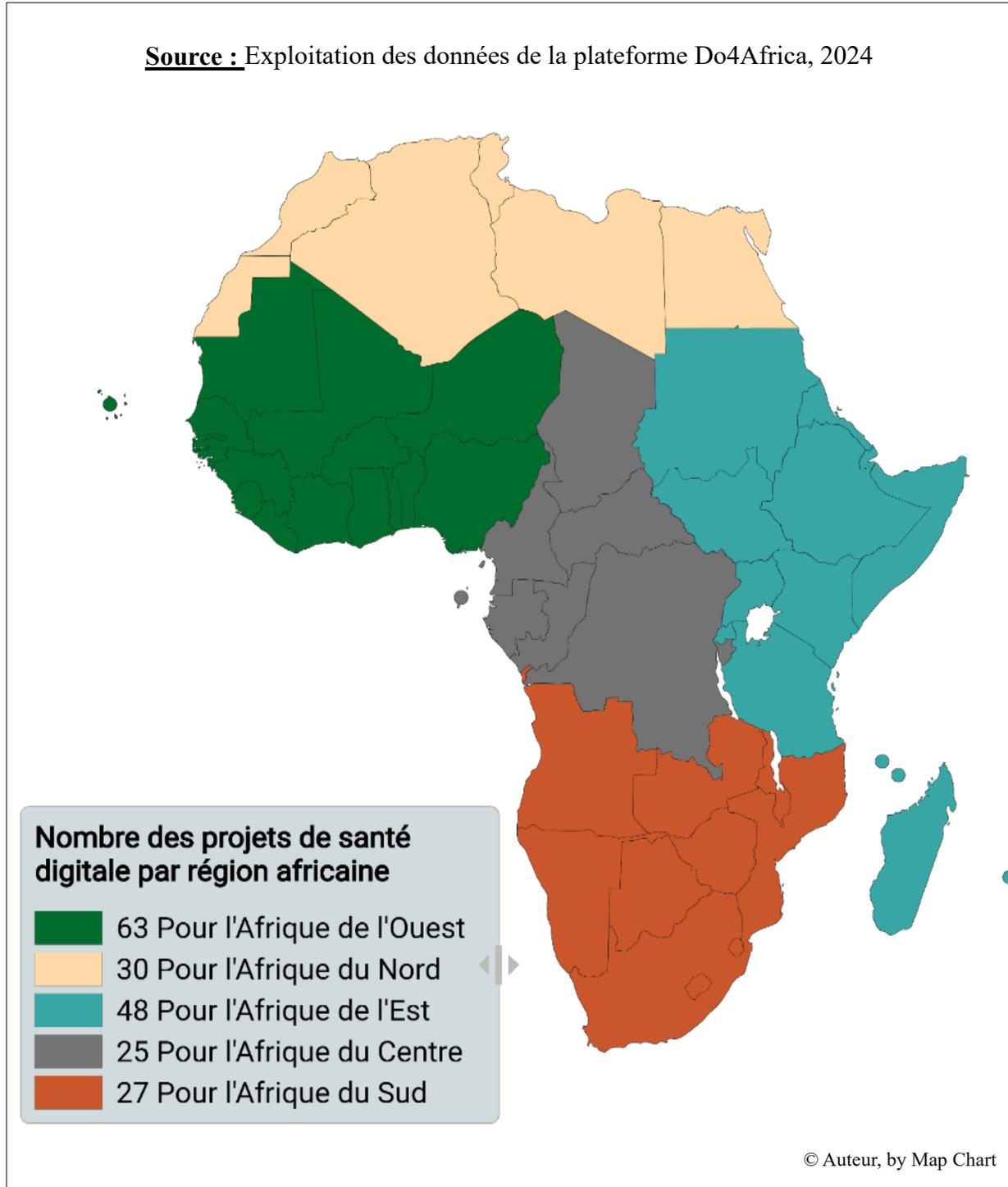
Data, les objets connectés de santé et l'accès facile aux formations digitales, l'éducation en santé numérique etc. Les opportunités de la santé digitale dans les régions africaines ayant des projets et programmes digitaux peuvent être les suivantes :

Les systèmes informatisés des données des patients
La pratique médicale à distance ou la télé-médecine
La consultation à distance ou la télé-consultation
La surveillance à distance des patients ou la télé-surveillance
La pharmacie à distance ou la télé-pharmacie
La sensibilisation à distance ou la E-Santé-Sensibilisation

Figure I : (SmartArt) opportunités de la santé digitale en Afrique

La représentation des régions africaines et celle des projets de santé digitale nous semblent être nécessaire à travers cette carte d'Afrique découpée en cinq (5) régions différentes. Pour rappel, ces données chiffrées ont été tirées sur la plateforme « Do4Africa ».

Source : Exploitation des données de la plateforme Do4Africa, 2024



Cette carte communique des informations des régions africaines et le tableau fait la description des ces régions et le nombre des pays. Et enfin une représentation graphique qui décrit la situation de la santé digitale par région africaine.

Tableau 1. Aperçu des données de santé digitale en régions africaines.

Régions	Nombre des pays	Projets santé digitale
Afrique de l'Ouest	16	63
Afrique de l'Est	14	48
Afrique du Nord	6	30
Afrique du Sud	10	27
Afrique du Centre	9	25
Total	55	193

Source : Exploitation des données de la plateforme Do4Africa, 2024

Le **tableau 1** et la **figure graphique 1** ci-dessous, présentent respectivement, l'aperçu des données de santé digitale en régions africaines et leur représentation graphique. Celles-ci ont été tirées dans le site web de la plateforme numérique Do4Africa dont l'objectif consiste à cartographier les projets digitaux en Afrique dans des nombreux domaines. Ainsi, le **tableau 1** présente 5 régions africaines et chacune possède le nombre des projets de santé digitale. La région Ouest-Africaine avec 16 pays et 63 projets de santé digitale, la région Est-Africaine 14 pays et 48 projets de santé digitale, la région Nord-Africaine 6 pays et 30 projets de santé digitale, la région Sud-Africaine 10 pays et 27 projets de santé digitale et enfin la région Centrale-Africaine 9 pays et 25 projets de santé digitale. On retrouve ainsi un total de 55 pays africains et 193 projets de santé digitale.

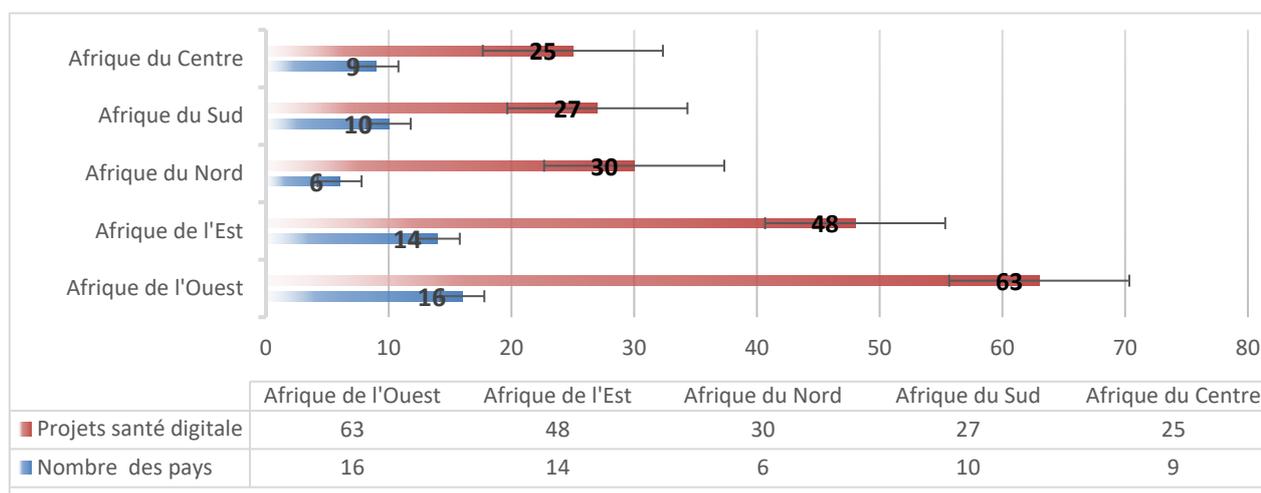


Figure graphique 1. Représentation de la santé digitale en Afrique.

Source : Exploitation des données de la plateforme Do4Africa, 2024

Quant à la représentation graphique 1, elle montre de manière graphique les données du tableau 1 ci-dessus. Elle montre l'Afrique de l'Ouest en première position en termes des projets de santé digitale : $63/16= 3,93$. La région Est-Africaine en deuxième position en termes des projets de santé digitale : $48/14= 3,42$. La région Nord-Africaine en troisième position en termes des projets de santé

digitale : $30/6= 5$. La région Sud-Africaine en quatrième position en termes des projets de santé digitale : $27/10= 2,7$. La région Centrale-Africaine en cinquième position en termes des projets de santé digitale : $25/9= 2,7$.

Tableau 2. Taux de couverture de la santé digitale en Afrique.

Régions	Liste des pays	Couverture Santé Digitale/ Pays africain	Couverture Santé Digitale/ Région africaine
Afrique de l'Ouest	Benin, Burkina Fasso, Cap-Vert, Cote d'Ivoire, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Liberia, Mali, Mauritanie, Niger, Nigeria, Sénégal, Sierra León et Togo.	3,93	32,64%
Afrique de l'Est	Comores, Djibouti, Ethiopie, Erythrée, Kenya, Madagascar, Maurice, Ouganda, Rwanda, Seychelles, Somalie, Soudan du sud, Soudan et Tanzanie.	3,42	24,87%
Afrique du Nord	Algérie, Egypte, Libye, Maroc, République arabe Sahraouie démocratique et Tunisie	5	15,54%
Afrique du Sud	Afrique du Sud, Angola, Botswana, Lesotho, Malawi, Mozambique, Namibie, Swaziland, Zambie et Zimbabwe.	2,7	13,99%
Afrique du Centre	Burundi, Cameroun, Congo, Gabon, Guinée Equatoriale, République Centrafricaine, République Démocratique du Congo, Sao-Tomé-Et-Principe et Tchad.	2,7	12,95%
Totaux	55	17,75	100,00 %

Source : Exploitation des données de la plateforme Do4Africa, 2024

4. Discussion

4.1 Situation de la santé digitale en régions africaines

Les résultats de cette étude montrent que l'Afrique de l'Ouest a beaucoup plus des projets en lien avec la santé digitale. Elle dispose d'une couverture de 32,64%. Mais, en termes de couverture par pays, c'est l'Afrique du Nord qui occupait la première place. Cette région africaine a su mettre des moyens pour l'urbanisation de ses localités. C'est pourquoi, nous pouvons estimer qu'il y a un fort impact de la présence de la santé digitale dans les pays qui s'urbanisent considérablement. Mais aussi, les pays ayant mis des moyens nécessaires dans le domaine des technologies sanitaires.

Ainsi, globalement vue, la santé digitale représente pour l'Afrique de l'Ouest un taux de couverture de 3,93 indicateurs par pays, l'Afrique de l'Est un taux de couverture de 3,42 indicateurs

par pays, l'Afrique du Nord un taux de couverture de 5,0 indicateurs par pays, et enfin respectivement pour chacune, la région centrale et la région sud-africaine qui disposent d'un taux respectif de couverture de 2,7 indicateurs par pays. Ces chiffres montrent que malgré la présence des projets de santé digitale importants en Afrique de l'Ouest, le taux de couverture indiqué et estimé par pays reste faible. C'est dans ce sens que la santé représente un mythe pour certains pays de l'Afrique de l'Ouest contrairement à ceux de l'Afrique du Nord où le taux indiquant la couverture de santé digitale est estimé à 5. Et, en tout état de cause, le taux de couverture pour toute l'Afrique serait estimé à 17,75 et à titre indicatif. Ces données indiquent une fois de plus, que nos postulats se confirment. C'est dans cette logique qu'il faut envisager des perspectives pour une réelle digitalisation sanitaire en Afrique et en passant par la clarification des grands défis pour l'opérationnalisation de l'effectivité de la santé digitale.

4.2 Défis de la santé connectée en Afrique

Ce sont les maladies tropicales connues traditionnellement qui présentent encore des défis à relever. Il s'agissait essentiellement du paludisme et bien d'autres maladies qui causent de la fièvre. Par conséquent, face à ces maladies, l'Afrique présente d'énormes difficultés en matière des ressources d'ordre financier, humain et logistique. Ces grands maux sanitaires africains, ne permettent pas au continent noir de pouvoir assoir une politique sanitaire efficace et aura d'énormes difficultés en matière de transition numérique dans le domaine de la santé. Ainsi, pour compléter ce raisonnement, une étude de l'Institut Français des Relations Internationales (IFRI) a montré trois (3) grandes difficultés de la pratique de la santé en Afrique. Il s'agit entre autres d' : « une structure financière ; un personnel compétent en nombre suffisant ; le support d'infrastructures » Jean-Michel, H. et al (2010,p.6).

Au regard des résultats de cette étude, il convient de voir que les systèmes de santé en Afrique, à plusieurs points de vue, présentent des difficultés de financement, de logistique, de structuration ou d'organisation. Les ressources humaines aussi font défaut. Celles-ci sont à la fois insuffisantes et manquent de la qualification nécessaire. Quant aux infrastructures, elles sont aussi insuffisantes au regard des besoins manifestement exprimés dans les recommandations des organisations internationales de la santé. Ces difficultés se présentent dans le monde africain rural où la logistique technologique présente des défis majeurs à relever. C'est dans cette perspective que Christian Y. K (2021, p. 184) écrit que : « les systèmes de santé en Afrique rencontrent beaucoup de difficultés organisationnelles » et dans la même perspective, il ajouta que « le personnel de santé en déficit, est régulièrement confronté au manque d'infrastructures et matériels médicaux. » Il décrit une situation de défaillance notoire des systèmes sanitaires en Afrique. Cette défaillance est beaucoup plus présente dans les zones africaines rurales où on note une absence réelle des infrastructures sanitaires et énergétiques pour l'opérationnalisation de la santé digitale.

C'est pourquoi, en Afrique, les responsables en charge des questions sanitaires doivent agir rapidement pour trouver des mécanismes permettant la digitalisation des systèmes sanitaires africains notamment en cette ère de l'évolution numérique où « les outils de santé digitale peuvent constituer une alternative pour soutenir une approche préventive de la santé » remarque Nahal. Y (2016. p178). C'est dans le même ordre d'idées que l'Afrique doit chercher les mécanismes appropriés pour sa digitalisation sanitaire.

4.3 Perspectives pour une réelle digitalisation sanitaire en Afrique

La pratique de la santé digitale doit devenir réelle en Afrique. Certains pays africains comme le Sénégal l'ont compris et en ont fait le cheval de bataille. Pour rayonner dans ce grand rendez-vous « du donner et du recevoir », le Sénégal a adopté un Plan Stratégique de Santé Digitale (PSSD) allant de la période 2018-2023 dans lequel sont clairement montrés les objectifs de la santé digitale qui « permet de rapprocher les populations des soins (...), d'améliorer la qualité des informations sanitaires et sociales, de renforcer les compétences des agents de santé, la gouvernance sanitaire » PSSD (2018-2023, p. 13). Ces objectifs bien expliqués dans ce plan stratégique du gouvernement sénégalais, montrent la nécessité pour les pays africains d'avoir le même engagement pour une réelle effectivité des pratiques digitales en matière de santé publique.

En effet, la santé digitale ou dite numérique, se construit autour de trois grands piliers à savoir : « les données, les traitements et les usages » Richard. C (2018, p. 202). Les patients ont facilement accès à leurs données sanitaires quand ils s'inscrivent dans la perspective de la santé digitale, celles-ci sont facilement traitées pour en faire l'usage nécessaire. C'est une nécessité pour tout le continent africain, car, selon Bourquard. K et A. Coat (2009, p. 283) « avec le développement de la télésanté, les échanges électroniques vont dans les prochaines années être en forte croissance ». En d'autres termes, l'évolution galopante des nouvelles technologies est un facteur important dans cette nouvelle marche des pratiques des soins. Les pays africains doivent collaborer et supprimer les frontières entre eux dans le but de partager les opportunités offertes par les systèmes digitaux en matière sanitaire. Si cela devient nécessaire, c'est parce que l'introduction des facilités digitales « dans le secteur de la santé et particulièrement dans la relation de soin a aussi pour conséquence de permettre au patient d'accéder plus facilement à des soignants non accessibles depuis son territoire de ressort » Williatte. L (2023, p.21). A titre illustratif, les technologies sanitaires développées en Afrique de l'ouest (63 projets) peuvent être utiles à l'Afrique de l'Est qui a (48 projets) ; Il s'agit d'une coopération technologique possible entre les pays ou les régions africaines.

5. Conclusion

Ce travail a étudié les défis de l'effectivité de la santé digitale en Afrique. Il a décrit ceux-ci tout en montrant aussi les opportunités qui se présentent pour la digitalisation sanitaire. Ainsi, nous avons bien constaté, à travers l'étude de la présence des projets de la santé digitale dans les régions africaines, qu'en effet les pays africains qui ont une meilleure urbanisation sont ceux qui ont réalisé des grands projets en matière de santé digitale. Il ressort aussi que certaines régions africaines ont bel et bien amorcé leur transition numérique. C'est le cas de la région nord-africaine dont l'indicateur est estimé à 5 par pays. Mais, il ressort de cette étude que la région ouest-africaine est la région la plus couverte avec un taux de 31,64 %. Et, globalement, si l'Afrique n'a pas pu amorcer sa transition numérique, nous avons estimé qu'elle a fait face aux défis logistiques, financiers, infrastructurels et même organisationnels. A ceux-là s'ajoutent les défis de l'énergie dans le monde africain. Cependant, le milieu urbain africain a plus d'avantages en matière de digitalisation sanitaire. Entre autres, il a l'accès facile à l'énergie, au financement des projets digitaux sanitaires, à la logistique, aux infrastructures et bien d'autres nécessités pour la pratique des soins digitaux. C'est une opportunité saisie par les professionnels de la santé publique.

Conflit of Intérêts

L'auteur déclare qu'il ne connaît aucun conflit d'intérêt à propos de cet article.

Références bibliographiques

- Christian, Y. K. (2021). Intelligence artificielle et systèmes de santé en Afrique. (Nzassa, Éd.) (7), pp. 184-190.
- Do4Africa. (s.d.). *Situation de l'e-santé en Afrique*. Consulté le 8 Aout, 2024, sur Do4Africa: <https://www.do4africa.org/situation-de-le-sante-en-afrique/>
- Filali, K. M., & Ouchi, A. (2023). Transformation digitale des organisations de soins : Facteurs d'adoption et scénario d'intégration. (R. c. gestion, Éd.) 2(36), pp. 65-91.
- Jean-Michel, H., Mouna, R., & Tchong, H. (2010, Juin). *TIC et Systèmes de santé en Afrique*. Consulté le 1 Septembre, 2024, sur IFRI: www.ifri.org
- Karima, B., & Coat, A. (2009). Une démarche d'élaboration de cadres d'interopérabilité ou de sécurité pour les systèmes d'information en Santé. (CNAMTS, Éd.) *Pratiques et organisation des soins*, 40(4), pp. 283-296.
- Lina, W. (2023). Le numérique en santé : une nouvelle opportunité pour le patient d'être un acteur de santé ? (JDSAM, Éd.) *Journal du Droit de la santé et de l'assurance - Maladie*, 1(36), pp. 18-24. doi:10.3917/jdsam.231.0018
- Marine, A. D. (2019). Les géants du numérique au chevet de l'Afrique. Le téléphone portable comme nouvel outil de santé globale. (Karthala, Éd.) *Politique africaine*, 4(156), pp. 101-119.
- Mohamed, B. B. (2024). *La technoscience dans l'évolution de nos sociétés contemporaines: apport de Bernard Fletz*. Université Abdou Moumouni, FLSH, Niamey.
- Moyenga, B. W. (2024). Barrières et facilitateurs de la télémédecine en Afrique: cas de la télé-ophtalmologie. *Revue Africaine Des Sciences Sociales Et De La Santé Publique*, 6(2), pp. 45-56. doi:<https://doi.org/10.4314/rasp.v6i2.4>
- Nahal, Y. (2016). Les futures missions du pharmacien et les objets connectés. (A. p. Hegel, Éd.) *Hegel*, 2(2), pp. 178A-178A.
- OMS. (2021). stratégie mondiale pour la santé numérique. 2020-2025. Genève. Récupéré sur <https://apps.who.int/iris>
- PSSD. (2018-2023). *Plan Stratégique Santé Digitale*. Stratégique, Ministère de la Santé et de l'Action sociale.
- Richard, C. (2018). La Médecine numérique: nouvelle spécialité...nouvelle médecine ! *Association pour la Revue Hegel*, 3(3), pp. 199-206.

© 2024 Bilcha, Licensee Bamako Institute for Research and Development Studies Press. Ceci est un article en accès libre sous la licence the Créative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>)

Note de l'éditeur

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



Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, Volume 6 (3)

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

Received, 30 September 2024

Accepted, 28 November 2024

Published, 31 December 2024

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

To cite: Manan (2024). *Logiques des agents de santé communautaire à la croisée de l'enjeu de la promotion contraceptive à Gagnoa (Côte d'Ivoire)*. *Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique*. 6(3), 72-87. <https://doi.org/10.4314/rasp.v6i3.6>

Research

Logiques des agents de santé communautaire à la croisée de l'enjeu de la promotion contraceptive à Gagnoa (Côte d'Ivoire)

Logics of community health actors at the crossroads of contraceptive promotion in Gagnoa (Ivory Coast)

MANAN Gnamien Elie¹

¹*Groupe de Recherche Pluridisciplinaire en Politique Sociale et Système de santé (GREPSYS), Université Alassane Ouattara (RCI)*

Correspondance: elielelesaint95@gmail.com

Résumé

En Côte d'Ivoire, les disparités géographiques de la prévalence contraceptive (estimée à 15% en milieu rural et 21% en milieu urbain) ont poussé les autorités sanitaires à impliquer les Agents de Santé Communautaire (ASC) dans la promotion des méthodes modernes de contraception. C'est à ce titre que le projet de « *Distribution à Base Communautaire des Contraceptifs* » (DBC) a été initié en 2016 dans les aires sanitaires de Gagnoa sous l'impulsion de l'UNFPA. Cependant, cet enjeu étatique est contrarié par les logiques différentielles de ces agents servant d'interface entre les services locaux de santé sexuelle et reproductive et leurs communautés respectives. A cet effet, l'objectif de la présente était de comprendre l'influence des logiques des agents de santé communautaire sur l'enjeu de la promotion contraceptive à Gagnoa. Pour réaliser cette ambition, nous avons conduit une étude qualitative dans 10 districts sanitaires exprimée par la recherche documentaire et des entretiens individuels approfondis auprès des agents de santé communautaire (20), des agents de santé-superviseurs (05), des membres (05) de l'équipe cadre du district. Au titre des résultats, il ressort que l'enjeu de l'adoption du projet DBC à Gagnoa était de réduire le taux élevé de mortalité maternelle liée aux grossesses à risque. Pourtant, les ASC des localités ont développé à l'égard du projet des perceptions rattachées à des logiques mercantilistes. Ce qui a impacté négativement leur engagement dans les activités promotionnelles dans la durée de cette initiative.

Mots-clés : Logiques, Agents de santé communautaire, promotion de la santé, contraception, Côte d'Ivoire

Abstract

In Côte d'Ivoire, geographical disparities in contraceptive prevalence (estimated at 15% in rural areas and 21% in urban areas) have led health authorities to involve Community Health Workers (CSO) in the promotion of modern methods of contraception. It is in this capacity that the project of «Community-based distribution of contraceptives» (CBD) was initiated in 2016 in the health areas of Gagnoa under the leadership of UNFPA. However, this state issue is thwarted by the differential logic of these agents acting as an interface between local sexual and reproductive health services and their respective communities. To this end, this paper aimed to understand the influence of community health workers' logic on contraceptive promotion in Gagnoa. To achieve this ambition, we conducted a qualitative study in 10 health districts expressed by literature research and in-depth individual interviews with community health workers (20), health supervisors (05), and members of the district management team (05) In terms of results, it appears that the issue of adopting the DBC project in Gagnoa was to reduce the high rate of maternal mortality linked to high-risk pregnancies. However, the local CSAs have developed perceptions of the project related to mercantilist logic. This has negatively impacted their engagement in promotional activities throughout this initiative.

Keywords: Logics, Community health workers, health promotion, contraception, Ivory Coast

1. Introduction

L'implication des communautés dans les initiatives de santé demeure un enjeu capital pour la réalisation de la Couverture Sanitaire Universelle (CSU) (Manan *et al.* 2024). Depuis Alma Ata en 1978, l'OMS recommanda les Soins de Santé Primaires¹ (SSP) pour garantir des prestations de santé de qualité accessibles (financièrement et géographiquement) à toutes les couches sociales (OMS, 1978). Plus tard, à l'Initiative de Bamako (IB) en 1980, la participation communautaire fut préconisée aux Etats dans le but de réduire efficacement les inégalités en santé (Kobelembe, 2005). Ces engagements internationaux en faveur de l'équité et de l'engagement communautaire en santé ont été renforcés par la suite à la conférence d'Astana en 2018. Celle-ci a été sanctionné par

¹ Ce sont des « soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et des techniques pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté avec leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer à tous les stades de leur développement dans un esprit d'auto-responsabilité et d'autodétermination. Ils sont le premier niveau de contact des individus, de la famille et de la communauté avec le système national de santé, rapprochant le plus possible les soins de santé des lieux où les gens vivent et travaillent, et ils constituent le premier élément d'un processus ininterrompu de protection sanitaire »

l'adhésion des parties prenantes à l'opérationnalisation de la CSU par le biais des Soins de Santé Primaires Durables (SSPD) (OMS, 2018).

Dans le contexte africain, les conférences d'Addis Abéba en 2006 et d'Ouagadougou en 2008 ont été les catalyseurs des politiques d'approche communautaire en santé. A ces assises, les partenaires techniques et financiers (OMS, ONUSIDA, UNICEF et Banque mondiale) du secteur de la santé ont encouragé les états africains à :

- créer un environnement favorable pour le développement de la santé communautaire
- améliorer le financement des programmes de santé communautaire
- faire de la participation communautaire un maillon essentiel de la mise en œuvre des politiques de SSP (MSHP, 2017).

En Côte d'Ivoire, les autorités sanitaires ont opté pour la Distribution à Base communautaire des Contraceptifs (DBC) pour améliorer de l'utilisation des services de Planification Familiale (PF) conformément dans les pays du Partenariat de Ouagadougou (PO)² (MBOU F.B. et al, 2015). A cet effet, le Programme National de Santé Mère-Enfant (PNSME) a formalisé en 2014 l'intégration de la promotion et l'administration des méthodes contraceptives (PF) au paquet d'activités des ASC (MSHP, 2014 ; MSHP, 2019). Avec l'appui technique et financier du Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA), l'initiative de la DBC fut progressivement mise en œuvre dans les districts sanitaires dont ceux de Gagnoa en 2016.

Cependant, malgré cette volonté institutionnelle de promouvoir localement les contraceptifs à travers les ASC, les disparités géographiques demeurent dans les données de la couverture des services de PF. Selon la récente « *Enquête Démographique et Sanitaire* » (EDS), la prévalence contraceptive est estimée à 15% en milieu rural contre 21% en milieu urbain (INS, 2021). Cette inégalité dans la couverture des services de Santé Sexuelle et Reproductive (SSR) à l'échelle nationale se ressent sur les chiffres des besoins non satisfaits (BNS) en matière de PF. En clair, chez les femmes en union, ces besoins sont estimés à 21,8% en zone urbaine contre 22,9% en zone rurale ; quant aux femmes non en union et sexuellement actives, ce même indicateur s'élève à 39% en milieu rural contre 30,4% en milieu urbain (INS, 2021).

Ainsi, tous ces indicateurs montrent que cette promotion endogène des contraceptifs tarde à porter ses fruits notamment dans les districts sanitaires de Gagnoa où la contre-performance des services de PF était l'une des causes de la mortalité infantile estimé à 236 pour 100.000 naissances en 2016. Lors de l'enquête exploratoire, les ASC de Gagnoa ont développé des logiques à la fois d'adhésion et de résistance vis-à-vis du projet ; ceci a influencé sur la pérennité de leurs activités promotionnelles des contraceptifs. Dans la littérature, des initiatives de santé communautaire ont

² Ce partenariat inclut en plus de la Côte d'Ivoire, le Bénin, le Burkina Faso, la Guinée, le Mali, le Mauritanie, le Niger, le Sénégal et Togo pour attirer l'aide financière des pays développés et des bailleurs de fonds pour améliorer leurs indicateurs en PF. Cette initiative favorisa le décaissement de 100 millions d'euros entre 2011 et 2016 de la part du gouvernement français.

fait l'objet de perceptions hostiles de la part des prestataires communautaires et des communautés bénéficiaires. Sombié I et al (2015) ont révélé des cas de violences physiques envers certains ASC au Burkina Faso. En cause, les populations percevaient la participation communautaire comme un mécanisme d'exploitation des agents de santé et des membres des comités de gestion des centres de santé. Au Brésil, Selma L et al (2007), a observé le désistement des ASC dans plusieurs initiatives de promotion de la santé.

A cet effet, la présente étude a cherché à élucider cette question :

Comment les logiques des ASC influencent-elles l'enjeu de la promotion contraceptive à Gagnoa? De cette question directrice a découlé trois interrogations spécifiques à savoir :

- Quels sont les enjeux de la promotion locale des contraceptifs dans les aires sanitaires de Gagnoa ?
- Comment les ASC perçoivent-ils leur implication à la promotion locale des contraceptifs ?
- Comment les logiques développées par les ASC agissent-elles sur leurs activités promotionnelles des contraceptifs ?

L'ambition de ces questionnements était de comprendre l'influence des logiques des ASC sur l'enjeu de la promotion contraceptive à Gagnoa. De manière, il s'est agi d'abord de décrire les enjeux de la promotion locale des contraceptifs à Gagnoa, ensuite d'analyser les perceptions des ASC à l'égard du projet DBC et enfin d'appréhender l'influence des logiques des ASC sur leur niveau d'engagement aux activités promotionnelles des contraceptifs.

2. Matériels et méthodes

Cette section aborde distinctivement les sites de l'étude, la population cible, les techniques de collecte et d'analyse des données et la théorie convoquée pour analyser les données.

2.1 Sites de l'étude

Réalisée de Janvier à Juin 2021, l'étude s'est déroulée dans le département de Gagnoa situé au Centre Ouest de la Côte d'Ivoire. Dans le découpage de l'administration sanitaire, le département de Gagnoa est subdivisé en deux districts sanitaires. Dans chaque district, seules les aires sanitaires abritant le projet DBC ont été sélectionnées pour l'investigation (Voir figure 1). En sommes, 10 aires sanitaires ont été concernées par l'étude ; Au niveau du district sanitaire de Gagnoa 1, on a Mahidio, Guessiho, Kakrédou, Gnagbodougnoa, Logobia. Quant aux aires sanitaires du District Sanitaire de Gagnoa 2, nous avons Dahiépa-kéhi, Grand-Zia, Siégouekou, Belam, Gazahio.

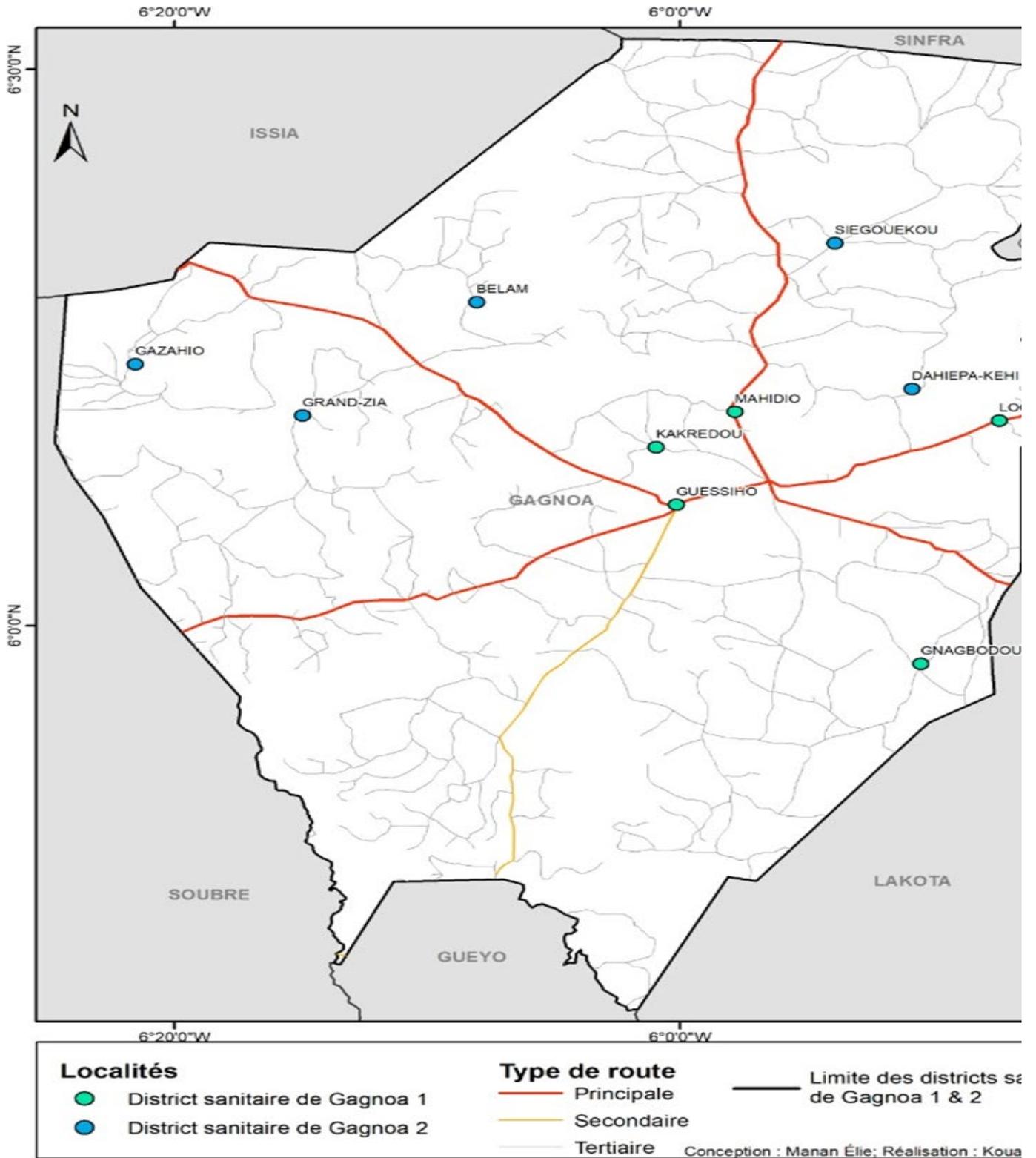


Figure 1 : Carte des districts sanitaires du département de Gagnoa

2.2 Population cible

Les unités d'observation de cette étude qualitative ont été des acteurs clés dans le cadre du projet DBC. Il s'est agi des ASC et des membres de l'équipe cadre des districts et les agents de santé superviseurs. Après constatation de la saturation des informations pendant l'investigation de terrain, nous avons interrogés 20 ASC, 5 membres de l'équipe cadre des districts et 10 agents de santé-superviseurs.

2.3 Techniques de collecte et d'analyse des données

La recherche documentaire et l'entretien individuel semi directif ont été mobilisés comme techniques d'investigations pour atteindre les objectifs de l'étude. Concernant la recherche documentaire, une grille de lecture a permis de consulter les documents officiels et les archives du projet DBC en vue d'une compréhension globale des enjeux de l'adoption dudit projet à Gagnoa. S'agissant des entretiens individuels, ils ont été réalisés à l'aide d'un guide d'entretien dans le but de recueillir les informations au sujet de l'incidence des perceptions des ASC sur leurs activités promotionnelles dans le cadre du projet.

Au niveau de l'analyse des données, nous avons opté pour une analyse de contenu assisté par le logiciel Word (Version 2013). En effet, après la codification des verbatim des enregistrements audio des entretiens, nous avons effectué un tri thématique. De manière explicite, les informations pertinentes provenant de chaque unité d'observation ont été en fonction des objectifs de l'étude. Cette opération a permis de faire la triangulation des données empiriques pour une compréhension approfondie et objective des logiques controversées des ASC.

2.4 Théorie d'analyse des données

La théorie de la logique des acteurs de CROZIER et FRIEBERG (1981) a été convoquée pour expliquer scientifiquement les données recueillies. Cette théorie repose sur les analyses des perceptions, attitudes et comportements tant individuelles que collectives guidées par des logiques spécifiques à chaque individu ou à chaque groupe social. Son recours a été d'un apport capital pour déceler les déterminants profonds des perceptions et comportements des ASC dans le cadre de la mise en œuvre des projets de santé communautaire.

3. Résultats

3.1 Description de l'enjeu de la promotion locale des contraceptifs à Gagnoa

La vulgarisation de la DBC dans les districts sanitaires de Gagnoa répond à un enjeu national et local.

3.1.1 Portée nationale du projet DBC

Le projet DBC rentre dans le cadre de la volonté étatique de mettre à échelle la politique nationale de délégation des tâches en SR/PF (MSHP, 2019). Edictée en 2019, elle a pour objectif de pallier le déficit du personnel de santé qualifié dans les zones rurales. En effet, l'inégale répartition des agents de santé sur le territoire national avec une forte concentration dans les régions du sud du pays, notamment à Abidjan accentue l'indisponibilité ou la discontinuité des services de SSR/PF dans les localités rurales (Ministère du Plan et du Développement, 2020).

A ce titre, en mettant en œuvre la politique de délégation de tâche en SR/PF, l'Etat ivoirien veut « *une Côte d'Ivoire où aucune femme ne meurt en donnant la vie et où chaque personne naît en bonne santé et vit une sexualité et une reproduction saines* ». En clair, cette vision prône l'amélioration de la santé sexuelle et reproductive des femmes et des adolescentes pour juguler la problématique de la mortalité maternelle et infantile. Pour parvenir à cet idéal, cette politique novatrice doit permettre de « *contribuer à l'atteinte de la couverture sanitaire universelle et aux besoins de la population ivoirienne en santé pour assurer l'équité, l'accessibilité et l'efficacité des services de SR/PF* ».

En outre, la délégation des tâches en milieu communautaire requiert le transfert des tâches du délégant³ (le gynécologue-obstétricien, le médecin généraliste,) au délégataire⁴ (les ASC, les travailleurs sociaux, les praticiens de la médecine traditionnelle, les pairs éducateurs et les matrones). Le tableau 1 met en lumière les tâches rattachées à chaque intervention déléguée dans le volet PF.

³ Le délégant ou délégateur, est la personne qui donne une délégation

⁴ Le Délégataire est la personne qui reçoit la délégation, chargée de réaliser celle-ci.

Tableau 1 : Interventions et tâches déléguées au niveau communautaire

Interventions	Tâches à déléguer
Administration des méthodes contraceptives de longue durée d'action (DIU, Implant)	<ul style="list-style-type: none"> • Communication pour le Changement Social et de Comportement (CCSC) • Recensement • Recherche de perdues de vue • Orientation
Administration des méthodes contraceptives de courte durée d'action (Pilules)	<ul style="list-style-type: none"> • Promotion (CCSC) • Initiation à la prescription • Administration • Suivi • Rapportage • Orientation
Contraception d'urgence	<ul style="list-style-type: none"> • Promotion (CCSC) • Recensement • Recherche de perdue de vue • Orientation
	<ul style="list-style-type: none"> • Promotion (CCSC) • Initiation à la prescription • Administration • Suivi • Rapportage
Administration des méthodes contraceptives de courte durée d'action en sous cutané (Injectable à seringue standard)	<ul style="list-style-type: none"> • Promotion (CCSC) • Initiation à la prescription • Administration • Suivi • Rapportage • Orientation
Administration des méthodes contraceptives de courte durée d'action en sous cutané (Injectable à seringue pré rempli : Sayana Press)	<ul style="list-style-type: none"> • Promotion de la santé(CCSC) • Distribution • Administration • Suivi • Rapportage
Préservatifs masculins et féminins	<ul style="list-style-type: none"> • Promotion (CCSC) • Distribution • Suivi • Rapportage
Administration du Dispositif Intra Utérin dans le Post Partum	<ul style="list-style-type: none"> • Promotion (CCSC) • Recherche de perdue de vue • Orientation

Source : MSHP, 2019

Au regard de ce tableau, les délégués au niveau communautaire sont chargés de faire la CCSC, le recensement, la recherche de perdues de vue, l'orientation, l'initiation à la prescription, l'administration, la distribution, le suivi, le rapportage et l'orientation. Ces tâches sont orientées vers l'administration des méthodes contraceptives (implant, DIU, préservatifs, contraception d'urgence, injectables...). Le délégué est chargé d'assurer la formation et le coaching des délégués afin de renforcer leurs compétences.

3.1.2 Portée locale du projet DBC

L'adoption du projet DBC dans les districts sanitaires de Gagnoa avait un enjeu sanitaire. En 2016, la mortalité maternelle dans le département de Gagnoa était de 236 pour 100.000 naissances. Ainsi, la contribution des ADBC dans la fourniture et le rapprochement des méthodes contraceptives en milieu rural pourrait combler les besoins non satisfaits en matière de PF causes des grossesses à risques. Les dires d'un membre de l'Equipe Cadre du District (ECD) de Gagnoa 1 ont traduit cette satisfaction au sujet de l'adoption du projet DBC :

« C'est un bon projet de l'UNFPA pour la planification familiale parce que quand les naissances sont trop rapprochées il y a un risque de décès maternel. Donc après chaque accouchement on propose la PF à la femme pour lui permettre de faire reposer son utérus qui est à la base un muscle. C'est dans ce sens que nous avons lancé une requête à l'UNFPA pour avoir le projet » (M.T, membre de l'ECD, 11-01-2021 à 10h)

Pour les professionnels de santé interrogés, le projet DBC est une panacée aux kilomètres que parcouraient les communautés situées à plus de cinq (05) kilomètres du centre santé pour s'approvisionner ou de se réapprovisionner en produits contraceptifs. Les dires d'un IDE confirment cette perception :

« Je prends le cas du préservatif ; tu sais que les préservatifs ne sont pas vendus au centre de santé. Donc les ASC sont censées faire une boutique ambulante au sein de la communauté. Si un jeune veut aller jouer son match à minuit il sollicite l'aide de l'ADBC donne-moi un préservatif, j'ai un match tout à l'heure. »

Enfin, la participation des ASC est un apport aux barrières linguistiques auxquelles sont confrontés les agents de santé lors des séances de sensibilisation. Lesdites séances n'aboutissaient pas aux effets escomptés parce qu'elles se déroulaient en français. Ainsi, les personnes comprenant uniquement leur patois n'appréhendaient pas les informations de PF véhiculées lors de la sensibilisation de stratégies fixe ou avancée. Avec la sensibilisation en langue locale, les ASC remédient à ce problème. Cette idée est relayée dans les dires de M. SX, IDE :

« Pour établir un programme de sensibilisation, l'ADBC est très important parce que c'est lui qui est auprès de la communauté, donc c'est lui qui sait tout. Même si on doit parler en langue ou bien fait un truc pour les sensibiliser, c'est cet agent qui est mieux adapté pour communiquer avec eux. »

Somme toute, le projet DBC devait permettre aux femmes en âge de procréer des communautés rurales de Gagnoa d'avoir localement les services de PF à travers les activités des ASC.

3.2 Analyse des perceptions des ASC à l'égard du projet DBC

L'analyse de contenu des verbatim a permis de déceler au sein des ASC des perceptions à connotation collective et individualiste.

3.2.1 Des perceptions à connotation collective des ASC

Les ASC percevaient leur adhésion au projet DBC comme un moyen pour contribuer au bien-être sanitaire et socio-économique de leur communauté. A propos du bien-être sanitaire, les ASC cherchaient à aider les femmes en âge de procréer de leur communauté contre mortalité maternelle, néonatale et infantile. Ces dernières sont en proie avec des grossesses tardives, nombreuses, précoces et rapprochées par faute d'accessibilité aux services de PF. Par conséquent, à travers la distribution locale des contraceptifs, elles pouvaient contrôler leur fécondité. La joie exprimée par des femmes après l'adoption des produits contraceptifs suite à leurs activités promotionnelles était le réel bénéfice de certains ASC. Ces propos confortent cette position :

« Moi je suis un planteur, mais c'est parce que j'aime le métier que je le fais. D'ailleurs l'argent que je gagne dans ma plantation fait que je m'en fou de cela, mais on le fait parce qu'on aime la communauté et on est dans la communauté. Quand tu vois des mamans qui sont là qui souffrent et tu leurs donnent des explications, c'est une bénédiction »

S'agissant du volet économique, des ASC perçoivent leur participation au projet comme une contribution à l'épanouissement de leur communauté respective. En effet, les difficultés financières vécues par les habitants de leur localité sont imputées à l'absence d'adoption de la PF. La paupérisation croissante des communautés rurales visitées est imputée en grande partie à la multiplicité des enfants par ménage. L'absence des mesures contraceptives plonge de plus en plus la population dans l'extrême pauvreté. Chaque famille se retrouve certes avec plusieurs enfants mais les sources de revenu des parents sont en deçà des besoins du ménage. Etant en majorité des cultivateurs, le revenu annuel issus des cultures de rente (Cacao, café, Hévéa...) n'arrive pas à nourrir, vêtir, soigner et scolariser convenablement les enfants. C'est ce qui ressort dans les dires de cette ASC de Logobia :

« En tout cas ce qui me motive est que je suis contente parce que les femmes souffrent beaucoup parce que je vois que quelqu'un à 1 ou 2 hectares de cacao et qu'il a 10 enfants. En plus le nombre de ses enfants dépasse ce qu'il gagne. »

3.2.2 Des perceptions à connotation individualiste

La nature de ces perceptions se rapportait à la satisfaction personnelle des ASC à travers leur implication au projet DBC. Deux facteurs ont été mis en avant par les ASC. Premièrement, certains percevaient leur nouveau statut comme l'assouvissement de l'amour éprouvé à l'égard de la corporation de la santé. Ils auraient voulu embrasser une carrière dans l'un des métiers de la santé conventionnelle (médecin, infirmier, sage-femme ou auxiliaire en santé) si leur parcours scolaire

n'avait pas été interrompu pour diverses raisons (*manque de moyens financiers, manque de suivi des parents...*). Ainsi, en occupant la fonction d'ASC dans la communauté, cela représente une aubaine de compensation pour ces personnes qui désiraient appartenir au corps médical. En dehors des activités de vaccination, de paludisme, le cahier de charge de ces derniers a pris en compte la PF avec l'avènement du projet DBC dans lequel ils sont appelés « ADBC ». Pour eux, leur sollicitation est un signe de reconnaissance de la part des autorités sanitaires et de la communauté. Le témoignage d'un ASC atteste l'amour de son statut dans le système de santé.

Parce que j'aime le travail d'ASC. Donc quand ils m'ont pris dans DBC j'ai encore plus aimé ce que je fais au village même. Parce moi je voulais travailler à l'hôpital. Donc j'aime la chose, c'est pourquoi je suis encore là »

Par contre, d'autres ASC ont perçu leur adhésion au projet comme une source de revenus compensatoire des activités champêtres. A l'instar des projets communautaire en santé, des dispositions de motivations avaient été prévues pour les ASC. C'étaient des primes de formation et des primes de performance en fonction des contraceptifs oraux vendus. Ces garanties leur permettraient de se procurer de la main d'œuvre pour leurs activités champêtres pendant les activités du projet DBC. C'est ce qu'affirme cet ASC en ces mots :

« Quand la motivation ça va, tout est facile parce que tu sais que même si tu ne vas pas aux champs là-bas là tu vas gagner quelque chose pour boucher » (M.B, ASC de Siégouékou)

3.3 Influence des logiques des ASC sur leur niveau d'engagement aux activités promotionnelles des contraceptifs

A la lumière des données, nous avons constaté que les logiques guidées par des motivations financières des ASC ont influencé leur engagement dans les activités du projet. Pendant notre investigation, des comportements d'abandon des activités du projet DBC ont été observé chez tous les ASC. Cette situation est déterminée par les dysfonctionnements dans la mise en œuvre de cette initiative dans les districts sanitaires de Gagnoa 1 et 2. Au nombre desdits dysfonctionnements, il y a premièrement l'indisponibilité des intéressements financiers des ADBC. L'UNFPA, en tant que bailleurs de fonds, n'a guère rémunéré les activités des ASC concourant à une démotivation dans le rang de ces derniers comme l'attestent leurs dires ci-après :

« On nous envoie des miettes, formation 1000F, 2000F et c'est fini. Moi j'ai arrêté cette histoire d'ADBC là »

« Mais l'État pouvait penser à nous. Pour nous trouver des pourboires chaque mois. C'est ça la vraie source de motivation, parce-que comme on le dit, aujourd'hui on vit de ça. Tu ne peux pas tourner le dos à ton travail champêtre et t'investir dans l'histoire d'ADBC et après tu n'as rien »

Par ailleurs, cette absence de rémunération du projet DBC a poussé certains ADBC à se consacrer entièrement à leurs activités agricoles pour subvenir aux besoins de la famille. Pour ceux-ci, le projet DBC est une perte de temps puisqu'il ne leur assure pas une garantie financière qui serait

une compensation du délaissement de leurs travaux champêtres au détriment des activités promotionnelles de la PF. Sur cette question, un ADBC affirme ceci :

« Quand la motivation ça va, tout est facile parce que tu sais que même si tu ne vas pas aux champs là-bas là tu vas gagner quelque chose pour boucher. Mais tu vas là-bas et ton champ là il n'y a rien de bon là-bas, tes enfants ont faim. Donc tu préfères aller au champ tu vas nourrir ta petite famille. »

En sus des actes de transhumance ont été rapportés par les enquêtés, En clair des ASC ont délaissé le projet DBC pour d'autres initiatives plus lucratives se déroulant dans leur localité. En effet, étant des personnes influentes dans leur localité, les ASC sont sollicités pour la mise en œuvre de maintes initiatives de développement local. S'inscrivant dans une lignée mercantiliste, ces derniers s'impliquent alors dans les initiatives offrant une importante rémunération au détriment de celles n'offrant pas une garantie financière conséquente. Les propos d'un agent de l'ECD de Gagnoa 1 mettent en lumière cette situation fréquente au niveau des relais communautaires :

« À cause de ce statut et la motivation, les communautaires de manière générale en CI font de la transhumance par rapport aux projets qui donnent le plus de moyens. Donc ils sont à cheval entre plusieurs initiatives qui se déroulent dans leur localité. Le programme de santé communautaire est en train de travailler sur cette problématique du maintien des ASC dans les projets »

Pour preuve, nous avons observé cette situation de transhumance chez un ADBC qui a abandonné le projet DBC pour un autre projet plus lucratif. C'était une initiative adoptée par l'UNICEF consistant à déclarer tous les enfants du village à la mairie de Gagnoa pour la procuration des jugements supplétifs. Il nous a confié les bénéfices qu'il a obtenus à travers ce projet dans ce qui suit :

« Il y a une ONG en partenariat avec l'UNICEF et la mairie qui fait des jugements, ils m'ont choisi. Ils nous ont donné des motos, je suis à près de 150 jugements. Donc quand il y a une motivation ça nous arrange. Cela fait que je fais le boulot convenablement. Même le salaire est petit et mais chaque fin du mois on te donne. »

L'inexistence de la motivation prévue par le bailleur a engendré l'abandon total des activités promotionnelles des contraceptifs à Gagnoa.

4-Discussion

4.1 Alignement des enjeux de la DBC aux orientations étatiques en santé communautaire en Afrique

En Afrique, même si l'amorce de la santé communautaire a été tardive (Coady D et al, 2004 ; Ride V et al, 2015 ; Jourdan et al, 2012), des efforts étatiques de formalisation de l'approche communautaire en santé sont observés depuis ces trois dernières décennies. En Côte d'Ivoire, les initiatives de santé communautaire (comme le projet DBC à Gagnoa) sont encadrées deux orientations officielles. Il s'agit du plan national stratégique de santé communautaire (qui est un cadre global) et la politique de délégation de tâche en SSR. Ces documents officiels renseignent sur la vision, les objectifs, les acteurs et les stratégies de mise en œuvre des interventions communautaires pour éviter les déperditions. Cette volonté d'institutionnaliser la santé

communautaire a été également observé dans un rapport de l'UNICEF (2019) sur les politiques et programmes de santé communautaire en Afrique de l'Ouest et du Centre. Ledit rapport a montré que sur les 20 pays enquêtés, 18 (dont la Côte d'Ivoire) ont partagé au moins un document spécifique à la santé communautaire. Au nombre de ces documents répertoriés, on a 12 politiques officielles, 17 plans stratégiques, 10 plans d'action et 14 guides de mise en œuvre.

Dans l'exécution de ces volontés étatiques, les ASC, membres des communautés, sont formés à mener des activités promotionnelles, préventives et curatives. Celles-ci se rapportent à des services variés comme la lutte contre les maladies vectorielles telles que Ebola en République Démocratique du Congo (OMS, 2018) et le paludisme au Sénégal (Faye O et al. 2012), la Planification Familiale (PF) à Madagascar (Brunie A et al, 2011) et dans les pays de l'Afrique de l'Ouest (MBOW F.B. et al, Op cit), le VIH en Egypte (Zurayk H et al, 1994).

4.2 Facteurs des logiques de désistement des ASC dans les initiatives d'approche communautaire en santé

Malgré la volonté des états de formaliser la santé communautaire, le financement des activités reste majoritairement tributaire de l'aide des partenaires techniques et financiers. Dans le cadre du projet DBC à Gagnoa, l'UNFPA n'a pas assuré la pérennité des fonds alloués à la motivation pécuniaire des ASC. Cette situation était liée à la crise de la Covid 19 qui a impacté les ressources des organismes internationaux. Les ASC associés au projet ont alors abandonné leurs activités de promotion des contraceptifs dans leur communauté respective.

D'autres études ont à leur tour confirmé l'incidence négative du manque de financement sur l'adhésion des acteurs de santé communautaire. Tchétché et al (2017) ont souligné qu'en Côte d'Ivoire les échecs de divers programmes de santé notamment celui de santé communautaire sont consécutifs à un désalignement entre la planification et la budgétisation des actions et des stratégies du système de santé. L'un des facteurs de ce désalignement est la faible contribution des bénéficiaires au budget qui est en rapport avec l'inexistence ou le dysfonctionnement des Comités de Gestion (COGES). Bhattacharyya et al (1997) a révélé que le succès de l'approche communautaire reposait sur des moyens financiers pérennes. En clair, pour ces chercheurs l'adhésion ou non des ASC à des programmes de santé est relative à des facteurs d'incitations qui sont la rémunération satisfaisante, la possibilité d'emploi salarié, le respect et reconnaissance par la communauté, la participation de la communauté à la sélection des ASC. A l'opposé, la mauvaise sélection des ACS, le manque de respect de la part des personnels de santé, la non-appartenance des ASC à la communauté sont brièvement des facteurs de désincitation des ACS. Ouedraogo et al (2024) ont à leur tour notifié que l'insuffisance des ressources endogènes dans les structures communautaires (Coges) a mis en mal la prise en charge des maladies infantiles au Burkina Faso.

En outre, l'absence de financement locale sape les perceptions des acteurs locaux à l'égard des projets de santé communautaire. Sombié et al (2015) ont révélé qu'au Burkina Faso des cas de violences physiques envers certains ASC parce que les populations percevaient la participation communautaire comme un mécanisme d'exploitation des agents de santé et des membres des comités de gestion des centres de santé ; Elles stipulaient que l'engagement communautaire à la santé (assister aux séances de causeries, participer aux travaux de construction ou de nettoyage)

était une perte de temps. Pareillement au Brésil, où Selma L et al (2007) ont observé le désistement des ASC dans plusieurs initiatives de promotion de la santé à la suite de la répression communautaire de leurs activités.

5. Conclusion

La présente étude a cherché à comprendre l'influence des logiques de ASC sur la mise en œuvre de la promotion locale des contraceptifs à Gagnoa à travers le projet DBC II ressort de cette investigation que les logiques mercantilistes des ASC des localités de l'étude ont justifié l'abandon des activités promotionnelles des contraceptifs. L'enjeu local de réduire la mortalité maternelle à travers le rapprochement communautaire des services de PF a été sapé par les dysfonctionnements dans la mise en œuvre du projet. En clair, la dépendance économique à l'UNFPA a engendré cette contre-performance dudit projet à Gagnoa.

Eu égard aux failles relevées, nous formulons les recommandations ci-après pour la redynamisation de la participation communautaire en santé en Côte d'Ivoire :

- inciter les élus locaux et les collectivités territoriales à participer aux financements locaux des activités communautaires en santé
- redynamiser l'organisation et le fonctionnement des Coges-santé pour la mobilisation des ressources domestiques sous la guidance des parties institutionnelles (DSC) et communautaires (Chefferie).
- formaliser le statut de l'ASC à travers l'édiction de la base officielle des ASC par aire sanitaire en veillant à l'application des critères et de la procédure de sélection des ASC ;
- programmer des séminaires nationaux de formation des ASC aux valeurs de citoyenneté et solidarité

Les prochaines investigations devront approfondir les leviers d'ancrage locale des projets de santé communautaire pour garantir leur appropriation et leur pérennité.

Remerciements

Nos remerciements vont à l'endroit du Professeur Tchétché Obou Mathieu, Coordonnateur du Groupe de Recherche Pluridisciplinaire en Politique Sociale et Système de santé (GREPSYS) de l'Université Alassane Ouattara pour ses orientations sans oublier les acteurs des sites d'étude pour leur sens d'ouverture.

Conflits d'intérêt

L'auteur déclare aucun conflit d'intérêt.

Références

Bhattacharyya, K., Winch, P., Karen, L., & Tien, M. (1993). les ASC: Effets des incitations et des désincitations sur leur motivation, le maintien en poste et la durabilité, basic

- support for institutionalizing child SURVIVAL, 15p. Disponible sur : <http://www.basics.org>
- Brunie, A., Hoke, T.H., & Razafindravony, B. (2011). La DBC de Contraceptifs Injectables Dans Le Contexte Africain : Essai En Communauté À Madagascar, in *Cahiers D'études et de Recherches francophones/Santé* 21 (1) Pp : 21–26.
- Coady, D., Grosh, M., & Hoddinott, J. (2004). Targeting of Transferts in Developing Countries: Review of Lessons and Experience. Washington, World Bank, IFPRI. 25p
- Faye, O., Poli, F., Ly, F., & Thuaut, A. (2014). Acné de La Femme Adulte : Étude Clinique En France et En Afrique Sub-Saharienne. In *Annales de Dermatologie et de Vénérologie*, N°141 Pp : 336–45. Elsevier. Disponible sur <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0151963814000763>
- INS, (2016). Enquête par grappes à indicateurs multiples (MICS), 430p
- Jourdan, D. (2012). Quarante ans après, où en est la santé communautaire ? 20p
- Kobelembi, F. (2005). Le comportement sexuel des adolescents à Bangui (RCA), in *African Population Studies Vol.20 n°2/Etude de la population Africaine vol. 20 n°2*. Pp. 65-99
- Manan, G.E, (2024). Logiques socio-culturelles associées à la distribution à base communautaire des contraceptifs dans l'aire sanitaire de Guibéroua (côte d'ivoire). in *'Melanges philosophiques'* Volume 8, Collection *Arc en ciel*, éditions *l'harmatan Côte d'Ivoire*, Pp 108-135
- Mbow, F.B., Ningue, E., Diop, N., Mané, B., & Nguouana. R, (2015). “La délégation des tâches au niveau communautaire dans le domaine de la planification familiale dans les pays du Partenariat de Ouagadougou : Expériences et leçons apprises pour une mise en œuvre effective – Rapport de synthèse”. Dakar : Population Council. 51p
- MHSP. (2019). Politique Nationale de Délégation des Tâches en Santé de la Reproduction/ Planification Familiale, 43p
- MSHP. (2014). plan d'action national budgétisé de planification familiale 2015-2020, 13p
- MSHP. (2017). Plan stratégique de santé communautaire en Côte d'Ivoire 2017-2021, 72p
- OMS. (2018). Considérations relatives à la communication des risques et à l'engagement communautaire (CREC) : Réponse d'Ebola en République démocratique du Congo, 37p
- OMS., & UNICEF. (1978). Alma-Ata : les soins de santé primaires. Rapport de la Conférence internationale sur les soins de santé primaires Alma-Ata (URSS), 6-12 septembre 1978pp. 2-6. [Visité le 04/02/2023]

- Ouedraogo, H.S., & al. (2024). *Implication des structures communautaires dans la prise en charge des maladies infantiles à Bousouma et Boussé, Burkina Faso*, Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, 6 (2), 19p
- Ride, V., Rossier, C., Soura, B., Kadio, K. (2015). La difficile mise en œuvre d'une approche communautaire de sélection des indigents en zone lotie de la ville de Ouagadougou au Burkina Faso, in Cahiers réalisme, Numéro 4, 23p
- Selma, L., Uchida, S., & Jardim, T.A. (2007). Un Agent de Santé Communautaire : Un Travail Où L'on S'Expose, in *Travailler* Numéro 1 PP : 97– 124.
- Sombié, I., David, O.S., Soubeiga, A.K., Samuelsen, H. (2015). 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, in *Global Health Promotion* 1757-9759 ; Vol 0(0) PP : 1–9
- Tchetche, O.M., Samba, M., Nahounou, N. (2017). Analyse du processus de planification et de budgétisation du secteur de la santé en Afrique de l'Ouest : l'exemple de la Côte d'Ivoire, in *cahiers réalisme*, numéro 14, PP 4-25
- UNICEF. (2019). Politiques et programmes de santé communautaire en Afrique de l'Ouest et du Centre, 140p
- Zurayk, H., & Younis, N. (1994). « Comment repenser la politique de planification familiale à la lumière des recherches sur la santé génésique ? ». In : « Population : problèmes et politiques », Revue internationale des sciences sociales, n° 141, Paris, Unesco, Eres, PP 493-512.

© 2024 Manan, Licensee *Bamako Institute for Research and Development Studies Press*. Ceci est un article en accès libre sous la licence the Créative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>)

Note de l'éditeur

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



Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, Volume 6 (3)

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

Received, 12 October 2024

Accepted, 12 December 2024

Published, 31 December 2024

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

To cite: Traore et al. (2024). Influence de la motivation au travail des agents sur la performance du centre de santé de référence de la commune III du district de Bamako. *Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique*. 6(3), 88-104. <https://doi.org/10.4314/rasp.v6i3.7>

Research

Influence de la motivation au travail des agents sur la performance du centre de santé de référence de la commune III du district de Bamako.

Influence of workers' work motivation on the performance of the referral health centre in commune III of the Bamako district.

Yaya Traoré^{1,*}, Yacouba Belem², Hawa Traoré³

¹ Institut National de Formation en Sciences de la Santé, Bamako, Mali

² Institut National de Formation en Sciences de la Santé, Bamako, Mali

³ Centre de Santé de Référence (CSRéf) de la Commune III, Bamako, Mali

* **Correspondance** : yayaoumar28@gmail.com ; Tel : (+223) 89604444.

Résumé

La démotivation des agents au travail affecte négativement le fonctionnement des structures sanitaire. La résolution de cette problématique nécessite des investigations approfondies pour identifier les causes réelles et proposer des solutions adéquates. Cette étude vise à analyser les facteurs de démotivation au travail du personnel du CSRéf de la commune III du district de Bamako et l'impact de leur motivation sur la performance de la structure. Nous avons réalisé une étude qualitative auprès de 23 agents à travers des entretiens semi directifs, une revue documentaire et une analyse du contenu selon Miles et Huberman (2003). Les résultats de l'étude ont permis d'identifier des facteurs de démotivation au niveau de l'organisation des services tels que l'inadaptation et l'insuffisance des salles de consultation et d'hospitalisation, l'irrégularité de la formation continue, la faiblesse des salaires et la gestion de carrière des agents des collectivités. En revanche, certains facteurs comme les horaires et la charge de travail, la communication interne, le choix des participants à la formation et l'adéquation des thèmes, la gestion des ristournes et de la carrière des agents de l'Etat contribuent à une bonne motivation des agents. Concernant le style de management des supérieurs hiérarchiques, la majorité des agents étaient satisfaits des prises de décision ; les relations sociales et la gestion des conflits. Selon les agents, la motivation au travail a un impact positif sur la performance du CSRéf. L'adoption d'un bon système de motivation des agents inspiré de cette étude s'impose donc au CSRéf.

Mots clés : Influence, Motivation, Agents, Performance, CSRéf Commune III

Abstract

The demotivation of agents at work negatively affects the functioning of health structures. The resolution of this problem requires in-depth investigations to identify the real causes and propose adequate solutions. This study aims to analyse the factors of demotivation at work of the staff of the CSRéf of Commune III of the district of Bamako and the impact of their motivation on the performance of the structure. We carried out a qualitative study with 23 agents through semi-directive interviews, a

documentary review and a content analysis according to Miles and Huberman (2003). The study's results made it possible to identify demotivation factors at the organization of services such as the inadequacy and insufficiency of consultation and hospitalization rooms, the irregularity of continuing training, low salaries and the career management of community agents. On the other hand, certain factors such as schedules and workload, internal communication, the choice of training participants and the adequacy of themes, the management of discounts and the career of government employees contribute to good motivation of employees. Concerning hierarchical superiors' management style, most employees were satisfied with decision-making, social relations and conflict management. According to employees, motivation at work has a positive impact on the performance of the CSRéf. Adopting an exemplary system of motivation for employees inspired by this study is therefore essential for the CSRéf.

Keywords: Influence, Motivation, Agents, Performance, CSRéf Commune III

1. Introduction

A l'image du reste de l'Afrique subsaharienne, la problématique de la gestion de la ressource humaine pour une optimisation du rendement des structures sanitaires reste d'actualité au Mali. Ainsi, une étude sur la mise en place d'un système d'incitation statutaire pour gérer la mobilité des fonctionnaires dans les zones difficiles a été commanditée par le Commissariat au Développement Institutionnel (CDI). Elle cherchait à remédier au problème de la réticence des fonctionnaires à travailler dans les zones difficiles en instaurant un nouveau système d'incitation qui permette une meilleure répartition des effectifs, une amélioration des méthodes de gestion des carrières et une atténuation des difficultés propres à ceux qui servent dans des zones difficiles (Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, Mali, 2008). En plus, l'évaluation du précédent Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social (PDDSS) rapporte que globalement, 60% des fonctionnaires interrogés sont démotivés. Parmi les raisons, il y a l'insatisfaction des rémunérations qui est de loin la plus fréquente, suivie de l'insuffisance des moyens de travail, l'absence de considération et la mauvaise répartition du travail (PDDSS, 2014-2023). Le rapport d'évaluation de la gestion des ressources humaines dans les établissements hospitaliers du Mali a montré qu'il n'existe pas dans les établissements hospitaliers de politique écrite de motivation du personnel. La majorité du personnel n'était pas satisfaite de la motivation appliquée. Ainsi, le taux de non-satisfaction du personnel varie de 91 % pour l'hôpital Fousseyni DAOU de Kayes à 17% pour l'Hôpital Mère –Enfant Le Luxembourg. Le principal motif évoqué par le personnel pour justifier leur non-satisfaction est le faible taux des primes et indemnités accordés. A cela s'ajoute la non-application des primes de responsabilités à certains agents (ANEH, 2014).

Une étude qui s'est intéressée à l'émigration des médecins maliens a montré qu'entre 1990 et 2012, 2787 médecins ont émigré. 51,87% et 20% des médecins trouvent respectivement leurs conditions de travail moyennement satisfaisantes et insatisfaisantes. Plus de 65% ont l'intention d'émigrer. Parmi eux, presque la moitié projetait de partir parce qu'elle voulait une meilleure rémunération étant donné que les salaires étaient assez faibles (Diarra, 2014). Cette émigration affecte indirectement la performance des services par la fuite des cerveaux et l'insuffisance du personnel qu'elle engendre au niveau des centres de référence. Les Centres de Santé de référence (CSRéf) de Bamako ne sont pas exemptés des effets de la démotivation des agents. En effet, ils ont connu des arrêts de travail en 2019 suite à la grève du personnel des six (6) CSRéf de la commune de Bamako pour exiger l'application effective des 30% de ristournes (Traoré, 2019). Selon la même source, cette grève a affecté considérablement la prise en charge des patients dans lesdites structures. Cette situation qui d'ailleurs n'est pas la première au Mali, témoigne que la démotivation des agents est de plus en plus perceptible dans les centres de santé de référence et cela n'est pas sans conséquences sur l'offre de services et de soins à la population. Le CSRéf de la commune III qui fait parti des Six CSRéf de la

commune de Bamako n'a pas été épargné par cette grève. En plus, l'application des 30% de ristournes telle que convenue par les parties en conflits, a impacté sur des faveurs accordées à certains agents. En effet, les primes de médecin, de spécialité et bien d'autres primes individuelles ont été supprimées et cela a eu pour conséquences le boycott de certaines activités. Cela s'est manifesté concrètement par l'arrêt prématuré des prestations dans certaines unités ; le paiement sur place de certains actes, le détournement de certains bilans d'analyses vers les laboratoires privés ; le détournements de certains réactifs par le personnel ; le non-respect des heures de visite des usagers avec la complicité de certains agents ; des actes payés au rabais au niveau du guichet avec la complicité de certains praticiens, etc. La synthèse de ces différentes études, fait ressortir les conditions de travail, la rémunération comme facteurs ayant plus d'influence sur la motivation du personnel de santé. Au Mali, plus particulièrement, les professionnels de santé étaient insatisfaits de leur salaire, des moyens de travail et plus encore de l'inéquité dans les affectations des agents.

Tous ces écrits ont eu le mérite d'explorer la problématique de la motivation au travail des agents dans les structures. Notre étude s'inscrit dans la continuité de ces recherches et voudrait en plus, de la motivation au travail des agents, analyser le lien entre cette motivation et la performance des structures sanitaires. Il existe rarement de mécanismes d'évaluation de la gestion de ressources humaines d'une manière générale et de la motivation au travail des agents de façon spécifique dans les CSRéf au Mali. Par ailleurs, bien que la problématique de cette motivation se pose au CSRéf de la commune III du district de Bamako, aucune étude du genre n'a été réalisée dans ledit centre à notre connaissance. C'est ce qui justifie notre choix de ce centre comme lieu d'étude. Concrètement, l'objectif général de cette étude était d'analyser les facteurs de motivation au travail des agents du CSRéf de la commune III du district de Bamako et l'influence de leur motivation sur la performance de la structure. Cet objectif général a été décliné en trois objectifs spécifiques qui sont :

- évaluer l'organisation au travail des services du CSRéf de la commune III du district de Bamako ;
- évaluer l'influence du style de management des chefs de services et d'unité sur la motivation du personnel au CSRéf de la commune III du district de Bamako ;
- analyser la perception du personnel par rapport à l'influence de sa motivation au travail sur la performance du CSRéf de la commune III du district de Bamako.

Le présent article comprend trois parties en dehors de l'introduction et de la conclusion. La première correspond l'approche méthodologie utilisée, la deuxième aborde les résultats et la troisième présente la discussion des résultats.

2. Matériels et Méthodes

2.1. Type et lieu d'étude

Il s'agissait d'une étude transversale, qualitative qui a lieu au CSRéf de la commune III du district de Bamako. L'approche qualitative a été privilégiée recueillir et analyser le ressenti des agents en rapport avec leur motivation au travail et la performance de service.

2.2. Population d'étude

Les prestataires de soins, les chefs et surveillants d'unités de soins (coordonnateurs de soins) ainsi que le personnel de l'administration, le représentant du personnel du CSRéf de la commune III du district de Bamako constituent notre population d'étude.

2.3. Taille de l'échantillon

Le tableau ci-dessous donne une idée de la répartition de notre échantillon d'étude par catégorie socio-professionnelle

Tableau 1. Répartition de l'échantillon d'étude par catégorie socio-professionnelle.

Catégorie socioprofessionnelle	Nombre à enquêter
Prestataires de soins	
Médecins	03
Pharmaciens	02
Assistants médicaux	03
Infirmiers	03
Sages-femmes	03
Biologistes	02
Coordonnateurs de soins	
Chefs d'unités de soins	02
Surveillants d'unités de soins	02
Personnel administratif	
Membres de l'administration	02
Représentant du personnel	
Responsable syndical	01
Total	23

2.4. Technique d'échantillonnage

La technique d'échantillonnage par choix raisonné a été utilisée pour pouvoir choisir les participants sur la base de certaines spécificités (leurs connaissances du centre, leur compréhension de la question de recherche, leurs objectifs en tant que responsables). En rappel, l'échantillonnage par choix raisonné, contrairement à la méthode probabiliste qui cherche à éliminer la subjectivité du chercheur, repose fondamentalement sur le jugement.

2.5. Techniques et instruments de collecte de données

2.5.1. Techniques de collecte des données

Dans le cadre de notre enquête, l'entrevue individuelle semi directive et la revue documentaire ont été les deux techniques d'enquête utilisées.

2.5.2. Instruments de collecte des données

Suivant les techniques de collecte de données, nous avons utilisé le guide d'entrevue semi structuré et la grille d'analyse du contenu. Les différentes entrevues sont réalisées au moyen de deux guides semi directifs distincts. Le premier est adressé aux prestataires avec le même contenu tandis que le deuxième s'intéresse aux coordonnateurs d'unités de soins et les responsables de l'administration avec les mêmes thèmes. Nous avons élaboré nous-même les guides d'entretien en tenant compte des objectifs spécifiques de l'étude. Pour les besoins de codification, nous avons collecté quelques informations socioprofessionnelles des enquêtés. Les questions posées ont été regroupées par thème : Le thème (1), regroupe toutes les questions relatives à l'organisation du service ; les questions du thème (2) quant à elles, intéressent le style de management ; le thème (3) concerne les questions liées aux perceptions du personnel sur l'impact de la motivation au travail des agents et la performance de la structure sanitaire. Enfin, les questions du thème (4) ont permis de recenser les suggestions des

enquêtés pour améliorer le système de motivation mis en place et la performance de l'établissement. Les données socioprofessionnelles ont porté sur le sexe, la qualification, l'ancienneté dans le service ou le poste, le poste occupé. La grille d'analyse nous a permis de faire une analyse du contenu de certains documents essentiels pour la GRH et l'organisation des services afin de corroborer les éléments observés et les propos des enquêtés. Les documents consultés sont entre autres : plan de GRH, plan de motivation des agents, plan de formation continue, plan de communication).

2.6. *Traitement et analyse*

Une première transcription des entrevues a été faite directement pendant les entrevues terrain et complétée par la suite avec les fichiers audio enregistrés. Une fois cette phase terminée, nous avons procédé à une codification des enquêtés pour assurer le respect de l'anonymat. Nous combinons « Numéro de l'enquêté, qualification » comme code d'identification pour les prestataires de soins. Pour les coordonnateurs des unités de soins, nous combinons « Numéro de l'enquêté, coordinateur ou coordinatrice d'unité de soins ». Concernant les responsables de l'administration, nous employons « Numéro de l'enquêté, membre de l'administration » et pour le syndicat « Numéro de l'enquêté, représentant du personnel » comme éléments de codification. Par la suite, nous avons fait une lecture individualisée du contenu du discours de chaque enquêté et une lecture croisée des différents discours, thème par thème pour identifier les idées convergentes et divergentes. Ce type d'analyse de contenu est suggéré par certains auteurs comme Miles et Huberman (2003). Les verbatim des agents ont été ensuite croisés avec ceux des responsables de l'administration pour relever les similitudes et les contrastes. Ce qui nous a permis de faire la synthèse et de dégager les éléments en faveur ou en défaveur de la motivation des agents et les perceptions de leur motivation sur la performance de la structure. Les informations issues de la revue documentaire nous ont permis de faire une confrontation entre les discours des enquêtés et ce qui est réellement prévu ou réalisé dans les documents de GRH et de planification. Les résultats sont présentés sous forme textuelle avec Microsoft Word.

2.7. *Considérations éthiques*

Le thème a été soumis au comité scientifique de validation des travaux de recherche de l'INFSS. Ce comité ayant pour rôle de juger de la pertinence des thèmes et de leurs aspects éthiques a validé notre travail de recherche. Aussi, comme déjà annoncé dans la partie traitement et analyse des données, envisageons-nous l'anonymat dans le cadre de cette enquête. Les participants sont également informés que la participation à cette enquête est volontaire. Quel que soit l'étape ou le niveau de l'enquête, la liberté est donnée à chaque participant de se retirer. L'enquête proprement dite n'a démarré qu'après la finalisation des formalités administratives (transmission de lettre de demande de réalisation de l'enquête par l'institut au CSRéf, puis approbation des premiers responsables du centre). Tout au long de l'enquête nous observons le respect de la personne humaine et rassurons les participants quant au respect de l'anonymat.

3. *Résultats*

La présentation des résultats saillants a été faite en fonction de l'organisation des services au niveau du CSRéf, du style de management et de la perception des agents sur l'influence de la motivation au travail sur la performance de la structure.

3.1. *Organisation des services*

L'organisation des services regroupe les sous éléments suivants : les conditions de travail, la communication interne, la formation continue et la rémunération des agents.

3.1.1. Conditions de travail

Au niveau des conditions de travail, il était question d'apprécier la satisfaction du personnel sur les conditions matérielles de travail, les horaires et de la charge de travail. Il est ressorti de l'analyse des différents discours que les conditions matérielles de travail étaient satisfaisantes pour la plupart des enquêtés. En effet, il a été noté d'une manière globale de très bonnes commodités de salles, se caractérisant par une bonne climatisation des salles, des équipements adéquats pour la prise en charge des patients, la disponibilité de salles de garde et de permanence, une bonne aération de certaines salles et une bonne luminosité à même de faciliter la sécurité des soins. Les propos suivants de cet enquête illustrent bien cet état de satisfaction :

L'aération est bonne, il y a une salle bien climatisée pour les infirmiers. On ne se plaint pas de la quantité et de la qualité de nos équipements. Nous arrivons à prendre correctement en charge nos malades et ils sont satisfaits. Je pense que c'est l'essentiel. (Enquête 14, IDE)

Les différents discours recensés dans plusieurs unités, traduisent un effort de la part des premiers responsables et parfois avec l'appui financier de certains partenaires pour l'amélioration des conditions matérielles de travail. Quand bien même les commodités'y sont, beaucoup d'agents trouvent que les salles sont exigües et ne sont pas adaptées à certains types de soins qui demandent assez d'espace. L'insuffisance des salles de consultation et d'hospitalisation a été également décrite par certains coordonnateurs de soins et de prestataires. Nous illustrons ces situations par les discours suivants :

On se plaint généralement. Les salles sont exigües. On accorde peu d'importance en termes de local. Nous avons toujours dénoncé le fait de travailler dans des salles exigües et non sécurisées en termes de biosécurité. (Enquête 5, Assistant médical). *Les salles sont petites et à cause de l'exiguïté on ne peut pas commander certains appareils.* (Enquête 6, Biologiste)

3.1.2. Communication interne

La communication interne dans le service a été analysée à travers l'ambiance de travail, la circulation de l'information. Il ressort de l'analyse des discours recueillis auprès du personnel, que l'ambiance de travail au sein du CSRéf est conviviale aussi bien entre les agents qu'entre les agents et leurs supérieurs hiérarchiques. Tous les enquêtés sans exception affirment leur satisfaction par rapport aux relations qui existent au sein des équipes. Les propos suivants sont évocateurs de cette bonne ambiance de cordialité et d'entraide au sein des équipes :

L'ambiance de travail est bonne. Il y a le respect, l'entraide et on se partage les problèmes. Il n'y a pas assez de problèmes de communication. (Enquête 1, coordonnateur de soins). *Au sein de notre service, il y a une répartition de travail. Ça permet d'alléger la charge du travail. L'ambiance de travail est bonne et on s'entraide mutuellement.* (Enquête 2, pharmacien)

Si la circulation de l'information dans son ensemble semble être satisfaisante, il n'en demeure pas moins que les enquêtés restent insatisfaits du feed-back des indicateurs. En effet, les prestataires de soins dans la majorité ignorent si ce feed-back est fait ou pas. Les propos de cet enquête en sont illustratifs :

« Pour les indicateurs, moi-même je participe à la rédaction des rapports d'activités mais les synthèses ne nous sont pas communiquées ; en tout cas ce n'est pas affiché. » (Enquête 22, Médecin)

3.1.3. Formation continue

La perception des agents a été analysée sur la base de leurs besoins en formations continues,

l'intérêt de ces formations et leurs modalités d'organisation. Il convient de souligner que pour la plupart des agents, la formation continue constitue la mise à niveau des connaissances des agents de façon périodique à travers les formations de courte durée. Pour d'autres, elle se fait à travers les concours organisés par l'Etat et l'auto-formation. En ce qui concerne son organisation, les points de vue des enquêtés sont différentes. Si pour certains, elle est régulière et se fait à tour de rôle, d'autres trouvent qu'elle est rare dans le centre. Egalement, il a été souligné, l'inexistence d'un plan spécifique de formation qui décrit clairement les objectifs, le processus d'identification des besoins en formation et les stratégies. Les activités de formations sont intégrées de façon globale dans le plan opérationnel du CSRéf. Ces propos sont illustratifs de cet état de fait :

Il n'y a pas de plan spécifique de formation continue. Les formations sont inscrites dans le plan opérationnel et sont généralement identifiées sur la base des indicateurs de performance, les activités de suivi évaluation et les supervisions spécifiques. Y'en a qui sont également dans le plan opérationnel de la DRS. Une fois que le financement est acquis, elles peuvent être exécutées sinon, elles restent à l'état de planification. » (Enquêté 16, membre de l'administration).

D'autres cependant trouvent satisfaction dans l'organisation des dites formations. C'est l'exemple de ces enquêtés :

Le personnel ici est régulièrement formé et ça nous motive très bien parce que quand on s'actualise on est confiant de soi même dans ce qu'on va faire. » (Enquêté 23, Médecin) ; « Les critères de sélection sont satisfaisantes parce que c'est à tour de rôle que nous sommes sélectionnés pour participer. C'est le chef de service qui fait le choix, mais y a jamais eu de frustration. (Enquêté 14, IDE)

Quant à l'organisation des formations continues au niveau du CSRéf, beaucoup d'agents ne sont pas totalement satisfaits. C'est le cas par exemple de cette sage-femme qui se demande même si les formations continues sont encore utiles pour ce service à travers ces propos :

Il y a très longtemps que je ne suis pas formée. Est-ce que ça ne vaut pas trois ans ? Peut-être qu'on pense que je ne suis plus utile encore. Souvent je constate l'absence d'une collègue et c'est quand je demande après elle, qu'on me dit qu'elle est en formation. (Enquêtée 17, SFE)

3.1.4. Rémunération des agents

Concernant le volet rémunération, le personnel est satisfait, particulièrement de la gestion des ristournes. La clé de répartition, la périodicité de paiement et la gestion des dites leur étaient convenables. L'implication du syndicat dans la gestion des ristournes, est un signe de gestion transparente selon la perception des agents. Pour la gestion des carrières, les fonctionnaires et les contractuels de l'Etat étaient bien satisfaits du système de notation. Pour eux, c'est leur MCD qui les note et ils n'ont jamais eu de frustration en la matière. Les agents sont également satisfaits du système de promotion à l'interne.

3.2. Style de management

En ce qui concerne le style de management des supérieurs hiérarchiques, il y a beaucoup d'éléments favorables à une bonne motivation des agents. En effet, la majorité des agents trouvaient une bonne satisfaction dans la prise de décision parce qu'ils sont consultés et leurs opinions sont souvent prises en compte. Leurs relations hors services avec les chefs étaient également cordiales et conviviales car en cas d'événements, ils bénéficient de l'accompagnement de ces derniers. Et en fin pour la gestion des conflits au sein du CSRéf, le personnel la trouvait très bonne. Il y a une conciliation à l'amiable entre les parties en conflit et rarement des sanctions sont imposées. A côté de ces éléments de satisfaction, l'enquête a noté des points qui peuvent démotiver les agents au travail. Par exemple,

sur le plan organisationnel des services, les salles sont exigües et ne sont pas adaptées à certains types de soins qui demandent assez d'espace. Les propos suivants d'un enquêté confirme cet état de fait : « Les salles sont petites et à cause de l'exiguïté, on ne peut pas commander certains appareils. » (Enquêté 6, Biologiste). L'insuffisance de salles de consultation et d'hospitalisation a été aussi constatée. À ce niveau, un coordonnateur de soins s'exprime en ces termes :

Nous sommes 4 chirurgiens, un traumatologue et un urologue et il n'y a pas assez de salles. Pas de box de consultation et chacun consulte dans son bureau. Cela ne motive pas trop à faire ce qu'on doit faire. En plus, il y a une seule salle pour tous les infirmiers et cela pose un problème de collaboration entre femmes et garçons. La salle de garde est détachée du service et est en bas du rez-de-chaussée pendant que nous sommes à l'étage. Les malades doivent descendre pour interpeller les agents et cela pose un problème dans le suivi des hospitalisés. (Enquêté 1, coordonnateur de soins).

Par ailleurs, on note l'absence de la cantine pendant la nuit qui pose un problème de restauration des agents lors des gardes. Les propos suivants de deux enquêtés témoignent de cet état de fait :

Dans un centre de santé, les agents ne doivent pas payer pour manger. Chacun doit avoir un ticket et c'est le service qui doit rembourser. (Enquêté 1, coordonnateur de soins) ; Pour la cantine, les plats sont de qualité mais ça ne marche pas la nuit. Pendant la garde chacun pour soi et Dieu pour tous. (Enquêté 13, coordonnateur de soins)

Sur le plan communicationnel également, l'absence de plan spécifique de communication est décriée par certains chefs de service. L'absence d'un feed-back des indicateurs à la base était également un motif d'insatisfaction des agents. En ce qui concerne la formation continue, les agents la trouvent irrégulière. Il y a des agents qui déclarent être formés depuis plus de trois ans. Le CSRéf n'octroie pas de bourses de perfectionnement aux agents et ne disposait pas non plus d'un plan spécifique de formation. Quant à la rémunération, c'est particulièrement la faiblesse des salaires qui a été soulevée comme point d'insatisfaction des agents. La gestion de carrière également n'était pas satisfaisante de point de vue des fonctionnaires des collectivités. Certains chefs de services n'apprécient pas leur faible implication dans la notation des agents. Au niveau managérial, il y a également quelques points d'insatisfaction qui peuvent être source de démotivation des agents. C'est notamment, la faible implication des acteurs dans la l'élaboration des plans opérationnels du CSRéf. Même certains chefs de service au niveau de l'administration se plaignent de cette situation.

3.3. Perceptions des agents sur l'influence de la motivation sur la performance

Les perceptions des agents ont été analysées en deux volets : l'influence de la motivation sur la performance individuelle d'une part et l'influence de la motivation sur la performance du service d'autre part. Tout d'abord il était question de voir la perception même des agents sur les notions de motivation au travail, performance individuelle et performance de service. Il ressort de l'analyse des discours que la plupart des enquêtés lient la motivation au travail aux récompenses, qu'elles soient financières ou non (de reconnaissances des efforts). Pour cet enquêté, la motivation au travail : « englobe plusieurs éléments : la rémunération, l'ambiance de travail, les conditions de travail, les équipements...ce sont ces paramètres qui définissent la motivation du personnel. » (Enquêté 8, Médecin). D'autres, cependant la lient à leur engagement pour le travail bien fait et l'atteinte des résultats fixés. Ces propos sont illustratifs :

La motivation au travail pour moi est le désir d'être performant c'est à dire d'avoir de bons résultats. La motivation est d'abord éducative avant d'être conceptuelle. La motivation est d'abord interne, ce qui fait qu'on a l'amour d'être performant. (Enquêtée 9, Assistante médicale)

En ce qui concerne la performance individuelle, la majorité des enquêtés ressortent la notion de

capacité, de compétences, d'atteinte des objectifs. Ces définitions résument la performance individuelle à la performance intra rôle, c'est-à-dire l'exécution des tâches assignées à la personne ou au poste. Les définitions suivantes en sont illustratives :

La performance individuelle, je dirai que c'est la capacité de ce dernier à produire des résultats. (Enquête 12, Assistant médical). La performance individuelle c'est la compétence de l'agent, son savoir-faire. (Enquête 14, IDE).

Pour la performance du service, les enquêtés la perçoivent comme la satisfaction des patients, la capacité organisationnelle de la structure, la qualité des soins, la présence de ressources humaines qualifiées et un niveau d'équipement élevé. Ces définitions en sont illustratives :

La performance du service se résume à la continuité et la qualité des soins. Il y a aussi la qualité des ressources humaines, la performance dans la planification des activités et la planification des ressources humaines. (Enquête 10, coordonnateur de soins). La performance du service pour moi, c'est quand les patients sont bien accueillis et satisfaits. (Enquête 6, Biologiste)

La majorité des enquêtés trouvent qu'il y a un lien entre la motivation au travail et la performance individuelle. Pour eux, un agent motivé est un agent qui accueille bien les patients et quand les patients sont bien accueillis ils sont à moitié satisfaits de leur prise en charge. Aussi, d'autres trouvent que quand un agent est démotivé cela impacte l'atteinte de ses résultats ; il fait le travail juste pour s'en débarrasser. Quelques-uns en revanche trouvent que le lien n'est pas forcément établi. Ils le justifient par le fait que la performance est avant tout comportementale et liée à l'éducation d'un agent. Par exemple, ils trouvent que malgré la mise à disposition de primes aux agents, ou de bonnes conditions de travail, il y a des agents qui continuent de venir en retard et sont les premiers à repartir. Ils ne se donnent pas bien au travail. En ce qui concerne le lien entre la motivation au travail et la performance du service, tous les enquêtés ont affirmé qu'il y a un lien entre les deux. Pour eux, si tous les agents sont motivés c'est-à-dire que s'ils travaillent dans de bonnes conditions et ils ont de primes d'encouragement, il n'y a pas de raison que le service ne soit pas performant. Aussi, disent-ils, que quand l'agent est motivé bien et il ne travaille pas correctement, son chef peut lui mettre la pression. À ce niveau, l'enquêté suivant s'exprime en ces termes :

La motivation consiste à avoir de bonnes conditions et c'est de là que découle également la performance du service. Un agent motivé fait bien son travail avec amour alors qu'un agent démotivé le fait pour s'en débarrasser et il se fiche des résultats. Par exemple si les ristournes sont rehaussées ça peut emmener l'agent à changer positivement son comportement et à se donner plus. Et son chef peut mettre la pression sur lui pour qu'il travaille mieux. Mais si il n'y a rien et toi-même tu vois qu'il travaille dans de mauvaises conditions, tu vas lui mettre la pression comment. » (Enquête 13, IDE)

4. Discussion

Nos résultats seront ici discutés en fonction des variables clés de l'étude. Il s'agit de : L'organisation au travail des services, le style de management des chefs de services et d'unités de soins, et la perception des agents sur l'impact de la motivation au travail sur la performance du service.

4.1. Organisation au travail des services

La discussion se fera à ce niveau, en fonction des sous variables de l'organisation des services qui sont : les conditions de travail, la communication interne, la formation continue et la rémunération

4.1.1. Des conditions de travail des agents

A l'issue de notre analyse, il ressort que les conditions matérielles de travail au sein du CSRéf sont satisfaisantes en ce qui concerne les commodités des salles. En effet, les salles sont bien climatisées ; l'aération est bonne dans la plupart des cas ; l'éclairage est dans son ensemble satisfaisant. Cette situation qui traduit un engagement fort des premiers responsables du CSRéf à offrir des conditions adéquates de travail est un atout majeur dans la motivation des agents et dans l'atteinte de la performance de la structure. Bien que n'ayant pas une autonomie de gestion comme les hôpitaux, l'administration du CSRéf avec l'appui des partenaires techniques et de l'Etat a pu doter le centre d'un plateau technique élevé. En effet, le centre dispose de plusieurs services spécialisés avec du personnel hautement qualifié et des appareils de pointe pour la prise en charge des patients. Il est ressorti des différents entretiens que le centre réfère moins de patients dans les hôpitaux, preuve d'une bonne capacité d'offre de soins spécialisés et d'une bonne motivation des agents au travail. Les résultats de notre étude sont différents de ceux d'une étude réalisée au Maroc. En effet, ladite étude a montré que 80% des agents ne sont pas satisfaits de l'environnement de leur lieu de travail (bruits, odeurs, éclairage) (Boukoulmé, 2012). Pourtant cette étude a été réalisée dans une structure hospitalière de troisième niveau de référence et dotée d'une autonomie de gestion et, donc censée avoir plus de ressources qu'un hôpital de premier niveau de référence. Cela dénote l'engagement des premiers responsables du CSRéf dans l'amélioration des conditions. Cependant, nos résultats sont similaires à ceux d'une étude menée dans une ONG à Madagascar sur la motivation du personnel et la performance. En effet, les résultats de cette étude ont montré que l'existence de certaines variables telles que la cantine, l'ambiance au travail, l'égalité, la bonne hygiène de travail, la flexibilité de l'heure de travail, le partage d'information et la faible pression au travail, fait que les employés se sentent au mieux pour accomplir les tâches qui leurs sont confiées (Rabarijaona, 2012). En ce qui concerne les horaires et la pression de travail au sein des unités, les résultats de l'entretien ont montré que les agents étaient satisfaits de leur charge de travail quand bien même certaines unités ont relevé une insuffisance en nombre de personnel. Le centre bénéficie de l'appui de contractuels vacataires payés sur fonds propres pour appuyer le personnel lors de certaines gardes et de jours fériés. Ce qui allège considérablement la charge de travail des agents. Outre, les agents ont relevé que les tâches sont bien réparties dans les unités et cela évite de surcharger certains agents au bénéfice d'autres. Cette situation est favorable à une bonne motivation au travail des agents. Nos résultats sont similaires aux résultats d'une étude réalisée au Maroc. Cette étude a révélé que l'amélioration de la vie intra hospitalière, l'aménagement de temps de travail contribuait significativement à la motivation au travail (Belrhiti et Chagar, 2013).

Notre étude a aussi relevé une insatisfaction des agents par rapport à l'exiguïté des salles et à l'insuffisance de box de consultation et de salles d'hospitalisation. Ces facteurs ne sont pas favorables à une bonne motivation au travail des agents. Malgré la volonté du premier responsable, il est difficile de résoudre ce problème étant donné que les enquêtés eux-mêmes disent qu'il s'agit d'une contrainte liée à l'emplacement même du centre. En effet, l'espace réservé au CSRéf est très exigu et la possibilité d'extension semble être limitée. Sa construction également est de longue date et il est difficile de prolonger les bâtiments à niveau sans risque d'effondrement. Un autre aspect très important qui entre dans la motivation des agents est la restauration. Malheureusement au sein du CSRéf de la commune III, les agents sont confrontés à un problème de restauration lors des gardes. En effet, la cantine qui sert de point de restauration non seulement est payante lors des gardes et de plus, elle n'est pas fonctionnelle la nuit. Cela s'explique par le fait que l'ancienne cantinière a été relevée et la nouvelle qui vient de s'installer il y a trois mois de cela n'a pas encore eu le temps de s'organiser pour répondre à cette exigence. Néanmoins, le syndicat travaille à régulariser cette situation le plus tôt possible. Cette situation contribue faiblement à la motivation des agents qui doivent pour l'heure sortir se restaurer souvent dans des coins pas convenables à leur goût. Selon la théorie bi factorielle de Herzberg (1959), les conditions de travail, lorsqu'elles sont mauvaises créent de l'insatisfaction de la part du travailleur et cela impacte la qualité des services. Il appartient donc au premier responsable de travailler à résoudre ce goulot d'étranglement pour accroître la satisfaction et la motivation de ses agents au travail.

4.1.2. Communication interne dans le CSRéf

La communication interne est la composante d'un système global d'organisation des flux d'informations et des échanges visant un équilibre informationnel et relationnel (Nicole et Libaert, 2014). L'analyse des résultats issus des différentes entrevues montre que cette forme de communication est une réalité au sein du CSRéf de la commune III. En effet, Pour la plupart des enquêtés, l'ambiance de travail au sein du centre était conviviale. Les relations qui existent au sein des équipes étaient cordiales et collégiales. La circulation de l'information semble être satisfaisante car des outils de communication adaptés'y sont mis en place. Le CSRéf dispose effectivement des interphones en réseau, une flotte entre les chefs de service. Toute chose qui facilite la communication entre les acteurs. Il y a également des boîtes à suggestions et la tenue des réunions de service. Cette situation favorise en toute évidence la motivation des agents parce que très rarement il y a eu de blocage de l'information. Une étude réalisée au Mali a montré que plus de 60% des enquêtés considèrent la communication comme un des éléments qui les motivent tandis que plus de 40% pensent qu'elle favorise la motivation (Sidibé, 2014). Globalement, les enquêtés ont trouvé que la communication actuelle est satisfaisante et motivante et contribue également à l'atteinte des résultats du service. Toutes fois, elle serait plus satisfaisante si le feed-back des indicateurs était fait comme l'ont relevé certains enquêtés. Quand les agents travaillent et qu'on leur fait le point de leur niveau de réalisation, cela les galvanise d'avantage et les motive à mieux faire. Les travaux de Locke (1968) établissent qu'un individu est motivé quand on lui fixe des objectifs clairs et qu'on lui fournit un feedback approprié sur sa capacité à les atteindre (Roussel, 2001). L'absence d'un plan de communication formel n'a pas eu assez d'effet sur la mise en place des stratégies de communication au sein du CSRéf. Mais, la présence de ce plan pourrait motiver davantage certains chefs d'unités qui trouvent que de fois les informations arrivent en retard à leur niveau alors qu'on pouvait tout caler dès le début de mois et remettre des copies à tout un chacun.

4.1.3. Formation continue

Il ressort de l'analyse que la formation continue constitue un levier de performance, en ce sens qu'elle permet d'améliorer la pratique des agents. Cette définition donnée par les enquêtés met en exergue la performance du service et de celle de l'individu. En ce qui concerne l'organisation des formations continues, il y a une satisfaction de la plupart des agents interrogés. Ils trouvent que le choix des participants à la formation s'opère à tour de rôle ou par volontariat. Cette situation pour eux, limite la frustration et l'inéquité dans le choix des participants et constitue un facteur de motivation. Pour la question de la régularité de la formation continue, les agents la trouvaient irrégulière. La dernière formation pour certains, remonte à trois ans. Une étude similaire réalisée dans un hôpital au Maroc a montré que 87,50% des agents étaient non satisfaits des conditions d'organisation des séances de formation continue (Boukoulmé, 2012). Notre étude n'a pas fait de quantification par rapport à cette variable, donc difficile de faire des comparaisons en termes de résultats. Aussi, le contenu des conditions de formation continue dans son étude concerne la participation des acteurs à la planification et à la mise en œuvre, alors que notre étude s'est intéressée plutôt à la régularité des formations et à la méthode de sélection des participants. Une autre étude analytique réalisée de 2011 à 2014 dans les hôpitaux du Mali sur la GRH a indiqué que le renforcement de capacité des ressources humaines hospitalières par la formation initiale et continue et le développement du management et leadership était satisfait en moyenne à 14,5% (ANEH, 2014). Ces résultats viennent confirmer la problématique de la formation continue dans les établissements hospitaliers de Mali. Les formations continues pour la majeure partie sont financées par des partenaires et au sein du CSRéf, ce sont les programmes liés à la santé de la mère et de l'enfant qui bénéficient actuellement de beaucoup de formations. Dans ce contexte, les services de gynéco-obstétrique et de la pédiatrie reçoivent naturellement plus de formations que les autres unités. Les plaintes liées à cette irrégularité de formation proviennent en

effet, plus des agents des autres unités. Il a été noté également l'absence de bourse de perfectionnement au sein du centre. Les informations recueillies auprès des responsables de l'administration soulignent que les capacités financières du CSRéf ne permettent pas d'octroyer des bourses de perfectionnement. Pour les agents c'est, plutôt un problème de planification et d'organisation que de manque de ressources étant donné que cela se faisait avant. L'absence de cette bourse ne contribue pas à la motivation des agents du centre surtout au niveau des contractuels sur fonds propres qui n'ont aucune possibilité d'évoluer dans leur carrière.

4.1.4. Rémunération des agents

Au niveau de la rémunération, c'est particulièrement la faiblesse des salaires qui a été soulevée comme point d'insatisfaction des agents. La gestion de carrière également n'était pas satisfaisante de point de vue des fonctionnaires des collectivités. Certains chefs de services n'apprécient pas leur faible implication dans la notation des agents. Tous ces éléments sus décrits ne favorisent pas une bonne motivation des agents au travail. Concernant l'insatisfaction des agents par rapport au salaire perçu, elle n'est pas spécifique au CSRéf de la commune III de Bamako. Ce problème semble être d'ordre général dans la rémunération des fonctionnaires de l'Etat et des collectivités au Mali selon la perception de plusieurs enquêtés. Le salaire perçu a toujours été un point de désaccord entre les travailleurs et le gouvernement. Bien que cette situation n'émane pas directement de la gestion au niveau du CSRéf, elle peut impacter d'une manière globale la motivation des agents. Selon la théorie de Herzberg (1959), la rémunération d'une manière générale et le salaire de façon spécifique constituent des facteurs extrinsèques de la motivation. Ils correspondent à des besoins dont l'absence procure à l'individu un sentiment de frustration. Or un agent frustré ne peut donner de son meilleur potentiel pour l'atteinte des résultats organisationnels. Une étude réalisée à l'hôpital Al Farabi au Maroc a montré que dans l'ensemble, la rémunération exerçait une influence négative sur la motivation des enquêtés (Boukoulmé, 2012). Les résultats de cette enquête sont similaires à nos résultats. Par rapport à l'insatisfaction de la gestion de la carrière des agents, ce sont les fonctionnaires des collectivités qui se sont le plus plaints. En effet, beaucoup ont noté une lenteur dans leur notation, avancement et reclassement. Il faut noter que jusque-là, les fonctionnaires des collectivités sont gérés au niveau du ministère de l'administration territoriale en ce qui concerne le salaire et la carrière. Bien qu'ils relèvent techniquement du MCD, leur notation ne se fait pas au niveau du CSRéf. Le centre n'a donc aucune possibilité de résoudre ce problème quand bien même il constitue une préoccupation majeure à son niveau. Cette situation n'est pas sans conséquence sur la motivation desdits agents et partant du fonctionnement des services. Il est prouvé qu'une mauvaise gestion de la carrière est un facteur de démotivation. (PSNDRH, 2009 – 2015).

Concernant la faible implication des chefs de service dans la notation, elle est liée à un problème d'ordre organisationnel selon les informations recueillies auprès d'un membre de l'administration. Cette situation peut limiter le pouvoir exercé par les chefs de service sur les agents. La notation des agents étant basée sur des critères objectifs, il serait préférable que la notation se fasse par les chefs d'unités qui connaissent mieux les agents que le MCD. Selon les textes du statut général des fonctionnaires, 30% des agents doivent être notés avec la mention « très bon » et les 70% en « bon ou passable ». Comment gérer ces notations sans frustration s'il n'y a pas un mécanisme de contrôle rapproché des agents ? Cette délégation de pouvoir peut accroître le pouvoir décisionnel des chefs d'unité et leur permettre d'exercer un meilleur contrôle sur le comportement des agents. La délégation de pouvoir constitue également une source de motivation pour le délégataire et une qualité de leadership pour le délégant. Les points de satisfaction soulevés par les enquêtés concernant leur rémunération étaient essentiellement la gestion des ristournes. En effet, la clé de répartition ainsi que la périodicité de paiement desdites ristournes étaient convenables selon les agents. Aussi, l'implication du syndicat dans la gestion des ristournes est un signe de gestion transparente, selon la perception des

agents. Cette situation est favorable à une bonne motivation des agents. Faut-il le rappeler, que l'instauration de cette ristourne de 30% calculée sur la base des recettes est le fruit d'une lutte acharnée des travailleurs qui a conduit même à une grève des agents des CSRéf des six communes de Mali en 2019. C'est dire qu'une bonne gestion de cette ristourne constitue un enjeu aussi bien pour les syndicats que l'administration. La majorité des agents trouvent que la répartition de ces ristournes selon la catégorie socio-professionnelle répond à une question d'équité et un besoin d'instauration d'un climat de respect entre les agents à la base et les cadres. Une étude réalisée dans des structures sanitaires au Cambodge montre que la perception d'une répartition équitable des incitations peut affecter la motivation au travail. Plus le paiement incitatif est élevé, plus il est important de disposer d'un mécanisme garantissant une répartition équitable des avantages (Khim, 2016). Le sens de l'équité dans la répartition des ristournes peut être perçu différemment selon qu'on est cadre ou agent à la base. Déjà, des enquêtés étant à un niveau intermédiaire (catégorie B), prônaient plutôt une répartition sans différenciation de catégorie étant donné que tout le monde contribue à sa manière aux entrées de devises.

4.2. *Style de management des chefs de services et d'unités*

Cette partie de la discussion se fera en fonction des sous-variables suivantes : l'implication des agents dans la planification, la prise de décisions, les relations interpersonnelles, la gestion des conflits.

4.2.1. L'implication des agents dans la planification.

Pour une meilleure appropriation des actions, la planification doit être un processus participatif ou consultatif incluant tous les acteurs. Il ressort malheureusement de l'analyse des données que ce processus n'a pas été respecté en ce qui concerne l'élaboration des plans opérationnels du CSRéf. Tous les enquêtés interrogés y compris quelques responsables qui devaient nous éclairer sur ce point n'ont pas été impliqués dans le processus. L'élaboration a été faite en groupe restreint et cela peut constituer un goulot d'étranglement dans sa mise en œuvre. Cette situation n'est pas favorable à une bonne motivation au travail. Elle émane d'un déficit de management et doit être corrigé si l'on espère un bon fonctionnement de la structure. Un manque de leadership et un mauvais management peuvent affecter le moral des agents et partant la performance de la structure (Stéphanie, 2018).

4.2.2. La prise de décision

La majorité des agents trouvait une bonne satisfaction dans la prise de décision parce qu'ils sont consultés et leurs opinions sont souvent prises en compte. Cette situation contribue énormément à la motivation des agents. En effet lorsque les agents sont impliqués dans la prise de décisions, ils peuvent se sentir valorisés et considérés. Dans ce contexte, il est plus facile pour eux de s'approprier les buts et les objectifs de la structure. Les résultats de notre étude rejoignent les résultats de cette étude réalisée dans une entreprise algérienne qui a montré que plus de 60% (64,28%) des enquêtés trouvaient que leurs points de vue étaient considérés dans la prise de décision (Khaled et Lyes, 2015). Une autre étude réalisée au Burkina à la Caisse Nationale de la Sécurité Sociale donne des résultats différents. Dans la dite étude, 70,87% des enquêtés estimaient que les rapports dominants étaient ceux basés sur l'autorité. C'est-à-dire que les décisions se prennent en haut. Conséquence, il y a très régulièrement incompréhension, démotivation, blocage, etc., lors de leur application (Bationo, 2005). Cette différence pourrait s'expliquer par le fait qu'en 2005, les nouvelles approches de management qui considèrent le capital humain comme levier de performance n'étaient pas assez développées qu'aujourd'hui. L'accès aux moyens de communication comme l'internet était également limité et les gestionnaires n'avaient peut-être pas accès à la facilité de la formation continue en matière de management comme de nos jours.

4.2.3. Les relations interpersonnelles

Leurs relations sociales avec les chefs étaient cordiales et conviviales selon les enquêtés. En effet, les agents affirment bénéficier de l'accompagnement de leurs supérieurs hiérarchiques lors des événements heureux ou malheureux. Un fonds social a même été mis en place pour soutenir les agents en cas de décès. Un avis de décès est partagé dans toutes les unités. Cette situation qui crée de bonne ambiance de travail est favorable à une bonne motivation des agents. Nos résultats sont différents aux résultats de cette étude menée dans un hôpital au Maroc. En effet, les résultats de l'étude ont montré que la proportion de répondants non satisfaits était de 79% pour le soutien de l'association chargée de la gestion des œuvres sociales au personnel (mariage, décès, maladie) (Boukoulmé, 2012). Cette différence pourrait s'expliquer par un problème d'ordre organisationnel et managérial. En effet, au CSRéf de la Commune III, en commun accord avec les agents, 5% du montant des ristournes est prélevé pour la gestion des cas de décès. Pour le reste des événements c'est chaque chef d'unité qui initie des cotisations ponctuelles ou permanentes pour la gestion desdits événements. Si cette politique n'est pas mise en place, il serait difficile à l'association chargée de gestion des œuvres sociales de trouver de fonds pour gérer cet aspect.

4.2.4. La gestion des conflits

La gestion des conflits au sein du CSRéf, d'une manière générale est appréciée positivement par les agents. Le personnel la trouvait très bonne. Cela contribue énormément à la motivation du personnel. Des conflits mal gérés dans un service peuvent déboucher à un blocage dans la mise en œuvre des activités. Nos résultats sont contraires à ceux trouvés par Ikhlef, Sadane & Djenane (2015) dans leur étude quantitative sur l'impact du style de leadership des dirigeants sur la motivation des subordonnés. En effet, les résultats de l'étude ont montré que plus de 70% (73,22%) des enquêtés n'étaient pas satisfaits de leur implication dans la résolution des conflits. La différence des résultats pourrait s'expliquer par la catégorie socioprofessionnelle de enquêtés. En effet, contrairement à leur étude où presque la moitié des enquêtés étaient des agents d'exécution, notre échantillon était composé majoritairement d'agents cadres. Les cadres peuvent avoir plus accès au manager que les agents d'exécution qui sont associés rarement à la prise de décision. Egalement leur étude a été réalisée dans une entreprise privée contrairement à la nôtre qui a été menée dans une entreprise publique où souvent les relations sociales priment sur les relations professionnelles. Une autre étude similaire menée au Maroc dans un hôpital public a montré que plus de la moitié des enquêtés (56,90%) trouvait que le système des conflits en place influençait positivement leur motivation (Boukoulmé, 2012). Les résultats de cette étude et nos résultats sont similaires. D'une manière globale, les agents trouvent que le style de management de leurs supérieurs hiérarchiques est consultatif et participatif. C'est également la conclusion à laquelle nous sommes parvenus à travers notre analyse sur les éléments de management au sein du CSRéf. Cette situation serait d'une grande contribution sur la motivation des agents. Une étude réalisée dans une ONG en Madagascar est parvenue aux mêmes résultats. Les dirigeants de cette ONG adoptaient le style de direction qui prône la consultation et la participation en cas de prises de décision (Rabarijaona, 2012).

4.3. *Perception de l'impact de la motivation au travail des agents sur la performance de la structure*

Le lien entre la motivation au travail et la performance a été diversement perçu par les enquêtés. Mais pour la plupart, la motivation des agents impacte la performance des services. Cette influence peut être positive ou négative selon le degré de motivation de l'agent. Ainsi, pour ces enquêtés, la motivation de l'agent a un impact sur sa propre performance et naturellement s'il est performant, il pourra contribuer à l'atteinte des résultats de la structure. Quelques agents, en revanche qui ne sont pas de cet avis, soutiennent que la motivation n'a pas forcément d'impact sur la performance. Cette

différence de points de vue s'expliquerait en premier lieu par le fait que beaucoup d'enquêtés ont restreint la notion de motivation aux récompenses (financières et reconnaissance du travail). C'est pourquoi ils ont avancé des exemples sur le comportement des agents qui n'a pas changé malgré l'instauration des ristournes dans les CSRéf. Pour eux, si la motivation avait un lien avec la performance, les agents allaient changer leurs mauvaises habitudes tels que le retard, l'absentéisme au service...). D'une manière globale, le personnel du CSRéf de la commune III de Bamako perçoit que la motivation a un impact sur la performance. Nos résultats sont identiques à une étude réalisée sur la motivation des salariés et la performance dans les entreprises. En effet, l'étude est parvenue au résultat que les professionnels interviewés pensent qu'il existe un réel lien entre la motivation des salariés et le levier de performance qu'elle représente pour l'entreprise (Laura, 2010). Une autre étude similaire réalisée les entreprises chinoises confirme le lien entre la motivation et la performance. L'analyse des résultats de ladite étude a conclu, que dans la gestion du projet, la motivation au travail des membres des équipes a un effet positif significatif sur leur performance globale (Wang, 2011). Cette perception de l'existence d'un lien entre la motivation et la performance pourrait être d'être grand apport sur la motivation d'une part et d'autre part sur la performance des services. En effet, des managers conscients de ce lien et ayant le souci des résultats de leurs structures motiveront plus leurs agents. Des agents également conscients que leur motivation peut dépendre de la performance de la structure se donneront plus au travail.

5. Conclusion

La présente étude avait pour objectif, d'analyser les facteurs de motivation au travail des agents et l'impact de cette motivation sur la performance des établissements sanitaires. Pour ce faire nous avons limité cette étude à une étude de cas en prenant comme cadre d'étude, le Centre de Santé de Référence (CSRéf) de la commune III du district de Bamako. Il s'agissait d'une étude qualitative qui a concerné les prestataires de soins, les coordonnateurs d'unités (Chefs et SUS d'unités), les responsables de l'administration, les représentants du personnel à travers les syndicats, soit un total de vingt-trois (23) enquêtés. Nous avons utilisé les techniques d'entrevue semi structurée et la revue documentaire pour la collecte des données. Les outils utilisés à cet effet étaient des guides semi structurés et une grille d'analyse du contenu. Au terme de l'analyse du contenu des discours et de l'évaluation du contenu des documents, nous sommes parvenus aux résultats suivants :

En rapport avec l'organisation des services, plusieurs éléments sont favorables à une bonne motivation des agents. Nous pouvons citer entre autres : les commodités des salles ; les horaires et la charge de travail ; l'ambiance de travail ; la circulation de l'information ; le choix des participants ; la gestion des ristournes ; le système de notation des fonctionnaires et des contractuels de l'Etat et le système de promotion à l'interne. A l'opposé, les facteurs défavorables à une bonne motivation des agents en rapport avec l'organisation des services sont essentiellement : l'exiguïté et l'inadaptation des salles à certains types de soins ; l'insuffisance des salles de consultation et d'hospitalisation ; l'absence de cantine pendant les gardes ; l'absence de plan spécifique de communication ; l'insuffisance de feedback des indicateurs ; l'irrégularité de la formation continue ; la gestion de carrière des fonctionnaires des collectivités. En rapport avec le style managérial des supérieurs hiérarchiques, nous avons pu noter que les éléments suivants contribuent à la motivation des agents : la prise de décision ; les relations sociales ; la gestion des conflits au sein du CSRéf. Les facteurs défavorables à la motivation à ce niveau étaient principalement, la faible implication des agents dans l'élaboration des plans d'action. En rapport avec la perception des enquêtés du l'impact de la motivation des agents sur la performance du CSRéf, il est ressorti, selon la plupart les enquêtés que la motivation au travail des agents a un impact sur la performance des services.

Pour améliorer la motivation des agents et la performance des services, nous avons formulé des suggestions à l'endroit des différents acteurs intervenant dans l'offre de soins et de services de santé.

La présente étude n'aborde certainement pas tous les déterminants pouvant expliquer la problématique de la motivation au sein du CSRéf de la commune III du district de Bamako. Conscient de cela, nous émettons le souhait que cette production serve de base pour approfondir le sujet de la motivation des agents au sein dudit centre. Aussi, reconnaissons-nous qu'au-delà des limites méthodologiques, notre étude n'est pas exempte d'erreurs. Tout d'abord, en nous intéressant à la question de la motivation des agents et la performance des services, nous avons formulé des hypothèses de recherche pour répondre à notre question de recherche. L'existence des éléments d'insatisfaction rapportés par l'étude nous permet de conclure que l'organisation des services n'est pas assez suffisante pour une bonne motivation des agents. Ce qui confirme notre hypothèse de départ. D'une manière globale par ailleurs, du point de vue des enquêtés et de notre propre analyse, nous pouvons conclure que le style de management des chefs de service contribue à la motivation des agents. À partir de ces données, nous pouvons dire que notre deuxième hypothèse n'est pas totalement confirmée. Enfin, notre dernière hypothèse est confirmée si nous tenons compte du fait que la majeure partie des enquêtés (prestataires de soins, chefs de service ou d'unités) trouvent que la motivation au travail des agents a un impact réel sur la performance du CSRéf. Cependant, il est important de noter que ces hypothèses pourraient ne pas être les seules à expliquer la démotivation des agents dans les établissements sanitaires. C'est pourquoi nous émettons le souhait que d'autres facteurs puissent être explorés par d'autres études. Aussi, notre étude a concerné uniquement le CSRéf de la commune III de Bamako. Ce qui fait que ses résultats ne sauraient se généralisés à d'autres structures. Au sein du CSRéf, nous avons fait un échantillonnage raisonné en prenant en compte des catégories d'agents. La possibilité d'existence d'un biais d'échantillonnage n'est donc pas écartée. Bien que des explications sur l'anonymat et la confidentialité aient été données avant le début de l'entretien, certains agents pourraient se réserver dans leurs réponses par peur d'être réprimés après. Cela se ressentait par les multiples questions pour s'assurer que leur identité ne serait pas dévoilée.

Références bibliographiques

- ANEH. (2014). *Évaluation de la gestion des ressources humaines dans les hôpitaux*. Agence Nationale d'Évaluation des Hôpitaux.
- Bationo, A. F. (2005). *La problématique de la communication interne dans le management des organisations: une analyse critique des pratiques de la CNSS*, Burkina Faso, 66p. [Consulté le 17/03/2020]. https://www.memoireonline.com/10/10/3993/m_La-problematique-de-la-communication-interne-dans-le-management-des-organisations-une-analyse-crit0.html
- Belrhiti, Z., & Chagar, H. (2013). Les facteurs de motivation des soignants. *Genre*, 7, 100. [Consulté le 15/03/2020]. https://www.researchgate.net/profile/Zakaria-Belrhiti/publication/280085291_Les_facteurs_de_motivation_des_soignants/links/5652aee508aeafc2aabac220/Les-facteurs-de-motivation-dessoignants.pdf
- Boukoulmé, H. (2012). *Facteurs de motivation des ressources humaines de l'hôpital Al Farabi*. [Mémoire de fin d'études, INAS, Maroc, 38 p]. [Consulté le 13/03/2020]. <https://fr.scribd.com/document/774122011/HAINGA>
- Giroux, C.-R. (1960). Compte rendu de [The Motivation to work, by F. Herzberg, B. Mausner and B.-C. Snyderman, John Wiley & Sons, New York, John Wiley & Sons, 1959.] *Relations industrielles / Industrial Relations*, 15(2), 275–276. [Consulté le 07/03/2020]. <https://doi.org/10.7202/1022040ar>
- Ikhlef, K. & Sadane, L. & Djenane, S. (2015). *L'impact Du Style De Leadership Des Dirigeants Sur La Motivation Des Subordonnés : Cas : Eriad Sétif (les Moulins De La Soummam) Filiale De Kherrata* [Mémoire de Master, Université Abderrahmane Mira - Bejaia]. [Consulté le 09/03/2020]. <https://theses-algerie.com/2450676378161718/memoire-de-master/universite-abderrahmane-mira---bejaia/l-x27-impact-du-style-de-leadership-des-dirigeants-sur-la-motivation-dessubordonn%C3%A9s-cas-eriad-s%C3%A9tif-les-moulins-de-la-soummam-filiale-de-kherrata>

- Khim, K. (2016). *Les agents de santé sont-ils motivés par le revenu? Motivation professionnelle des agents de santé primaires cambodgiens mettant en œuvre un financement basé sur la performance*, GlobalHealth Action. [Consulté le 11/03/2020]. <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.3402/gha.v9.31068>
- Laura, M. (2010). *La motivation des salariés et la performance dans les entreprises. Mémoire de fin d'études, université de Reims*, 100p. [Consulté le 05/03/2020]. <https://policycommons.net/artifacts/15654678/la-motivation-des-salaries-et-la-performance-dans-les-entreprises/16545537/>
- Locke, E. A. (1968). Toward a theory of task motivation and incentives. *Organizational behavior and human performance*, 3(2), 157-189. [Consulté le 02/03/2020]. [https://doi.org/10.1016/0030-5073\(68\)90004-4](https://doi.org/10.1016/0030-5073(68)90004-4)
- Traoré, O. (2019). *Mali : Grève des hôpitaux de district de bamako : Pas de répit sans le payement des ristournes* [WWW Document]. [Consulté le 30/03/2020]. URL [https://maliactu.net/mali-greve-des-”hôpitaux de district -de-bamako-pas-de-repit-sans-le-payement-des-ristournes/](https://maliactu.net/mali-greve-des-”hopitaux-de-district-de-bamako-pas-de-repit-sans-le-payement-des-ristournes/)
- Miles, M., & Huberman, (2003). *Analyse des données qualitatives*. Bruxelles : De Boeck Université?. [Consulté le 18/03/2020]. https://books.google.ml/books?id=AQHRYJ1AiPEC&printsec=frontcover&hl=fr&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
- Ministère de la santé et de l'Hygiène Publique. (2008). *Développement des ressources humaines pour la santé : plan stratégique national 2009-2015*, Mali
- Nicole, D'A., Libaert, T. (2014). *La communication interne des entreprises*, 7^e édition, Dunod.
- Rabarijaona, Z. N. (2012). *Motivation du personnel et performance d'une ONG : Cas de la SIF*. [Mémoire de fin d'études, université d'Antananarivo]. [Consulté le 02/03/2020]. <http://www.biblio.univantananarivo.mg/theses2/rechercheAction.action;jsessionid=57EF22A6ABCA101DB6020755CC0EB1ED>
- Roussel, P. (2001). *La motivation au travail- concepts et théories*, Paris Boukoulmé, 2012. [Consulté le 20/03/2020]. http://alain.battandier.free.fr/IMG/pdf/lirhe_note_326-00.pdf
- Sidibé, O. (2014). *Communication interne comme source démotivation dans l'entreprise. Le cas de l'assistance aéroportuaire du Mali*. [Mémoire de fin d'études, ISMEO, CESAG, Dakar 93p] [Consulté le 22/03/2020]. https://www.academia.edu/31346957/La_communication_interne_comme_source_de_motivation_dans_lentreprise_le_cas_de_lassistance_A%C3%89roportuaire_du_mali_ASAM_SA
- Stéphanie, N. (2018). *Qu'est-ce qui démotive vos collaborateurs*. [Consulté le 25/03/2020]. <https://www.muse-motivation.fr/blog/motivation-force-de-vente/quest-demotive-vos-collaborateurs>.
- Wang, P. (2011). *La motivation : une source efficace pour améliorer la performance des membres d'équipes de projet*. [Mémoire de fin d'études, Université du Québec à Rimouski, 127p]. [Consulté le 28/03/2020]. https://semaphore.uqar.ca/id/eprint/703/1/Ping_Wang_juillet2011.pdf

© 2024 TRAORE, Licensee Bamako Institute for Research and Development Studies Press. Ceci est un article en accès libre sous la licence the Créative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>)

Note de l'éditeur

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



Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, Volume 6 (3)
ISSN:1987-071X e-ISSN 1987-1023
Received, 14 October 2024
Accepted, 12 December 2024
Published, 30 December 2024
<https://www.revue-rasp.org>

*To cite: Bokossa et al. (2024). Réversion de la résistance bactérienne de *Crateva adansonii* (Capparidaceae) sur les souches de bactéries isolées des plaies chroniques diagnostiquées dans la commune de Ouinhi au Bénin. Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique. 6(3), 105-120. <https://doi.org/10.4314/rasp.v6i3.8>*

Research

Réversion de la résistance bactérienne de *Crateva adansonii* (Capparidaceae) sur les souches de bactéries isolées des plaies chroniques diagnostiquées dans la commune de Ouinhi au Bénin

*Bacterial resistance reversion of *Crateva adansonii* (Capparidaceae) on bacterial strains isolated from chronic wounds diagnosed in the district of Ouinhi, Benin*

Hervé Kouèssivi Janvier BOKOSSA^{1*}, Parfait DJOSSOU¹, Théodore SOUSSIA²

¹ Laboratoire d'Hygiène, d'Assainissement, d'Eco-Toxicologie et d'Environnement-Santé (HECOTES) / Centre Interfacultaire de Formation et de Recherche en Environnement pour le Développement Durable/Université d'Abomey-Calavi (CIFRED/UAC), Cotonou, Bénin

²Institut Médico-Social du Bénin (INMES), Université d'Abomey-Calavi (UAC), Bénin

*Correspondance : E-mail : riqbokossa@gmail.com ; Tél : 00229 97 79 90 29

Résumé

L'antibiorésistance est devenue un problème de santé publique majeur dans le monde entier, car elle rend le traitement des infections bactériennes plus difficile et augmente le risque de complications graves. Il urge donc de trouver de nouvelles molécules pour contrôler la flambée des résistances aux antibiotiques. C'est ainsi que la présente recherche s'est intéressée à étudier la réversion de la résistance bactérienne de l'extrait aqueux de *Crateva adansonii* en association avec les antibiotiques conventionnels sur les souches bactériennes isolées des plaies chroniques diagnostiquées chez les populations de Ouinhi au Bénin. Pour y parvenir, des tests de sensibilités des souches aux antibiotiques conventionnels par la méthode de l'antibiogramme en milieu solide ont été effectués suivie de la détermination des Concentrations Minimales Inhibitrices aussi bien des antibiotiques conventionnels que de l'extrait aqueux de *C. adansonii* par la méthode colorimétrique de microdilution en plaque. Enfin, la réversion de la résistance bactérienne a été recherchée en se basant sur la Concentration Fractionnaire Inhibitrice. Les résultats des différents tests montrent que la réversion de la résistance bactérienne s'est traduite par une synergie d'action du mélange binaire Extrait-antibiotique avec une Concentration Fractionnaire Inhibitrice (CFI) < 0,5 au contact des différentes souches bactériennes testées pour tous les antibiotiques conventionnels associés (amoxicilline, ciprofloxacine, triméthoprime-sulfaméthoxazole, gentamicine et ampicilline). Les valeurs de la Concentration Minimale Inhibitrice du mélange obtenu sont comprises dans l'intervalle : $3,0516 \cdot 10^{-5} \text{ mg.mL}^{-1} \leq \text{CMI (Extrait-ATB)} \leq 0,5 \text{ mg.mL}^{-1}$. *C. adansonii* pourrait bien être l'une des solutions pour palier au problème de traitement des plaies chroniques au Bénin et dans le monde.

Mots clés : Résistance bactérienne, Plaie chronique, Antibiotique, *Crateva adansonii*, Bénin.

Abstract

Antibiotic resistance has become a significant public health problem worldwide, making treating bacterial infections more difficult and increasing the risk of serious complications. New molecules are, therefore, urgently needed to control the surge in antibiotic resistance. The present study aimed to investigate the reversion of bacterial resistance to the aqueous mixture of *Crateva adansonii* in combination with conventional antibiotics (ATB) in bacterial strains isolated from chronic wounds diagnosed in the Ouinhi population in Benin. To achieve this, strains were tested for susceptibility to conventional antibiotics using the solid-state antibiotic susceptibility test method, followed by the determination of the Minimum Inhibitory Concentrations (MICs) of both conventional antibiotics and the aqueous mixture of *C. adansonii* using the colourimetric plate microdilution method. Finally, bacterial resistance reversion was investigated based on the fractional inhibitory concentration (FIC), defined by the ratio of FIC (Extract + ATB) to FIC ATB. The results of the various tests show that the reversion of bacterial resistance resulted in a synergistic action of the binary Extract-ATB mixture with Fractional Inhibitory Concentration (FIC) < 0.5 in contact with the various bacterial strains tested for all associated conventional antibiotics (amoxicillin, ciprofloxacin, trimethoprim-sulfamethoxazole, gentamicin and ampicillin). The MIC values of the mixture obtained were in the range of $3.0516 \cdot 10^{-5} \text{ mg} \cdot \text{mL}^{-1} \leq \text{MIC (Extract-ATB)} \leq 0.5 \text{ mg} \cdot \text{mL}^{-1}$. *C. adansonii* could well be one of the solutions to the problem of treating chronic wounds in Benin and worldwide.

Key words: Bacterial resistance, Chronic wound, Antibiotic, *Crateva adansonii*, Benin.

1. Introduction

Les plantes médicinales sont utilisées depuis l'antiquité comme remèdes pour le traitement de diverses maladies en raison de leurs composants riches en principes thérapeutiques (Khaldi, Meddah, Moussaoui, & Benmehdi, 2012). Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 80 % de la population des pays en développement ont recours à la médecine traditionnelle en première intention pour les soins de santé primaire (OMS, 2014). Malgré cette forte propension à la médecine populaire doublée des récents progrès de la médecine moderne, les maladies infectieuses constituent un sérieux problème de santé publique au vu de leurs fréquences et gravité (OCDE). Il sied de souligner que l'efficacité préalablement établie du profil de sensibilité aux antibiotiques en tant que stratégie principale contre cette expansion microbienne se trouve confrontée à une résistance émergente au niveau bactérien (N'tcha et al., 2017).

Cependant, plusieurs personnes souffrent de plaies chroniques ou complexes qui peuvent être très difficiles à guérir, causant ainsi de graves douleurs et épreuves. Les plaies chroniques représentent un véritable défi de santé publique dans les pays à ressources réduites. En présence d'une plaie chronique, le tissu sous-cutané exposé fournit un substrat favorable pour assurer la croissance d'un large éventail de microorganismes. Ces contaminants proviennent de l'environnement exogène, de la flore cutanée, de la flore colonisant le tube digestif ou la cavité buccale (Rahim et al., 2017 ; Esebelahie et al., 2013 ; MCPS, 2012).

Depuis 2008 au Bénin, le nombre d'ulcères chroniques non-ulcère de Buruli (UB) a augmenté parmi les cas traités dans les centres de traitement de l'ulcère de Buruli (CDTUB). Ces ulcères non-UB se retrouvent dans les mêmes zones géographiques et présentent parfois les mêmes caractéristiques épidémiologiques (Capela et al., 2015). Face à cette progression des ulcères chroniques, la médecine traditionnelle reste une option à grande potentialité thérapeutique.

Dans la Commune de Ouinhi, le traitement par les plantes est le recours le plus prisé aussi bien en autosoins que par les praticiens de la médecine traditionnelle. *Crateva adansonii* est une plante médicinale utilisée par les tradithérapeutes pour multiples vertus thérapeutiques notamment des propriétés antibactériennes. Elle est utilisée dans le traitement de nombreuses affections dont les abcès, les plaies, les infections bactériennes, l'hypertension artérielle, le diabète et le rhumatisme. Pourtant ces connaissances en ce qui concerne la prise en charge des plaies chroniques par les plantes ne sont pas assez documentées. Il y a peu de données microbiologiques récentes sur les infections de plaies chroniques et l'évolution des résistances aux antibiotiques des bactéries supposées responsables de telles infections (Bonnet, Galinier, Fontenel, & Léger, 2018). Il convient alors de s'interroger sur les germes responsables de cette résistance et aussi sur l'efficacité des recettes traditionnelles offertes aux malades par les tradithérapeutes.

Au regard des nombreux usages dont fait l'objet *Crateva adansonii* sans précaution particulière, doublés des préjudices que présente la mauvaise utilisation des plantes médicinales à effet antibiotique, il serait nécessaire d'évaluer l'activité biologique de la plante à travers la réversion de la résistance bactérienne de l'extrait aqueux de *Crateva adansonii* en association avec les antibiotiques conventionnels sur les souches isolées des plaies chroniques des populations de Ouinhi. C'est ainsi que cette recherche s'est intéressée à étudier la réversion de la résistance bactérienne de l'extrait aqueux de *Crateva adansonii* en association avec les antibiotiques conventionnels sur les souches des plaies chroniques des populations de Ouinhi.

2. Matériaux et Méthodes

2.1. Cadre d'étude

La présente étude a été réalisée dans la Commune de Ouinhi au Bénin. Elle est localisée au sud-est du département du Zou entre 06°57' et 07°11' de latitude nord et 02°23' et 02°33' de longitude est. D'une superficie de 483 km², Ouinhi est l'une des neuf (9) Communes du département et compte quatre (4) arrondissements que sont : Dasso, Sagon, Tohouè, Ouinhi. Elle est limitée au Nord-Ouest par la Commune de Zagnanado, au Sud-Ouest par la Commune de Zogbodomey, au Sud-Est par la Commune de Bonou et à l'Est par la Commune d'Adja-Ouèrè dans le département de l'Ouémé comme présenté sur la Figure 1 (Mairie de Ouinhi, 2006).

Les prélèvements de plaie ont été faits dans les arrondissements de Tohouè, Sagon et Dasso puis acheminés au laboratoire d'Hygiène-Assainissement, d'Eco-Toxicologie, d'Environnement et Santé (HECOTES) du Centre Interfacultaire de Formation et de Recherche en Environnement pour le Développement Durable (CIFRED) de l'Université d'Abomey-Calavi (UAC) au Bénin pour les analyses microbiologiques. Ces échantillons sont accompagnés d'une fiche comportant les renseignements suivants : nom et prénoms du patient prélevé, âge et sexe, nature de plaie (aigue ou chronique), date et heure du prélèvement.

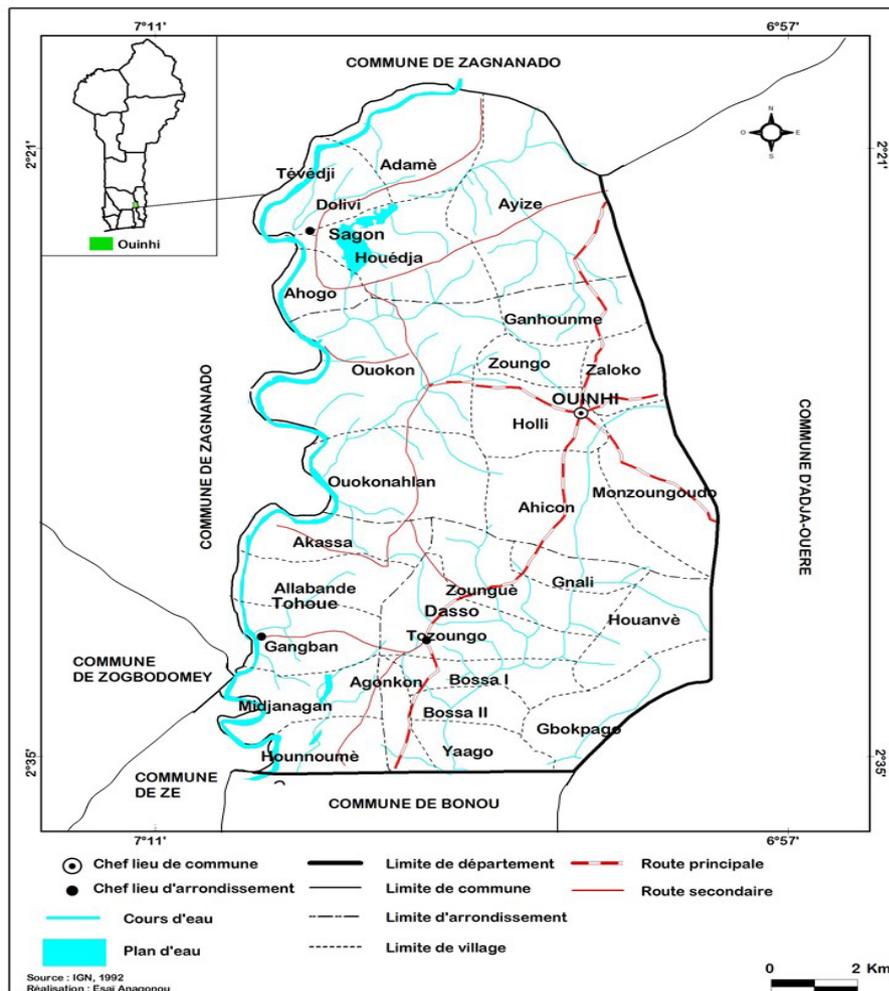


Figure 1 : Situation géographique de la Commune de Ouinhi

2.2. Matériel d'étude

2.2.1. Matériel de laboratoire et réactifs

- **Matériel de stérilisation** : four Pasteur, bec Bunsen, autoclave ;
- **Matériel de pesée** : balance de précision ;
- **Matériel d'incubation** : étuves, 37 °C et 44 °C ;
- **Matériel classique** : pipettes, micropipettes, béchers, portoirs, boîtes de Petri, flacons, réfrigérateur ; pince ;
- **Milieux de culture et réactifs** : gélose Plate Count Agar (PCA) ; bouillon et gélose Mueller Hinton ; eau peptonée ; eau distillée stérile, etc.

2.2.2. Matériel végétal

Il s'est agi de travailler sur les feuilles de *Crateva Adansonii*. Les critères qui ont servi pour la collecte des échantillons sont la fraîcheur et la verdoyance des feuilles puis le jeune âge. Les échantillons de plantes ont été récoltés « in situ » à Abomey-Calavi, placés dans des sachets en plastique, puis ramenés au laboratoire. Les feuilles récoltées ont été lavées abondamment puis séchées à température de laboratoire pendant quatre semaines avant d'être réduites en poudre à l'aide d'un broyeur électrique (MARLEX Electroline Excella) (Mignanwande, 2020a). La poudre a été conservée dans des bouteilles en verre, à la température du laboratoire avant l'extraction.

2.2.3. Matériel bactérien

Le matériel bactérien est constitué de vingt-neuf (29) sources cliniques et cinq (05) souches de référence (Tableaux 1 et 2). Les souches de référence nous proviennent de l'Unité de Recherche en Microbiologie Appliquée et Pharmacologie des substances naturelles (URMAPha). Les souches cliniques utilisées sont isolées au laboratoire HECOTES à partir des plaies chroniques dépistées chez des populations de Ouinhi au Bénin en 2021.

Tableau 1 : Souches cliniques

Souches cliniques (espèces isolées)	Effectif des souches testées
<i>Axin. Calcoaceticus</i>	1
<i>Bacillus cereus</i>	1
<i>Citrobacter freundii</i>	1
<i>E. coli</i>	1
<i>K. pneumonia</i>	1
<i>Lim. Richardii</i>	1
<i>Listéria sp</i>	1
<i>Pseudomonas proteus</i>	2
<i>Pseudomonas sp</i>	2
<i>S. aureus</i>	12
<i>S. epidermidis</i>	2
<i>Salmonella paratyphi A</i>	1
<i>Salmonella sp</i>	1
<i>Shigella sp</i>	1
<i>Steno. Maltophilia</i>	1
Total	29

Tableau 2 : Souches de référence

Souches de référence	Effectif des souches testées
<i>E. coli</i> ATCC	1
<i>Pseudomonas aeruginosa</i> ATCC	1
<i>Staphylococcus aureus</i> ATCC 6538	1
<i>Salmonelle</i> ATCC 1428	1
<i>Staphylococcus aureus</i> Résistant à la méticilline	1
Total	5

2.2.4. Antibiotiques

Les antibiotiques suivants ont été testés : Céfoxitine, Fosfomycine, Imipénème, Méropénème, Nitrofurane, Thiamphénicol, Amikacine, Ertapénème, Chloramphénicol, Acide nalidixique, Amoxicilline, Amoxicilline /Ampicilline, Aztréonam, Clindamycine, Céfépime, Ciprofloxacine, Céfotaxime, Erythromycine, Ceftazidime, Ceftriaxone, Céfuroxime, Cotrimoxazole, Céfixime, Pristinamycine, Lévofloxacine, Pénicilline G, Gentamicine, Lincomycine, Norfloxacine, Spiramycine, Ofloxacine, Oxacilline, Ticarcilline, Tobramycin, Pipéracilline /Tazobactam, Ticarcilline / Acide Clavulanique.

2.3. Type et techniques d'étude

2.3.1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude expérimentale à visée évaluative ayant consisté à apprécier la réversion de la résistance bactérienne en contact de l'extrait aqueux de *Crateva adansonii*.

2.3.2. Techniques d'étude

Deux techniques ont été utilisées à savoir la dilution en milieu liquide couplée à l'étalement sur milieu solide puis la diffusion en milieu solide (Kone, & Zirihi, 2016; Lagnika et al., 2016).

Le but de ce test est de constater une éventuelle synergie d'action entre l'extrait aqueux et l'ATB conventionnel. Il a consisté donc à la recherche des concentrations minimales inhibitrices des antibiotiques conventionnels et celles de la combinaison de l'antibiotique et du extrait aqueux afin de calculer la Concentration Fractionnaire Inhibitrice Avec cette dernière, il a été possible de caractériser l'effet des deux produits en présence.

Au terme des tests de sensibilité des germes isolés des plaies chroniques aux antibiotiques conventionnels, cinq (05) antibiotiques ont été retenus sur les vingt-cinq par choix des habitudes des populations (Tableau 3).

Tableau 3 : Antibiotiques utilisés pour la réversion de la résistance

N°	Codes	Antibiotiques
1	AMC	Amoxicilline
2	AP	Ampicilline
3	CIP5	Ciprofloxacine
4	SXT25	Triméthoprim-Sulfaméthoxazole
5	CN10	Gentamicine

2.3.2.1. Détermination des concentrations minimales inhibitrices des antibiotiques

➤ Principe et réalisation

Pour ce test, les cinq antibiotiques retenus sont : amoxicilline, ciprofloxacine, cotrimoxazole, érythromycine et ampicilline. La détermination des concentrations minimales inhibitrices des antibiotiques conventionnels courants a été réalisée par la technique de microdilution en plaques (Mamadou et al., 2014; Mnayer, 2014). Avant la réalisation des tests, les antibiotiques retenus ont été réduits en poudre puis dilués avec de l'eau distillée jusqu'à la concentration de 1 mg.mL^{-1} . Le mélange obtenu est passé à la sonification puis centrifugé et le surnageant est prélevé pour la détermination des concentrations minimales inhibitrices. En ce qui concerne les bactéries, sept (07) souches cliniques isolées des plaies chroniques ont été testées. Pour déterminer les concentrations minimales inhibitrices des antibiotiques conventionnels, on a préparé l'inoculum bactérien avec des cultures jeunes de 24 heures ; ensuite distribué le bouillon MUELLER-HINTON stérile dans les 96 puits de la microplaque puis ajouté 50 μL d'antibiotiques dans les deux premiers puits de la microplaque. Une dilution d'ordre 2 allant du deuxième puits au dernier a été faite et 50 μL de l'inoculum a été distribué dans tous les puits. Les microplaques ont été incubé pendant 24 heures à 37 °C par la suite et 20 μL d'Iodo Nitro Tétrazolium à 0,01 % a été ajouté dans les 96 puits puis on a réincubé pendant 30 minutes à 37 °C. Pour finir, on a procédé à la lecture.

Le test a été réalisé en triplet. Un mélange acétone-eau et la gentamicine ont été utilisés comme contrôle négatif et positif. Le virage du milieu réactionnel de la couleur bleue au rouge indique la présence des germes vivants.

➤ *Détermination des concentrations minimales inhibitrices de l'extrait aqueux de *Crateva adansonii**

Extraction

L'extrait aqueux utilisé dans ce travail a été obtenu par macération (Hind, 2017; Lehout & Maya, 2015). En effet cent grammes (100 g) de la poudre des feuilles de *Crateva adansonii* sont soumis à une agitation mécanique pendant 24 heures à la température du laboratoire en présence de 500 mL d'éthanol absolu (96°). Le mélange obtenu après macération a été filtré respectivement sur tissu, coton fibre et papier Whatman. Chaque niveau de filtration est répété au moins trois (03) fois. Le mac est ensuite soniqué puis filtré après ajout de 500 mL d'éthanol (96°). Le filtrat d'éthanol recueilli a été concentré sous rotavapor. L'extrait humide, est recueilli dans des boîtes de Petri et placé à l'étuve pour séchage. Les extraits secs sont raclés dans des piluliers en verre stérile en vue de la conservation au frais à une température de 4 °C pour les tests bactériologiques.

Préparation de la solution mère à 100 mg/mL

La solution mère a été préparée à partir de l'extrait sec obtenu précédemment. Pour obtenir la solution mère, il a fallu :

- peser 50 mg de l'extrait sec ;
- ajouter 50 µL de diméthylsulfoxyde;
- passer le mélange à la sonification ;
- ajouter 450 µL d'eau distillée stérile ;
- homogénéiser au sonificateur.

L'extrait aqueux ainsi obtenu constitue la solution mère ou l'extrait aqueux de *C. adansonii*.

Tests préliminaires de stérilité

Les tests antimicrobiens ont été précédés des essais préliminaires de stérilité. Le premier témoin a été constitué uniquement du milieu de culture pour attester sa stérilité. Le deuxième témoin a été composé du milieu de culture et l'extrait aqueux pour vérifier la stérilité du mélange. La viabilité des germes utilisés a été approuvée par la coloration au contact du diméthylsulfoxyde (DMSO) avec les inocula. La dernière référence a été assortie de la combinaison d'antibiotique standard avec le milieu de culture pour révéler le comportement d'une substance active dans le milieu. L'importance de cette phase est la validation du protocole des tests antimicrobiens.

Principe et réalisation

La CMI de l'extrait aqueux de *Crateva adansonii* a été déterminée par la méthode de microdilution (Jones, Fritsche, & Moet, 2008; Yehouenou et al., 2012; Mamadou et al., 2014). L'inoculum utilisé est une culture de 24 heures de chaque souche bactérienne diluée à la concentration finale de 1.10^6 UFC/mL dans le bouillon MUELLER-HINTON. Une gamme de concentrations de l'extrait aqueux suivant une progression géométrique d'ordre 2 a été utilisée. Ensuite, 50 µL d'inoculum ont été distribués dans chacun des 96 puits des plaques contenant au préalable 50 µL de l'extrait aqueux de *Crateva adansonii* à différentes concentrations. Le test a été réalisé en triplet et les plaques ont été incubées à 37 °C pendant 24 heures. Un mélange acétone - eau et la gentamicine a été utilisé comme contrôle négatif et positif. L'activité antibactérienne a été révélée par la technique colorimétrique avec ajout de 20 µL de solution aqueuse d'iodo-nitro-tetra-zolium (0,01 %) dans chaque puits au terme de l'incubation. Les plaques ont été ensuite réincubées à 37 °C pendant 30 minutes. Le virage du milieu réactionnel de la coloration bleue au rouge indique la présence des bactéries vivantes.

Il faut noter que les essais biologiques de dilution ont un avantage majeur par rapport aux essais biologiques de diffusion. Ceci se justifie par le fait que la concentration du composé test dans le milieu est défini. En conséquence, les essais de dilution sont considérés comme la méthode

de choix pour comparer les valeurs de la CMI (Kamagate & Sixou, 2001). Les valeurs des concentrations minimales inhibitrices sont renseignées dans le Tableau 4.

Tableau 4 : Concentration minimale inhibitrice de l'extrait aqueux de *Crateva adansonii* à 100 mg/mL sur quelques souches bactériennes isolées des plaies chroniques des populations de Ouinhi en 2021

Souches	CMI (mg/mL)
<i>Staphylococcus aureus</i>	6,25
<i>Lim. Richardii</i>	12,5
<i>Pseudomonas proteus</i>	0,78
<i>Staphylococcus aureus</i>	6,25
<i>Staphylococcus aureus</i>	12,5
<i>Staphylococcus epidermidis</i>	12,5
<i>Salmonella sp</i>	25
<i>Salmonella</i>	0,78

Source : Afle, 2023

➤ *Détermination des concentrations minimales inhibitrices de la combinaison de l'antibiotique + de l'extrait aqueux de *Crateva adansonii**

Principe et réalisation

Le principe de ce test repose sur la technique de microdilution en plaques. Ainsi, 50 µL des solutions d'antibiotique à 1 mg.mL⁻¹ ont été distribuées dans les premiers et deuxième puits. Ensuite, 50 µL de bouillon MH ont été déposés dans tous les puits suivis de la dilution d'ordre 2 en cascade du deuxième puits jusqu'à la fin. Chaque puit reçoit respectivement l'extrait aqueux de *Crateva adansonii* aux concentrations minimales inhibitrices des différentes souches et 50 µL d'inoculum puis les plaques sont incubées à 37 °C pendant 24 heures. La réversion de la résistance bactérienne a été évaluée par la technique colorimétrique avec ajout de 20 µL de solution aqueuse d'Iodo Nitro Tétrazolium à 0,01 % dans les 96 puits suivis de la ré incubation des plaques à 37 °C pendant 30 mn et de la lecture des valeurs. Le test a été réalisé en triplet. Un mélange acétone-eau et la gentamicine ont été utilisés comme contrôle négatif et positif. La présence des bactéries a été révélée par le passage du milieu réactionnel de la coloration bleue au rouge (Wamba et al., 2018).

2.3.2.2. Détermination de la Concentration Fractionnaire Inhibitrice

Le facteur de modulation est basé sur la Concentration Fractionnaire Inhibitrice (CFI) défini par le rapport $CMI_{(Extrait + ATB)}$ au CMI_{ATB} rapportés par certains auteurs (Bassolé & Juliani, 2012; Hay, 2015).

$$CFI = \frac{CMI(Extrait + ATB)}{CMI(ATB)}$$

Les CFI ont été appréciées en fonction de l'échelle de lecture du CASFM (2016, 2020, 2022) (CASFM, 2020; EUCAST, 2016, 2022) que voici :

- Effet synergique (CFI < 0,5) ;
- Effet additif (0,5 ≤ CFI ≤ 1) ;
- Effet indifférent (1 ≤ CFI ≤ 4) ;
- Effet antagoniste (CFI > 4).

2.4. Traitement et analyse des données

Les résultats obtenus à la suite des manipulations ont été saisis et traités avec le logiciel Excel 2013. Les analyses statistiques ont été réalisées avec le même logiciel. Il s'agit de :

- additions et moyennes des données des DI ;
- divisions et moyennes des données des CMI ;
- divisions et moyennes des données de réversion.

3. Résultats

Les résultats obtenus à l'issue des différents tests effectués avec les mélanges se présentent comme suit.

3.1. Réversion de la résistance des souches bactériennes isolées avec de l'amoxicilline (AMC) + extrait aqueux de *Crateva adansonii* à 100 mg/mL

Les résultats de la réversion de la résistance des souches bactériennes isolées avec l'extrait aqueux de *Crateva adansonii* combiné à de l'amoxicilline permettent de constater d'une part que les CMI de l'extrait aqueux de *Crateva adansonii* varient de 0,78 à 25 mg/mL et d'autre part que celles de l'AMC varient de 0,0078125 à 1 mg/mL. Quant aux CMI de l'association AMC et extrait aqueux de *Crateva adansonii*, elles varient de $6,1035^E-05$ à 0,5 mg/mL. Les CFI correspondantes sont comprises entre 0,0078125 à 0,5 mg/mL ce qui a montré un effet synergique pour toutes les souches testées (Tableau 5).

Tableau 5 : Réversion de la résistance des souches bactériennes de AMC + Extrait *C. adansonii* à 100 mg/mL

Souches	C.	AMC	AMC + C.	CFI	Effets
	<i>adansonii</i>	<i>adansonii</i>			
	CMI (mg/mL)				
<i>Staphylococcus aureus</i>	6,25	1	0,015625	0,015625	Synergique
<i>Lim. Richardii</i>	12,5	0,0078125	$6,1035^E-05$	0,0078125	Synergique
<i>Pseudomonas proteus</i>	0,78	0,125	0,00097656	0,0078125	Synergique
<i>Staphylococcus aureus</i>	6,25	0,5	0,00390625	0,0078125	Synergique
<i>Staphylococcus aureus</i>	12,5	1	0,0078125	0,0078125	Synergique
<i>Staphylococcus epidermidis</i>	12,5	1	0,5	0,5	Synergique
<i>Salmonella sp</i>	25	1	0,0078125	0,0078125	Synergique
<i>Salmonella</i>	0,78	0,0078125	0,00012207	0,015625	Synergique

3.2. Réversion de la résistance des souches bactériennes isolées avec de l'ampicilline (AP) + extrait aqueux de *Crateva adansonii* à 100 mg/mL

Les résultats de la réversion de la résistance des souches bactériennes isolées avec l'extrait aqueux de *Crateva adansonii* et de l'ampicilline prouvent que les CMI de l'extrait aqueux de *Crateva adansonii* et celles de l'AP varient respectivement de 0,78 à 12,5 mg/mL et de 0,0078125 à 1 mg/mL. Les CMI de la combinaison AP + extrait aqueux de *Crateva adansonii* varient de 0,00012207 à 0,03125 mg/mL et les CFI correspondantes sont comprises entre 0,0078125 et 0,03125 mg/mL. Par conséquent, en ce qui concerne la réversion bactérienne,

pour toutes les souches testées, nous avons obtenu 100 % d'effet synergique avec la combinaison AP + extrait aqueux (Tableau 6).

Tableau 6 : Réversion de la résistance des souches bactériennes de AP + Extrait *C. adansonii* à 100 mg/mL

Souches	<i>C. adansonii</i>	Ampicilline AP	Ampicilline + <i>C. adansonii</i>	CFI	Effets
	CMI (mg / mL)				
<i>Staphylococcus aureus</i>	6,25	1	0,0078125	0,0078125	Synergique
<i>Lim. Richardii</i>	12,5	0,0078125	0,00012207	0,015625	Synergique
<i>Pseudomonas proteus</i>	0,78	0,015625	0,00048828	0,03125	Synergique
<i>Staphylococcus aureus</i>	6,25	1	0,0078125	0,0078125	Synergique
<i>Staphylococcus aureus</i>	12,5	1	0,0078125	0,0078125	Synergique
<i>Staphylococcus epidermidis</i>	12,5	1	0,03125	0,03125	Synergique
<i>Salmonella sp</i>	25	1	0,0078125	0,0078125	Synergique
<i>Salmonella</i>	0,78	0,0625	0,00048828	0,0078125	Synergique

3.3. Réversion de la résistance des souches bactériennes isolées avec du ciprofloxacine (CIP5) + extrait aqueux de *Crateva adansonii* à 100 mg/mL

Les résultats de la réversion de la résistance des souches bactériennes isolées avec l'extrait aqueux de *Crateva adansonii* et du ciprofloxacine montrent que les CMI de l'extrait aqueux de *Crateva adansonii* varient de 0,78 à 25 mg/mL. Les CMI du ciprofloxacine varient de 0,003906 à 0,5 mg/mL et les CMI de l'association ciprofloxacine + extrait aqueux de *Crateva adansonii* varient de $3,0516^E-05$ à 0,00390625 mg/mL. Les CFI correspondantes sont toutes égales à 0,0078125 ; ce qui explique l'effet synergique obtenu pour toutes les souches testées (Tableau 7).

Tableau 7 : Réversion de la résistance des souches bactériennes de CIP5 + Extrait *C. adansonii* à 100 mg/mL

Souches	<i>C. adansonii</i>	CIP5	CIP5 + <i>C. adansonii</i>	CFI	Effets
	CMI (mg / mL)				
<i>Staphylococcus aureus</i>	6,25	0,0625	0,00048828	0,0078125	Synergique
<i>Lim. Richardii</i>	12,5	0,003906	$3,0516^E-05$	0,0078125	Synergique
<i>Pseudomonas proteus</i>	0,78	0,125	0,00097656	0,0078125	Synergique
<i>Staphylococcus aureus</i>	6,25	0,0625	0,00048828	0,0078125	Synergique
<i>Staphylococcus aureus</i>	12,5	0,5	0,00390625	0,0078125	Synergique
<i>Staphylococcus epidermidis</i>	12,5	0,125	0,00097656	0,0078125	Synergique
<i>Salmonella sp</i>	25	0,5	0,00390625	0,0078125	Synergique
<i>Salmonella</i>	0,78	0,25	0,00195313	0,0078125	Synergique

3.4. Réversion de la résistance des souches bactériennes isolées avec du triméthoprime-sulfaméthoxazole (SXT25) + extrait aqueux de *Crateva adansonii* à 100 mg/mL

Les résultats de la réversion de la résistance des souches bactériennes isolées avec l'extrait aqueux de *Crateva adansonii* et du triméthoprime-sulfaméthoxazole révèlent que les CMI de l'extrait aqueux de *Crateva adansonii* et celles du SXT25 varient respectivement de 0,78 à 25 mg/mL et de 0,015625 à 1 mg/mL. Les CMI de la combinaison SXT25 + extrait aqueux de *Crateva adansonii* varient de 0,00012207 à 0,03125 mg/mL et les CFI correspondantes sont comprises entre 0,0078125 et 0,0625 mg/mL. Par conséquent, en ce qui concerne la réversion bactérienne, pour toutes les souches testées, nous avons obtenu 100 % d'effet synergique avec la combinaison SXT25 + extrait aqueux (Tableau 8).

Tableau 8 : Réversion de la résistance des souches bactériennes de SXT25 + Extrait *C. adansonii* à 100 mg/mL

Souches	C.	SXT25	SXT25 + C.	CFI	Effets
	<i>adansonii</i>		<i>adansonii</i>		
	CMI (mg / mL)				
<i>Staphylococcus aureus</i>	6,25	0,5	0,03125	0,0625	Synergique
<i>Lim. Richardii</i>	12,5	0,015625	0,00012207	0,0078125	Synergique
<i>Pseudomonas proteus</i>	0,78	0,5	0,00390625	0,0078125	Synergique
<i>Staphylococcus aureus</i>	6,25	1	0,0078125	0,0078125	Synergique
<i>Staphylococcus aureus</i>	12,5	1	0,015625	0,015625	Synergique
<i>Staphylococcus epidermidis</i>	12,5	1	0,0078125	0,0078125	Synergique
<i>Salmonella sp</i>	25	0,5	0,00390625	0,0078125	Synergique
<i>Salmonella</i>	0,78	0,5	0,0078125	0,015625	Synergique

3.5. Réversion de la résistance des souches bactériennes isolées avec de la gentamicine (CN10) + extrait aqueux de *Crateva adansonii* à 100 mg/mL

Les résultats de la réversion de la résistance des souches bactériennes isolées avec l'extrait aqueux de *Crateva adansonii* et de la gentamicine montrent que les CMI de l'extrait aqueux de *Crateva adansonii* varient de 0,78 à 25 mg/mL. Les CMI de la gentamicine varient de 0,0078 à 1 mg/mL et les CMI de l'association de l'extrait aqueux de *C. adansonii* + CN10 varient de 0,0078 à 0,03125 mg/mL. Les CFI correspondantes varient entre 0,00125 à 0,4 mg/mL ce qui a montré un effet synergique pour toutes les souches testées (Tableau 9).

Somme toute, il est noté que tous les tests de réversion de la résistance bactérienne par la combinaison de l'extrait aqueux de *Crateva adansonii* additionné aux ATB conventionnels pris individuellement ont donné 100 % d'effet synergique.

Tableau 9 : Réversion de la résistance des souches bactériennes de CN10 + Extrait *C. adansonii* à 100 mg/mL

Souches	<i>Crateva adansonii</i>	CN10	CN10 + <i>C. adansonii</i>	CFI	Effets
	CMI (mg/mL)				
<i>Staphylococcus aureus</i>	6,25	1	0,0078	0,00125	Synergique
<i>Lim. Richardii</i>	12,5	0,0078	0,0156	0,00125	Synergique
<i>Pseudomonas proteus</i>	0,78	0,0156	0,03125	0,04	Synergique
<i>Staphylococcus aureus</i>	6,25	1	0,0078	0,00125	Synergique
<i>Staphylococcus aureus</i>	12,5	1	0,0078	0,000624	Synergique
<i>Staphylococcus epidermidis</i>	12,5	1	0,03125	0,0025	Synergique
<i>Salmonella sp</i>	25	1	0,0078	0,000312	Synergique
<i>Salmonella</i>	0,78	0,0625	0,0078	0,01	Synergique

4. Discussion

Au cours des dernières années, plusieurs auteurs ont réalisé des travaux approfondis sur la modulation des antibiotiques des extraits de diverses espèces végétales, en conjonction avec certains antibiotiques conventionnels. Ces études ont notamment porté sur *Erythrina sigmoidea* (Djeussi et al., 2015), *Syzygium jambos* (Wamba et al., 2018), *Momordica charantia* L. (Houéto et al., 2019), *Ocimum gratissimum* (Kpètèhoto et al., 2017) et *Crateva adansonii* (Mignanwandé et al., 2020b).

Les tests de réversion de la résistance bactérienne effectués ont montré une réduction significative des CMI non seulement des sept (07) différents types de souches bactériennes isolées (*Staphylococcus aureus* ; *Lim. Richardii* ; *Staphylococcus epidermidis* ; *Pseudomonas proteus* ; *Salmonella sp*) testées mais également de l'unique souche de référence (*Salmonella ATCC*) testée.

De fait, au contact de la combinaison de l'extrait aqueux + ATB, les valeurs enregistrées sont comprises dans l'intervalle $[3,0516 \cdot 10^{-5} ; 0,5]$ mg/mL tandis qu'au contact singulier de l'extrait aqueux de *Crateva adansonii* et des différents ATB conventionnels (Amoxicilline/AMC ; Ciprofloxacine/CIP5 ; Triméthoprime-Sulfaméthoxazole/SXT25; Gentamicine/CN10 et Ampicilline/AP), les valeurs enregistrées sont comprises respectivement dans les intervalles $[0,78 ; 25]$ mg/mL et $[3,906 \cdot 10^{-3} ; 1]$ mg/mL. De cette diminution importante des CMI enregistrées avec cette solution binaire mélange-ATB usuels est la preuve scientifique de la réversion de la résistance bactérienne. Aussi, l'effet combiné extrait aqueux-ATB sur tous les germes testés est-il de type synergique (CFI < 0,5). Ces résultats confirment donc l'utilisation thérapeutique faite de cette plante. Ainsi, prouver la capacité de *Crateva adansonii* à moduler l'activité des ATB vis-à-vis des bactéries résistantes, sera la preuve scientifique que cette plante pourrait être utilisée en association avec certains ATB conventionnels dans la lutte contre la résistance bactérienne.

Ces résultats se rapprochent de ceux de Djeussi et al., 2015 ; Wamba et al., 2018 ; Houéto et al., 2019 ; Kpètèhoto et al., 2017 ; Mignanwandé et al., 2020b ; Kova et al., 2014 ; Tankeo et al., 2015 qui ont montré des effets synergiques extrait-ATB sur plusieurs gammes de bactéries avec des extraits provenant de différentes espèces de plantes (Djeussi et al., 2015; Kova, Gavari, Bucar, & Moïna, 2014; Houéto et al., 2019; Kpètèhoto et al., 2017; Mignanwandé et al., 2020; Tankeo, Tane, & Kuete, 2015; Wamba et al., 2018b). Ceci explique le principe posologique extrait-ATB observé chez les populations. Par contre, en guise de comparaison, l'intervalle de CMI obtenu ($3,0516 \cdot 10^{-5} \text{ mg. mL}^{-1} \leq \text{CMI (Extrait-ATB)} \leq 0,5 \text{ mg. mL}^{-1}$) pour l'association binaire Extrait-ATB est supérieur à ceux rapportés par Houéto et al., 2019 ; Kpètèhoto et al., 2017 ; Mignanwandé et al., 2020 respectivement avec les extraits de *Momordica charantia* ($7,8 \mu\text{g. mL}^{-1} \leq \text{CMI} \leq 250 \mu\text{g. mL}^{-1}$), d'*Ocimum gratissimum* ($7,8 \mu\text{g. mL}^{-1} \leq \text{CMI} \leq 31,5 \mu\text{g. mL}^{-1}$), et de *Crateva adansonii* (1,25 – 2,5 mg/mL, 6,25 – 12,5 mg/mL and 1,5 - 5 mg/mL) (Houéto et al., 2019; Kpètèhoto et al., 2017; Mignanwandé et al., 2020b). Les disparités constatées dans les résultats peuvent être rationalisées par la diversité d'origine des échantillons, les différentes périodes de récolte, les variations de la phase de floraison, et surtout par les spécificités des germes soumis aux tests.

Malgré les résultats obtenus dans cette étude, elle présente quelques limites car elle n'est axée que sur l'activité de l'extrait aqueux brut de la plante. Une identification des éléments actifs de la plante s'avère nécessaire pour mieux comprendre les effets rapportés. Aussi, la toxicité de cette plante doit également être étudiée pour évaluer son innocuité car son usage par les populations laisse craindre des risques d'intoxications en absence de connaissances sur les dosages et les propriétés pharmacodynamiques du mélange.

5. Conclusion

La présente étude, la réversion de la résistance bactérienne a montré qu'en présence de l'extrait aqueux de *Crateva adansonii*, les sensibilités des différentes espèces de germes pour tous les antibiotiques utilisés dans cette étude ont diminué. La combinaison antibiotique et extrait aqueux de *Crateva adansonii* montre donc un effet synergique pour toutes les souches testées. Les résultats de la présente étude confirment donc l'efficacité thérapeutique de cette plante qui pourrait être utilisée en association avec certains antibiotiques usuels dans la lutte contre la résistance bactérienne.

Remerciements

Nous remercions tous les membres de l'équipe du Laboratoire d'Hygiène, d'Assainissement, d'Eco-Toxicologie et d'Environnement-Santé (HECOTES) du Centre Interfacultaire de Formation et de Recherche en Environnement pour le Développement Durable (CIFRED) de l'Université d'Abomey-Calavi (UAC) pour leur forte contribution à la réalisation de l'étude.

Conflit of Intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

Références

- Aflé, B. J. (2023). Propriétés bactériennes de *Crateva adansonii* (Capparidaceae) sur les souches isolées dans les plaies chroniques diagnostiquées dans la Commune de Ouinhi en 2021. *Mémoire de Master*, CIFRED/UAC, Bénin. 77 pages.
- Bamb, O., Soro, S., Kone, D, Zirihi, G. N. (2016). Étude ethnobotanique et évaluation in vitro de l'activité antifongique des extraits de l'écorce de *Zanthoxylum gillettii* (de Wild Waterman) sur deux souches phytopathogènes de *Sclerotium rolfsii*. *J Appl Biosci.*, 98, 9309–22.

- Bassolé, I. H. N., & Juliani, H. R. (2012). Essential oils in combination and their antimicrobial properties. *Molecules*, 17(4), 3989-4006.
- Bonnet, E., Galinier, J. L., Fontenel, B., & Léger, P. (2018). Analyse de 9221 souches bactériennes issues de prélèvements de plaies chroniques infectées, évolution de la résistance sur 7 ans. *Médecine et Maladies Infectieuses*, 48(4, Supplement), S39-S40. <https://doi.org/10.1016/j.medmal.2018.04.104>
- Capela, C., Sopoh, G. E., Houezo, J. G., Fiodessihoué, R., Dossou, A. D., Costa, P., ... Pedrosa, J. (2015). Clinical Epidemiology of Buruli Ulcer from Benin (2005-2013) : Effect of Time-Delay to Diagnosis on Clinical Forms and Severe Phenotypes. *PLOS Neglected Tropical Diseases*, 9(9), e0004005. <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0004005>
- CASFM (2020). Consulté à l'adresse https://www.sfm-microbiologie.org/wp-content/uploads/2020/04/CASFM2020_Avril2020_V1.1.pdf
- Djeussi, D. E., Sandjo, L. P., Noumedem, J. A. K., Omosa, L. K., T Ngadjui, B., & Kuete, V. (2015). Antibacterial activities of the methanol extracts and compounds from *Erythrina sigmoidea* against Gram-negative multi-drug resistant phenotypes. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 15, 453. <https://doi.org/10.1186/s12906-015-0978-8>.
- Esebelahie, N. O., Newton-Esebelahie, F. O., & Omoregie, R. (2013). Aerobic bacterial isolates from infected wounds. *African Journal of Clinical and Experimental Microbiology*, 14(3), 155-159.
- EUCAST. (2016). Comité de l'antibiogramme de la Société Française de Microbiologie.
- EUCAST. (2022). Comité de l'antibiogramme de la Société Française de Microbiologie (N° EUCAST Clinical Breakpoint Tables v. 12.0, valid from 2022-01-01).
- Hay, Y-OM. (2015). La complexité des simples- Caractérisations chimique et biologique de combinaisons hydrolats-huiles essentielles et huiles essentielles-huiles essentielles pour l'objectivation d'effets conservateurs de produits phytothérapeutiques.
- Hind, E. A. (2017). Extraction et distillation d'une plante aromatique et médicinale : *Rosmarinus officinalis*. *Rapport de fin d'études en biotechnologie et valorisation des phytoressources*, Université Sidi Mohamed Ben Abdellah de Fes, Maroc.
- Houéto, E. E. M., Johnson, R. C., Amoussa, A. M., Kpètèhoto, H. W., Mignanwande, F. Z., Loko, F., Lagnika, L. (2019). Antimicrobial potency and reversion of the bacterial resistance of ethanolic extract of *Momordica charantia* LINN. *International Journal of Biology and Biotechnology*, 16(1), 79-93.
- Jones, R. N., Fritsche, T. R., & Moet, G. J. (2008). In vitro potency evaluations of various piperacillin/tazobactam generic products compared with the contemporary branded (Zosyn®, Wyeth) formulation. *Diagnostic microbiology and infectious disease*, 61(1), 76-79.
- Kamagate, A., Koné, D., Coulibaly, N., Brou, E., & Sixou, M. (2001). Etude comparative de différentes méthodes d'évaluation de la sensibilité aux antibiotiques anaérobies strictes de la flore sous-gingivale. *Tropical dental journal*, 9-12.

- Khaldi, A., Meddah, B., Moussaoui, A., Benmehdi, H. (2012). Screening phytochimique et effet antifongique de certains extraits de plantes sur le développement in vitro des moisissures. *European Journal of Scientific Research*, 80(3), 311-321.
- Kova, J., Gavari, N., Bucar, F., Moina, S. S. (2014). Antimicrobial and Resistance Modulatory Activity of *Alpinia katsumadai* Seed Phenolic Extract, Essential Oil and Post-Distillation Extract.
- Kpètèhoto, W. H., Hessou, S., Dougnon, V. T., Johnson, R. C., Boni, G., Houéto, E. E., ... Gbénou, J. (2017). Étude ethnobotanique, phytochimique et écotoxicologique de *Ocimum gratissimum* Linn (Lamiaceae) à Cotonou. *Journal of Applied Biosciences*, 109, 10609-10617. <https://doi.org/10.4314/jab.v109i1.5>
- Lagnika L., Amoussa A. M. O., Adjileye R. A., Laleye A., Sanni A. (2016). Antimicrobial, antioxidant, toxicity and phytochemical assessment of extracts from *Acmella uliginosa*, a leafy-vegetable consumed in Bénin, West Africa. *BMC Complement Altern Med.*, 16, 1-11.
- Lehout, R., Maya, L. (2015). Comparaison de trois méthodes d'extraction des composés phénoliques et des flavonoïdes à partir de la plante médicinale : *Artemisia herba alba* Asso. *Mémoire de Master en Sciences de la Nature et de la Vie*, Université des Frères Mentouri Constantine, Algérie.
- Mairie de Ouinhi, Cabinet Afrique Conseil (2006). Monographie communale de Ouinhi. - PDF Free Download. Consulté 3 avril 2023, à l'adresse <https://docplayer.fr/74554582-Monographie-communale-de-ouinhi.html>
- Mamadou, R. S., Moussa, I., Sessou, P., Yehouenou, B., Agbangnan, P. D., Illagouma, A. T., Ikhiri, K. (2014). Etude phytochimique, activités antiradicalaire, antibactérienne et antifongique d'extraits de *Sebastiania chamaelea* (L.) Müll. Arg. *Journal de la Société Ouest-Africaine de Chimie*, 37, 10-17.
- MCPS, F. (2012). Bacterial profile of burn wound infections in burn patients. *Ann Pak Inst Med Sci*, 8(1), 54-7.
- Mignanwande, Z. F. M. (2020a). Etudes ethnomédecinale, phytochimique, activités antibactériennes et innocuité de *Crateva adansonii* (Capparidaceae) DC. (Capparidaceae) récoltée au Bénin. These. UAC, Bénin.
- Mignanwandé, Z. F., Hounkpatin, A. S. Y., Johnson, R. C., Anato, D., Kpètèhoto, W. H., Amoussa, M. O. (2020b). Etudes ethnomédecinale, phytochimie et activité antioxydante de *Crateva adansonii* DC (Capparidaceae) dans les communes de Cotonou et de Dassa-Zoumè au Bénin. *Journal of Animal and Plant Sciences*, 46(1), 8071-8089. <https://doi.org/10.35759/JAnmPlSci.v46-1.2>
- Mnayer, D. (2014). Eco-Extraction des huiles essentielles et des arômes alimentaires en vue d'une application comme agents antioxydants et antimicrobiens. *PhD Thesis*, Université d'Avignon.
- N'tcha, C., Sina, H., Pierre, A., Kayodé, P., Gbenou, J. D., Baba Moussa, L. (2017). Antimicrobial Activity and Chemical Composition of (Kpètè-Kpètè): A Starter of Benin Traditional Beer Tchoukoutou. *BioMed Research International*, 1-10.

- OMS (2002). Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle. Genève : Organisation mondiale de la santé.
- Rahim, K., Saleha, S., Zhu, X., Huo, L., Basit, A., & Franco, O. L. (2017). *Bacterial contribution in chronicity of wounds. Microbial ecology*, 73, 710-721.
- Tankeo, S. B., Tane, P., & Kuete, V. (2015). In vitro antibacterial and antibiotic-potential activities of the methanol extracts from *Beilschmiedia acuta*, *Clausena anisata*, *Newbouldia laevis* and *Polyscias fulva* against multidrug-resistant Gram-negative bacteria. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 15(1), 412. <https://doi.org/10.1186/s12906-015-0944-5>
- Wamba, B. E. N., Nayim, P., Mbaveng, A. T., Voukeng, I. K., Dzutam, J. K., Ngalani, O. J. T., & Kuete, V. (2018). *Syzygium jambos* Displayed Antibacterial and Antibiotic-Modulating Activities against Resistant Phenotypes. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 1-12. <https://doi.org/10.1155/2018/5124735>
- Yehouenou, B., Ahoussi, E., Sessou, P., Alitonou, G. A., Toukourou, F., & Sohounhloue, D. (2012). Chemical composition and antimicrobial activities of essential oils (EO) extracted from leaves of *Lippia rugosa* A. Chev against foods pathogenic and adulterated microorganisms. *African Journal of Microbiology Research*, 6(26), 5496-5505.

© 2024 BOKOSSA, Licensee *Bamako Institute for Research and Development Studies Press*. Ceci est un article en accès libre sous la licence the Créative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>)

Note de l'éditeur

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



Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, Volume 6 (3)

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

Received, 20 October 2024

Accepted, 12 December 2024

Published, 30 December 2024

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

To cite: Diallo (2024). Processus d'universalisation de la Couverture santé au Sénégal : enquête sur la « CMU-Élève » à Ziguinchor (Sénégal). Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique. 6(3), 121-137. <https://doi.org/10.4314/rasp.v6i3.9>

Research

Processus d'universalisation de la Couverture santé au Sénégal : enquête sur la « CMU- Élève » à Ziguinchor (Sénégal)

Process of universalization of health coverage in Senegal: investigation into "CMU-Elève" in Ziguinchor (Senegal)

Mamadou Aguibou DIALLO

Département de Sociologie, Université Assane Seck de Ziguinchor, Sénégal

Correspondance : email : madiallo@univ-zig.sn

Résumé

Depuis 2005 avec l'élaboration de la Stratégie Nationale de la Protection Sociale, le Sénégal est dans une dynamique d'extension de l'assurance santé. Cette extension est facilitée par la mise en place du programme national de la Couverture Maladie Universelle (CMU) en 2013. La CMU cible les populations à faibles revenus, les acteurs du secteur informel, les artistes, les indigents et tous ceux qui sont hors du système de sécurité sociale. C'est dans ce cadre qu'il faut comprendre la création en 2017 de la CMU-Élève qui est une innovation qui permet aux élèves et aux apprenants de bénéficier d'une assurance à travers les mutuelles de santé communautaire. Pour mieux analyser et comprendre l'adhésion à la CMU par les élèves de la commune de Ziguinchor, nous avons mobilisé les méthodes et techniques quantitatives avec une enquête par questionnaire auprès de 264 élèves dans les cinq lycées de la Commune. Les résultats de l'étude montrent que le taux d'adhésion à la CMU-Élève est très faible (8%) dans les Lycées de la Commune de Ziguinchor. Aussi, l'enquête révèle, d'une part, qu'il y a peu de lycéens qui connaissent la CMU-Élève à Ziguinchor, et d'autre part qu'il n'y pas de liens entre l'adhésion à la couverture maladie universelle et les facteurs classiques comme le niveau de vie et la santé. Pour une adhésion massive et durable des élèves à la CMU, il serait pertinent de trouver une alternative au volontariat en association l'adhésion à l'inscription.

Mots clés : adhésion, CMU-Élève, Lycée, Universalisation, Ziguinchor

Abstract

Since 2005, with the development of the National Social Protection Strategy, Senegal has been extending health insurance. This extension is facilitated by establishing the National Program of Universal Health Coverage (CMU) in 2013. CMU targets low-income populations, actors in

the informal sector, artists, the indigent and all those who are outside the social security system. It is in this context that we must understand the creation in 2017 of the CMU-Élève which is an innovation which allows students and learners to benefit from insurance through community health mutuals. To better analyze and understand membership in the CMU by students in the commune of Ziguinchor, we used quantitative methods and techniques with a questionnaire survey of 264 students in the five high schools. The study results show that the membership rate for CMU-Student is very low (8%) in the high schools of the Municipality of Ziguinchor. Also, the survey reveals that few high school students are aware of the CMU-Élève in Ziguinchor, and there are no links between adherence to universal health coverage and classic factors such as standard of living and health. If students are to sign up for the CMU on a large scale and over the long term, it would be appropriate to find an alternative to volunteering by combining membership with registration.

Keywords: membership, CMU-Elève, High school, Universalization, Ziguinchor

1. Introduction

La couverture santé universelle est un rêve ou idéal de plus en plus accessible (Sen, 2015) pour de nombreux pays pauvres et son inscription dans la gouvernance globale (Fillol, Gautier et Ridde, 2021) au niveau mondial est un tournant décisif dans les stratégies nationales de santé publique pour de nombreux pays africains. Depuis une vingtaine d'années le Gouvernement du Sénégal et ses partenaires sont mobilisés pour offrir à tous les citoyens non couverts par le système de protection sociale, une assurance santé accessible, durable, à moindre coût et qui répond aux besoins des cibles. Cette assurance portée par les mutuelles de santé, est offerte à travers le programme national de Couverture Maladie Universelle (CMU). Notre recherche se veut une contribution à la compréhension des facteurs d'adhésion à la CMU par une catégorie spécifique que sont les élèves et les apprenants de la commune de Ziguinchor, au sud-ouest du Sénégal.

1.1 La couverture maladie au Sénégal : un bref essai de contextualisation

Depuis le début des années 2000, le Sénégal est dans une dynamique globale d'extension de la couverture santé pour les populations (Boidin, 2012 ; Alenda et Boidin, 2012 ; Alenda, 2016) à travers la modernisation de la sécurité sociale, la réforme de la prévoyance santé au travail et le développement des mutuelles de santé (Alenda, Massit et Puissant, 2014 ; Deville et al., 2018). D'abord, orientée vers les travailleurs, cette extension de la couverture santé s'étend de plus en plus aux groupes les plus vulnérables (les plus pauvres, les handicapés) et à certaines catégories exclus du système de protection sociale (extension à base communautaire). C'est dans ce cadre que la Couverture Maladie Universelle (CMU) est créée à partir de 2013 pour permettre aux groupes et aux personnes non couvertes par la sécurité sociale ou une assurance santé quelconque de bénéficier d'une assurance contre le risque maladie (Daff, 2020). La CMU est un programme national d'assurance santé non obligatoire qui se positionne entre l'assurance et l'assistance sociale (Diallo, 2023). Elle cible avant tout les ménages pauvres et les travailleurs de l'informel en leur offrant des possibilités d'accès aux soins et services de santé dans les structures sanitaires de proximité (centre de santé, poste de santé). En plus de ces cibles, la CMU s'étend de plus en plus à des catégories comme les artistes, les transporteurs, les aides ménagères, les élèves et les apprenants. En 2023, le programme de Couverture maladie universelle (CMU) a enrôlé plus de 240.000 personnes dans la région de Ziguinchor (sud), soit un taux de couverture de 35 %. Malgré les efforts ce taux est très insuffisant pour atteindre la couverture universelle.

Concernant ces derniers, l'Etat du Sénégal propose une couverture maladie appelée CMU-Élève. La mise en place de cette couverture santé spécifique se justifie par l'absence d'assurance santé fonctionnelle en milieu scolaire et les limites observées au niveau de la médecine scolaire. Or, la santé scolaire est un enjeu fondamental au Sénégal nécessitant une attention continue et des investissements pour garantir un environnement d'apprentissage sain, propice à l'éducation et capable d'améliorer la réussite des élèves tout en contribuant à la réduction des inégalités en matière de santé à l'école.

Créée en 2017, la CMU-Élève est régime contributif (subventionné par l'Etat) de prise en charge médicale des élèves des cycles élémentaire, moyen et secondaire (public et privé) au niveau des postes de santé, des centres de santé, des hôpitaux (à un taux de 80%) et des officines pharmaceutiques (à un taux de 50%) par le biais des mutuelles de santé. Les frais d'adhésion sont fixés à 4 500 FCFA par élève et par an, répartis de la manière suivante : 3 500 FCFA sont pris en charge par l'Agence de la Couverture Maladie Universelle (CMU) et 1 000 FCFA sont à la charge de l'élève. Avec cette assurance santé de base, les élèves peuvent accéder aux consultations générales et spécialisées, examens (Analyses et radio) à l'hospitalisation et aux médicaments génériques à hauteur des taux indiqués. Pour une prise en charge plus large qui donne accès à tous les services offerts au niveau des établissements publics de santé, les élèves peuvent souscrire à une cotisation de 3500 Francs CFA par an (complétée par l'Etat à hauteur de 3500 francs CFA). Le recouvrement des frais d'adhésion et de cotisation est fait par les établissements scolaires qui les envoient les dossiers de demande d'adhésion à l'Union départementale des Mutuelles de Santé.

1.2 Comprendre l'assurance maladie à l'école : quelques approches théoriques

Sur le plan théorique, diverses théories et approches peuvent être mobilisées pour analyser le fonctionnement et l'impact de l'assurance santé (ou maladie) dans la société, dans les espaces de travail et dans le milieu scolaire. Nous en retenons quatre approches théoriques dans cette recherche.

Avant tout, la *théorie de l'équité en santé* est intéressante en ce sens qu'elle postule que chaque individu devrait avoir un accès équitable aux soins de santé, indépendamment de son statut socio-économique, de sa position ou de sa résidence. Parmi les modèles les plus reconnus dans les études sur l'équité sociale en santé, on trouve la théorie de la justice de John Rawls (1971). Au début des années 1970, Rawls a établi un cadre scientifique pour appréhender la justice sociale fondé sur deux principes : l'égalité des droits et le principe de différence. Il stipule que les inégalités économiques et sociales doivent bénéficier aux plus défavorisés.

Ensuite, les *modèles théoriques sur les déterminants sociaux de la santé* sont également pertinents, car ils soulignent que la santé est influencée par divers facteurs sociaux, économiques et environnementaux (Marmot, 2019). Dans leurs travaux, Wilkinson et Pickett (2010) examinent comment les inégalités économiques affectent divers indicateurs de santé et de bien-être. Nancy Krieger (2001) a élaboré un cadre pour analyser les déterminants sociaux de la santé, mettant en avant l'importance du contexte social dans l'étude des disparités sanitaires. Amartya Sen (2010) quant à lui, a introduit le concept de capacités, reliant justice sociale et déterminants sociaux de la santé, en insistant sur les réelles opportunités dont disposent les individus.

En outre, la *théorie sociale du risque* examine comment les sociétés construisent et perçoivent le risque. Cette approche souligne que le risque n'est pas seulement un phénomène objectif, mais aussi une construction sociale influencée par le contexte historique, des valeurs culturelles et des normes sociales. Des sociologues comme Ulrich Beck (2001) et P. Peretti-Watel (2010) ont développé le concept de « société du risque », qu'ils désignent comme un état des sociétés

contemporaines (modernes) où divers risques nouveaux et souvent invisibles, prennent une place centrale dans la vie quotidienne et les décisions politiques.

Ulrich Beck estime que la problématique du risque doit être prise en compte dans le contrat social moderne, impliquant une solidarité active face aux risques communs. Partageant la même réflexion, Peretti-Watel développe le concept de culture du risque qui se caractériserait par plusieurs éléments. La notion de culture du risque permet de comprendre comment les individus et les sociétés perçoivent, interprètent et réagissent aux risques contemporains. Car, selon Peretti-Watel, tous les individus ne réagissent pas de la même façon aux risques, ce qui rend pertinent une analyse sociologique pour comprendre ces variations et réactions (dénier, défi, prudence, anxiété).

La théorie du risque social permet d'analyser comment les inégalités sociales engendrent des risques pour la santé. Les élèves issus de milieux défavorisés peuvent rencontrer divers risques sanitaires liés à leur situation socio-économique, entraînant une accumulation de problèmes de santé au fil du temps.

Enfin, *les approches théoriques concernant l'assurance santé* sont pertinentes à mobiliser. David Mark Dror et Christian Jacquier (1999) ont étudié les défis liés à l'accès à l'assurance maladie, en se concentrant sur les populations exclues et sur les mécanismes nécessaires pour garantir leur inclusion dans les systèmes de santé. Dror (2019) met en avant l'importance d'une couverture accessible pour améliorer la santé des plus vulnérables. Julien Le Grand a fait évoluer la théorie de l'assurance maladie en se concentrant sur les mécanismes économiques (financement, concurrence) et sociaux (comportements humains, choix individuels) influençant les systèmes de santé (Le Grand, 1997 ; 2009 ; 2010). Il a également étudié comment structurer l'assurance maladie afin d'assurer un accès équitable aux soins tout en évitant des problèmes tels que la sélection adverse ou l'aléa moral.

En somme, cette revue de la littérature scientifique permet de comprendre les différentes approches de l'assurance santé à l'école. Elle nous permet aussi de nous interroger sur les facteurs qui influencent l'adhésion des élèves à la couverture maladie. Pour ce travail, notre question de recherche est la suivante : l'adhésion des lycéens de Ziguinchor à la CMU-élève dépend-elle des situations économiques des élèves et de leur état de santé ?

Dans une logique hypothético-déductive et pour apporter une réponse à cette interrogation, nous partons des hypothèses suivantes : Premièrement, à Ziguinchor, il n'y a pas une relation de dépendance entre la santé de l'élève et son adhésion à la CMU. Deuxièmement, l'adhésion des élèves de Ziguinchor à la CMU ne dépend pas des situations économiques de l'élève ou des parents.

L'objectif de cette recherche est de vérifier si à Ziguinchor, les facteurs économiques et de santé sont des déterminants ou non de l'adhésion à la Couverture maladie par les élèves à travers le dispositif CMU-Élève.

Cette étude est réalisée dans la commune de Ziguinchor, une ville située au sud-ouest du Sénégal sur la rive gauche du fleuve Casamance, à 65 km de son embouchure sur l'Océan atlantique, à 15 km de la Guinée Bissau et à 450 km de la capitale (Dakar). Elle est localisée entre 16° et 17° de longitude ouest et entre 12° et 13° de latitude nord (Gomis, 2021). La ville est limitée au Nord par la Commune de Niamone, au Sud, à l'Est et à l'Ouest par la Commune de Niaguis. Ziguinchor abritait 214 874 habitants au dernier recensement général de la population et de l'Habitat de 2023 (ANDS, 2024). Ziguinchor est la capitale régionale de la Casamance, territoire riche en diversité culturelle, flore et faune.

Sur le plan infrastructurel, Ziguinchor ville, dispose d'un port, un aéroport, une université, deux hôpitaux et un centre de santé. La commune a également 06 mutuelles de santé fonctionnelles et 05 lycées (publics et privés).

2 Matériel et méthodes

Dans cette partie, nous allons en premier lieu décrire le milieu d'étude qui est la ville de Ziguinchor et en second lieu indiquer les méthodes et techniques mobilisées pour cette recherche.

2.1 Matériel de collecte, traitement et analyse de données

Ce travail a nécessité l'usage d'applications et de logiciels pour la collecte, le traitement et l'analyse des données. Nous avons utilisé trois principaux outils : Kobotoolbox, Kobocollect, Microsoft Excel et SPSS. En effet, la plateforme Kobotoolbox nous a permis d'élaborer un questionnaire et de stocker les informations en ligne. L'application Kobocollect, installée sur un téléphone et une tablette tactile, a servi à collecter les données, tandis que SPSS 27 a été mobilisé pour le traitement et l'analyse des données. Enfin, Microsoft Excel 2016 a été utilisé pour récupérer la base de données stockée sur Kobotoolbox et pour l'élaboration des graphiques.

2.2 Méthodes et techniques de recherche

Cette recherche est de type quantitatif. En effet, pour rendre compte du niveau de mise en œuvre de la CMU-élève dans cinq lycées de la ville de Ziguinchor, nous avons adopté une enquête par questionnaire. Ce choix se justifie par le fait que ce type d'enquête permet de recueillir des données structurées à grande échelle pour expliquer statistiquement des faits sociaux. En fait, « la statistique est un instrument de connaissance permettant au sociologue d'accéder à ce qui n'est pas apparent » (Martin, 1999). Ainsi, en choisissant de recourir l'enquête statistique, nous espérons quantifier les réponses pour mieux expliquer la connaissance et l'adhésion des élèves à ce dispositif de protection sociale ou de prévoyance santé.

Par ailleurs, La commune de Ziguinchor compte 5 lycées. Nous avons choisi d'enquêter dans tous les lycées pour avoir des informations diversifiées. Le choix d'enquêter dans les lycées se justifie par le fait que nous voulions administrer les questionnaires à des élèves âgés d'au moins 18 ans, ce qui permettrait d'avoir des résultats pertinents car l'âge de 18 ans, marque souvent le début de la vie adulte, une période où les individus prennent des décisions majeures concernant leur éducation, leur santé, leur carrière et leurs relations.

Pour ce qui est de méthodes et techniques d'échantillonnage, contraints par le refus des établissements de partager les listes d'élèves pour constituer une base de sondage, nous avons adopté une méthode d'échantillonnage non probabiliste pour le choix du nombre de personnes à enquêter par établissement scolaire. La technique d'échantillonnage utilisée est celle dite de commodité ou à l'aveuglette. Avec cette technique, la sélection des unités d'échantillonnage est basée sur leur accessibilité et non sur un calcul scientifiquement justifié (Ghighlione et Matalon, 1978). Au total, la composition de notre échantillon est la suivante : 264 élèves répartis dans 05 lycées : Lycée Peyrissac (40), Lycée El Hadj Omar Lamine Badji de Djibock (70), Lycée Djignabo (73), Lycée de Kénia (33), cours privés Saint Charles Lwanga (48). Cette répartition par établissement ne s'est pas fondée sur des considérations statistiques mais par la volonté d'interroger le maximum d'individus par établissement pour comprendre et expliquer l'adhésion à la CMU-Élève. Par conséquent, cette recherche ne vise aucunement la généralisation des résultats.

Par ailleurs, suite à la pré-enquête réalisée le 02 mars 2023, nous avons enquêté en dix jours (du 06 au 16 mars 2023), 264 élèves dans les lycées publics et privés de Ziguinchor. Le questionnaire a été directement administré aux élèves dans leurs établissements par la technique dite de « face-à-face » .

Pour ce qui est du traitement, nous avons recherché les éventuels doublons dans la base de données, recodé certaines variables de type ouverte texte, agrégé des données pour créer des classes, traiter les réponses manquantes par la moyenne. Concrètement toutes les questions de type ouvert ont été recodé en des questions de type fermé unique après le terrain. Aussi, les informations contenues dans les variables « autre à préciser » ont été identifiées, regroupés au niveau de la question précédant. Aussi, les non réponses sur la variable « age » ont été remplacées par la moyenne grâce au logiciel SPSS.

Enfin, l'approche quantitative privilégiée dans cette recherche nous a contraint de faire une analyse statistique à la fois de type descriptif et inférentiel.

Pour finir, s'agissant des volets éthique et déontologie, la collecte des données a été faite dans le strict respect des considérations éthiques en vigueur dans le domaine de la recherche en sciences sociales. Les répondants ont été informés sur les dispositions éthiques, sur leur liberté à participer ou non à l'étude. Seuls les répondants qui ont consentis librement et de manière éclairée à participer à l'étude ont été interrogés.

3 Résultats

Dans cette partie, nous présentons les résultats de l'enquête par questionnaire réalisée auprès de lycéens de la commune de Ziguinchor. Ces résultats mettent une relation entre la connaissance de la CMU-Élève, l'état de santé des lycéens, leurs situations socio-économiques et l'adhésion à la couverture maladie universelle.

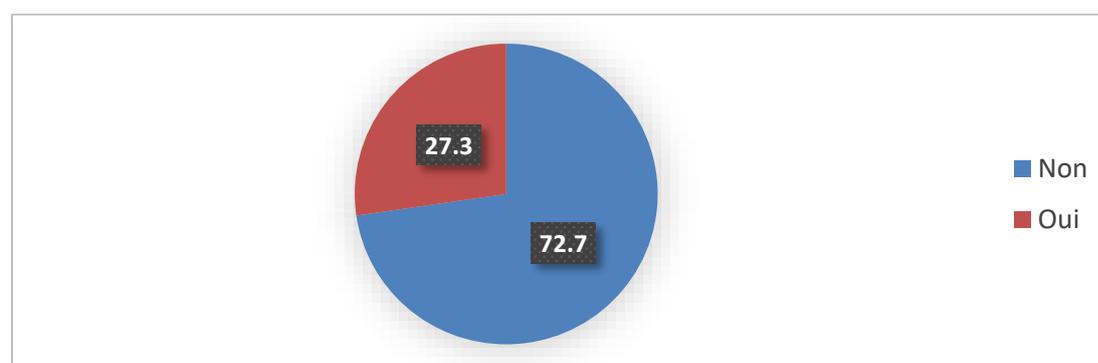
3.1 Caractéristiques socio-démographiques des élèves enquêtés

Les élèves interrogés dans le cadre de cette étude présentent des caractéristiques socio-démographiques suivantes. D'abord, 57,2% de filles et 42,8% de garçons ont répondu aux 264 questionnaires soumis. Plus de la moitié (58,3%) des élèves vit avec leurs parents biologiques. L'appartenance ethnique renseigne la répartition suivante dans notre échantillon : Diola (42%), Peul (16,7%), de Mandingue (7,2%), de Mandjack (7,6%), Sérère (5,7%), Wolof (4,2%), autres (16,2%). En outre, les élèves ont un âge moyen de 18,44 ans et un âge médian de 18 ans. Le plus âgé a 25 ans et le moins âgé, 15 ans. Un quart des élèves a au moins 17 ans et les trois quarts ont 20 ans au moins. Enfin, parmi les 264 élèves enquêtés, près de la moitié fait la terminale (42%), alors que l'autre grande moitié est en classe de première (28%) et de seconde (30%).

3.2 Connaissance et adhésion à la CMU-élève à Ziguinchor

Pour ce qui concerne la connaissance du dispositif assurantiel étudié, les résultants renseignent que seuls les 72 connaissent la CMU-élève soit 27,3% de l'échantillon.

Graphique 1 : répartition de l'échantillon selon la connaissance du CMU-Élève (N=264)



Source : enquête personnelle (mars, 2023)

Les taux de connaissance par école varient entre 20% et 45,8%. Les lycées où la CMU-élève est plus connue par les élèves sont: le Cours privé Saint Charles Lwanga (45,8%), le Lycée El Hadj Omar Lamine Badji de Djibock (25,7%) et le Lycée Djignabo (23,3%). Les taux les plus faibles se trouvent Lycée Peyrissac (20,0%) et le Lycée Kénia (21,20%).

Tableau 1 : répartition de l'échantillon selon l'école et connaissance de la CMU-élève (N=264)

Quel est le nom de votre école?	Connaissez-vous la CMU-élève ?		Total
	Non	Oui	
Cours privés Saint Charles Lwanga	54,20%	45,80%	100%
Lycée de Kénia	78,80%	21,20%	100%
Lycée Djignabo	76,70%	23,30%	100%
Lycée El Hadj Omar Lamine Badji	74,30%	25,70%	100%
Lycée Peyrissac	80,00%	20,00%	100%
Total	72,70%	27,30%	100%

Source : enquête personnelle (mars, 2023)

Avec ces données empiriques, il apparaît après analyse que la connaissance ou non de la CMU-élève varie en fonction des lycées. Dès lors, il nous semble opportun de chercher à savoir s'il n'existe pas un lien entre ces deux variables. Autrement dit, la connaissance de la CMU dépend-elle de l'établissement scolaire de l'élève ? L'analyse statistique de données renseignent que la variation des réponses relatives à la connaissance de la CMU n'est pas sans lien avec les lycées. En effet, le test khi-deux (khi-deux =10,685 ; ddl=4 ; p=0,030) révèle l'existence d'une relation significative entre l'école de l'élève et sa connaissance ou non de la CMU-élève.

Tableau 2 : Tests du khi-deux entre la connaissance de la CMU-Élève et l'établissement scolaire

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	10,685 ^a	4	,030
Rapport de vraisemblance	9,992	4	,041
N d'observations valides	264		

a. 0 cellules (0,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 9,00.

Source : enquête personnelle (mars, 2023)

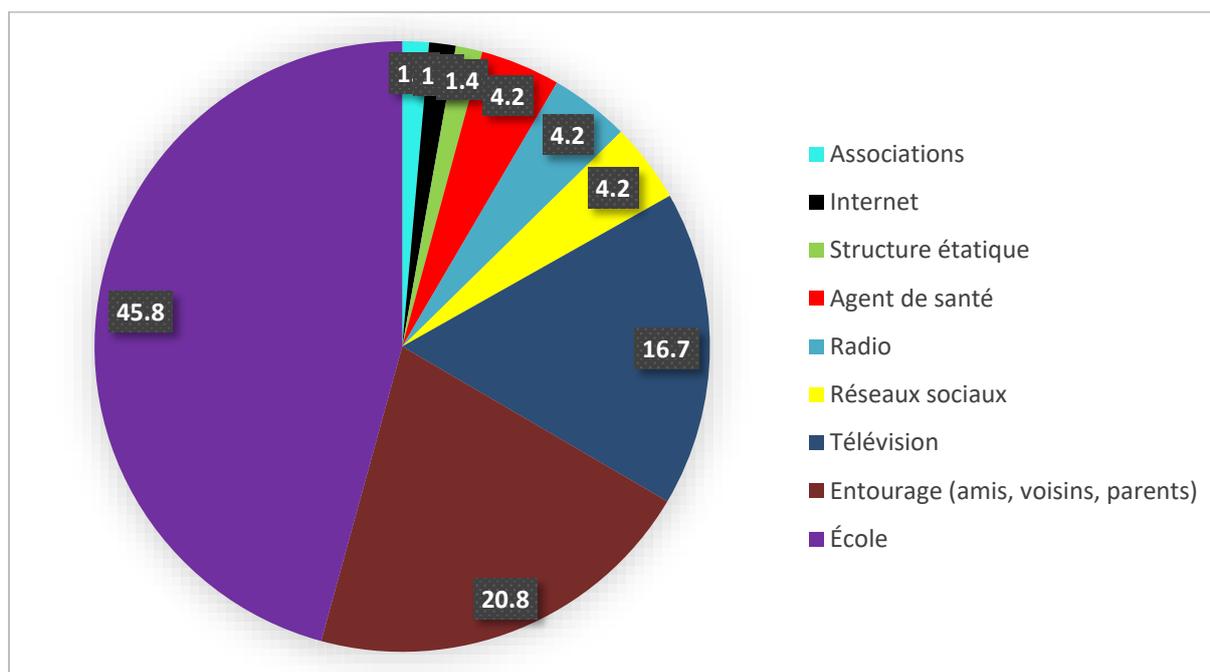
Les statistiques de Phi, du V de Cramer (0,201) ainsi que le coefficient de contingence révèlent une faible liaison entre les deux variables étudiées.

Tableau 3: Mesures symétriques entre la connaissance de la CMU-Élève et l'établissement scolaire

Mesures symétriques			
		Valeur	Signification approximative
Nominal par Nominal	Phi	,201	,030
	V de Cramer	,201	,030
	Coefficient de contingence	,197	,030
N d'observations valides		264	

Source : enquête personnelle (mars, 2023)

A partir de nos enquêtes, nous avons découvert par exemple que la CMU-élève n'était même pas connue dans certaines administrations. Cependant, du côté des lycéens, les sources d'informations sont diverses.



Graphique 2 : premières sources d'informations des élèves au sujet de la CMU-élève (N=72)

Source : enquête personnelle (mars, 2023)

Par ailleurs, cette enquête a révélé un taux adhésion faible avec juste 8% d'adhérents et 82,2% de non adhérents.

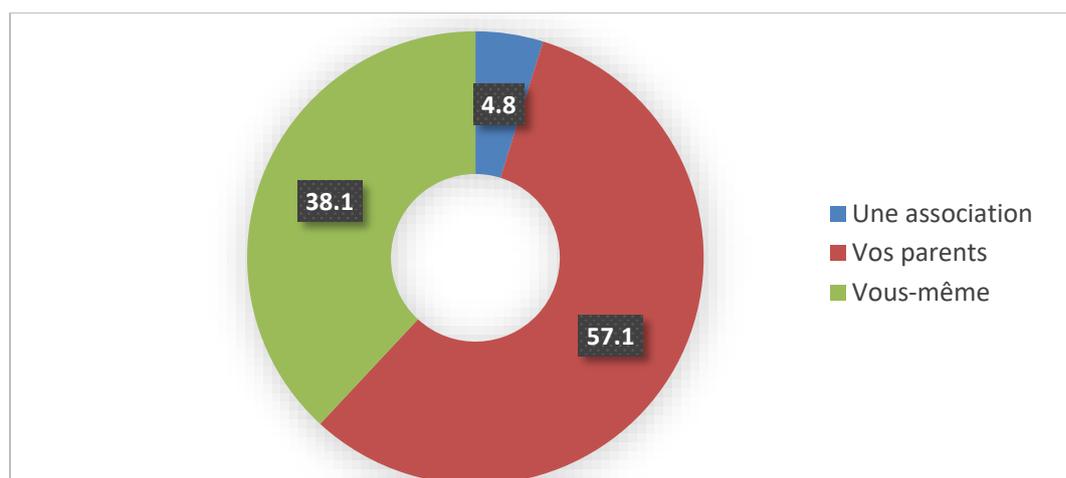
Tableau 4: taux d'adhésion à la CMU-Élève dans les lycées de la commune de Ziguinchor

Adhésion	Effectif	Pourcentage
Ne répond pas	26	9,8
Non	217	82,2
Oui	21	8
Total	264	100

Source : enquête personnelle (mars, 2023)

Ce faible taux met en évidence les limites de la stratégie globale de la CMU, qui repose sur l'adhésion volontaire et l'élargissement du dispositif, ce qui pourrait ne pas attirer l'ensemble des catégories ciblées.

Pour ce qui est de l'initiative d'adhésion, les résultats montrent que parmi les adhérents, ce sont les parents (57,1%) suivis des étudiants eux-mêmes (38,1%) qui ont pris l'initiative d'adhérer à la CMU. Les associations (4,8%) restent marginales dans ces initiatives selon les enquêtes.



Graphique 3 : choix de l'initiative d'adhésion des étudiants à la CMU-Élève (N=21)

Source : enquête personnelle (mars, 2023)

Dans cette recherche, nous avons étudié les raisons de la non adhésion des élèves à la CMU. Les résultats montrent que la non adhésion n'est pas liée à la connaissance de la CMU-Élève car la connaissance du programme CMU prise isolément est statistiquement sans effet sur l'adhésion des élèves à la CMU (Khi-deux =,167 ; ddl= 2 ; p=0,076).

Tableau 5 : Tests du khi-deux entre la connaissance de la CMU-Élève et l'adhésion des lycéens

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	5,167 ^a	2	,076
Rapport de vraisemblance	4,719	2	,094
N d'observations valides	264		

a. 0 cellules (0,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 5,73.

Source : enquête personnelle (mars, 2023)

La statistique Phi et de V de Cramer ont une valeur de 0,140 sur une valeur maximale possible de 1. Cela représente une petite association entre les deux variables étudiées.

Tableau 6 : Mesures symétriques entre la connaissance de la CMU-Élève et l'adhésion des lycéens

Mesures symétriques		Valeur	Signification approximative
Nominal par Nominal	Phi	,140	,076
	V de Cramer	,140	,076
	Coefficient de contingence	,139	,076
N d'observations valides		264	

Source : enquête personnelle (mars, 2023)

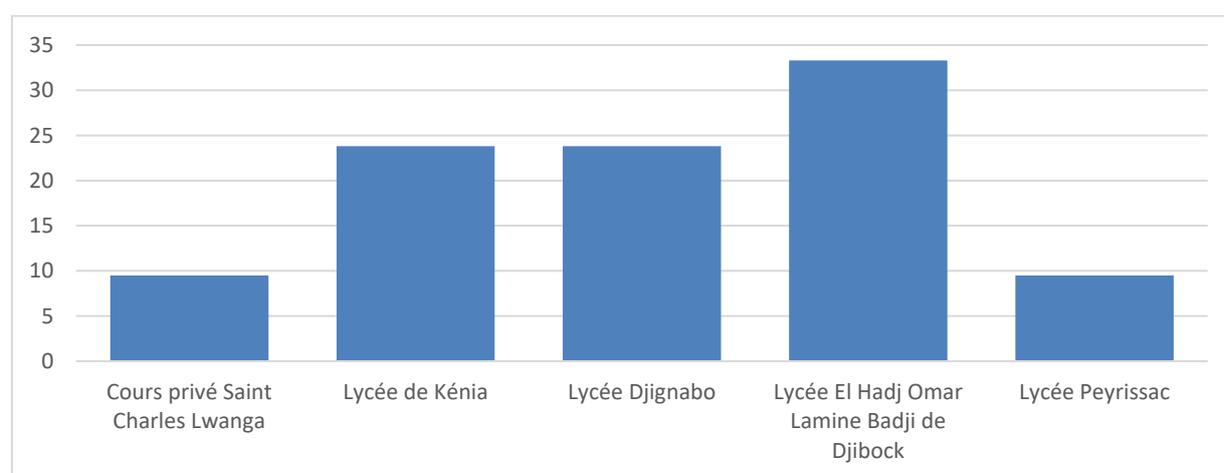
D'un autre côté, si l'on s'intéresse au taux adhésion selon le sexe, les résultats montrent que ce sont les filles qui ont plus adhéré avec 57,10% des répondants contre 42,90% de garçons. Toutefois, le test de Khi2 (Khi-deux = 1,721 ; ddl= 2 ; p=0,423) ne montre aucun lien statistique entre les deux variables.

Tableau 7: répartition de l'échantillon selon l'adhésion et le sexe de l'enquêté (N=264)

Êtes-vous?	Avez-vous adhéré à la CMU-élève ?			Total
	Ne sais pas	Non	Oui	
Garçon	30,80%	44,20%	42,90%	42,80%
Fille	69,20%	55,80%	57,10%	57,20%
Total	100%	100%	100%	100%

Source : enquête personnelle (mars, 2023)

En outre, sur l'ensemble des adhésions l'enquête fournit les informations suivantes: Lycée Kénia (23,8%), Lycée Peyrissac (9,5%), Cours privé Saint Charles Lwanga (9,5%) Lycée Djignabo (23,8%) et Lycée El Hadj Omar Lamine Badji (33,3%).



Graphique 4: Répartition de l'échantillon selon l'adhésion par école (N=21)

Source : enquête personnelle (mars, 2023)

Après avoir interrogé la connaissance de la CMU par les élèves, nous allons voir les déterminants de la non adhésion des élèves. Dans cette recherche, nous avons cherché à savoir particulièrement si l'adhésion à la CMU dépendait ou non de la situation économique de l'élève.

3.3 Motifs économiques et raison de santé : des facteurs non déterminants à l'adhésion à la CMU-élève ?

Dans cette étude, les deux éléments (motifs économiques et santé) ont été convoqués pour vérifier leur influence sur l'adhésion des élèves à la couverture maladie universelle. Après analyse, le test khi-deux a révélé qu'il n'y a pas de lien statistiquement significatif entre ces deux variables au seuil de 5% (Khi-deux=0,670 ; ddl=2 ; p=0,715). Autrement dit le manque de moyens financiers n'est pas une raison qui explique la non adhésion des lycéens à la CMU.

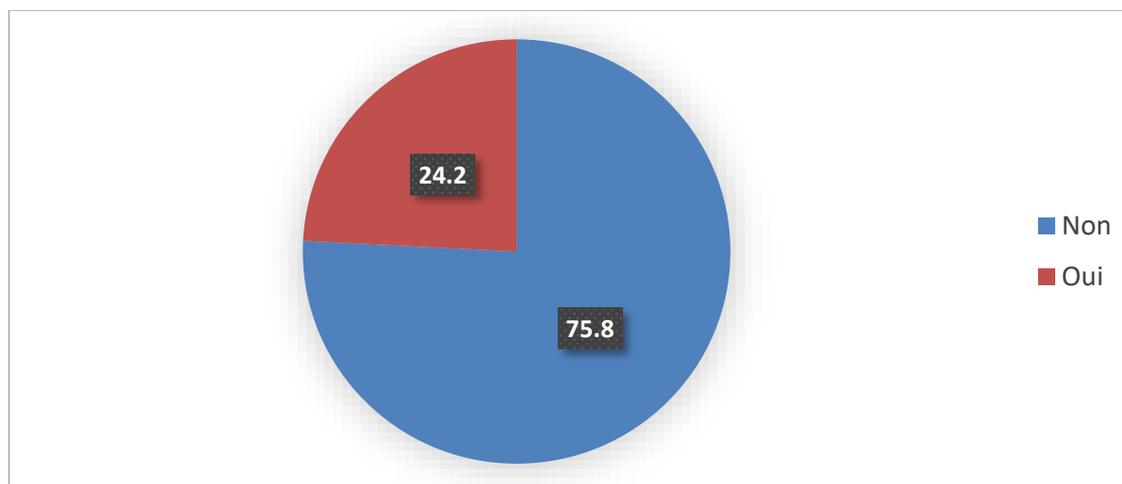
Tableau 8 : Tests du khi-deux entre motifs économiques et adhésion à la CMU-Élève

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	,670 ^a	2	,715
Rapport de vraisemblance	,639	2	,727
N d'observations valides	264		

a. 0 cellules (0,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 5,09.

Source : enquête personnelle (mars, 2023)

D'ailleurs, 75,8 % des enquêtés affirment ne pas renoncer aux soins par manque de moyens financiers. Ce qui confirme la non influence des moyens économiques de financiers sur l'adhésion l'assurance santé.



Graphique 5 : répartition de l'échantillon selon le renoncement aux soins de santé (N=264)

Source : enquête personnelle (mars, 2023)

Deuxièmement, le facteur ou raison de santé et ses corolaires (coût des soins et services de santé, recours) est souvent convoqué pour expliquer le choix des individus à adhérer à une assurance santé. Dans cette recherche, nous avons interrogé la variable santé pour voir dans quelle mesure elle influence les lycéens de Ziguinchor à souscrire à la CMU-Élève. Pour tester notre hypothèse selon laquelle il n'y a pas de relation d'interdépendance entre l'état de santé de l'élève et son adhésion ou non à la CMU, nous avons mis l'accent sur la question relative aux maladies chroniques ou à caractère durable qui nécessitent souvent une prise en charge et à la fréquentation des structures de soins. A cet effet, les données révèlent que l'adhésion ne dépend pas de l'existence d'une maladie chronique ou à caractère durable chez l'élève. Le tableau suivant montre que sur l'ensemble des enquêtés qui affirment avoir une maladie chronique ou à caractère durable, 84,20% n'ont pas adhéré à la CMU.

Tableau 9: représentation de l'échantillon selon l'existence d'un besoin de prise en charge santé et l'adhésion à la CMU (N=264)

Avez-vous une maladie chronique ou à caractère durable qui nécessite souvent une prise en charge ?	Avez-vous adhéré à la CMU-Élève ?			Total
	Ne sais pas	Non	Oui	
Ne sais pas	23,30%	60,00%	16,70%	100 %
Non	6,20%	85,30%	8,50%	100 %
Oui	14,00%	84,20%	1,80%	100 %
Total	9,80%	82,20%	8,00%	100 %

Source : enquête personnelle (mars, 2023)

Les résultats du test de Khi2 (Khi-deux=16,639a ; ddl=4 ; p=0,002) sont statistiquement significatifs ce qui veut dire qu'il y a un lien entre les deux variables.

Tableau 10 : Tests du khi-deux entre l'état de santé de l'élève et l'adhésion à la CMU

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
khi-deux de Pearson	16,639 ^a	4	,002
Rapport de vraisemblance	16,109	4	,003
N d'observations valides	264		

a. 3 cellules (33,3%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 2,39.

Source : enquête personnelle (mars, 2023)

Enfin, les élèves ont fréquenté en moyenne 1,65 fois les structures de santé lors des douze derniers mois précédant l'enquête. En mettant en lien la fréquence de fréquentation des structures sanitaires avec l'adhésion, nous n'avons pas décelé une relation d'interdépendance entre ces deux variables. Ainsi, le test Khi 2 nous a révélé qu'il n'existe pas de relation significative entre la fréquence de la fréquentation des structures soins par les élèves et leur adhésion à la CMU-élève à un seuil de 5%.

En somme, les résultats de cette enquête quantitative auprès des lycées de la commune de Ziguinchor montrent que les raisons de santé et les motifs économiques n'ont pas une influence directe sur la décision des lycéens enquêtés à Ziguinchor de souscrire à la CMU-Élève.

4 Discussion

Les études sur la couverture santé universelle en Afrique subsaharienne ont souvent permis d'identifier les facteurs clés qui influent sur l'adhésion, l'appropriation, le développement et l'efficacité des programmes dans différents pays.

Cette présente recherche menée auprès de 264 lycéens de la commune de Ziguinchor, révèle des résultats significatifs concernant la connaissance et l'adhésion à la Couverture Maladie Universelle mise en place pour les élèves et les apprenants (CMU-Élève) des cycles élémentaire, moyen et secondaire du Sénégal. En fait, les informations recueillies renseignent une faible connaissance du dispositif, un faible taux d'adhésion des lycéens de Ziguinchor à la CMU-Élève. Les données révèlent également que les aspects économiques et de santé n'ont pas d'influence sur l'adhésion des élèves à ce dispositif d'assurance santé.

4.1 Faible connaissance du dispositif de la CMU-Élève

Les données de cette recherche montrent que seuls 27,3 % des élèves connaissent ce dispositif assurantiel (CMU-Élève) créé spécifiquement pour les élèves. Cette faible connaissance varie toutefois en fonction des établissements, avec des taux allant de 20 % à 45,8 % selon le lycée, ce qui reflète une inégalité dans la diffusion de l'information. Ces résultats sont cohérents avec les études menées par Sow et al. (2020) dans la région de Ziguinchor où les individus concernés par les mutuelles de santé à base communautaire affirmaient ne pas avoir eu d'informations claires pour adhérer à l'assurance santé à travers les mutuelles. L'impact de cette faible connaissance est double : d'une part, il réduit les chances d'adhésion volontaire des élèves, et d'autre part, il crée des inégalités d'accès à l'information entre établissements. En effet, sans une compréhension adéquate des bénéfices et des modalités d'inscription et de cotisation, les élèves pourraient être moins susceptibles de s'engager et de souscrire à l'assurance santé élève. Pourtant, l'agence de la couverture maladie universelle communique souvent dans diverses langues au niveau des médias (radio, télévision, internet et affiches) et essaye d'impliquer mêmes les professionnels de communication comme les journalistes qu'ils ont formé dans plusieurs régions dont Ziguinchor en mai 2023. Toutefois, cette disparité peut être interprétée à la lumière des théories de la communication et de l'éducation, qui soulignent l'importance du contexte scolaire dans la diffusion de l'information. Il faut des canaux adaptés pour les élèves, un message motivant et une implication des acteurs de l'éducation y compris les élèves dans la

sensibilisation car les résultats montrent que l'école est la principale source d'informations pour 45,8% des élèves.

4.2 Le modèle d'adhésion volontaire et ses limites

Les résultats de cette étude indiquent également un faible taux d'adhésion, avec seulement 8 % des élèves déclarant être membre de la CMU-Élève. Cette statistique remet en question l'efficacité du modèle assurantiel basé sur l'adhésion volontaire. Dans le contexte de l'Afrique subsaharienne, les études ont montré que les systèmes d'assurance santé à adhésion volontaire rencontrent des obstacles majeurs. Letourmy (2008) souligne qu'en Afrique, les régimes obligatoires ne connaissent pas les mêmes problèmes structurels (financement, durabilité, extension) que les systèmes à adhésion volontaire. Dans des nombreux pays africains au sud du Sahara, le modèle obligatoire (réservé aux fonctionnaires et aux travailleurs de privé structuré) marche car soutenu par un régime de sécurité sociale. Au Sénégal les mutuelles et les programmes d'assurance santé basée sur le volontariat peinent à attirer, à se développer et à subsister malgré une subvention publique conséquente qui prend souvent en charge jusqu'à 50% des dépenses de santé pour certaines catégories (les indigents et les handicapés) (Diallo, 2023).

Dans le cas de la CMU-Élève, le modèle volontaire semble particulièrement inadapté pour une population jeune, qui n'a souvent pas la capacité financière ou l'autonomie de décision nécessaire pour s'engager dans une adhésion de ce type. L'intégration de la CMU-Élève dans les procédures d'inscription scolaire pourrait être une alternative viable pour garantir une couverture plus large et assurer un financement stable. En effet, un modèle d'adhésion automatique pourrait éliminer le besoin de sensibilisation exhaustive, tout en garantissant que tous les élèves inscrits bénéficient de la couverture santé, contribuant ainsi à la réalisation des objectifs de santé publique du Sénégal.

4.3 Le rôle limité des facteurs économiques et de santé dans l'adhésion

Contrairement à certaines études menées dans la région de Ziguinchor (Defourny et Failon, 2011 ; Seck et al., 2017, Diallo, 2023) montrant une influence des facteurs économiques, les résultats de notre enquête auprès des lycéens montrent que l'adhésion à la CMU-Élève n'est pas influencée par des considérations économiques ou de santé. En effet, 75,8 % des élèves déclarent ne pas renoncer aux soins pour des raisons financières, suggérant que le manque de moyens économiques n'est pas le principal obstacle à l'adhésion. Ces résultats confirment des conclusions d'études antérieures, telles que celles de Defourny et Failon (2011) et de Sow et al. (2020), qui ont trouvé que les facteurs financiers ne sont pas toujours les principaux freins à l'adhésion aux mutuelles de santé car le revenu n'a aucun impact significatif sur l'adhésion des ménages aux mutuelles de santé de Ziguinchor. Des résultats presque semblables ont été obtenus par Diallo et Diémé (2021) dans une étude sur l'accès aux services de santé à Néma II, un quartier spontané et précaire de Ziguinchor.

Même pour les élèves souffrant de maladies chroniques ou nécessitant une prise en charge régulière, l'adhésion reste faible, suggérant que d'autres facteurs, comme une perception défavorable des avantages de la CMU-Élève, l'inaccessibilité des structures de santé ou un manque d'information, pourraient jouer un rôle plus déterminant. Ces résultats confirment nos deux hypothèses et rejoignent des études ayant déjà relevé que l'état de santé des individus n'influence pas l'adhésion en Afrique (Musango et al., 2004 ; De Allegri et al., 2006). Ces données soulignent également la nécessité d'actions visant à améliorer l'image et la compréhension du dispositif de la CMU-Élève, en mettant l'accent sur ses avantages pratiques pour les élèves et leurs familles.

4.4 L'importance du cadre familial dans la décision d'adhésion

L'analyse des données a révélé aussi que les parents biologiques jouent généralement un rôle actif dans l'adhésion des élèves à l'assurance santé et prennent en charge les frais de cotisation, ce qui suggère que les décisions relatives à la santé sont souvent prises au sein du cadre familial. Cette dynamique familiale est compréhensible puisque les écoliers sont des apprenants très souvent sans emploi et ne disposant pas de ressources propres pour s'engager à une cotisation régulière et durable pour une couverture santé personnelle. Les parents qui supportent les frais de santé se voient jouer le rôle de payeur qu'il s'agisse de la prévention et ou de la prise en charge des frais de santé. Toutefois, la dynamique familiale est intéressante à souligner en ce sens qu'elle peut jouer un rôle très important dans la sensibilisation et l'adhésion à la CMU-Élève. Cependant, cela pose également la question de la capacité des jeunes à prendre des décisions pertinentes concernant leur santé.

Il pourrait être bénéfique de développer des programmes éducatifs sur la santé et la protection sociale dans les écoles, afin de sensibiliser les élèves dès leur jeune âge aux questions de santé, les rendant ainsi plus aptes à prendre des décisions de manière autonome. Une telle approche pourrait renforcer leur engagement dans la CMU-Élève et dans d'autres programmes de protection sociale à l'avenir.

Conclusion

Les résultats de cette enquête auprès des lycéens de la commune de Ziguinchor mettent en lumière les enjeux de l'extension de la Couverture Maladie Universelle Élève. Avec seulement 27,3 % des élèves ayant connaissance du dispositif CMU-Élève et un taux d'adhésion de 8%, il apparaît que la stratégie de communication et de souscription choisies a fini de montrer ses limites. Il est urgent de trouver des moyens pour intéresser les lycéens et les élèves à ce dispositif qui offre des possibilités d'assurance santé à faible coût.

Par ailleurs, les données collectées suggèrent que l'adhésion à la CMU-Élève semble être davantage influencée par des facteurs familiaux que par des considérations économiques ou de santé. Il faut donc placer la famille au cœur de programme pour plus d'efficacité et de durabilité. En somme, cette enquête met en lumière des défis significatifs concernant la connaissance et l'adhésion à la CMU-Élève parmi les lycéens de Ziguinchor. Les résultats soulignent l'urgence d'une stratégie inclusive qui permettra d'améliorer la visibilité du dispositif et encourager une participation active des élèves dans le système de couverture maladie universelle.

Références

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. Disponible à : <https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/EDSESAM/2016/50374-2016-Alenda.pdf>.

Alenda, J., Massit, C., & Puissant, E. (2014). La place des mutuelles dans la dynamique institutionnelle de la santé au Sénégal face aux difficultés d'insertion. *Innovations sociales, innovations économiques*, 163-178.

Alenda, J., & Boidin, B. (2012). L'extension de l'assurance-maladie au Sénégal : avancées et obstacles. *Médecine et Santé Tropicales*, 22(4), 364-369.

- Allegrì, M. D., Sanon, M., Sauerborn, R., & Bridges, J. (2006). Understanding consumers' preferences and decision to enrol in community-based health insurance in rural West Africa. *Health Policy*, 76(1), 58-71. doi:10.1016/j.healthpol.2005.04.010.
- Boidin, B. (2012). Extension de l'assurance maladie et rôle des mutuelles de santé en Afrique : les leçons de l'expérience sénégalaise. *Économie publique/Public economics*, 28-29, 47-70. Disponible à : <http://journals.openedition.org/economiepublique/8820>.
- Beck, U. (2001). *La société du risque. Sur la voie d'une autre modernité*. Paris : Aubier.
- Daff, B. M., Diouf, S., Diop, E. S. M., Mano, Y., Nakamura, R., Sy, M. M., Tobe, M., Togawa, S., & Ngom, M. (2020). *Reforms for financial protection schemes towards universal health coverage, Senegal*. Disponible à : <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6986231/pdf/BLT.19.239665.pdf>
- Defourny, J., & Failon, J. (2011). Les déterminants de l'adhésion aux mutuelles de santé en Afrique subsaharienne: un inventaire des travaux empiriques. *Mondes en développement*, 153, 7-26. Disponible à : <https://doi.org/10.3917/med.153.0007>
- Deville, C., Fecher-Bourgeois, F., & Poncelet, M. (2018). Les mutuelles de santé subventionnées comme instruments de la Couverture Maladie Universelle au Sénégal. *Communication Rencontre des Études Africaines en France (REAF)*, Marseille. Disponible à : <https://orbi.uliege.be/bitstream/2268/226717/1/Les%20mutuelles%20de%20santé%20subventionnées%20comme%20instruments%20de%20la%20CMU%20au%20Sénégal.pdf>
- Diallo, M. A. (2023). La couverture maladie universelle au Sénégal : quand les facteurs socioéconomiques expliquent l'adhésion et le recours aux mutuelles de santé à Ziguinchor (Sénégal). *Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique*, 5(1), 12-34. Disponible à : <http://www.revue-rasp.org/index.php/rasp/article/view/304/138>
- Diallo, M. A., & Diémé, P. (2021). Étude de l'accès aux services de santé à Nema II, un quartier de Ziguinchor (Sénégal). *DJIBOUL*, 4 (1), 420 – 435 . Disponible à : <http://djiboul.org/wp-content/uploads/2021/06/Tire-a-part-Mamadou-Aguibou-DIALLO-Paul-DIEME-2.pdf>
- Dror, D. M. (2019). *Financing micro health insurance : Theory, Methods and Evidence*. Genève : WHO Press.
- Dror, D. M., & Jacquier, C. (1999). Micro-assurance : élargissement de l'assurance maladie aux exclus. *Revue internationale de sécurité sociale*, 52(1), 87-119.
- Fillol, A., Gautier, L., & Ridde, V. (2021). L'avènement de la couverture sanitaire universelle dans la gouvernance globale. *Revue internationale des études du développement*, (247), 139-172. Disponible à : <https://doi.org/10.3917/ried.247.0139>
- Ghigliione, R., & Matalon, B. (1978). *Les enquêtes sociologiques: Théories et pratique*. Paris: Armand Colin.
- Gomis, J. S. (2021). Quand la débrouille des habitants pallie une politique urbaine défailante : l'extension de l'habitat informel dans l'agglomération de Ziguinchor (Sénégal). *Géococonfluences*.

- Krieger, N. (2001). Theories for social epidemiology in the 21st century: an ecosocial perspective. *International Journal of Epidemiology*, 30(4), 668-677. Disponible à : <https://doi.org/10.1093/ije/30.4.668>
- Le Grand, J. (2010). La question du choix dans les systèmes de santé: illusion ou solution? Dans *La santé, par quels moyens et à quels prix?* (pp. 59-77). Paris, PUF.
- Le Grand, J. (2009). *The other invisible hand: Delivering public services through choice and competition*. Princeton University Press.
- Le Grand, J. (1997). Knights, knaves or pawns? Human behaviour and social policy. *Journal of Social Policy*, 26(2), 149-169.
- Letourmy, A. (2008). Les défis des systèmes de santé en Afrique subsaharienne: Entre adhésion volontaire et couverture universelle obligatoire. *Revue d'Économie du Développement*, 3, 5-27
- Marmot, M. (2019). Déterminants sociaux de la santé: santé publique et pratique clinique. *Revue Médicale Suisse*, 15(640), 461.
- Martin, O. (1999) . Raison statistique et raison sociologique chez Maurice Halbwachs. *Revue d'Histoire des Sciences Humaines*, no 1(1), 69-101. Disponible à : <https://doi.org/10.3917/rhsh.001.0069>.
- Musango, L., Martiny, P., Porignon, D., & Dujardin, B. (2004). Le profil des membres et des non-membres des mutuelles de santé du Rwanda: le cas du district sanitaire de Kabutare. *Cahier de santé*, 14(2), 93-99.
- Peretti-Watel, P. (2010). *La société du risque*. Paris, La Découverte.
- Rawls, J. (1971). *A theory of justice*. Cambridge, Mass.
- Ridde, V., & Mbow, S. N. B. (2021). Vers une couverture sanitaire universelle en 2030?: réformes en Afrique subsaharienne. Disponible à : https://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins_textes/2021-10/010082991.pdf
- Sagna, O., Seck, I., Dia, A. T., Sall, F. L., Diouf, S., Mendy, J., & Kassoka, B. (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. *Bulletin de la Société de Pathologie Exotique*, 109, 195-206. Disponible à : <https://doi.org/10.1007/s13149-016-0508-z>
- Seck, I., Dia, A. T., Sagna, O., & 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.
- Sen, A. (2015). Universal Health Care: The Affordable Dream. *Harvard Public Health Review*, 5, 1–8. Disponible à : <https://www.jstor.org/stable/48503117>
- Sen, A. (2010). The place of capability in a theory of justice. In H. Brighouse & I. Robeyns (Eds.), *Measuring Justice: Primary Goods and Capabilities* (pp. 239–253). chapter, Cambridge: Cambridge University Press.

Sow, P., Bop, M., Akoetey, K., Diop, C., & Kâ, O. (2020). Facteurs d'adhésion et utilisation des Mutuelles de Santé (MS): région Ziguinchor au Sénégal. *Santé Publique*, 32(5), 563-570. Disponible à : <https://doi.org/10.3917/spub.205.0563>

Wilkinson, R., & Pickett, K. (2010). *The spirit level. Why equality is better for everyone.*

© 2024 DIALLO, Licensee *Bamako Institute for Research and Development Studies Press*. Ceci est un article en accès libre sous la licence the Créative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>)

Note de l'éditeur

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



Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, Volume 6 (3)

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

Received, 15 October 2024

Accepted, 19 December 2024

Published, 30 December 2024

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

To cite: Diallo (2024). *Perceptions et accessibilité des adolescents et jeunes aux services de santé sexuelle et reproductive dans la ville de Bouaké en Côte d'Ivoire. Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique. 6(3), 138-153. <https://doi.org/10.4314/rasp.v6i3.10>*

Research

Perceptions et accessibilité des adolescents et jeunes aux services de santé sexuelle et reproductive dans la ville de Bouaké en Côte d'Ivoire

Perceptions and accessibility of teenagers and young people to Sexual and Reproductive Health services in the city of Bouaké in Côte d'Ivoire

Nochiami Affou Koné¹, Sonan Hamed Coulibaly¹

¹Département d'Anthropologie et de Sociologie, Université Alassane Ouattara, Côte d'Ivoire

*Correspondance : affounochiami@gmail.com , +2250707466406

Résumé

Les adolescents et jeunes qui représentent plus de 23% de la population ivoirienne, prennent des décisions qui mettent leur vie en danger. Ainsi, les IST/VIH/SIDA, les grossesses non désirées, les avortements à risques et les complications obstétricales menacent fortement leur santé sexuelle et reproductive. Les adolescents et jeunes de la ville de Bouaké ne sont pas épargnés, en plus des effets de la crise politico-militaire qu'a connue cette ville et sa position géographique (au centre de la Côte d'Ivoire) le taux prévalence du VIH/SIDA et celui des grossesses précoces reste élevé. Pour prévenir et pallier cette situation, l'Etat a créé les Services de Santé Universitaires-Santé Adolescents et Jeunes (SSU-SAJ), anciennement appelés médico-scolaires. Les SSU-SAJ sont des établissements sanitaires équipés pour fournir des services adaptés en matière de santé sexuelle et reproductive aux adolescents et jeunes. Cependant, on dénote un faible taux de fréquentation de ces centres de santé par les adolescents et jeunes dans la ville de Bouaké. En adoptant une démarche mixte, nous avons interrogé 250 adolescents et jeunes de la ville de Bouaké. Il ressort de notre étude que l'existence des SSU-SAJ est encore méconnue par un grand nombre d'adolescents et jeunes (73%) et que certains facteurs comme la honte (75%) et la peur (58,8%) empêchent ces derniers de fréquenter ces centres de santé. Les adolescents et jeunes parlent de sexualité avec leurs amis (60%) et 36% d'entre eux font des recherches sur internet quand ils ont besoin d'informations. Communiquer sur l'existence des SSU-SAJ, offrir des services adaptés, avec des personnels formés, un accueil chaleureux et une confidentialité garantie assurera la fréquentation des SSU-SAJ.

Mots clés : adolescents et jeunes, santé sexuelle et reproductive, accessibilité aux SSU-SAJ, Bouaké

Abstract

Teenagers and young people, representing more than 23% of the Côte d'Ivoire population, make decisions that put their lives at risk. STIs/HIV/AIDS, unwanted pregnancies, unsafe abortions and obstetric complications are all significant threats to their sexual and reproductive health. Teenagers and young people in the town of Bouaké are not spared. In addition to the effects of the politico-military crisis in the city and its geographical position (in the center of Côte d'Ivoire), the prevalence of HIV/AIDS and early pregnancies remains high. The government has set up the University Health Services for Adolescents and Young People (SSU-SAJ), formerly medical school services, to prevent and remedy this situation. The SSU-SAJ are health establishments equipped to provide sexual and reproductive health services to teenagers and young people. However, adolescents and young people in Bouaké use these health centers at a low rate. Using a mixed-methods approach, we interviewed 250 adolescents and young people in Bouaké. Our study showed that many teenagers and young people (73%) were still unaware of the existence of the SSU-SAJ, and that factors such as shame (75%) and fear (58.8%) prevented them from using these health centres. Teenagers and young people talk about sex with their friends (60%), and 36% of them search the internet when they need information. Communicating about the existence of the SSU-SAJ and offering appropriate services with trained staff, a warm welcome and guaranteed confidentiality will ensure that SSU-SAJs are frequented.

Keywords : teenagers and young people, sexual and reproductive health, accessibility to SSU-SAJ, Bouaké

1. Introduction

En Afrique de l'Ouest et du Centre, 64 % de la population a un âge inférieur à 24 ans (UNFPA WCARO 2015). 75, 6 % de la population en Côte d'Ivoire, a moins de 35 ans, soit un peu plus de 3 personnes sur 4 (UNFPA 2023). Quand la population d'un pays reçoit une bonne éducation, bénéficie d'une santé de qualité, et d'emplois acceptables, le pays peut dans ce cas, profiter du dividende démographique. En Côte d'Ivoire la Santé Sexuelle et Reproductive des Adolescents et Jeunes se caractérise par un taux élevé de grossesses précoces (1 adolescente sur 4 a déjà contracté une grossesse UNFPA 2023), cela constitue un des principaux freins à l'accomplissement dudit dividende démographique. On assiste dans le pays à une persistance des grossesses précoces et des IST chez les jeunes dont l'âge varie entre 15 et 25 ans.

La Côte d'Ivoire a enregistré une augmentation d'environ 15,30% de grossesses en cours de scolarité pour l'année scolaire 2023-2024 (CNDH 2024), soit 4137 cas de grossesses. Concernant les IST, 40% des nouvelles infections sont concentrées au niveau des jeunes de 15 à 25 ans. (MSHPCMU 2024). Selon une étude récente, environ 230 000 interruptions volontaires de grossesses surviennent chaque année dans le pays. Les jeunes femmes de 15 à 24 ans, notamment celles vivant en milieu urbain, sont particulièrement touchées. La majorité de ces avortements sont classés comme "à risque", car ils sont souvent effectués dans des conditions non sécurisées et avec

des méthodes non médicales. Cette situation contribue de manière significative à la mortalité maternelle dans le pays (PMA 2021).

La santé en milieu scolaire a toujours été une préoccupation du Gouvernement ivoirien qui en a fait une composante du système de santé national à travers l'organisation des Services de Santé Scolaire et Universitaire (SSU) qui existent depuis 1954. Pour améliorer les prestations en matière de santé destinée aux adolescents et jeunes, l'Etat ivoirien a procédé à une réforme des SSU pour donner lieu aux Services de Santé Scolaire Universitaire puis Santé Adolescent et Jeunes (SSSU-SAJ). Ces services proposent aux adolescents et aux jeunes plusieurs prestations de prévention et de soins. On retrouve parmi ses prestations, la Santé sexuelle et reproductive et la Planification familiale. En termes de ressources, les CSUS/SAJ sont normalement composés d'un bâtiment de 13 pièces (salles de soins, mise en observation, pharmacie, bureaux médecin, Infirmier D'état, Sage-Femme d'Etat, cabinet dentaire, etc.), de ressources humaines (Médecins, Chirurgiens-dentistes, Infirmier D'état, Sage-Femme d'Etat, Préparateur Gestionnaire en Pharmacie, Travailleurs sociaux, personnel d'appui, etc.) (Le Partenariat de Ouagadougou 2022).

En général, les adolescents et jeunes ignorent comment accéder aux Centres de Santé Sexuelle et Reproductive. Il existe peu de pays où on retrouve des centres de Santé Sexuelle et Reproductive accessibles et qui offrent des services de qualité, adaptés aux besoins de ses utilisateurs. Il arrive que certaines lois et politiques nationales constituent des obstacles à l'utilisation des services des centres de SSRAJ. En plus de cela, certaines normes sociales comme la stigmatisation par le personnel soignant et la pression d'avoir des enfants entravent l'utilisation des centres SSR par les adolescents et jeunes (UNFPA-MUSKOKA 2020). Les besoins des adolescents et jeunes en Côte d'Ivoire, en matière de planification familiale et de Santé Sexuelle et Reproductive sont en partie insatisfaits. Cela, aussi bien au niveau des connaissances, qu'au niveau de l'accessibilité aux services de SSR.

Il résulte de ces constats, le nombre élevé de grossesses précoces chez les adolescentes en cours de scolarité ou non, avec leur corollaire d'Infections Sexuellement Transmissibles. Les grossesses à la fois précoces et non désirées influencent négativement l'avenir des filles, notamment en ce qui concerne leur maintien à l'école, leur accès à des opportunités économiques, leur santé et leur bien-être et leur pouvoir décisionnel. La persistance et la recrudescence des grossesses précoces et non désirées sont les résultantes de la faible utilisation de méthodes contraceptives.

L'objectif de l'étude est de comprendre les perceptions des adolescents et jeunes, qui entravent leur accès aux services de santé sexuelle et reproductive à Bouaké, puis de proposer des pistes d'amélioration quant à la fréquentation et l'adaptation des services aux besoins des jeunes.

2. Matériels et méthodes

2.1. Cadre de l'étude

L'étude a été menée dans la ville de Bouaké, située au centre de la Côte d'Ivoire. Bouaké est la deuxième grande ville de la Côte d'Ivoire avec une population jeune en forte croissance. Le choix

de cette ville se justifie par l'importance des problématiques liées à la santé sexuelle et reproductive dans cette région, particulièrement pour les adolescents et jeunes, qui représentent une part significative de la population.

2.2. Type d'étude

Une étude descriptive et transversale visant à explorer les perceptions des adolescents et jeunes (15-25 ans) en ce qui concerne l'accessibilité aux services de santé sexuelle et reproductive à Bouaké a été menée. L'étude s'appuie sur une approche mixte, c'est-à-dire qu'elle combine méthodes quantitative et qualitative.

2.3. Population d'étude

La population cible comprenait a) Adolescents : 15 à 19 ans et b) Jeunes : 20 à 25 ans.

Un échantillon de 250 adolescents et jeunes (voir tableau I et II) a été sélectionné à partir des quartiers : (Ahougnanssou, Koko, Belle-ville, Sokoura et Dares-es-Salam). L'échantillonnage s'est fait de manière aléatoire afin de garantir la représentativité des différents milieux socio-économiques et géographiques de la ville.

2.4. Critères d'inclusion et d'exclusion

- Critères d'inclusion : Adolescents et jeunes âgés de 15 à 25 ans résidant dans la ville de Bouaké depuis au moins six mois et consentant à participer à l'étude.
- Critères d'exclusion : Adolescents et jeunes présentant des difficultés de communication (troubles mentaux graves) ou ceux ne donnant pas leur consentement.

2.5. Méthodes et techniques de collecte de données

Deux méthodes ont été utilisées pour collecter les données :

- Méthode quantitative : Un questionnaire structuré a été administré aux adolescents et jeunes pour recueillir des données sur:
 - Les perceptions des services de santé sexuelle et reproductive ;
 - Le niveau de connaissance des services disponibles ;
 - Les obstacles rencontrés pour accéder à ces services ;
 - Les comportements et besoins en matière de santé sexuelle et reproductive.
- Méthode qualitative : Des entretiens semi-directifs ont été réalisés avec un sous-échantillon de 20 participants (voir tableau II). Ces entretiens visent à approfondir les perceptions des participants sur la qualité des services et les défis spécifiques liée à l'accès aux soins de santé sexuelle et reproductive. Un entretien collectif avec le personnel de services de santé (voir tableau III) a également été organisée pour compléter les informations.

Tableau I : Répartition des enquêtés pour l'enquête quantitative

Enquêtés	Fille	Garçon	Nombre
Adolescents	56	56	112
Jeunes	56	56	112
Total	112	112	224

Tableau II : Répartition des enquêtés pour l'enquête qualitative

Enquêtés	Fille	Garçon	Nombre
Adolescents	05	05	10
Jeunes	05	05	10
Total	10	10	20

Tableau III : Répartition des enquêtés pour la discussion de groupe

Enquêtés	PERSONNEL SOIGNANT	Nombre
Aide-soignant-e	02	02
Infirmier-e	02	02
Médecin	02	02
Total		06

2.6. Outils de collecte de données

Pour collecter les données, les outils suivants ont été utilisés :

- Questionnaires structurés : pour les données quantitatives.
- Guides d'entretien : pour les données qualitatives.
- Enregistreurs audio (avec le consentement des participants) pour la collecte des entretiens qualitatifs.

2.7. Analyse des données

- Données quantitatives : Les données collectées ont été saisies et analysées à l'aide du logiciel SPHINX. Les variables ont été décrites sous forme de pourcentages, tableaux et graphiques.
- Données qualitatives : Les entretiens et discussions de groupe ont été retranscrits avant d'être analysés grâce à la méthode d'analyse thématique de contenu. Les thèmes récurrents concernant les perceptions, les obstacles, et les recommandations pour l'accès à des services de qualité ont été identifiés et regroupés par catégorie.

3. Résultats

3.1. Critères sociodémographiques des personnes enquêtées et perceptions des SSU-SAJ

Sur les 244 adolescents et jeunes interrogés, les critères sociodémographiques se présentent comme suit :

- En moyenne, les personnes enquêtées ont un âge égal à 19,5 ans. 112 adolescents dont l'âge varie entre 15-19 ans, soit **50%** ont répondu à nos questions, de même que 112 jeunes de 20 à 24 ans soit **50%** des personnes enquêtées.
- S'agissant de la variable Sexe, 112 garçons (**50%**) et 112 filles (**50%**) ont répondu à nos questions.
- En ce qui concerne le statut matrimonial, nous avons enregistré 88% de célibataires et **12%** de personnes mariées
- Le Niveau d'éducation des personnes interrogé est le suivant :
 - Sans instruction : **15 %** ;
 - Niveau primaire : **25 %** ;
 - Niveau secondaire : **45 %** ;
 - Niveau supérieur : **15 %**.

Les perceptions des services SSR disponibles à Bouaké varient selon plusieurs facteurs :

- **Connaissance des services SSR :**
 - **73 %** des participants ignorent l'existence de services de santé sexuelle et reproductive à Bouaké ;
 - **27 %** savent où trouver ces services.

3.2. Accessibilité des SSU-SAJ

- **Utilisation des SSU-SAJ :**
 - **20 %** des participants déclarent avoir déjà utilisé les services SSR au moins une fois.
- **Principaux obstacles à l'accès aux SSU-SAJ :**
 - Honte : **75 %** des adolescents et jeunes ont déclaré avoir honte de fréquenter que les SSU-SAJ ;
 - Connaissance insuffisante : **73 %** n'étaient pas au courant des services SSR ou de leur fonctionnement ;
 - Peur : **58,5%** des adolescents et jeunes ont peur d'être vu ou reconnu dans les SSU-SAJ ;
 - Manque de confidentialité : **50 %** des participants n'ont pas confiance en la confidentialité des services ;
 - Horaires inadaptés : **20 %** des jeunes indiquent que les horaires de fonctionnement des centres de santé ne sont pas en adéquation avec leur emploi du temps, notamment ceux qui travaillent ou sont encore scolarisés.

3.3. Besoins et attentes concernant les centres SSR et Comportements dans le cadre de la SSR

- Meilleure sensibilisation : **65 %** des jeunes souhaitent plus de caravanes de sensibilisation (dans les établissements scolaires et les quartiers) sur l'existence et l'accessibilité des SSU-SAJ, sur les méthodes contraceptives et sur la SSR elle-même ;
- Services adaptés aux jeunes : **58 %** des participants demandent des services spécifiques pour les jeunes, avec du personnel formé à leur accueil et des infrastructures dédiées pour garantir la confidentialité et un environnement de confiance.

- **Utilisation de méthodes de contraception :**

- **93%** des adolescents et jeunes connaissent le préservatif comme méthode contraceptive ;
- **35 %** des jeunes (**23 %** des adolescents et **50 %** des jeunes adultes) déclarent avoir déjà utilisé une méthode de contraception comme le préservatif ou les pilules ;
- **64%** des enquêtés ne savent pas comment utiliser correctement les méthodes contraceptives ;
- Parmi eux, **25 %** indiquent utiliser régulièrement une méthode de contraception.

- **Accessibilité à l'information :**

60 % des jeunes disent recevoir principalement des connaissances sur la sexualité via des amis, tandis que **36 %** mentionnent les écoles et internet comme source d'information et **34,5 %** leur parents comme source d'information. Seuls **16 %** déclarent obtenir ces informations directement auprès de centres de santé.

3.4. Données issues des entretiens qualitatifs

Les entretiens qualitatifs menés avec 20 adolescents et jeunes révèlent plusieurs thèmes clés :

- **Méfiance envers les prestataires**

Les jeunes expriment une certaine méfiance à l'égard des prestataires de services, les percevant souvent comme jugeant ou moralisateurs. Beaucoup de jeunes, surtout les adolescents, craignent que les prestataires de services SSR adoptent des attitudes moralisatrices ou les jugent en fonction de leur comportement sexuel. Les jeunes filles, par exemple, peuvent être perçues comme « déviantes » ou « irresponsables » si elles recherchent des conseils ou des contraceptifs. Cela crée un climat de honte et de culpabilité qui dissuade les jeunes d'utiliser ces services.

« Les femmes là quand tu vas elles te regardent d'une manière, du genre celle-là à son âge elle connaît déjà garçon. Elles ne donnent pas envie de leur parler parce qu'elles ne vont pas comprendre et te juger. Elles disent qu'à leur âge elles ne cherchaient pas garçon ». Fleur, 15 ans, déscolarisée, Bouaké, 2024

La stigmatisation autour des questionnements liés à la sexualité, surtout pour les jeunes, est un obstacle important. Dans certaines sociétés, discuter ouvertement de la sexualité ou utiliser des services SSR est encore tabou, particulièrement pour les jeunes femmes. Les adolescents craignent que les soignants parlent de leurs consultations à d'autres personnes, ce qui pourrait ternir leur réputation au sein de leurs communautés.

Le SSU-SAJ de Belle-ville est proche de mon école mais l'amie de ma maman travaille là-bas donc je ne peux pas partir là-bas, pour éviter qu'elle en parle à maman et j'aurais des problèmes » Soleil, 17 ans élève en Tle, Bouaké, 2024

Un des freins majeurs identifiés par les jeunes est le manque perçu de confidentialité dans les centres de santé. Beaucoup craignent que leurs consultations ne restent pas privées, surtout dans des environnements où les prestataires peuvent être des membres de leur communauté ou des personnes que leurs familles connaissent. Cette peur de voir leur intimité violée les rend méfiants.

Les jeunes disent souvent que certains prestataires de services SSR ne bénéficient pas assez de formations ou sensibilisations aux besoins spécifiques des adolescents et jeunes. Ils se plaignent parfois d'une communication peu adaptée, où les prestataires utilisent un langage trop technique ou font preuve d'un manque d'écoute et d'empathie. Cela crée une distance entre le personnel médical et les adolescents et jeunes.

- **Croyances culturelles et tabous :**

Certains participants indiquent que le fait d'accéder aux SSU-SAJ, est encore entravé par des croyances culturelles et des tabous liées à la sexualité, en particulier pour les filles et jeunes femmes, souvent découragées par leurs familles de parler de sexualité ou de solliciter les centres SSR. Dans de nombreuses sociétés, y compris dans certaines régions de Côte d'Ivoire, l'accès des jeunes, en particulier des jeunes filles, aux centres dédiés à la santé sexuelle et reproductive (SSR) est souvent entravé par des croyances culturelles et des tabous profondément enracinés.

La sexualité reste un sujet très sensible et tabou dans beaucoup de contextes culturels. Il est souvent considéré inapproprié, voire honteux, pour les filles de parler des questions concernant leur sexualité ou d'avoir recours à des centres de santé reproductive avant le mariage. Cette pression culturelle maintient les jeunes dans un silence forcé, les empêchant d'approfondir leurs

connaissances sur des sujets tels que la planification familiale, les méthodes contraceptives, ou les infections sexuellement transmissibles (IST).

« On ne parle pas de sexualité à la maison ou avec les parents, même les menstrues c'est une amie qui m'en a parlé. Ça fait honte de parler de ça avec les parents, surtout les rapports sexuels, ils vont dire que tu es « gâtée ». Donc moi c'est avec ma copine et à l'école que je m'informe sur ces questions » *Amour, 16 ans élève en 1^{ère}, Bouaké, 2024*

Les normes traditionnelles de genre jouent également un rôle important dans la façon dont la sexualité est perçue. Dans certaines cultures, la virginité et la pureté sexuelle des jeunes filles avant le mariage sont valorisées, tandis que toute forme d'activité sexuelle est vue comme un préjudice à l'honneur familial. Les jeunes filles peuvent donc être réticentes face à l'idée d'accéder aux services SSR par peur d'être perçues comme sexuellement actives ou irresponsables, même lorsqu'elles cherchent simplement des conseils sur la SSR.

Les familles et les communautés ont souvent un pouvoir d'influence important sur les décisions des jeunes concernant la santé sexuelle. Dans certaines familles, discuter de sexualité avec les jeunes filles est encore un tabou, et les parents, les mères, dans certains cas, peuvent s'opposer au fait que leurs enfants aient accès aux SSU-SAJ. Les parents peuvent craindre que l'accès aux méthodes contraceptives favorise une sexualité « précoce » ou « irresponsable ». Cette résistance familiale freine l'autonomie des jeunes filles et les prive de l'éducation sexuelle nécessaire à leur bien-être.

Les SSU-SAJ peuvent être mal perçus par la communauté, associée à une sexualité « débridée » ou à des comportements inappropriés. Les jeunes filles qui fréquentent ces services peuvent être étiquetées de manière péjorative, ce qui les dissuade d'y aller, même lorsqu'elles en ressentent le besoin. Par exemple, une fille qui consulte un centre pour obtenir des contraceptifs pourrait être vue comme une personne aux mœurs légères ou douteuses, ce qui accroît sa peur de la stigmatisation.

Les croyances religieuses jouent également un rôle prépondérant dans la perception des communautés liée aux SSU-SAJ. Dans certaines communautés, la religion peut interdire ou décourager l'utilisation de contraceptifs ou la discussion sur la sexualité avant le mariage. Les leaders religieux et les parents peuvent s'opposer à toute forme d'éducation sexuelle, considérant que cela encourage l'immoralité. Par conséquent, les jeunes filles subissent une forte pression pour obéir scrupuleusement aux règles religieuses qui restreignent l'accès aux soins de SSR.

« Moi dans ma religion, on ne doit même pas mettre les filles et les garçons dans un même endroit comme dans les lycées. Chez nous la sexualité c'est seulement dans le mariage pas avant, on ne doit pas en

parler. Au culte, on n'en parle pas, c'est la chose des personnes qui sont mariées », Racio, 21 ans étudiant, Bouaké, 2024

Le manque d'éducation sexuelle formelle dans les établissements scolaires ou les foyers exacerbe ces obstacles. Les jeunes filles grandissent souvent sans une compréhension complète de leurs besoins et de leurs droits en matière de santé Sexuelle et Reproductive. L'absence d'éducation sexuelle et de discussions ouvertes dans la famille laisse les jeunes filles démunies face aux défis de la sexualité et des relations. Ce manque de connaissances renforce les croyances erronées et les mythes autour de la sexualité, et alimente la peur d'avoir recours aux SSU-SAJ, en dénote les propos de Leada, 16 ans non scolarisée :

« Moi je sais qu'on peut tomber enceinte si on s'essuie avec la serviette d'un garçon s'il a jouit dessus donc j'évite ça... Si tu as une Maladie Sexuellement Transmissible les médicaments « tout-paille » soignent ; pas besoin d'aller à l'hôpital, mes amis ont déjà essayé »

Des croyances traditionnelles et des mythes liés à la sexualité et à notre capacité de se reproduire circulent souvent au sein des communautés. Par exemple, certaines jeunes filles pourraient croire qu'utiliser des méthodes contraceptives peut entraîner la stérilité ou d'autres effets secondaires néfastes. Ces idées fausses, souvent renforcées par l'entourage ou des aînés, peuvent les dissuader de rechercher des SSU-SAJ.

« Les méthodes contraceptives comme pilule et injection sont mauvaises, il faut les éviter, ça rend stérile et ça fait grossir. C'est mieux les méthodes de nos grand-mères ou les préservatifs », Massie, 18 ans, Seconde, Bouaké, 2024

- **Suggestions d'amélioration :**

Une grande partie des personnes interrogées estiment que pour améliorer l'accès aux SSU-SAJ, il faut non seulement améliorer la sensibilisation, mais aussi former le personnel de santé pour qu'il soit plus accueillant et compréhensif envers les jeunes.

Moi c'est surtout l'accueil, qu'ils soient souriant et surtout qu'ils ne nous jugent pas, Basile, 19 ans déscolarisé, Bouaké, 2024

Les points suivants ressortent des discussions de groupe menées avec les agents de santé des SSU-SAJ :

- **Perception des jeunes utilisateurs des services SSR :**

Les soignants, particulièrement ceux qui ont bénéficié d'une formation adaptée, perçoivent les jeunes comme des groupes vulnérables nécessitant un soutien et des conseils appropriés. Ils sont

alors plus ouverts et empathiques, sans jugement, reconnaissant les défis auxquels les jeunes sont confrontés lorsqu'ils viennent à eux.

« J'ai été le responsable d'un centre de santé au sein d'un lycée de Bouaké, chaque semaine on menait des activités ludiques sur la SSR, il y avait un véritable engouement autour de ses jeux et les élèves avaient la possibilité de parler de leurs attentes réelles en matière de sexualité. Je prenais plaisir chaque semaine à initier ses sensibilisations sous forme de jeux », DAS, Infirmier d'Etat, Bouaké, 2024

- **Besoin de renforcement de capacités :**

Le personnel soignant est souvent conscient des insuffisances dans sa formation concernant la prise en charge des jeunes dans les services de santé sexuelle et reproductive. Beaucoup expriment le besoin de renforcer leurs compétences pour mieux appréhender les besoins spécifiques des adolescents et des jeunes adultes, ainsi que pour aborder les questions liées à la sexualité et à la reproduction de manière bienveillante et sans jugement. Ils reconnaissent également l'importance de comprendre les influences sociales et culturelles sur les comportements sexuels des jeunes et souhaitent disposer des outils nécessaires pour les conseiller dans un cadre respectueux et confidentiel.

- **Obstacles à la prestation des services SSR :**

Stigmatisation sociale : Certains prestataires ont conscience normes sociales et des tabous autour de la sexualité des filles et des garçons, cela a pour conséquence leur réticence à la promotion des services SSR, de peur d'être eux-mêmes jugés par la communauté ou d'encourager des comportements jugés « immoraux ».

Manque de ressources : Les soignants font parfois face à l'insuffisance de ressources (contraceptifs, personnel spécialisé, infrastructures adaptées aux jeunes) cela peut mettre à mal la qualité des services qu'ils offrent aux jeunes ou des consultations individuelles et confidentielles.

Réticence à jouer un rôle éducatif : Des soignants influencés par leurs propres croyances culturelles ou religieuses, peuvent être réticents à discuter de sexualité avec des jeunes, estimant que cela pourrait encourager des comportements sexuels précoces ou irresponsables.

- **Suggestions d'amélioration des prestations SSR :**

Améliorer l'environnement de travail : Améliorer les infrastructures des centres SSR pour mieux répondre aux attentes particulières des jeunes.

Collaboration avec la communauté : Encourager une collaboration plus étroite entre les soignants, les éducateurs, les leaders religieux, et les familles pour démystifier les services SSR et réduire la stigmatisation autour de leur utilisation par les jeunes filles et jeunes garçons.

Formations continues : Renforcer les capacités du personnel soignant en axant les formations sur l'accueil bienveillant et non jugeant de leurs utilisateurs, ainsi que sur la prise en charge des questions sensibles entourant la sexualité.

4. Discussion

Dans de nombreux pays en Afrique, les jeunes sont souvent mal informés ou ignorent l'existence des centres de Santé Sexuelle et Reproductive (SSR), cela limite l'accessibilité à ces services essentiels. Dans notre étude, 73% des personnes interrogées ignorent l'existence des SSU-SAJ, idem pour les services disponibles, comme les consultations pour la contraception, les tests de dépistage des infections sexuellement transmissibles (IST) et les recommandations relatives à la santé reproductive. Les perceptions des jeunes peuvent être influencées par des stéréotypes culturels ou des croyances religieuses qui considèrent l'éducation sexuelle comme un tabou. Ce constat est le même au Tchad, une étude conduite par Akoina (2015), qui relève que les services de SSR sont disponibles dans certaines zones, mais de nombreux jeunes n'en connaissent pas l'existence, en particulier dans les zones rurales. Le bas niveau d'instruction, associé à des normes sociales restrictives, empêche les jeunes de rechercher ou d'utiliser ces services. Selon Loukoumanou et al. (2019), dans le nord du Bénin, peu d'adolescentes et de jeunes filles fréquentent les centres de santé et sont touchées par les programmes de Santé Reproductive/Planification Familiale. On assiste dans cette région, à une sous-représentation des adolescentes et jeunes filles dans l'utilisation des centres SSR. Cela pourrait s'expliquer par la déficience du comportement des agents publics concernés par l'offre de ce service. L'influence de l'organisation sociale baatonu sur l'utilisation de ce service est également ressortie dans les discours, sans occulter les croyances et les normes sociales liées à la sollicitation des services SSR sur cette aire socioculturelle.

Dans notre étude, 75% des adolescents et jeunes ont déclaré avoir honte d'utiliser les SSU-SAJ par crainte de stigmatisation ou de jugement. Cela peut être particulièrement vrai pour les filles et les jeunes femmes qui, dans certaines cultures, sont plus susceptibles d'être critiquées pour leurs choix concernant leur santé sexuelle. La confidentialité des SSU-SAJ est une préoccupation majeure pour nos enquêtés, 50% d'eux ont affirmé ne pas utiliser ces services par manque de confiance en leur confidentialité. Les jeunes veulent s'assurer que leurs informations personnelles sont protégées et ne seront pas divulguées sans leur accord. Cependant, Ahlou (2021) dans une étude qui a porté sur 203 adolescents et jeunes au Niger, souligne la qualité de l'accueil du personnel soignant envers les jeunes. Ainsi, il révèle que le personnel des services de Santé Sexuelle et Reproductive avaient traités de façon amicale les adolescents (92%) interrogés. Les adolescents ont également affirmé que le personnel médical avait fait preuve de bonne écoute (96%) et qu'ils se sont sentis en confiance (92%) durant la consultation. La moitié des adolescents interrogés (45,80%) affirmait que le prestataire avait respecté leur intimité en ne posant pas de question sur leur relation sexuelle.

Certains personnels des services SSR ont réellement compris l'utilité d'offrir un cadre sécurisé, anonyme et de confiance aux adolescents.

La santé sexuelle exige un cadre de confidentialité et de confiance et donc des personnes adéquates, nonobstant, les parents ne font pas partie de ces personnes en premier ressort. Il est ressorti de notre étude que les enquêtés parlent de sexualité avec leurs amis (60%) et 36% d'entre eux effectuent des recherches sur internet quand ils souhaitent accroître leurs connaissances. Nsakala et al. (2012), nous rejoignent sur ce fait, au Congo, les adolescents préfèrent parler de sexualité avec les agents de santé, les leaders religieux et les enseignants, plutôt que de le faire avec leurs parents. Chez eux, les médias constituent la principale source d'informations pour ces derniers. Les centres de santé ne sont sollicités qu'en seconde intention, après l'automédication et le traitement traditionnel jugés plus accessibles.

L'accessibilité aux services de santé peut constituer une limite. Les jeunes déscolarisés et non scolarisés ne se sentent pas concernés par ces établissements autrefois dédiés uniquement aux élèves et étudiants. Pour recevoir gratuitement des soins dans les SSU-SAJ, il faut venir en uniforme scolaire, cela constitue un frein à l'accessibilité des jeunes qui ont arrêté les cours ou exercent de petits métiers. Dans certains quartiers de Bouaké, les jeunes peuvent avoir du mal à se rendre dans des établissements qui proposent des prestations de SSR, compte tenu de la distance ou du coût élevé des frais de transport. Aussi, la disponibilité des services peut être limitée en marge des heures d'ouverture normales, ce qui complique l'accès pour ceux qui sont encore en étude ou qui travaillent. Selon une étude menée par Gohi (2023), 93% des adolescentes du collège moderne de Cocody affirmaient ne pas fréquenter les services de planification familiale pour élucider des interrogations qui concernent une meilleure gestion de leur sexualité. Tandis que l'étude de Inghels et al (2017) sur le recours aux soins de santé globale et de santé sexuelle et reproductive, chez les étudiants de l'université Houphouët-Boigny a relevé que la principale barrière d'accès au centre de santé de l'université était la perception de la cherté de ses services malgré leur gratuité. Ce qui traduit des soucis de visibilité sur cette offre et ses prestations. A Montréal également, les jeunes ont certaines fois un accès difficile aux informations liées aux centres de SSR, ils pensent à tort qu'ils n'ont pas le droit d'avoir accès à ces centres de santé (Garde et al., 2013). Selon Revegue et al. (2022), les obstacles à l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive pour les adolescents vivant avec le VIH sont liés au sous-équipement des structures, aux attitudes des professionnels de santé, ainsi qu'aux préoccupations des adolescents vivant avec le VIH et de leurs parents. Les professionnels expriment le besoin de renforcer leurs compétences en SSR afin de proposer une prise en charge contextualisée et adaptée aux adolescents vivant avec le VIH.

La sensibilisation et l'éducation liées à la Santé Sexuelle et Reproductive (SSR) sont essentielles pour améliorer l'accès des jeunes à des connaissances et prestations de qualité. Ces initiatives visent à informer les adolescents et les jeunes sur les interrogations autour des méthodes contraceptives, de la sexualité, des infections sexuellement transmissibles (IST), de la planification familiale et des droits reproductifs. Il est important de penser à des plans de sensibilisation pour informer les jeunes des services disponibles et briser les tabous associés à la santé sexuelle. Les campagnes de sensibilisation dans les écoles et dans les quartiers avec les communautés peuvent conduire à :

- Diminuer les taux de grossesses non planifiées : L'éducation en santé sexuelle et reproductive aide les jeunes à mieux connaître leurs choix en matière de contraception, ce qui contribue à réduire le nombre de grossesses non désirées et d'avortements à risque.
- Prévenir les IST : Une sensibilisation adéquate aide les jeunes à reconnaître les signes des IST et à comprendre la prépondérance de prévenir ces maladies, notamment à travers l'utilisation des préservatifs.
- Autonomiser les jeunes : Une bonne éducation sexuelle donne aux jeunes les informations nécessaires pour faire des choix éclairés concernant leur santé reproductive, leur permettant ainsi de défendre leurs droits en matière de santé.

5. Conclusion

Les perceptions et l'accessibilité des centres de santé sexuelle et reproductive à Bouaké sont des questions complexes qui nécessitent une approche intégrée. Les résultats de l'étude montrent que les centres de santé sexuelle et reproductive sont méconnus par la majorité des adolescents et jeunes à Bouaké. De même, de nombreux obstacles subsistent concernant l'accès aux SSU-SAJ, on peut citer entre autres : la honte, la peur et l'absence de confidentialité. Les autorités sanitaires doivent s'efforcer d'améliorer l'accessibilité des centres de santé en bâtissant des établissements plus proches des zones à forte densité de jeunes et en élargissant les horaires d'ouverture. L'amélioration des infrastructures de Santé Sexuelle et Reproductive (SSR) est cruciale pour s'assurer que les jeunes et surtout ceux qui sont vulnérables puissent bénéficier de soins et prestations de qualité. Cela passe par la création de nouveaux établissements de santé, mais aussi la rénovation des infrastructures existantes, l'amélioration de l'équipement, et le renforcement de capacité du personnel. Tout cela contribuera à instaurer un cadre sécurisé et accueillant pour les adolescents et les jeunes adultes. Il est essentiel d'adapter les services aux besoins spécifiques des jeunes, et de lever les barrières financières et culturelles pour encourager l'utilisation des SSU-SAJ dans la ville de Bouaké.

Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt

Références Bibliographiques

Ahlou, A. E. (2021). *Qualité de mise en œuvre des services de santé sexuelle et reproductive auprès des adolescent(e)s et jeunes par le projet JADES 2 au Niger en 2021*. Mémoire de Master en Développement, Université Senghor, Département Santé Spécialité Santé Publique Internationale.

Bureau Régional Afrique de l'Ouest et du Centre (UNFPA WCARO). (2015). *Transformer et Améliorer les Vies. Une Région Une Mission. Rapport Annuel 2015*. UNFPA WCARO.

Carde, E., & Baillergeau, E. (2013). *L'offre de services en santé sexuelle destinée aux jeunes de Montréal : quelle adaptation aux besoins, et quelle accessibilité ?* Centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales et les discriminations. Montréal (Québec). https://www.researchgate.net/publication/332333332_L'offre_de_services_en_sante_sexuelle_destinee_aux_jeunes_de_Montreal_quelle_adaptation_aux_besoins_et_quelle_accessibilite

Dassi Tchoupa Revegua, M. H., Jesson, J., Aka Dago-Akribi, H., Dahourou, D. L., Ogbo, P., Moh, C., Amoussou-Bouah, U. B., et al. (2022). Santé sexuelle et reproductive des adolescent(e)s vivant avec le VIH dans les programmes de prise en charge pédiatrique à Abidjan : offre de services des structures et perceptions des professionnels de santé en 2019. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 70, 163-176. <https://doi.org/10.1016/j.respe.2022.04.003>

Document-de-Politique-de-la-Santé-Scolaire-et-Universitaire. (2007). *Côte d'Ivoire*. prb.org [Document-de-Politique-de-la-Santé-Scolaire-et-Universitaire-2007.-Côte-d'Ivoire.pdf \(prb.org\)](http://prb.org/Document-de-Politique-de-la-Santé-Scolaire-et-Universitaire-2007.-Côte-d'Ivoire.pdf)

EQUIPOP.ORG. (2018). *La Côte d'Ivoire en marche pour les droits et la santé sexuels et reproductifs : Opportunités et défis*. equipop.org/publications/guide_plaidoyer_DSSR_RCI_.pdf

Gabriel, N. V., Coppieters, Y., Dimonfu, B. L., Kayembe, P. K., Gomis, D., & Piette, D. (2012). Perception des adolescents et jeunes en matière de santé sexuelle et reproductive, République Démocratique du Congo. *Santé publique*, 24(5), 403-415.

Gohi, L. G. B.-A. (2023). Les stratégies IEC pour la promotion de la Santé Sexuelle Reproductive (SSR) des adolescentes du collège moderne de Cocody. *Recherches & Regards d'Afrique*, 2(5).

Inghels, M., Coffie, P. A., & Larmarange, J. (2017). Recours aux soins de santé globale et de Santé Sexuelle et Reproductive, chez les étudiants de l'Université Houphouët-Boigny, Abidjan, Côte d'Ivoire. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 65(5), 369-379.

Le partenariat de Ouagadougou. (2022). *Rapport général Partage d'expériences sur le fonctionnement des services de santé scolaire et universitaire-adolescents jeunes (SSU-AJ) de la Côte d'Ivoire*.

Loukoumanou, A. N., & Imorou, A.-B. (2021). *Le service de santé sexuelle et reproductive : une offre marginale aux adolescents au nord du Bénin*. *Les Cahiers de l'ACAREF*, 3(6), Tome 2, 131-149. <https://revues.acaref.net/wp-content/uploads/sites/3/2021/05/9-Loukoumanou-ADAM-NOUHOUN.pdf>

Marc, H. D. T. R. (2021). *Amélioration de la prise en charge des adolescents vivant avec le VIH en Afrique de l'Ouest, intégrant les problématiques de l'annonce du statut sérologique VIH et de santé sexuelle et reproductive*. Thèse de Doctorat, Médecine humaine et pathologie. Université Paul Sabatier - Toulouse III.

Nsangou, M. M., Bonono, R. C., & Ongolo-Zogo, P. (2018). Quelles données probantes pour éclairer le choix des stratégies de santé sexuelle et reproductive des adolescents au Cameroun ? *Note d'Information Stratégique de SURE-KT*. Yaoundé, Cameroun : CDBPS. www.cdbph.org.

Performance Monitoring for Action (PMA). *L'enquête sur l'avortement de PMA*, réalisée avec l'appui financier de la Fondation Bill et Melinda Gates, 2018-2020, Côte d'Ivoire.

Programme National de la Santé Scolaire et Universitaire. (2016). *Politique nationale de Santé des Adolescents et des Jeunes 2016 – 2020*.

Silva, M., Sethson, K., Yaovi, R.-H., Nagbe, E., Ezouatchi, R., Babogou, L., & Moussa, F. (2022). Identification des changements les plus significatifs sur la communication intergénérationnelle et la santé des jeunes en matière de planification familiale et de santé de reproduction : évaluation qualitative de la campagne médiatique « Merci Mon Héros » au Niger et en Côte d'Ivoire. *Breakthrough RESEARCH Rapport Technique*. Washington, DC: Population Council.

UNFPA-MUSKOKA. (2020). *Services de Santé Sexuelle et Reproductive adaptés aux Adolescents et aux Jeunes : Éléments clés pour une mise en œuvre et mise à l'échelle en Afrique de l'Ouest et du Centre*.

© 2024 KONE, Licensee Bamako Institute for Research and Development Studies Press. Ceci est un article en accès libre sous la licence the Créative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>)

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



Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, Volume 6 (3)
ISSN:1987-071X e-ISSN 1987-1023
Received, 15 October 2024
Accepted, 19 December 2024
Published, 30 December 2024
<https://www.revue-rasp.org>

To cite: Lemouogue, J. & Douanla, M. A (2024). Les recours aux soins des troubles mentaux entre les limites de l'offre de la biomédecine et les considérations socioculturelles de la maladie à Bangang (Ouest-Cameroun). Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique. 6(3), 154-167. <https://doi.org/10.4314/rasp.v6i3.11>

Research

Les recours aux soins des troubles mentaux entre les limites de l'offre de la biomédecine et les considérations socioculturelles de la maladie à Bangang (Ouest-Cameroun)

Recourse to care for mental disorders between the limits of biomedical provision and sociocultural considerations of illness in Bangang (West Cameroon)

Joséphine LEMOUOGUE^{1*}, Alix Michelle DOUANLA²

^{1*}Enseignante-chercheure au département de Géographie, Université de Dschang, Cameroun

²Doctorante en géographie à l'Université de Dschang, Cameroun

Correspondance : Email : Josechrist5@yahoo.fr

Résumé

Au regard de la pyramide de l'offre des soins de santé en général au Cameroun, les services psychiatriques sont absents dans les zones rurales comme Bangang. Les considérations socio-culturelles des maladies psychiatriques par la communauté villageoise, rendent par ailleurs complexe la compréhension de leur étiologie et de leurs symptômes, et, orientent désormais les choix des recours aux soins vers les médecines parallèles. Dès lors, il se pose un véritable problème de recours adéquat aux soins des troubles mentaux dans la zone d'étude. L'objectif de cette étude est d'analyser le processus de recours aux soins des personnes souffrant des troubles mentaux, influencées à la fois par la rareté des services biomédicaux et les considérations socio-culturelles de cette pathologie dans la zone d'étude. L'approche méthodologique mixte a été mobilisée pour réaliser cette étude. Il ressort de l'analyse de données de terrain qu'une proportion de 77,7% de patients a eu recours aux structures de la biomédecine plus ou moins éloignées de la zone d'étude. Seulement 7% de guérisons sont enregistrés sur cette voie de recours. Les difficultés structurelles et conjoncturelles ainsi que des convictions socio-culturelles au sujet de la maladie, amènent à diversifier les types de recours et des trajectoires thérapeutiques. Une association de recours à 100% selon les priorités est privilégiée dans la zone d'étude.

Mots clés : Troubles mentaux, Recours aux soins, services psychiatriques, médecine parallèle, trajectoire thérapeutique, Bangang, Cameroun.

Abstract

Given the pyramid of healthcare provision in Cameroon, psychiatric services are generally lacking in rural areas such as Bangang. The community's sociocultural view of psychiatric diseases makes it challenging to understand their etiology and symptoms. These considerations are leading people to turn to alternative medicine for care. As a result, there is a fundamental problem of adequate access to care for mental disorders in the study area. This paper aims to analyse the process of seeking care for people suffering from mental disorders, influenced by

both the scarcity of biomedical services and the socio-cultural considerations of this pathology in the study area. A mixed methodological approach was used to carry out this study. Analysis of the field data showed that 77.7% of patients used biomedical facilities located at some distance from the study area. Only 7% of cures were recorded in this way. Structural and cyclical difficulties and socio-cultural beliefs about disease are leading to a diversification of the types of recourse and the therapeutic pathways. A combination of 100% of all the types of care used according to priorities is favoured in the study area.

Keywords: Mental disorders, use of care, psychiatric services, alternative medicine, therapeutic pathways, Bangang, Cameroon.

1. Introduction

La maladie mentale touche près d'un milliard d'habitants dans le monde dont 82% sont dans les pays à revenus faibles ou intermédiaires (OMS, 2021 ; WHO, 2022). Son taux a considérablement augmenté entre 2019 et 2022. Malheureusement elle est reléguée au second rang des priorités sanitaires nationales dans la plupart des pays en développement, (Ouédraogo A. et al. 1993 ; Seridi Moncef E.M. et Belaadi B., 2022). Le Cameroun ne fait pas l'exception car, il ne compte que peu de psychiatres exerçant dans quelques villes (Nguendo Yongsi H.B., 2020). Dans presque toutes les régions, les services de santé mentale dans les hôpitaux souffrent du manque de personnel spécialisé ; par conséquent, les tradipraticiens, les pasteurs et les prêtres tentent souvent en vain, de combler cette lacune en soignant les malades mentaux. Aussi, les considérations socio-culturelles des troubles mentaux par la communauté font d'elles des pathologies particulièrement complexes pour des interventions en santé publique. Cette complexité se rapporte à leur étiologie, à leurs symptômes, aux opportunités de soins et aux choix des recours aux soins (Ourhou, A., Bergeul, S. & Habimana, E., 2023).

Cette recherche s'appuie sur l'approche socioculturelle de la géographie des maladies et de l'accès aux soins de santé, approche qui s'apparente à l'anthropologie médicale. Les auteurs comme Gesler W. M. et Kearns R., (2002) ; Kearns R. et Moon G. ; (2002) ; Fleuret S. et Séchet R., (2006), Fleuret S et Thouez J. P., (2007), et bien d'autres avaient clairement mis sur pied les bases de cette approche de la recherche en analysant le rôle des facteurs sociaux et culturels sur la santé. Ladite approche, pluridisciplinaire, est également éclairée par les travaux de Ouédraogo et al. (1993), Sow. A et al, (2018) et Toguem G. et al, (2019) ; Lémouogué J. et Djouda Feudjio Y-B., (2018) ; Lémouogué J., (2020, (2023) et NguendoYonsi H.B., (2020) qui traitent des causes et perceptions de la maladie mentale d'une part et des facteurs sociaux et culturels de l'accès aux soins de santé en général et aux soins de santé psychiatrique en particulier et même des recours pluriels d'autre part.

Dans le groupement Bangang, on note la présence d'une diversité de pathologies pour lesquelles la population reçoit des soins. On y dénombre par ailleurs plus d'une douzaine de centres de santé publics et privés mis à disposition pour cette fin. Parmi ces pathologies, figurent les maladies mentales qui ne sont pas plus nombreuses que les autres maladies certes, mais dont la prise en charge nécessite des centres et un personnel spécialisé. Pourtant, au regard de l'offre de la pyramide des soins de santé camerounaise, et de la position du groupement Bangang sur cette pyramide, on y observe uniquement la présence d'un centre médical d'arrondissement et des centres de santé intégrés ; les services psychiatriques y étant absents. Les formations sanitaires présentes ne répondent qu'aux besoins de la médecine générale ; d'où l'intérêt de cette étude sur les opportunités d'accès aux soins en zones rurales délaissées.

Il existe néanmoins dans les régions éloignées et plus précisément dans les villes capitales politique et économique du Cameroun, des centres spécialisés dont l'hôpital Jamot à Yaoundé et l'hôpital Laquintinie de Douala, qui prennent en charge les malades mentaux. Cependant, le

niveau de vie des ruraux de Bangang victimes de ces maladies est un frein pour accéder à ces centres de soins spécialisés, puisqu'il faut ajouter aux coûts de soins, les frais de transport et de séjours dans ces villes capitales. De plus, les considérations socio-culturelles orientent les perceptions des symptômes et les représentations de ces pathologies, qui participent fortement à la diversification des choix des recours aux soins. L'objectif de cet article est d'analyser le processus de recours aux soins des personnes atteintes des TM, influencées à la fois par la rareté des services biomédicaux et les considérations socio-culturelles de cette pathologie dans la zone d'étude.

Sur le plan conceptuel, les maladies mentales englobent les Troubles Mentaux (TM), encore appelé trouble psychiatrique qui selon WHO (2022), est « une maladie qui affecte le psychique et engendre une altération majeure de la pensée, de la régulation des émotions ou du comportement ». D'après le DSM-5¹, (2013), les troubles mentaux se caractérisent par une perturbation cliniquement significative de la cognition de l'individu, de sa régulation émotionnelle, ou de son comportement ; et qui reflète l'existence d'un dysfonctionnement dans les processus psychologiques, biologique, ou développementaux sous-tendant le fonctionnement mental. Le choix de travailler sur les TM s'est opéré en raison de la facilité d'identification des sujets malades par simple regard, avant même de consulter éventuellement leurs registres médicaux pour confirmation. En effet, les TM sont un des groupes de maladies mentales les plus visibles au regard de leurs symptômes qui peuvent être de type physique ou psychologique, ou encore émotionnels.

Le corps du texte de cet article est structuré en parties dont une approche méthodologique, suivie des résultats d'analyses qui présentent tour à tour la médecine moderne comme une offre psychiatrique reconnue plus précise mais, pas suffisante ni satisfaisante pour le traitement des TM à Bangang, ensuite, le recours à la médecine parallèle tous azimuts rassurant pour les soins des TM, et enfin, une association de recours donnant lieu à des itinéraires thérapeutiques en phase avec les considérations socio-culturelles des TM. Une discussion, une conclusion et des références bibliographiques bouclent cette structure.

2. Matériels et méthodes

La zone d'étude est le groupement villageois Bangang situé entre 5°30' et 5°40' de latitude Nord et entre 10°05' et 10°15' de longitude Est. Bangang est un groupement de villages de la Région de l'Ouest au Cameroun, en 'pays Bamiléké', situé dans le département de Bamoutos, arrondissement de Batcham (Figure 1). Au terme du décret Présidentiel n°77/245, du 15 juillet 1977, portant « organisation des chefferies traditionnelles » au Cameroun, le Groupement Bangang est érigé en chefferie de Premier degré. D'après les données du recensement générale de la population et de l'habitat en 2005, la population Bangang vivant tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du groupement, est estimée à 155000 personnes dont 80000 sont résidentes sur une superficie de 114 km². Ce groupement compte 52 villages.

¹ Cinquième édition du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux de l'association Américaine de psychiatrie

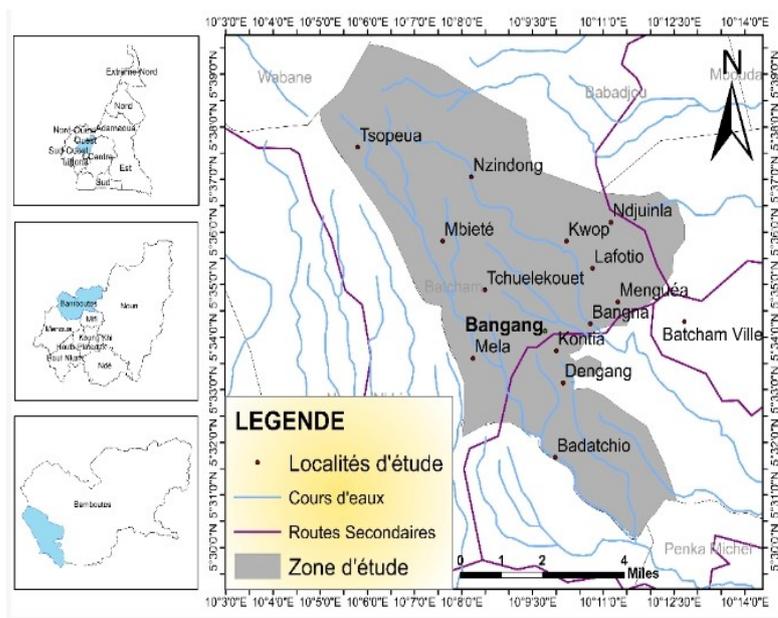


Figure 1: Localisation du groupement Bangang

Source : Base de données SOGEFI Cameroun, 2018

Bangang représente une communauté animiste dans laquelle la croyance aux pouvoirs des ancêtres est très profonde. Sur le plan économique, le groupement Bangang a pour principale activité l'agriculture. Dans le domaine de la santé, le groupement Bangang connaît l'endémicité des maladies infectieuses, des cas de maladies de dégénérescence et métaboliques. Ce groupement compte à ce jour 12 centres de santé publics et privés qui répondent aux besoins de santé classique de la population, se rapportant à la base de la pyramide des soins en santé publique. En plus de ces structures de la médecine moderne, il existe des pratiques relevant de la médecine traditionnelle enracinée dans les croyances et les plantes médicinales.

Une approche méthodologique mixte a été mobilisée pour la rédaction de cet article. Les données à la fois quantitatives et qualitatives ont donc été collectées à cet effet de mars à juillet 2024. Etant donné que l'objet de cette étude ne varie pas selon le temps, la période et la durée de la collecte des données ont été déterminées uniquement par la disponibilité des enquêtrices et des personnes ressources.

Les données secondaires ont été collectées lors de l'exploitation des documents existants, portant sur le champ de recherche dans lequel s'inscrit la thématique de l'article ; tandis que les données primaires ont été recueillies via des enquêtes, des interviews et des observations. Les données qualitatives ont été collectées d'une part via des guides d'entretien semi-structurés administrés auprès de 18 personnes ressources dont des prestataires de soins (le médecin spécialiste des maladies mentales du CS de Batcham, trois tradipraticiens du village Nzindong), deux anciens malades du CS de Fiela, deux pasteurs, 5 parents de malades et 3 patriarches du village Biété. Ces interviews à travers des récits de vie des familles des malades, ont permis d'avoir davantage d'informations sur les TM, les possibilités de prise en charge, les itinéraires et les pratiques thérapeutiques contre ces maladies. Les précédentes sources de données qualitatives ont été complétées d'autre part par les observations qui étaient portées sur l'état physique des patients, sur les formations sanitaires et les lieux de soins des médecines parallèles. Des prises de vue ont été effectuées pendant les observations.

L'enquête a consisté à poser une série de questions aux familles de malades souffrant de TM, retrouvées grâce à la méthode boule de neige. Ces questions sont regroupées en un questionnaire spécifique relatif aux caractéristiques de la pathologie et du patient, au type de soins auxquels les familles ont recours, aux facteurs qui influencent leurs choix et aux problèmes qu'elles rencontrent tout au long du processus de traitement de leur malade. Au total, les membres de 45 familles, abritant chacune au moins un malade, ont été enquêtées dans

13 quartiers de la zone d'étude retenus grâce à la méthode boule de neige. Le choix porté sur ces villages a été favorisé par leur proximité les uns des autres et par leur facilité d'accès. Ces 45 individus atteints de TM, répartis dans 13 villages représentent 5 pour mille de la population de Bangang qui a fait l'objet de l'étude.

Les données collectées lors de la recherche documentaire, des entretiens et des observations, ont fait l'objet de l'analyse de contenu ; tandis que, les informations issues de l'administration du questionnaire, ont été dépouillées, traitées par les logiciels Microsoft Excel et Arc Gis. Les informations générées de tous ces traitements et portées sur des tableaux, figures, cartes et photos, ont par la suite été critiquées, analysées et interprétées.

3. Résultats

1. Une offre psychiatrique reconnue plus précise mais, pas suffisante ni satisfaisante pour le traitement des TM à Bangang

La branche de la médecine dite moderne ou biomédecine, repose sur l'examen clinique des soins de santé, la recherche et les technologies biomédicales pour diagnostiquer et traiter les blessures et les maladies, les anomalies, habituellement à travers la prescription des médicaments, la chirurgie ou d'autres formes de thérapies. Le tableau 1 présente l'importante proportion de recours à la biomédecine parmi tous les types de recours des patients des TM à Bangang.

Tableau 1 : Choix des types de recours en soins mentaux à Bangang

Type de soins	Nombres de choix	Pourcentage de choix
Soins modernes	35	77,7%
Soins traditionnels	28	62,2%
Soins pastoraux	11	24,4%

Source : enquête terrain, avril 2024.

En observant le tableau 1, on constate que le nombre total des choix est supérieur au nombre d'individus enquêtés qui est de 45. Cela s'explique par la propension à avoir recours à la fois à plusieurs types de soins pour le même patient. Il ressort des investigations que, 77,7% de la population enquêtée a eu recours aux soins de santé moderne, 62,2% a eu recours aux soins de santé traditionnel et 24,4% ont opté pour les pratiques d'exorcisme à l'endroit des patients. La tendance à l'association des soins est observée dans la zone d'étude.

1.1. Une précision sur les types de maladies diagnostiquées, regroupées sous l'appellation de troubles mentaux à Bangang

Au regard des résultats déjà obtenus par la médecine moderne, et son apport dans le traitement et l'éradication des maladies, l'offre moderne de santé se fait fiable en offrant la possibilité de connaître avec précision la pathologie dont on souffre. Elle considère les troubles mentaux comme un groupe de maladies mentales qui affectent le système cognitif, les émotions et le comportement de l'homme dans son environnement. Les statistiques montrent que : une proportion de 68,9% de la population enquêtée a eu un diagnostic médical en médecine moderne, dont les résultats ont spécifié le type de maladies dont souffrent les patients, contre 28,9% de patients qui n'ont pas consulté les praticiens des médecines parallèles. Les maladies révélées pendant le diagnostic sont représentées dans le tableau 2 suivant :

Tableau 2 : Troubles mentaux diagnostiqués

Noms des maladies	Nombre de cas Diagnostiqués
Manie/ trouble de l'humeur	2
Surmenage immodéré du système nerveux	1
Addictions drogue/ alcool	2
Autisme	3
Paranoïa	1
Psychose	2
Schizophrénie	5
Trouble délirant chronique	4
Troubles bipolaires	2
Troubles post-traumatiques	9
Indéterminé	1
Total	32

Source : Carnets médicaux des patients, enquête de terrain, Avril 2024

Parmi les malades qui ont eut un diagnostic médical, 20% sont atteints de troubles post-traumatiques, la schizophrénie représente 11,1%, les troubles délirants chroniques 8,9% ; les psychoses, l'autisme 6,6%, les addictions et les troubles de l'humeur représentent chacun 4,4% de la population ; le surmenage immodéré du système nerveux ne représente que 2,2%. D'après le spécialiste du CS de Batcham Fiela, (centre ou plus de 50% des malades mentaux de Bangang s'y rendent pour les soins), « *les troubles psychiatriques les plus récurrentes dans ce centre sont hiérarchisés dans l'ordre suivant : les dépressions, les psychoses, les troubles liés à la consommation de substances psychoactives* », (un personnel du CS Fiela, 23 mai 2024).

1.2. Une obligation de mobilité des patients des TM à la recherche des soins modernes de santé

La première limite de la médecine moderne réside dans la rareté des structures, des spécialistes et des services de soins pour les TM. Le groupement Bangang compte une douzaine de centres de santé publics et privés répartis sur l'ensemble du territoire local. Toutefois, aucun de ces centres ne possède le service de santé mentale. Néanmoins, Batcham qui est le chef-lieu d'arrondissement auquel appartient le groupement Bangang, situé à environ 10Km de la zone d'étude, en possède un. En effet, le recours aux soins de santé moderne pour le traitement des troubles mentaux à Bangang s'effectue donc prioritairement dans le Centre de Santé (CS) de Batcham Fiela. Le service de la santé mentale dispose de 12 lits d'hospitalisation et 2 chambres spéciales pour les cas agités et agressifs.

La région de l'Ouest où se trouve Bangang par ailleurs a cet atout d'avoir quelques centres privés et publics dans lesquels il est possible de prendre en charge les TM. La région peut aussi profiter de sa proximité avec les chefs-lieux des régions du Centre (environ 400Km de distance) et du Littoral (environ 200km de distance) qui regorgent des hôpitaux de références en ce qui concerne l'offre de soins pour ces pathologies. Une proportion de 29% de patients se rend à l'hôpital régional annexe de Dschang, 18% à l'hôpital régional de Bafoussam, 29% vont à l'hôpital Laquintinie de Douala, tandis que 24% vont à l'hôpital Jamot à Yaoundé. Il s'agit des déplacements de certains anciens malades de CS de Fiala qui n'y ayant pas trouvé la guérison, vont vers les métropoles à la recherche des meilleures offres de soins.

Les structures de santé offrent aux patients, des protocoles de prise en charge qui s'étendent sur des durées plus ou moins longues. Ces patients doivent par ailleurs, honorer très souvent à plusieurs rendez-vous durant le traitement. C'est alors que la plupart des malades enquêtés (43%) se rendent une fois tous les mois au centre de santé pour leur prise en charge tandis que : 9% y vont 2 fois par mois, 6% tous les deux mois, 11% une fois par trimestre, 6% une fois par semestre, 8% une fois par an, 3% dès que l'argent des frais à payer est disponibles et enfin, 14% attendent que les symptômes deviennent ingérables avant de retourner à l'hôpital.

Le respect de ces rendez-vous est soumis à la condition financière, exacerbée selon les distances à parcourir pour atteindre les structures de prise en charge. De l'arrondissement auquel appartient Bangang aux hôpitaux de référence, les patients parcourent entre 10 km et plus de 400 Km pour accéder aux structures de soins. En sommes, les dépenses en francs CFA engendrées dans la prise en charge des malades en médecine moderne depuis le début du suivi médical, varient de 500000F CFA à plus de 3500000F CFA ; ceci en fonction de l'ancienneté dans la maladie et les structures de santé fréquentées.

En définitive, outre les difficultés liées à l'accessibilité géographiques et financières aux services de soins des TM, à l'absence de personnels médicaux spécialisés en soins des TM, la limite de la biomédecine pour les soins des TM réside dans le faible taux de guérison, qui est de 7% seulement. Ces limites expliquent la volonté d'associer les soins d'autres types de médecine au processus de recherche de la guérison.

2. Le recours à la médecine parallèle tous azimuts rassurant, pour les soins des TM

2.1. La médecine traditionnelle

La médecine traditionnelle repose prioritairement sur les pratiques magico-religieuses qui consistent à faire des incantations en vue d'obtenir la guérison de la puissance des divinités, des ancêtres ou des forces surnaturels, mais aussi, sur l'utilisation des produits de la pharmacopée traditionnelle (locale). Les investigations révèlent que les patients des TM se rendent chez des guérisseurs traditionnels résidents à Bangang et/ou hors de ce groupement. Il s'agit d'un recours qui transcende la frontière nationale. La figure 2 représente les lieux de recours en dehors du groupement.

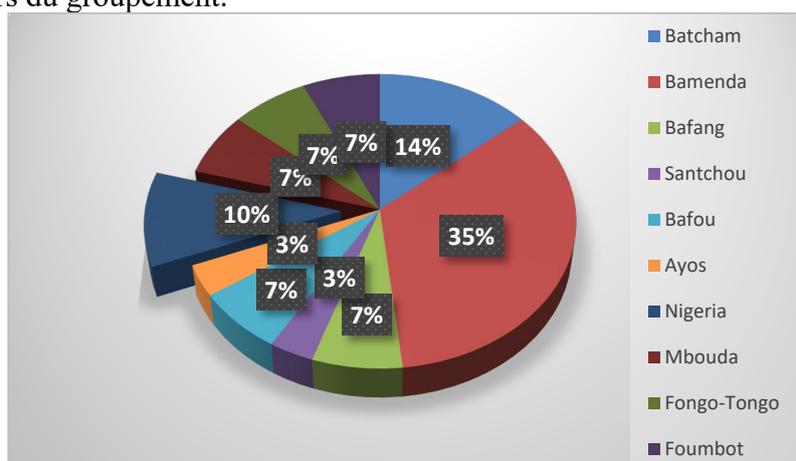


Figure 2 : Localités de recours aux médecines parallèles

Source : Enquête de terrain, avril 2024

La figure 2 présente les différents lieux de recours hors du groupement, où se rendent les malades atteints de TM. Ces lieux sont : Batcham (14%), Bamenda (35%), Bafang (7%), Santchou (3%), Bafou (7%), Ajos (3%), Nigéria (10%), Mbouda (7%), Fongo-Tongo (7%), Fombot (7%). Trois localités attirent particulièrement l'attention dans ces résultats au regard de l'importance des recours : Batcham, Bamenda, et Nigéria.

En effet, Batcham est non seulement un autre groupement villageois voisin de Bangang à l'Est, mais aussi, il a donné son nom à la localité chef-lieu de l'arrondissement auquel appartient la zone d'étude. C'est un groupement connu pour son important potentiel en guérisseurs traditionnels des TM parmi lesquels le plus célèbre est *Dieu d'Apollo*. La proximité entre ces deux groupements a renforcé cette relation d'offre et de demande en termes de soins mentaux traditionnels. Par ailleurs, Bamenda, ville chef-lieu de la région du Nord-Ouest au Cameroun citée par les enquêtés, fait référence à toute ladite région en générale, « dont certaines localités rurales sont réputées par l'offre des pratiques magico-religieuses ».

salvatrices pour des personnes envoutées, possédées ou ayant subi un sort maléfique », (un responsable de famille et garde malade à Bangang, propos recueilli le 21 mai 2024). C'est ce qui justifie son fort pourcentage (35%) des recours. Le Nigéria, pays voisin situé à l'ouest du Cameroun, limitrophe aux régions du Nord-Ouest et du Sud-Ouest, a également cette bonne réputation d'après les habitants de Bangang et est aisément accessible à ceux-ci à travers la région du Nord-ouest, d'où 10% de recours. Un garde malade explique ce choix en ces termes : « *certains tradipraticiens du Nigeria sont très spécialisés dans le traitement des maladies mystiques comme la folie, [...] car, ils maîtrisent les procédés magico-religieux que les sorciers utilisent pour faire du mal ainsi que leurs antidotes* », (propos recueilli le 22 mai 2024).

Tout comme au niveau des soins modernes, le traitement des TM à travers les soins traditionnels passe par deux étapes : le diagnostic de la maladie qui consiste après présentation de l'état de santé du patient, à l'acte de voyance pour expliquer la ou les causes de la maladie afin de se concerter avec la famille, sur le type de traitement à administrer. Ici, le soignant ne s'occupe pas seulement du traitement des symptômes de la maladie, mais aussi de ses causes afin d'éviter d'éventuelles expositions. « *Les procédées reposent sur le spiritualisme qui permet de lire l'état des devoirs du patient vis-à-vis de sa culture, de ses ancêtres, de lire la nature des relations du patient avec le social, le passé, le présent du malade qui peuvent être en lien direct ou indirect avec son état de santé. Cette observation se fait à travers la mise en jeu des objets divers : unealebasse, des cauris, des feuilles de paille ou de brindilles de balais, [...], puis, l'interprétation de leurs expressions* », (un tradipraticien du village Nzindong dans le groupement Bangang, interviewé le 21 mai 2024). La phase de diagnostic relève des compétences du spiritualiste qu'on appelle en langue locale « *Nkem ssé* » ou « *Njué ssé* » ce qui signifie « voyant » ou « voyante » selon qu'il soit un homme ou une femme. Les informations qu'il révèle sont ensuite utilisées par des familles pour orienter le choix du traitement qui pourra être administré par un naturopathe ou un tradipraticien. Les produits de ces traitements sont à base des plantes ou des ressources/objets prélevés dans la nature, des huiles essentielles, des parfums spécifiques ou encore des traitements sont faits avec des produits et des pratiques de sacrifices d'animaux et des pratiques métaphysiques selon la nécessité. Un tradipraticien révèle que : « *certains malades arrivent ici quand leurs âmes ont été prélevées et enchainées dans le monde obscure/satanique. Ces malades soit délirent en parlant de ce qu'ils voient dans le monde où ils sont emprisonnés et sont extrêmement violents à cause de la souffrance subie dans ce monde, soit sont incapables de se souvenir de quoi que ce soit et de s'exprimer parce que leur capacité de penser et de s'exprimer a été bloquée pour les empêcher de dévoiler ce qu'ils voient et qui ils voient dans ce monde. Le traitement pour ces patients consiste en la récupération de leurs âmes par des incantations, des dons de sang d'animaux aux divinités et par l'utilisation de certains produits comme certaines huiles et parfums dédiés aux traitements spirituels* », (Un célèbre tradipraticien du groupement villageois voisin Batcham, 2 juin 2024). On constate que parmi les malades ayant recouru aux soins traditionnels, 24% ont dépensé en francs CFA moins de 300000, 8% entre 300000-600000, 40% entre 600000-900000, 12% entre 900000-1200000, 16% pour plus de 1500000 francs CFA.

2.2. Les recours aux soins pastoraux

La religion joue un rôle important dans la vie de l'homme en ce sens qu'elle promeut la foi. Par cette foi, elle redonne de l'espoir et revitalise l'homme. Son impact touche plusieurs aspects de la vie de l'homme en l'occurrence la santé. Les malades de Bangang, atteints de TM, sont conduits dans des églises ou vers les imans pour leurs soins. Contrairement au mode de traitement traditionnel et moderne, ce traitement n'est pas très couru et est utilisé pour la plupart du temps comme complément à d'autres modes de traitement. Les lieux de prières fréquentés par les malades se trouvent toutes dans la région de l'Ouest. Les patients de

Bangang ayant fréquenté les églises où les centres d'exorcisme, ont en général dépensé en moyenne 150000 FCFA (77%) depuis le début de leur maladie.

3. Les itinéraires thérapeutiques en phase avec les considérations socio-culturelles des TM : la nécessité d'association de plusieurs types de recours

L'enquête auprès de la population Bangang révèle les différentes combinaisons des itinéraires de soins associés aux causes de troubles mentaux présentés dans le tableau 3. Le parcours thérapeutique illustre le nombre et les types de recours effectués lors des épisodes de maladies.

Tableau 3 : Différents itinéraires des soins des malades, en fonction des origines de la maladie

Origines déclarées des TM	Itinéraires thérapeutiques	Effectifs des patients	Pourcentage (%)
Génétique /héréditaire	médecine moderne	10	22,2
Mystique	médecine traditionnelle	5	11,1
Mystiques/envoutement	médecine pastorale/réligieuse	3	6,6
Sociale/Pression de la vie/comportement	médecine moderne, traditionnelle et pastorale	4	8,9
Génétique et mystique	médecines moderne et traditionnelle	18	40,0
Ne sait pas	médecine moderne, traditionnelle et pastorale	2	4,4
Mystiques/punition divine	médecines traditionnelle et pastorale	3	6,7
	Total	45	100

Source : Enquête de terrain, Avril 2024.

Plusieurs combinaisons de soins ont été faites par les patients en vue de rechercher la guérison : tandis que 22,2% considèrent les causes génétiques/naturelles comme origines des TM ont eu recours uniquement aux soins modernes, 11% et 6,6% traitant les TM comme des maladies mystiques, des envoutements, ont eu recours respectivement chacun aux soins traditionnels uniquement ou aux prières et séances d'exorcisme exclusivement. « *Lorsque les cas de TM présentent des origines mystiques, surtout celui d'un envoutement, les prières d'exorcisme trouvent leur place dans le traitement. Mon frère a été envouté, il souffrait énormément et visiblement son mal ne pouvait pas être traité dans les hôpitaux, car la maladie était spirituelle. On nous a conseillé de l'emmener chez un « malam² » à Fouban, qui délivre les personnes envoutées en utilisant les versets coraniques. Nous l'avons fait, il y a séjourné pendant 3 mois, puis actuellement, il continue le traitement à distance et depuis lors, son état de santé s'améliore* », (un membre de la famille d'un malade rencontré dans le village Méla le 02 mai 2024).

En revanche, pour 40%, 8,9%, et 6,7% d'enquêtés, la maladie a plusieurs causes qui peuvent être naturelles et mystiques, liées aux relations sociales, au comportement, etc., d'où le recours à la fois aux soins modernes et traditionnels, ou l'association des soins modernes et des soins pastoraux ou encore la combinaison des soins traditionnels et des soins d'exorcisme. Enfin, 4% restant dubitatifs sur les origines de la maladie ont eu recours à tous les trois types de soins. Un informateur a révélé que « *il y a beaucoup d'incertitudes concernant les causes des TM, cela implique l'incertitude du choix du type de traitement. On ne sait jamais lequel est approprié. C'est à cause de ces incertitudes que les malades ont recours à plusieurs types de soins afin d'écarter toute hypothèse plausible de l'origine de la maladie dans le processus de*

² Dignitaire musulman ayant reçu le don de consulter et de traiter les patients.

recherche de la guérison », (parent d'un patient rencontré dans le village Badengang le 22 avril 2024).

On constate par ailleurs que 42,2% des maladies sont considérés par les victimes et leurs proches comme des maux à origines mystiques. Parmi ceux qui citent le mystique comme causes, 17,8% des cas sont entraînés dans la sorcellerie, la secte et 15,6% subissent un sort³ qui leur est jeté ou sont envoutés (encadré 1), ou encore subissent une malédiction ou une punition divine. Une proportion de 28,9% attribue une origine génétique donc naturelle aux troubles mentaux, tandis que 24,4% les associent aux sources socio-comportementales. Ces dernières sont liées aux relations sociales malsaines et traumatisantes caractérisées par la violence, aux conditions de vies difficiles sur plusieurs plans, et aux comportements déviants et dangereux, dont les plus connus sont les addictions aux stupéfiants (4,4% des malades étaient des consommateurs addictifs aux stupéfiants). De plus, 4,4% sont considérés comme étant à la fois d'origine biologique et mystique. Les encadrés 1, 2 et 3 expliquent à suffisance cette tendance à désigner le mystique comme cause des TM.

<p>« Lorsqu'on constate déjà plus de 2 cas de troubles mentaux dans une famille, il est nécessaire de savoir si le Ndo'o ⁴ne plane pas sur la famille. Il peut être la conséquence du mal fait par un ancêtre qui se répercute sur ses descendants ou un sort conjuré par les ancêtres d'une même famille pour punir toute personne de leur descendance qui essayera d'utiliser la sorcellerie pour nuire ou apporter le malheur dans la famille », (un patriarche du village Biété, le 5 avril 2024)</p>	<p>« la plupart des malades mentaux que je reçois sont dans cet état à causes de l'ensorcellement, des sectes, ou des malédiction. Les cas de maladies naturelles existent mais sont rares [...]. On distingue donc dans Bangang les malades ensorcelés, ceux victimes d'les malédiction, des punitions divines et les maladies dites naturelles », (un tradipraticien de Nzindong ; le 18 avril 2024)</p>	<p>« La plupart des familles qui amènent leurs patients dans ce centre viennent déjà avec des idées selon lesquelles la maladie serait mystique. 80% de ces malades arrivent étant déjà allés chez un tradipraticien parce qu'ils ont cru que la maladie était mystique. Les 20% restant ne supportent pas plus d'un an de traitement dans ce centre avant d'y associer un autre type de soins, parce que la lenteur du processus de guérison qui implique une longue durée de traitement, leur donne de penser que les troubles mentaux ne constituent pas une forme de pathologie naturelle et que leur traitement n'est pas du ressort de l'hôpital », (Médecin généraliste de CSD de Batcham Fiala ; le 23 avril 2024).</p>
--	--	---

Encadré 1: Malédiction comme cause des TM. **Encadré 2 :** causes des TM d'après les types. **Encadré 3:** Entretien avec un médecin du CSD de Fiala, sur les perceptions de TM par les familles des patients

Les perceptions des individus face aux TM dépendent des symptômes de la maladie, du degré d'information qu'ils ont sur la maladie, de leurs croyances culturelles et de l'influence de la communauté, de la rareté et la chronicité de la maladie. Les symptômes des TM réconfortent la population dans l'orientation mystique de la perception de ces maladies. En effet, les symptômes peuvent être de type physique comme des caractères mal propre, agressif ; ou psychologique tels que les délires, hallucinations, pertes de mémoire, confusions et insomnie, discours répétitif et incohérents ; ou encore émotionnels se traduisant par les caractères dépressif, anxieux, et colérique. A Bangang, on observe que les personnes souffrant de troubles mentaux ont des groupes symptomatiques différents, par conséquent, la communauté en fonction des symptômes observés chez chaque patient, attribue une cause à sa maladie et oriente ainsi les possibilités de recours aux soins à la fois des symptômes et des causes.

³ Sort : paroles et actions de maléfices par lesquels on peut produire des effets malfaisants.

⁴ Energie négative communément appelée malédiction, qui est à l'origine d'effets malfaisants dans la famille.

4. Discussion

L'intérêt d'utiliser la méthode quantitative s'explique par le besoin des résultats chiffrés pour étayer les grandes idées sur les TM, l'accessibilité aux soins. Le nombre de 45 enquêtés par questionnaire semble peu pour une étude quantitative toutefois, il est important de préciser que la méthode boule de neige choisie pour cette étude a permis de prendre en compte tous les malades de la zone d'étude ; conscient de cela, l'analyse quantitative descriptive a été adoptée. Elle a été complétée par la méthode qualitative qui permettait d'avoir les détails et le contexte pour comprendre les perceptions individuelles de certaines personnes pétries d'expérience sur les TM.

D'après le bulletin épidémiologique de santé mentale n°1, année 2023 au Cameroun, « l'admission dans les formations sanitaires des personnes souffrant de TM, se regorge fréquemment et de manière hiérarchique les spécificités de pathologies suivantes : en tête la psychose (45,83%), suivis des dépressions (20,67%), les maladies liées à la consommation des drogues (11,18%), les troubles bipolaires (7,28%) », (MINSANTE, 2023). La présente étude montre bien que Bangang n'est pas en marge de cette situation épidémiologique générale qui allonge d'ailleurs la liste des problèmes majeurs de santé publique. Cependant, la disposition d'au moins un hôpital par région qui a un service de soins de santé mentale au Cameroun reste encore insuffisante pour plus de 25 millions d'habitants car, le personnel spécialisé dans ce domaine se fait rare dans la majorité de régions. Les zones rurales sont alors les plus délaissées. Cette situation laisse voir un système de soins camerounais défaillant dans son organisation en générale et dans le secteur moderne de la médecine en particulier. Cette défaillance à la fois d'ordre structurel et conjoncturel n'est pas sans conséquence. La sonnette d'alarme est d'ailleurs tirée par nombre d'auteurs dont Nguendo Yongsi H.B. (2020), Seridi Moncef E.M. et Belaadi B., (2022). Certains ont relevé que : « les pays en développement dont le système de soins de santé mentale ne sont guère développés, devraient connaître l'accroissement le plus important de la morbidité imputable aux troubles mentaux et la charge due à ces troubles s'alourdira de façon disproportionnée dans les décennies qui viennent » (Seridi Moncef E.M. et Belaadi B., 2022). Pourtant les spécialistes de santé sont rares et la prise en charge est généralement assurée tant bien que mal par les médecins généralistes dans ces pays en développement (Toguem G. *et al*, 2019).

Heureusement, le système de soins local intègre plusieurs offres auxquelles les populations ont recours. La diversité de l'offre en soins de santé mentale a été relevée dans une étude portant sur les citoyens de la ville de Yaoundé par (Nguendo Yongsi H.B. 2020). Dans la présente étude, la polythérapie observée en traitement des TM repose sur les choix multiples. Elle est utilisée lorsque l'état du malade est chronique, désespérés, ou tout simplement par habitude. Elle est entretenue par la conviction qu'à chaque nouveau recours, le malade va retrouver la guérison. Les proches du malade désespérés ou par conviction, vont faire plusieurs types de recours simultanément, en espérant trouver rapidement la guérison ; ou alors, à causes des difficultés financières, vont aller d'un recours à l'autre.

Dans cette quête plurielle des soins, la médecine moderne est utilisée par habitude et selon qu'on considère la maladie comme « normale », tandis que la médecine traditionnelle quant à elle est utilisée pour éliminer l'hypothèse d'une maladie mystique et pour soigner la maladie dont l'origine est supposée connue ou non. Il s'agit de partir de l'utilisation des plantes ou objets traditionnels curatifs, à la convocation des pouvoirs magico-religieux pour soigner. La médecine pastorale accompagne le patient et sa famille dans la lutte contre les maladies d'origine non naturelle en les rassurant de la miséricorde, la bonté, du pouvoir divin pour redonner espoir, santé et vie à ceux qui y croient. Considérer le mystique comme cause de TM peut donc s'expliquer dans un groupement comme Bangang par les croyances à la puissance des ancêtres sur les humains, à la méchanceté humaine vis-à-vis de son prochain, à la compromission pour réussir dans la vie en pactisant avec le diable dans des sectes exotériques

(Ouédraogo A. et *al.*, 1993) et non aux difficultés de la vie pouvant participer au dérèglement du système nerveux.

Il est toutefois à relever qu'associer plusieurs types de recours aux soins peut contribuer à la guérison du malade ; cependant, si les contributions attendues de chaque recours ne sont pas connues et spécifiées, les recours peuvent plutôt créer des ennuis au patient. La multiplication de recours peut ralentir le processus de guérison lorsqu'on accorde plus d'importance au type de recours moins indiqué au détriment de celui qui aurait été plus efficace pour le traitement ; ou encore, lorsqu'on n'est véritablement assidue nulle part pour le suivi des soins. L'association des recours peut contribuer à compliquer l'état de santé du patient en cas de surdose des mêmes molécules reçues sous plusieurs formes en phytothérapie et biomédecine. Une bonne collaboration des acteurs de différents types de médecine permettrait de définir l'apport de soins de chacun afin qu'il ait une véritable complémentarité des soins et non une interférence, pour optimiser la guérison du patient (Lémouogué J. et Djouda Feudjio Y.B., 2018). Dès lors, faire intervenir la thérapie psychiatrique de la biomédecine, les thérapies spirituelles pratiquées grâce au savoir-faire socio-culturel ou pratiquées suivant les croyances judéo-chrétiennes et musulmanes, serait une meilleure approche systémique des soins des TM pouvant traiter les causes et les symptômes de la maladie. Ouédraogo A. et *al.*, (*idem*) qui ont observé l'utilisation des soins traditionnel et moderne pour les TM pour le traitement des troubles mentaux en Afrique avait bien relevé l'importance de la combinaison des types de recours.

5. Conclusion

Il était question d'analyser le processus de recours aux soins des personnes souffrant des troubles mentaux, influencées à la fois par la rareté des services biomédicaux et les considérations socio-culturelles de cette pathologie à Bangang. Il ressort des analyses de nombreuses limites de la médecine moderne à offrir les soins adéquats aux malades mentaux du groupement Bangang. Par ailleurs, les médecines parallèles à travers les savoir-faire traditionnel, social et culturel contribuent également à la prise en charge de ces pathologies. In fine, les populations établissent une complémentarité entre les recours en vue de maximiser les chances de guérison, étant donné la lenteur du processus de guérison des TM, les rechutes des patients en cours de traitement et les exigences de certains types de recours, les croyances et les considérations socio-culturelles autour des TM. Le choix de chaque type de recours est motivé par l'espoir de la guérison d'une part et les connaissances des prouesses de chaque offre d'autre part. En effet, la médecine moderne est réputée être très coûteuse néanmoins prolifique en termes d'offres de services même si son efficacité reste très discutée par les populations d'étude tandis que la médecine traditionnelle et la pratique de l'exorcisme sont moins coûteuses, plus fiables pour les interventions contre les pathologies complexes. Il est clair que la combinaison de ces moyens de traitement peut être une base solide du traitement des troubles mentaux.

Références bibliographiques

Curtis Sarah., 2007. « Géographie sociale et géographie de la santé. Illustration à partir de la recherche sur les « effets de voisinage » sur la santé et sur les « paysages thérapeutiques » », in Fleuret Sébastien et Thouez Jean-Pierre (Eds.), *Géographie de la santé. Un panorama*. ECONOMICA, Paris ; pp33.

Fleuret Sébastien et Thouez Jean-Pierre, 2007. Géographie sociale et géographie de la santé. Illustration à partir de la recherche sur les « effets de voisinage » sur la santé et sur les « paysages thérapeutiques », in *Géographie de la santé. Un panorama*. ECONOMICA, Paris ; pp34-41.

Fleuret Sébastien et Séchet Raymond, 2006. Spatialité des enjeux de pouvoir et des inégalités : pour une géographie sociale de la santé, In « *Penser et faire la géographie sociale : Contribution à une épistémologie de la géographie sociale* ». Presses universitaires de Rennes; pp333-349

Lémouogué Joséphine, 2022. De l'émergence de la Covid19 au regain d'intérêt pour la pharmacopée parallèle au Cameroun : illustration par quelques études de cas. In Meva'a Abomo Dominique (Eds.), « Pour une écologie du COVID-19 en Afrique » ; Tome 1 : « Comprendre la résilience socio-sanitaire face aux prédictions d'hécatombe épidémiologique ». Collection Santé et Développement Humain ; Actes du Colloque International : COVID-19 et renaissance africaine. Editions Cheikh Anta Diop (Edi-CAD), Douala, Septembre 2022, ISBN: 978-9956-433-38-4. Pp 465-491.

Lémouogué Joséphine, 2020. « La pratique de l'accouchement à domicile en zones rurales enclavées : une adaptation/résilience à l'absence des structures de santé à Nzobi et Ediengo (Région du Littoral-Cameroun) ». *Revue Espace, Territoires, Sociétés et Santé*, 3 (6), décembre 2020. Pp 995-114.

Lémouogué Joséphine et Djouda Feudjio Yves Bertrand, 2018. « Se soigner dans la ville de Dschang : Une analyse socio-géographique et historique du patrimoine sanitaire et de son accessibilité » publié dans la *Revue Interdisciplinaire Nka'Lumière* 2018, ISBN 978-9956-504-27-5 de la Faculté des Lettres et Sciences Humaines de l'Université de Dschang. Pp91-103.

MINSANTE, 2023. Bulletin épidémiologique du Cameroun ; janvier – Mars 2023 (Semaines épidémiologiques 01 à 13, 2023), N°1/2023.

Nguendo-Yongsi, Henock Blaise, 2020. Access to health care in African cities: therapeutic pathways of city dwellers with mental health problems in Yaoundé – Cameroon. *Cities & Health*, 6(1), 113–122. <https://doi.org/10.1080/23748834.2020.1747836>.

OMS, 2021. Santé mentale en Afrique.

Ouédraogo Arouna, Kere Moussa, et Guissou Innocent Pierre, 1993. Place du thérapeute traditionnel dans les soins de santé mentale au Burkina Faso. *Lettres, Sciences sociales et humaines*, vol. 21, no 1 ; consulté à l'adresse <https://revuesciences>.

Pigeon-gagné Emilie, Yaogo Maurice, Saïas Thomas, Hassan Ghayda et bambara Judicaël, 2022. Itinéraires thérapeutiques et accès aux soins en santé mentale: une ethnographie au Burkina Faso. *Santé publique*, 2022, vol. 34, no 2, p. 299-307.

Ourhou Abdelaaziz, Bergeul Saïd et Habimana Emmanuel, 2023. Les facteurs qui entravent l'accès aux soins de santé mentale en contexte migratoire. *Revue québécoise de psychologie*, 44(1). Pp.103–126. <https://doi.org/10.7202/1100439ar>

Seridi Moncef El Moncef et Belaadi Brahim, 2022. Etat des lieux des troubles mentaux et de leur prise en charge en Algérie. *East Mediterr Health J.*, 2022 ; 28(7) : 532-538. <http://doi.org/10.2679/emhj.22.054>.

Sow Abdoulaye, Van Dormael Monique, Criel Bart, Conde Sayon, Dewez Michel, De Spiegelaere Myriam, 2018. Afrique, santé publique et développement Recherche originale.

Stigmatisation de la maladie mentale par les étudiants en médecine en Guinée, Conakry. Santé publique, volume 30 / N° 2 - mars-avril 2018 253-261. DOI: 10.3917/spub.182.0253.

Toguem Michaël Guy, Eyoum Christian, Djemo Fotso Jean-Baptiste, 2019. Le comportement des médecins généralistes de la ville de Douala face aux troubles dépressifs. *The Pan African Medical Journal*. DOI :10.1604/pamj.2019.34.37.16715. 9 P.

World Health Organization, 2022. World mental health report. Transforming mental health for all. Department of Mental Health and Substance Use; World Health Organization, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland. 256 pages.

© 2024 LEMOUOGUE Joséphine, Licensee Bamako Institute for Research and Development Studies Press. Ceci est un article en accès libre sous la licence the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>)

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



Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, Volume 6 (3)

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

Received, 15 October 2024

Accepted, 19 December 2024

Published, 30 December 2024

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

To cite: Adandjesso (2024). Framework for Primary Prevention of Emerging Climate-Sensitive Diseases through the Lens of Planetary Health: The Case of Lyme Disease in Canada and Quebec. Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique. 6(3), 167-182. <https://doi.org/10.4314/rasp.v6i3.12>

Research

Framework for Primary Prevention of Emerging Climate-Sensitive Diseases through the Lens of Planetary Health: The Case of Lyme Disease in Canada and Quebec

Cadre de prévention primaire des maladies émergentes sensibles au climat à travers le prisme de la santé planétaire : le cas de la maladie de Lyme au Québec

Kossi Eden Andrews ADANDJESSO

Université Laval et membre du centre de recherche en santé durable (VITAM) et Centre de recherche en santé publique (CRéSP)

Correspondance : kossi-eden-andrews.adandjesso.1@ulaval.ca

Abstract

This article contextualizes climate change and its impact on population health by highlighting the emergence of climate-sensitive infectious diseases. Using Lyme disease in Quebec as an example, it aims to achieve two objectives. First, the article demonstrates that the Quebec, and even Canadian, healthcare system is deficient regarding accessibility to treatment for this disease. Consequently, it emphasizes the need to optimize population health by proposing the enhancement of this pathology's preventive dimension by defining an intervention framework focused on planetary health. To this end, we defined a methodological approach based on a narrative review and the mobilization of some media sources. The results of this review suggest that the controversies surrounding diagnoses and treatments justify the inherent difficulties in accessing care. This, in turn, demonstrates the limitations of the healthcare system in Canada particularly in Quebec. The article highlights the necessity of strengthening primary prevention strategies by mobilizing planetary health as the main preventive framework. Thus, the results of the narrative review have allowed us to define preventive intervention strategies based on planetary health. These defined strategies form the proposed preventive framework to guide the primary prevention of climate-related diseases, particularly Lyme disease. These include ecosystem preservation, combating climate change, community education and awareness, adoption of preventive behaviors, sustainable agriculture and biodiversity, and environmental monitoring.

Keywords: Primary prevention, climate change, Lyme disease, planetary health, emerging disease, controversies, diagnostics, access to care.

Résumé

Cet article met en contexte le changement climatique et son impact sur la santé des populations en mettant en lumière l'émergence des maladies infectieuses sensibles au climat. En prenant comme exemple la maladie de Lyme au Québec, il vise deux objectifs. Tout d'abord, l'article montre que le système de soins québécois, voire canadien, est défaillant par rapport à l'accessibilité aux de traitement de cette maladie. Par conséquent, il met ensuite en avant la nécessité d'optimiser la santé des populations en proposant le renforcement de la dimension préventive de cette pathologie à travers la définition d'un cadre d'intervention axé sur la santé planétaire. Pour ce faire, nous avons défini une démarche méthodologique basée sur une revue narrative et sur la mobilisation de quelques médiatiques. Les résultats de cette revue permettent de considérer que les controverses entourant les diagnostics et les traitements justifient les difficultés inhérentes à l'accès aux soins. Ce qui, par conséquent, démontre les limites du système de soins au Canada et au Québec en particulier. À cet égard, l'article démontre la nécessité de renforcer les stratégies de prévention primaire en mobilisant la santé planétaire comme principal cadre préventif. Ainsi, les résultats de la revue narrative ont permis de définir à partir de la santé planétaire des stratégies d'intervention préventive. Ces stratégies définies forment le cadre préventif proposé pour guider la prévention primaire des maladies d'origine climatique notamment la maladie de Lyme. Il s'agit de : la préservation des écosystèmes ; la lutte contre le changement climatique ; l'éducation et sensibilisation communautaire ; l'adoption des comportements préventifs ; l'agriculture durable et biodiversité ; et de la surveillance environnementale.

Mots clés : Prévention primaire, changement climatique, maladie de Lyme, santé planétaire, maladie émergente, controverses, diagnostics, accès aux soins.

Introduction: Context and Issues

Climate change refers to the set of modifications in the planet's climate compared to a previously observed situation (Chaix & Slama, 2022). These changes are anthropogenic in origin (Du, Kawashima, Yonemura, Zhang, & Chen, 2004; McMichael, Woodruff, & Hales, 2006). Indeed, the notable and perceptible effects resulting from the increased and continuous climate variability affect several areas, particularly health, through the emergence and resurgence of climate-sensitive infectious diseases (CSIDs) (Denys & Barouki, 2021; Milord, 2010). In Canada, for example, it has been demonstrated that climate change leads to the emergence of infectious diseases, notably Lyme disease, which is spreading northward from the United States (Ogden & Gachon, 2019). In this perspective, several emerging pathologies have been identified and categorized based on their sensitivity to climate change (Balato et al., 2014; Patz, Campbell-Lendrum, Holloway, & Foley, 2005). The increase in CSID cases is explained by deforestation, rising temperatures, and the intensity of precipitation, which are conditions conducive to the survival of ticks and other vectors (Nava, Shimabukuro, Chmura, & Luz, 2017; Patz, Olson, Uejio, & Gibbs, 2008). The devastating effects of climate change have disproportionate impacts on population health, exacerbating health inequalities and injustices (Guivarch & Taconet, 2020). In this regard, a significant body of literature considers Lyme

disease (LD) as one of the emerging agents sensitive to climate disruption (Gasmi et al., 2017; Lindgren & Jaenson, 2006; Nelder et al., 2018; Nick H. Ogden et al., 2019; Simon et al., 2014). It is important to note that this disease is part of a chronic dynamic coupled with great complexity regarding its treatment (Marques, 2022). LD is an infectious disease transmitted by the bite of ticks infected with *Borrelia* and can develop through several phases (Marchitto, 2017). Commonly observed symptoms include arthritis, erythema migrans (Gasmi et al., 2017), neurological symptoms (e.g., facial nerve paralysis and meningitis), cardiac symptoms (Ray et al., 2013), as well as flu-like symptoms such as fever, fatigue, headaches, and others (Gasmi et al., 2017). Thus, the main problem inherent to this pathology is that there are no objective and indisputable diagnostic biomarkers. This absence can contribute to the stigmatization of patients, making the diagnosis more subjective and controversial, and consequently, access to healthcare more difficult (Levesque & Klohn, 2019). Indeed, the issues inherent to the controversies surrounding the diagnosis and treatment of LD highlight the failure of the healthcare system, characterized by limited clinical knowledge (Beard, 2014; Guilbaud, 2019). This situation creates the stigmatization of certain patients (Brown et al., 2018) and undermines health equity. It should be noted that the climatic and environmental conditions surrounding the emergence of Lyme disease and their impacts on human health could be understood through the lens of planetary health. It is defined as: “the achievement of the highest attainable standard of health, wellbeing, and equity worldwide through judicious attention to the human systems—political, economic, and social—that shape the future of humanity and the Earth’s natural systems that define the safe environmental limits within which humanity can flourish. Put simply, planetary health is the health of human civilization and the state of the natural systems on which it depends” (Whitmee, Haines, Beyrer, et al., 2015). In this regard, it should be noted that while our issue highlights the limitations of the curative system, planetary health could be mobilized to strengthen the preventive dimension of this disease. Therefore, the question arises: how can planetary health be mobilized as a preventive intervention framework to limit the increase in Lyme disease cases? To this end, the main objective of this article is to contribute to the fight against emerging climate-sensitive diseases, particularly Lyme disease, by first identifying the limitations of the healthcare system and then proposing a primary prevention framework. From this general objective, two specific objectives arise: 1) to review the scientific literature that presents the various limitations of the healthcare system in managing emerging climate-sensitive diseases, using the example of Lyme disease in Quebec; 2) to present, based on relevant scientific knowledge, a preventive intervention framework based on the principles of planetary health to limit the increase in Lyme disease cases.

This article is organized into four parts: 1) A brief description of the adopted methodology; 2) an Analysis of the various results demonstrating the limitations of clinical knowledge and the notable flaws of the curative system; 3) Presentation of the preventive framework based on planetary health; 4) Discussions on the dimensions of planetary health in the context of preventing emerging climate-sensitive diseases, particularly Lyme disease.

1) Methodology Adopted

We conducted a narrative review to achieve the two specific objectives defined above. For this purpose, we used the year 2000 as a reference point and utilized Google Scholar as the main research tool. Additionally, databases such as Cairn and PubMed were used, highlighting specific keywords. For the first objective, we used keywords such as Lyme disease, access to care, diagnostics, treatments, and Quebec. Some media analyses were also conducted based on the defined keywords. Regarding the second objective, the keywords used were: planetary health, principles of planetary health, prevention, climate change, emerging climate-sensitive diseases. Using NVivo as an analysis tool, we first coded the different themes (related to diagnostics, access to care, treatments, and Quebec). Then we grouped the relevant textual excerpts directly related to them. Analyzing the content of our narrative review, it appears that the limitations of the healthcare system in effectively managing Lyme disease are mainly explained by the controversies inherent to the chronicity of Lyme disease, diagnostics, and consequently, the difficulty in accessing care. Similarly, the narrative review documented the principles of planetary health from a perspective rooted in the prevention of Lyme disease to contribute to reducing the increase in cases. As with the first specific objective, we also used NVivo as an analysis tool for the second objective, following the same process as mentioned above. Thus, the analysis results identified five themes in the form of intervention actions. These five intervention themes form the basis of the preventive framework we presented. They are: ecosystem preservation; combating climate change; sustainable agriculture and biodiversity preservation; environmental monitoring; community education and awareness. In the following sections, we will further develop these different results related to specific objectives one and two.

2) The Limitations of the Healthcare System and the Management of Lyme Disease

To better understand the issue of Lyme disease management, we conducted a narrative review. This review's results highlighted the healthcare system's limitations in Canada, particularly in Quebec. These results allowed us to achieve the first specific objective, which is: the chronic dimension of Lyme disease is highly controversial; several controversies surround the diagnosis and treatment. Consequently, people with Lyme disease face difficulties in accessing adequate treatment.

2-1 The Chronic Dimension of Lyme Disease and Its Controversies

Regarding Lyme disease, a vector-borne disease, it should be noted that most epidemiological aspects, clinical manifestations, and treatment of Lyme neuroborreliosis are well known and accepted (Koedel, Fingerle, & Pfister, 2015). However, several studies have shown that the chronic dimension of this disease is surrounded by considerable controversy (Garakani, 2015; Barbour, 2012; Koedel et al., 2015; Matera et al., 2014). These controversies inherent to the chronicity of Lyme disease highlight the limited clinical knowledge regarding this disease. In France, Lyme disease is only officially recognized in its acute form. However, its chronic form,

painful, disabling, and difficult to treat, long denied, has recently been half-heartedly recognized by some scientists (Guilbaud, 2019). Despite this relative recognition by scientists, “the French Society of Infectious Pathology (SPILF) and, under its aegis, the majority of doctors persist in denying the existence of this chronic form (Guilbaud, 2019). SPILF doctors do not propose any other explanation for the sometimes extremely severe pain suffered by patients nor any effective treatment” (Guilbaud 2019, 107). Consequently, the current official recommendations and various oppositions on this disease do not allow patients to benefit from universally recognized care (Marchitto, 2017a; Massard-Guilbaud, 2019). In Canada and Quebec, recent Lyme disease studies highlight growing management challenges. The disease is spreading northward at 18 to 32 km/year, and the incidence and burden are expected to increase by 2050 due to climate change (Ripoche et al., 2023; Tutt-Gu erette et al., 2021). Thus, in Canada and Quebec, although 99% of patients show clinical resolution after treatment, it is important to note that post-treatment Lyme disease syndrome is still increasing (Musonera et al., 2022). In this regard, controversial debates persist regarding tests, treatment, and the chronicity of Lyme disease (Levesque and Klohn, 2019). This situation leaves “affected individuals to fend for themselves within the healthcare system” (Beaulieu 2020, n/d).

2-2 Controversies Related to Lyme Disease Diagnostics

There is no consensus regarding the two possibilities for diagnosing Lyme disease. These possibilities are clinical analyses and serological tests (Levesque & Klohn, 2019). Diagnosis through clinical analysis occurs if the patient presents with erythema migrans and has plausible exposure, meaning the focus is rather on exposure to the emergence of the disease in areas where it was not previously endemic, regions where public health and clinicians may not have followed the increase in disease prevalence instead of focusing on the patient’s clinical condition (Ogden, Lindsay, Morshed, Sockett, & Artsob, 2009). Thus, for some, a positive diagnosis requires the presence of erythema migrans (Andany, Cardew, & Bunce, 2015). However, it should be noted that relying too much on the presence of erythema migrans is problematic due to its great variation among people with Lyme disease (Levesque & Klohn, 2019). Thus, if the patient does not suffer from erythema migrans, Levesque & Klohn (2019) believe that they must undergo positive serological tests to detect the presence of antibodies against the Lyme disease bacterium (in most cases, even if they have been exposed to areas with high tick populations). These authors also point out that Canada follows the Centers for Disease Control and Prevention (CDC) protocol for serological tests, starting with the enzyme-linked immunosorbent assay (ELISA) test and, if positive, verifying via a Western blot test. However, screening tools, particularly the ELISA test, do not guarantee the reliability of the results (Birnbaum, 2014; Depietropaolo, Powers, Gill, & Foy, 2005), especially in the early stage of the disease (Aguero-Rosenfeld, Wang, Schwartz, & Wormser, 2005). It should be noted that screening tests look for antibodies that the body might produce in response to a vector-borne infection caused by a tick (Andany et al., 2015). However, these tests have low sensitivity regarding the early detection of Lyme disease, as the immune response is in its early stages of development (Andany et al., 2015). In this regard, serological tests for diagnosing early Lyme disease are known for a high rate of “false negatives” due to their sensitivity estimated at only

40% (Andany et al., 2015). Some researchers have also criticized the current two-tier screening system for Lyme disease in Canada (Boudreau, Lloyd, & Gould, 2018; Waddell et al., 2016). For example, Ogden et al. hypothesized that the location and/or time of year when an infection is contracted may present variations in Lyme disease itself. They concluded that Lyme disease in Canada may vary between the east and west of the country, thus dividing it at the border between Ontario and Manitoba, probably due to the disease descending from two different strains (Nicholas H Ogden, Arsenault, Hatchette, Mechai, & Lindsay, 2017). Lloyd and Hawkins, for their part, believe that these geographical variations could partly explain the underreporting of the disease. Because some variations might not be detected with the current two-tier serological tests (Lloyd & Hawkins, 2018). These different points highlight the divergences surrounding this disease and complicate access to care.

2-3 Controversies Related to Treatments and Difficult Access to Healthcare

Lyme disease is currently treated with various short-term antibiotics (10 to 28 days) that are widely accepted within academic and medical communities (Sanchez, Vannier, Wormser, & Hu, 2016). However, some patients and healthcare professionals advocate for longer antibiotic treatment periods due to the recurrence of symptoms after short-term antibiotic use, thus implying the chronic dimension of the disease (Auwaerter, 2007; Stricker, 2007). Around this chronic dimension, controversies are most persistent (Cameron, Johnson, & Maloney, 2014). It should be noted that the majority of the medical community disputes the existence of chronic Lyme disease for various reasons (Levesque & Klohn, 2019). Firstly, the controversies also concern categorization issues (post-treatment or late Lyme disease), symptom manifestation, and associated test results (positive/negative) (Auwaerter, 2007; Kowalski, Tata, Berth, Mathiason, & Agger, 2010). Secondly, there is a group of generally skeptical doctors who believe that some patients suffer from other diseases but think they have chronic Lyme disease (Auwaerter, 2007). Finally, some doctors oppose long-term antibiotic use due to perceived medical risks (Basu & Garg, 2018). According to Beard (2014, 98), “despite the controversy surrounding the treatment of patients with persistent symptoms associated with Lyme disease, experts agree that the best way to reduce severe clinical outcomes is to proceed with early and accurate diagnosis and treatment of the disease.” However, as noted earlier, tests are unreliable, especially in the primary stage (Aguero-Rosenfeld et al., 2005; Depietropaolo et al., 2005; Birnbaum, 2014). For Beaulieu (2020, 10), the real clinical problem is that patients “face difficulties in recognizing the existence of the disease and diagnosis.” This demonstrates that doctors have little knowledge about this disease. The main consequence is the stigmatization of patients (Brown et al., 2018) due to the unreliability of diagnoses. Indeed, a study published in 2023 examined 986 cases of Lyme disease. It highlights that the majority of cases are either undiagnosed or misdiagnosed. The same source indicates that symptoms are considered related to mental illness, anxiety, stress, and aging diseases (Fagen, Shelton, & Luché-Thayer, 2023). This situation drives some Canadian patients to seek necessary care in the United States (Boudreau et al., 2018). Succinctly, this literature teaches us that other symptoms can develop after treatment. In this regard, Garakani and Mitton (2015) refer to post-treatment symptoms such as panic attacks, severe depressive symptoms, and suicidal thoughts, as well as neuromuscular disorders, including back spasms, joint pain, myalgia, and neuropathic pain. Therefore, it should be noted that these symptoms and others, called “post-treatment Lyme

disease syndrome” (Koedel et al., 2015), which characterize the chronicity of the disease, are more controversial. In Canada, it should be noted that the principles of universality, accessibility, and comprehensiveness respectively require that every patient, without exception, can access all the health services and care they need for their well-being (Gilbert, Kérisit, Dallaire, Coderre, & Harvey, 2005; Vail, 2001). However, it is clear that people suffering from Lyme disease face difficulties in obtaining adequate diagnoses and treatments. To document these difficulties, Boudreau (2018) and colleagues conducted a study targeting forty-five patients from across Canada. The common point among these patients is that they all sought care outside the conventional Canadian healthcare system. Thus, the purpose of the article was to better understand their motivations. The results of the study highlight that the respondents sought care outside the conventional medical system due to numerous diagnostic procedures and treatments that failed to effectively address their symptoms. The worsening of health problems, the absence of effective treatment, and stigmatization caused patients to feel abandoned and hopeless. The respondents turned to other forms of care based on peer recommendations but experienced considerable financial and emotional stress. The conclusion drawn from this is that many people with Lyme disease are deeply dissatisfied with the care received within the conventional Canadian and Quebec healthcare system. They feel compelled to seek treatments from international doctors using different treatment protocols or from alternative medicine providers in Canada and Quebec (Boudreau et al., 2018). In the same perspective, another empirical study involving 23 parents of children and adolescents with Lyme disease reports that no satisfactory treatment was obtained for months or years (Gaudet, Gould, & Vett Lloyd, 2019). In conclusion, the authors propose improving diagnostic tests and treatment guidelines, as well as family-centered medical care practices, as important elements to improve the experience of families living with Lyme disease (Gaudet et al., 2019).

It should be concisely noted that Lyme disease remains a contested illness in Canada, making the diagnostic and treatment journey difficult for some individuals (Vassell, Crooks, & Snyder, 2021). However, in Quebec, it is fortunately noted that there are now specialized clinics for the treatment of Lyme disease. This would imply the recognition of this disease in Quebec. However, it is useful to specify that these clinics are extremely recent, so we do not yet have enough information to integrate their impacts on patient access to care. Consequently, this lack of information does not provide an opportunity to better understand the current and future systemic issues and organizational barriers related to access to care for people with this pathology in Quebec. In this regard, it is wise to ask: what are the reasons that could justify the problematic access to care despite the existence of specialized treatment clinics? In this regard, it appears that Stéphanie Lavoie, a 29-year-old Quebecer with Lyme disease, is unable to receive adequate care despite the existence of specialized clinics (Dumas, 2023). In her case, the main reason for her inaccessibility to care is that before accessing the services and care provided by these specialized clinics, one must be referred by a doctor, while Stéphanie does not have a family doctor (Dumas, 2023). Another media source highlights that treatment requires a doctor’s prescription (Dauphinais-Pelletier, 2023). Generally, it should indeed be noted that these structural limitations contribute to the difficult access to health care services in Canada and Quebec. Specifically, they affect Lyme patients and make their treatment difficult for two reasons. The first reason is that some patients do not have a family doctor who could

refer them to specialized clinics if needed (Dumas, 2023). Secondly, it has already been demonstrated that many doctors have difficulty making reliable diagnoses and administering adequate treatments. Moreover, the chronic dimension of Lyme disease is highly controversial and is therefore not recognized. As a result, even people with a family doctor may not be referred to these specialized clinics if their doctor does not recognize chronic Lyme disease.

From all the above, what can we retain from our narrative review? Four elements seem necessary to retain. Firstly, it should be noted that the difficult access to care inherent to Lyme disease is primarily related to the diagnostic and treatment issues explained by controversies. Recall that an accurate and reliable diagnosis is the first step in optimal management of Lyme disease (Pitrak, Nguyen, & Cifu, 2022). Indeed, problems abound, including diagnostic errors, the inability to obtain a diagnosis, or the persistence of symptoms after years of consultation and treatment with specialists (Boudreau et al., 2018). Early diagnosis and treatment are essential, but doctors' reluctance to do so constitutes a limitation that makes the Canadian healthcare system irrelevant in the face of adequate treatment of this disease. This, in turn, has led many Canadians and Quebecers to seek treatment in the United States at exorbitant costs (Levesque & Klohn, 2019). Regarding diagnostic issues, many parents report that despite suffering from Lyme, doctors dismiss their cases or give them other diagnoses related to mental health, asking them to see psychiatrists (Gaudet et al., 2019). These authors point out that patients are therefore forced to fight against the medical system to obtain low-quality diagnostic tests. The second element that complicates access to care for people with Lyme disease is the minimal knowledge of Lyme disease by healthcare professionals (Levesque & Klohn, 2019). The third element is the difficulty encountered by Quebecers despite the creation of specialized clinics for the treatment of Lyme disease. One of the conditions for treatment is to be referred by a doctor (Dumas, 2023). However, in Quebec, there are many Quebecers and immigrants who do not have easy access to family doctors (Déry, 2018; Dumas-Martin, 2014) who can diagnose patients before referring them to specialized clinics. This in itself also constitutes a barrier to easy access to care. The last element is that, faced with various systemic blockages, Quebecers who wish to seek care outside the country experience financial stress (Gaudet et al., 2019; Boudreau et al., 2018). These presented elements are important because the first two offer a solid explanatory weight related to the difficult access to care for people with Lyme disease before the establishment of specialized clinics. Then, the third opens the way to analyzing the difficulties encountered by patients after the creation of specialized clinics. Thus, these three elements justify the failure of the healthcare system and give credit to the need to focus more efforts on the primary prevention of climate-sensitive emerging diseases, particularly Lyme disease. As mentioned above, these lessons teach us that the curative system is not sufficiently efficient and that it is necessary to focus more on the preventive dimension to reduce the increase in cases.

3- Mobilizing Planetary Health as a Framework for Primary Prevention

From the analysis of scientific literature (narrative review), it appears that planetary health can be mobilized as a framework for the prevention of climate-sensitive emerging diseases (Haines & Ebi, 2019; Myers, 2017; Watts et al., 2019; Whitmee et al., 2015). As mentioned above, we

retain that mobilizing planetary health as a preventive framework can be structured around several intervention approaches. These involve five themes: ecosystem preservation, combating climate change, sustainable agriculture and biodiversity, environmental monitoring, and community education and awareness. We mobilize them to propose the following framework to guide the primary prevention of climate-sensitive emerging diseases. This framework could be mobilized for the primary prevention of all climate-related diseases. However, in the context of this article, the framework is proposed primarily based on Lyme disease.

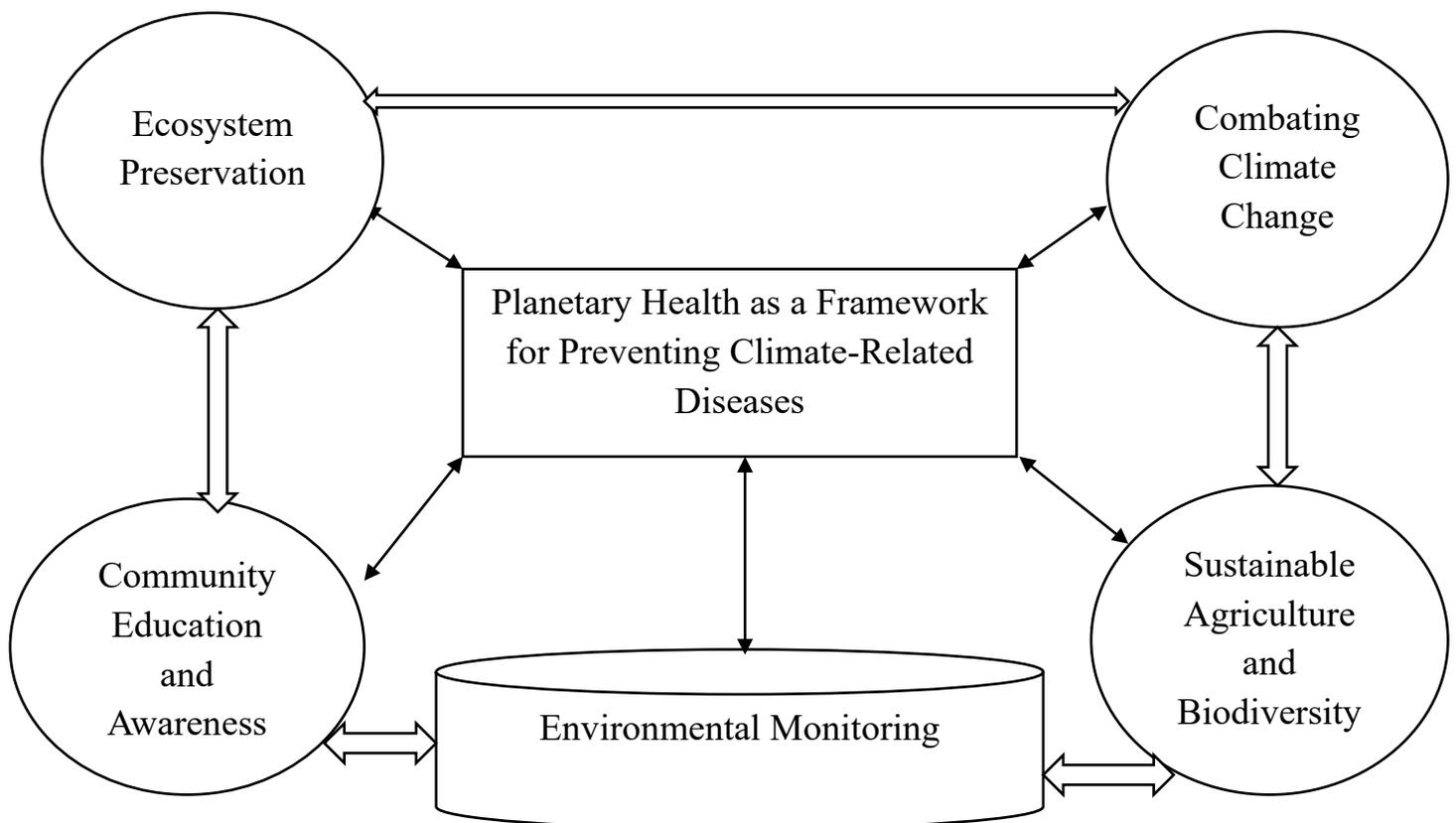


Diagram: Planetary Health as a Framework for the Prevention of Climate-Related Emerging Diseases

4- Discussion: Mobilizing Planetary Health as a Preventive Measure for Lyme Disease

Planetary health is a holistic approach that highlights the link between human, animal, and ecosystem health (Myers, 2017; Whitmee et al., 2015). It recognizes that optimizing human health depends on several interdependent systems such as socioeconomic, political, ecological and environmental systems (Whitmee et al., 2015). Thus, the proposed framework is intended to be more general and could therefore be used for the prevention of all climate-related emerging diseases.

It should be noted that there are three types of prevention: primary, secondary, and tertiary. Loubière and colleagues define them as follows: “primary prevention represents all actions that reduce the occurrence or incidence of a disease [...]. Secondary prevention represents actions aimed at reducing morbidity or the consequences of a disease once it has appeared [...]. Finally, tertiary prevention represents actions aimed at reducing disability associated with chronic diseases” (Loubière, Parent, & Tallon, 2004, p. 831). In other words, primary prevention (preventing the occurrence of diseases by acting on risk factors), secondary prevention (early detection of diseases and rapid treatment), and tertiary prevention (avoiding complications through preventive measures) (Dekker & Sibai, 2001; Rassi, Dias, & Marin-Neto, 2009). Referring to these definitions, it is helpful to specify that the prevention we are discussing here is of a primary nature: preventing the occurrence of climate-sensitive emerging diseases in certain territories and/or reducing their spread. We therefore discuss the dimensions that feed the proposed framework, emphasizing their relevance in Lyme disease prevention, based on the results of our narrative review on the second objective.

3-1 Ecosystem Preservation

The literature shows that deforestation and forest clearing coupled with increased urbanization dynamics disrupt the natural habitats of ticks, their hosts (deer, rodents), and natural predators (Allan, Keesing, & Ostfeld, 2003; Brownstein, Skelly, Holford, & Fish, 2005; Ostfeld & Brunner, 2015). In this regard, it is urgent, in a preventive dynamic, to implement measures consisting of restoring and preserving natural environments to contribute to the regulation of tick populations through healthy ecosystems and by establishing a balance between species (Allan et al., 2009; Ostfeld & Keesing, 2012). This intervention strategy is an integral part of reducing the fight against climate change.

3-2 Combating Climate Change

Through our narrative review, it is demonstrated that global warming contributes not only to the expansion of areas where the presence of ticks has been detected but also to their survival through increased temperatures (Levi, Keesing, Oggenfuss, & Ostfeld, 2015; Nick H Ogden & Lindsay, 2016). In this regard, the primary prevention of Lyme disease requires the development of public policies to reduce greenhouse gas emissions and adapt to climate change to limit the spread of the disease (Medlock et al., 2013).

3-3 Community Education and Awareness for the Adoption of Preventive Behaviors

Adopting a planetary health approach, it is essential to include community education and awareness to adopt precautionary measures regarding their interactions with the environment (Horton & Lo, 2015; Whitmee et al., 2015). This education and awareness approach should take place in already affected areas. It can be part of an inclusive dynamic allowing at-risk populations to significantly reduce their exposure to ticks and adopt individual protection and prevention behaviors (Gould et al., 2008). This can include, for example, the systematic use of repellents, avoiding wooded areas, wearing long clothing, and tucking pants into socks (Gould et al., 2008). Awareness for adopting the best individual behaviors should be coupled with collective actions focused on promoting and protecting the environment (Poland, 2001).

3-4 Sustainable Agriculture and Biodiversity

Intensive agriculture and its practices contribute to the reduction of biodiversity, and consequently, increase the risks associated with the expansion of ticks (Foley et al., 2005). Indeed, intensive agricultural practices not only modify the ecosystem but also serve as an excellent means of eliminating natural predator species, allowing ticks to thrive and spread (Gortázar, Ferroglio, Höfle, Frölich, & Vicente, 2007; Keesing, Holt, & Ostfeld, 2006). In this regard, a sustainable agricultural policy based on increasing biodiversity is important from a perspective rooted in the primary prevention of Lyme disease. Indeed, a significant body of literature demonstrates that sustainable agricultural policies supporting biodiversity are necessary for maintaining and balancing tick populations and their hosts (Lanszki, Heltai, & Szabó, 2006; Schneider, Scheu, & Brose, 2012; Tschardt et al., 2012).

3-5 Environmental Monitoring

The speed with which health systems can respond to the emergence of new climate-related diseases depends on the quality of the surveillance system in place in each country. In this logic, planetary health requires proactive interventions in monitoring ecosystems and animal species to quickly detect suspicious changes that could negatively impact human health (Myers et al., 2013; Whitmee et al., 2015). With active environmental monitoring, public health professionals should be able to detect, formulate rapid and diligent responses to minimize health risks to populations (Heymann & Rodier, 2004).

Conclusion

The question this article seeks to answer is: how can planetary health be mobilized as a preventive intervention framework to limit the increase in Lyme disease cases? The answer provided is based on the idea that planetary health can be mobilized as a solid framework for the primary prevention of Lyme disease by simultaneously combining interventions focused on ecosystem preservation; combating climate change through mitigation and adaptation measures; community education and awareness for the adoption of preventive behaviors; sustainable agriculture and biodiversity enhancement; and environmental monitoring. It is important to emphasize that this answer is general in nature, meaning it can be applied in the context of preventing any emerging disease caused by climate change. The proposed framework thus takes on a theoretical dimension on which empirical research could be based to document the strategies each country or community implements for the primary prevention of climate-sensitive emerging diseases.

Références bibliographiques

- Aguero-Rosenfeld, M. E., Wang, G., Schwartz, I., & Wormser, G. P. (2005). Diagnosis of Lyme borreliosis. *Clinical microbiology reviews*, 18(3), 484-509.
- Allan, B. F., Keesing, F., & Ostfeld, R. S. (2003). Effect of forest fragmentation on Lyme disease risk. *Conservation Biology*, 17(1), 267-272.

- Allan, B. F., Langerhans, R. B., Ryberg, W. A., Landesman, W. J., Griffin, N. W., Katz, R. S., ... Chase, J. M. (2009). Ecological Correlates of Risk and Incidence of West Nile Virus in the United States. *Oecologia*, 158(4), 699-708. JSTOR. Consulté à l'adresse JSTOR.
- Garakani, A., Mitton, A., (2015). New-Onset Panic, Depression with Suicidal Thoughts, and Somatic Symptoms in a Patient with a History of Lyme Disease. *Case Reports in Psychiatry*, 2015. doi: 10.1155/2015/457947
- Andany, N., Cardew, S., & Bunce, P. E. (2015). A 35-year-old man with a positive Lyme test result from a private laboratory. *CMAJ*, 187(16), 1222-1224.
- Auwaerter, P. G. (2007). Point : Antibiotic therapy is not the answer for patients with persisting symptoms attributable to lyme disease. *Clinical Infectious Diseases*, 45(2), 143-148.
- Balato, N., Megna, M., Ayala, F., Balato, A., Napolitano, M., & Patruno, C. (2014). Effects of climate changes on skin diseases. *Expert review of anti-infective therapy*, 12(2), 171-181.
- Barbour, A. (2012). Remains of infection. *The Journal of clinical investigation*, 122(7), 2344-2346.
- Basu, S., & Garg, S. (2018). Antibiotic prescribing behavior among physicians : Ethical challenges in resource-poor settings. *Journal of medical ethics and history of medicine*, 11.
- Beard, C. B. (2014). Prévention et contrôle de la maladie de Lyme : Allons de l'avant. À lire dans le présent numéro: la maladie de Lyme, 40, 97.
- Beaulieu, L. (2020). Dévoiler l'expérience et la réalité contextuelle des personnes atteintes de la maladie de lyme chronique (MLC) au Canada atlantique—ethnographie critique. Université de Moncton (Canada).
- Birnbaum, D. (2014). Targeting Lyme. *Clinical Governance: An International Journal*, 19(4), 360-365.
- Boudreau, C. R., Lloyd, V. K., & Gould, O. N. (2018). Motivations and Experiences of Canadians Seeking Treatment for Lyme Disease Outside of the Conventional Canadian Health-Care System. *Journal of Patient Experience*, 5(2), 120-126. doi: 10.1177/2374373517736385
- Brown, A. S., Bateman, D. B., Dennis, M. L., Kelso, M. L., Alliance, O. L., Lloyd, V., & Weese, S. (2018). Membres du Groupe consultatif sur la maladie de Lyme et les maladies transmises par les tiques.
- Brownstein, J. S., Skelly, D. K., Holford, T. R., & Fish, D. (2005). Forest fragmentation predicts local scale heterogeneity of Lyme disease risk. *Oecologia*, 146, 469-475.
- Cameron, D. J., Johnson, L. B., & Maloney, E. L. (2014). Evidence assessments and guideline recommendations in Lyme disease : The clinical management of known tick bites, erythema migrans rashes and persistent disease. *Expert review of anti-infective therapy*, 12(9), 1103-1135.
- Chaix, B., & Slama, R. (2022). Changement climatique et santé des populations : Vers un agenda de recherche interdisciplinaire. *Environnement, Risques & Santé*, 21(4), 266-274. Cairn.info. doi: 10.1684/ers.2022.1658
- Clark, I. A. (2022). Chronic cerebral aspects of long COVID, post-stroke syndromes and similar states share their pathogenesis and perispinal etanercept treatment logic. *Pharmacology Research & Perspectives*, 10(2), e00926.
- Dauphinais-Pelletier, C. (2023). Piqûre de tique : Voici comment la reconnaître et quoi faire pour éviter la maladie de Lyme. *Société & Santé*. Consulté à l'adresse <https://www.24heures.ca/2022/05/03/vous-avez-ete-pique-par-une-tique-voici-tout-ce-qui-faut-faire-pour-eviter-la-maladie-de-lyme>
- Dekker, G., & Sibai, B. (2001). Primary, secondary, and tertiary prevention of pre-eclampsia. *The lancet*, 357(9251), 209-215.

- Denys, S., & Barouki, R. (2021). Impacts des pressions environnementales et des changements climatiques sur la propagation des maladies infectieuses et sur la vulnérabilité des populations. *Annales des Mines - Responsabilité et environnement*, 104(4), 32-35. Cairn.info. doi: 10.3917/re1.104.0032
- Depietropaolo, D. L., Powers, J. H., Gill, J. M., & Foy, A. (2005). Diagnosis of Lyme disease. *American Family Physician*, 72(2), 297-304.
- Déry, P. (2018). Il est temps de mettre fin aux quotas de médecins. *Le Point*, IEDM, 15.
- Donta, S. T. (1997). Tetracycline therapy for chronic Lyme disease. *Clinical infectious diseases*, 25(Supplement_1), S52-S56.
- Du, M., Kawashima, S., Yonemura, S., Zhang, X., & Chen, S. (2004). Mutual influence between human activities and climate change in the Tibetan Plateau during recent years. *Global and Planetary Change*, 41(3-4), 241-249.
- Dumas, J. (2023). Je tough juste pour eux» : Une jeune femme à bout de ressources après avoir contracté la maladie de Lyme. *TVA Nouvelles*, p. 1.
- Dumas-Martin, A. (2014). *L'Entente Québec-France Et Ses Limites : Le Cas Des Médecins de Famille*.
- Emilie M. Gaudet, Odette N. Gould, & Vett Lloyd. (2019). Parenting When Children Have Lyme Disease : Fear, Frustration, Advocacy. 7(3), 95. doi: 10.3390/healthcare7030095
- Fagen, J. L., Shelton, J. A., & Luché-Thayer, J. (2023). Medical Gaslighting and Lyme Disease : The Patient Experience. 12(1), 78. MDPI.
- Foley, J. A., DeFries, R., Asner, G. P., Barford, C., Bonan, G., Carpenter, S. R., ... Gibbs, H. K. (2005). Global consequences of land use. *science*, 309(5734), 570-574.
- Gasmi, S., Ogden, N. H., Lindsay, L. R., Burns, S., Fleming, S., Badcock, J., ... Russell, C. (2017). Maladie de Lyme au Canada, de 2009 à 2015. *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, 43(10), 219-225.
- Gilbert, A., Kérisit, M., Dallaire, C., Coderre, C., & Harvey, J. (2005). Les discours sur la santé des organismes franco-ontariens : Du rapport Dubois à la cause Montfort. *Reflets*, 11(1), 20-48. *Érudit*. doi: 10.7202/013058ar
- Gortázar, C., Ferroglio, E., Höfle, U., Frölich, K., & Vicente, J. (2007). Diseases shared between wildlife and livestock : A European perspective. *European Journal of Wildlife Research*, 53, 241-256.
- Gould, L. H., Nelson, R. S., Griffith, K. S., Hayes, E. B., Piesman, J., Mead, P. S., & Cartter, M. L. (2008). Knowledge, attitudes, and behaviors regarding Lyme disease prevention among Connecticut residents, 1999–2004. *Vector-Borne and Zoonotic Diseases*, 8(6), 769-776.
- Guilbaud, G. M. (2019). «Maladie de Lyme». *Quand des médecins refusent de soigner. Écologie & politique: sciences, culture, société*, (58), 107-134.
- Guivarch, C., & Taconet, N. (2020). Inégalités mondiales et changement climatique. *Revue de l'OFCE*, 165(1), 35-70.
- Haines, A., & Ebi, K. (2019). The imperative for climate action to protect health. *New England Journal of Medicine*, 380(3), 263-273.
- Heymann, D. L., & Rodier, G. (2004). Global surveillance, national surveillance, and SARS. *Emerging infectious diseases*, 10(2), 173.
- Horton, R., & Lo, S. (2015). Planetary health : A new science for exceptional action. *The Lancet*, 386(10007), 1921-1922.
- Keesing, F., Holt, R. D., & Ostfeld, R. S. (2006). Effects of species diversity on disease risk. *Ecology letters*, 9(4), 485-498.
- Koedel, U., Fingerle, V., & Pfister, H.-W. (2015). Lyme neuroborreliosis—Epidemiology, diagnosis and management. *Nature Reviews Neurology*, 11(8), 446-456.

- Kowalski, T. J., Tata, S., Berth, W., Mathiason, M. A., & Agger, W. A. (2010). Antibiotic treatment duration and long-term outcomes of patients with early Lyme disease from a Lyme disease–hyperendemic area. *Clinical infectious diseases*, 50(4), 512-520.
- Lanszki, J., Heltai, M., & Szabó, L. (2006). Feeding habits and trophic niche overlap between sympatric golden jackal (*Canis aureus*) and red fox (*Vulpes vulpes*) in the Pannonian ecoregion (Hungary). *Canadian Journal of Zoology*, 84(11), 1647-1656.
- Levesque, M., & Klohn, M. (2019). A multiple streams approach to understanding the issues and challenges of Lyme disease management in Canada's Maritime Provinces. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(9), 1531.
- Levi, T., Keesing, F., Oggenfuss, K., & Ostfeld, R. S. (2015). Accelerated phenology of blacklegged ticks under climate warming. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 370(1665), 20130556.
- Lindgren, E., & Jaenson, T. G. (2006). Lyme borreliosis in Europe : Influences of climate and climate change, epidemiology, ecology and adaptation measures. World Health Organization. Regional Office for Europe.
- Lloyd, V. K., & Hawkins, R. G. (2018). Under-detection of Lyme disease in Canada. 6(4), 125. MDPI.
- Loubière, S., Parent, A., & Tallon, J.-M. (2004). L'économie de la prévention. *Revue économique*, 55(2004/5), 831-847.
- Marchitto, M. (2017). Controverse autour d'une maladie en construction : Exemple de la maladie de Lyme.
- Marques, A. (2022). Persistent Symptoms After Treatment of Lyme Disease. *Infectious Disease Clinics*, 36(3), 621-638.
- Massard-Guilbaud, G. (2019). « Maladie de Lyme ». Quand des médecins refusent de soigner. *Écologie & politique*, 58(1), 107-134. Cairn.info. doi: 10.3917/ecopo1.058.0107
- Matera, G., Labate, A., Quirino, A., Lamberti, A. G., BorzÃ, G., Barreca, G. S., ... Gambardella, A. (2014). Chronic neuroborreliosis by *B. garinii* : An unusual case presenting with epilepsy and multifocal brain MRI lesions. *New Microbiol*, 37(3), 393-397.
- McMichael, A. J., Woodruff, R. E., & Hales, S. (2006). Climate change and human health : Present and future risks. *The Lancet*, 367(9513), 859-869.
- Medlock, J. M., Hansford, K. M., Bormane, A., Derdakova, M., Estrada-Peña, A., George, J.-C., ... Jensen, P. M. (2013). Driving forces for changes in geographical distribution of *Ixodes ricinus* ticks in Europe. *Parasites & vectors*, 6, 1-11.
- Milord, F. (2010). Le risque de maladie de Lyme au Canada en relation avec les changements climatiques. desLibris.
- Musonera, J. B., Valiquette, L., Baron, G., Milord, F., Marcoux, D., Thivierge, K., ... Bourget, J. (2022). Management and clinical outcomes of Lyme disease in acute care facilities in 2 endemic regions of Quebec, Canada : A multicentre retrospective cohort study. *Canadian Medical Association Open Access Journal*, 10(2), E570-E576.
- Myers, S. S. (2017a). Planetary health : Protecting human health on a rapidly changing planet. *The Lancet*, 390(10114), 2860-2868.
- Myers, S. S. (2017b). Planetary health : Protecting human health on a rapidly changing planet. *The Lancet*, 390(10114), 2860-2868.
- Myers, S. S., Gaffikin, L., Golden, C. D., Ostfeld, R. S., H. Redford, K., H. Ricketts, T., ... Osofsky, S. A. (2013). Human health impacts of ecosystem alteration. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 110(47), 18753-18760.
- Nava, A., Shimabukuro, J. S., Chmura, A. A., & Luz, S. L. B. (2017). The impact of global environmental changes on infectious disease emergence with a focus on risks for Brazil. *ILAR journal*, 58(3), 393-400.

- Nelder, M., Wijayasri, S., Russell, C., Johnson, K., Marchand-Austin, A., Cronin, K., ... Sider, D. (2018). Climate Change and Lyme Disease : The continued rise of Lyme disease in Ontario, Canada : 2017. *Canada Communicable Disease Report*, 44(10), 231.
- Nijimbere, B. (1997). *Guide d'implantation d'une coopérative oeuvrant dans le domaine de la santé au Canada*. Université de Sherbrooke.
- Ogden, N., & Gachon, P. (2019). Changements climatiques et maladies infectieuses : À quoi pouvons-nous nous attendre. *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, 45(4), 83-88.
- Ogden, Nicholas H, Arsenault, J., Hatchette, T. F., Mechai, S., & Lindsay, L. R. (2017). Antibody responses to *Borrelia burgdorferi* detected by western blot vary geographically in Canada. *PLoS One*, 12(2), e0171731.
- Ogden, Nicholas H, Lindsay, L. R., Morshed, M., Sockett, P. N., & Artsob, H. (2009). The emergence of Lyme disease in Canada. *Cmaj*, 180(12), 1221-1224.
- Ogden, Nick H, & Lindsay, L. R. (2016). Effects of climate and climate change on vectors and vector-borne diseases : Ticks are different. *Trends in parasitology*, 32(8), 646-656.
- Ogden, Nick H., Wilson, J. R., Richardson, D. M., Hui, C., Davies, S. J., Kumschick, S., ... Pulliam, J. R. (2019). Emerging infectious diseases and biological invasions : A call for a One Health collaboration in science and management. *Royal Society Open Science*, 6(3), 181577.
- Ostfeld, R. S., & Brunner, J. L. (2015). Climate change and Ixodes tick-borne diseases of humans. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 370(1665), 20140051.
- Ostfeld, R. S., & Keesing, F. (2012). Effects of host diversity on infectious disease. *Annual review of ecology, evolution, and systematics*, 43(1), 157-182.
- Patz, J. A., Campbell-Lendrum, D., Holloway, T., & Foley, J. A. (2005). Impact of regional climate change on human health. *Nature*, 438(7066), 310-317.
- Patz, J. A., Olson, S. H., Uejio, C. K., & Gibbs, H. K. (2008). Disease emergence from global climate and land use change. *Medical Clinics of North America*, 92(6), 1473-1491.
- Pittrak, D., Nguyen, C. T., & Cifu, A. S. (2022). Diagnosis of Lyme disease. *JAMA*, 327(7), 676-677.
- Poland, G. A. (2001). Prevention of Lyme Disease : A Review of the Evidence. *Mayo Clinic Proceedings*, 76(7), 713-724. doi: 10.4065/76.7.713
- Rassi, A., Dias, J. C. P., & Marin-Neto, J. A. (2009). Challenges and opportunities for primary, secondary, and tertiary prevention of Chagas' disease. *Heart*, 95(7), 524-534.
- Ripoche, M., Irace-Cima, A., Adam-Poupart, A., Baron, G., Bouchard, C., Carignan, A., ... Thivierge, K. (2023). Fardeau actuel et futur de la maladie de Lyme en raison des changements climatiques. *RMTC*, 49, 10.
- Sanchez, E., Vannier, E., Wormser, G. P., & Hu, L. T. (2016). Diagnosis, treatment, and prevention of Lyme disease, human granulocytic anaplasmosis, and babesiosis : A review. *Jama*, 315(16), 1767-1777.
- Schneider, F. D., Scheu, S., & Brose, U. (2012). Body mass constraints on feeding rates determine the consequences of predator loss. *Ecology letters*, 15(5), 436-443.
- Simon, J. A., Marrotte, R. R., Desrosiers, N., Fiset, J., Gaitan, J., Gonzalez, A., ... Lindsay, L. R. (2014). Climate change and habitat fragmentation drive the occurrence of *Borrelia burgdorferi*, the agent of Lyme disease, at the northeastern limit of its distribution. *Evolutionary Applications*, 7(7), 750-764.
- Stricker, R. B. (2007). Counterpoint : Long-term antibiotic therapy improves persistent symptoms associated with Lyme disease. *Clinical Infectious Diseases*, 45(2), 149-157.
- Stricker, R., & Johnson, L. (2010). Lyme disease diagnosis and treatment : Lessons from the AIDS epidemic. *Minerva medica*, 101(6), 419-425.

- Tscharntke, T., Clough, Y., Wanger, T. C., Jackson, L., Motzke, I., Perfecto, I., ... Whitbread, A. (2012). Global food security, biodiversity conservation and the future of agricultural intensification. *Biological conservation*, 151(1), 53-59.
- Tutt-Gu erette, M.-A., Yuan, M., Szaroz, D., McKinnon, B., Kestens, Y., Guillot, C., ... Zinszer, K. (2021). Modelling spatiotemporal patterns of lyme disease emergence in Québec. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(18), 9669.
- Vail, S. (2001). Canadians' values and attitudes on Canada's health care system : A synthesis of survey results. Conference Board of Canada.
- Vassell, A., Crooks, V. A., & Snyder, J. (2021). What was lost, missing, sought and hoped for : Qualitatively exploring medical crowdfunding campaign narratives for Lyme disease. *Health*, 25(6), 707-721. doi: 10.1177/1363459320912808
- Vitousek, P. M. (1992). Global environmental change : An introduction. *Annual review of Ecology and Systematics*, 23(1), 1-14.
- Waddell, L. A., Greig, J., Mascarenhas, M., Harding, S., Lindsay, R., & Ogden, N. (2016). The accuracy of diagnostic tests for Lyme disease in humans, a systematic review and meta-analysis of North American research. *PloS one*, 11(12), e0168613.
- Watts, N., Amann, M., Arnell, N., Ayeb-Karlsson, S., Belesova, K., Boykoff, M., ... Capstick, S. (2019). The 2019 report of The Lancet Countdown on health and climate change : Ensuring that the health of a child born today is not defined by a changing climate. *The Lancet*, 394(10211), 1836-1878.
- Whitmee, S., Haines, A., ... Beyrer, C. (2015). Safeguarding human health in the Anthropocene epoch : Report of The Rockefeller Foundation–Lancet Commission on planetary health. *The lancet*, 386(10007), 1973-2028.

  2024 ADANDJESSO, Licensee Bamako Institute for Research and Development Studies Press. Ceci est un article en accès libre sous la licence the Créative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>)

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



Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, Volume 6 (3)

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

Received, 19 October 2024

Accepted, 21 December 2024

Published, 30 December 2024

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

To cite: Franck (2024). Initiation précoce a la sexualité : un facteur de socialisation chez des jeunes filles scolarisées à Abidjan. Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique. 6(3), 183-196. <https://doi.org/10.4314/rasp.v6i3.13>

Research

Initiation précoce a la sexualité : un facteur de socialisation chez des jeunes filles scolarisées à Abidjan

Early initiation to sexuality: a factor of socialization in young girls educated in Abidjan

YAO N'Guessan Louis Franck

Université Félix Houphouët-Boigny, Abidjan, Côte d'Ivoire

Correspondance : franckyaoy701@gmail.com

Résumé

Les rapports sexuels précoces et leurs conséquences (risques sanitaires, grossesses précoces) peuvent limiter l'éducation des jeunes filles dans le cadre scolaire en Côte d'Ivoire. L'ampleur de ce fléau en milieu adolescent suggère que les cadres formels de socialisation (famille, école) ont atteint leurs limites en termes d'éducation et de transmission des valeurs relatives à la sexualité aux jeunes. En milieu urbain, les groupes de pairs jouent également un rôle important dans le développement de la sexualité des jeunes. Le but de cette étude est d'analyser les mécanismes par lesquels les groupes de pairs en milieu urbain influencent l'initiation à un comportement sexuel dès le plus jeune âge chez les jeunes filles. Cette étude mixte (quantitative-qualitative) a été menée auprès de jeunes filles scolarisées au secondaire. Elles ont été sélectionnées grâce aux techniques de boule de neige et d'échantillonnage volontaire dans la commune de Yopougon. Les résultats de cette étude ont permis d'une part d'identifier des points de vue partagés et comportements valorisés en matière de sexualité au niveau des groupes de pairs, d'autre part d'expliquer comment la perte de la virginité et la sexualité active sont déterminantes dans l'appartenance et l'acceptation d'une jeune fille au sein d'un groupe de pairs.

Mots clés : Socialisation, jeunes filles, environnement scolaire, groupe de pairs, comportements sexuels précoces.

Abstract

Early sexual relationships and their consequences, such as health risks and teenage pregnancies, can hinder the educational opportunities for young girls within the Ivorian educational system. The prevalence of this issue among adolescents indicates that formal socialization frameworks (family, school) have reached their limits in educating young people about sexuality. In urban areas, peer groups also significantly influence the sexual development of youth. This study aims to analyze how peer groups in urban settings affect

the initiation of sexual behavior at a young age among school-aged girls. This mixed-methods study (quantitative and qualitative) involves secondary school girls selected through snowball sampling and voluntary sampling techniques in the Yopougon municipality. The findings revealed that shared viewpoints and valued behaviors regarding sexuality within peer groups, as well as how losing virginity and engaging in active sexuality, are pivotal for a girl's acceptance and belonging within her peer group.

Keywords: Socialization, Young girls, School environment, Peer group, Early sexual behavior.

1. Introduction

Pour de nombreux pays en développement, la problématique des grossesses prématurées concernant les jeunes filles dans les milieux scolaires persiste (Toudeka et al., 2022). Elle place la sexualité des jeunes filles au rang des enjeux de santé publique (Le Den, 2012 ; Kanati et al., 2020). En Côte d'Ivoire, la santé sexuelle et reproductive des filles scolarisées, reste une préoccupation majeure pour les pouvoirs publics ces dernières années. Elle est marquée par des taux de grossesses précoces élevés chez les jeunes filles pendant leurs années scolaires. Sur la base des données statistiques recueillis auprès de la Direction des Études, des Stratégies, de la Planification et des Statistiques (DESPS) du Ministère de l'Éducation Nationale et de l'Alphabétisation (MENA), il apparaît que l'éducation en Côte d'Ivoire est toujours confrontée au problème de grossesse. Durant l'année scolaire 2012-2013, 5076 cas de grossesses ont été signalés dans toutes les institutions scolaires, parmi lesquels 1137 dans les écoles primaires et 3939 dans les écoles secondaires (Akindès, 2016). Ce nombre est passé 5833 cas de grossesses en 2021-2022 pour tous les ordres d'enseignement (primaire, secondaire général et technique). Pour l'essentiel, ces taux restent encore élevés. Dans la plupart des cas, ces grossesses surviennent avant l'âge de la majorité (18 ans révolus) avec des niveaux élevés en milieu urbain (MENETFP/DSPS, 2018 ; MENETFP/DSPS, 2021 ; MENA/DESPS, 2022).

De nombreux auteurs ont examiné la question de la grossesse précoce dans le contexte de la recherche en science. On considère que la grossesse chez les jeunes filles en cours de formation scolaire est le fruit direct d'une sexualité précoce, incontrôlée et souvent à risque (Bushenyi, 2023). La sexualité précoce est considérée comme un phénomène complexe influencée par divers facteurs. Pour l'essentiel, elle intervient à l'adolescence, une période cruciale dans le développement de la jeune fille. Elle est considérée comme une période tumultueuse du fait de nombreux changements biologique, psychologique et émotionnel (Dumontheil, 2021). Habib (2024) considère que c'est une transition entre la période d'enfance et celle d'adulte, caractérisée par un renforcement des comportements risqués, principalement en ce qui concerne la sexualité. Ces changements suscitent au niveau de la jeune fille curiosité, découverte et expérimentation, notamment en ce qui concerne la sexualité (Barthou, 2021).

En l'absence d'un soutien parental et d'un accompagnement approprié, les jeunes filles peuvent se retrouver livrées à elles-mêmes. Elles peuvent être confrontées à des circonstances dans lesquelles elles se livrent spontanément aux désidératas du sexe, souvent sans la maîtrise des informations nécessaires ou le soutien requis pour mener des relations sexuelles en toute sécurité. Cette exploration peut mener à des expériences variées, dont certaines peuvent avoir des conséquences négatives sur leur bien-être émotionnel et physique.

L'encadrement familial et l'éducation à la sexualité adéquate sont déterminants pour minimiser les risques liés à la sexualité précoce. C'est la raison pour laquelle l'OMS et l'UNESCO ont réussi à instaurer dans les programmes d'études l'enseignement sur la sexualité pour favoriser le développement social des filles élèves. Cette initiative ambitionne de donner aux jeunes filles les moyens d'assumer avec responsabilité leur sexualité pour une meilleure santé sexuelle et reproductive.

Malheureusement dans de nombreuses familles, la communication autour de la sexualité est encore un sujet tabou. Malgré une évolution des mentalités, de nombreux parents éprouvent encore de la gêne pour parler de sexualité avec leurs enfants ; et souvent, lorsque cela est fait, les échanges restent superficiels et marqués d'interdictions ou de menaces. L'école en charge d'assurer une éducation sexuelle complète, peine aussi à offrir aux jeunes filles les informations dont elles ont besoin. La persistance de la grossesse en milieu scolaire montre que la famille et l'école présentent des limites quant à l'accompagnement des jeunes à travers la transmission des valeurs essentielles sur la sexualité. Selon Deneffe (2022) qui partage cette opinion, le cadre de normes parentales perd de son influence pour réguler la sexualité des adolescents.

Le manque d'échanges ouverts et transparents sur la sexualité au sein du milieu familial ou scolaire, pourrait pousser les filles à solliciter des réponses provenant des camarades ou de sources incertaines, telles que les médias (Bushenyi, 2023). Cela peut engendrer des attentes irréalistes et des comportements risqués, augmentant ainsi le risque d'expériences sexuelles non désirées. Dans cette période de vulnérabilité et de moments d'incertitudes caractérisant l'adolescence, la jeune fille, en quête d'informations relatives à la sexualité, a pour alternative privilégiée son groupe de pairs. Dans ces conditions, ce groupe fait figure d'allié incontournable dans la mesure où il aide la jeune fille à rompre le sentiment de la solitude et d'isolement (Gardien, 2010).

En contexte urbain, où les jeunes sont sous l'influence de divers facteurs, la compréhension de leurs prises de risque en matière de sexualité nécessite de prendre en compte le contexte social à savoir l'influence des pairs (Habib, 2024). Les pairs peuvent jouer un rôle important dans le bien-être psychosocial des jeunes filles pendant l'adolescence en influençant leurs divers traits de personnalité à savoir la perception, l'identité, le comportement et la construction sociale. Si les pairs constituent une référence sociale principale et une alternative privilégiée (Barthou, 2021) des jeunes filles pour combler leur besoin de connaissance et d'expérimentation en matière de sexualité, ils peuvent être source d'adoption de comportements sexuels à risque en contexte urbain. L'analyse de cette situation suscite des interrogations. Comment les groupes de pairs influencent-ils l'entrée précoce des jeunes filles scolarisées en sexualité en milieu urbain ? Quelles sont les normes et comportements valorisés au sein des groupes de pairs ? quelles sont les manifestations de l'influent des groupes de pairs sur les jeunes filles ?

L'objectif de cette étude est d'analyser les mécanismes par lesquels les groupes de pairs en milieu urbain influencent l'initiation à un comportement sexuel dès le plus jeune âge chez les jeunes filles.

2. Méthodes

Cette étude a été réalisée dans le district d'Abidjan, précisément dans la commune de Yopougon. Le choix de cette commune se justifie par le fait qu'elle est considérée comme un cadre social favorisant l'émergence de pratiques sexuelles à risques du fait de sa configuration

marquée par la floraison de débit de boissons (Dayoro, 2010). Dans cette commune, nous nous sommes intéressés aux jeunes filles scolarisées inscrites au secondaire et sexuellement actives. Cette étude adopte une démarche méthodologique de type mixte. Le choix des filles enquêtées est fondé sur les techniques d'échantillonnage par boule de neige et d'échantillonnage volontaire. Pour l'approche quantitative, une enquête par questionnaire a été réalisée auprès de 360 jeunes filles scolarisées. Pour l'aspect qualitatif, des entretiens individuels semi-directifs ont été menés auprès de 10 jeunes filles scolarisées. Globalement, ces instruments nous ont offert la possibilité de recueillir des informations pour appréhender l'impact de la socialisation entre camarades sur le développement précoce de la sexualité chez les jeunes filles en formation scolaire.

Des traitements statistiques ont été effectués sur les données quantitatives en utilisant le logiciel SPSS. Toutes les données des entretiens ont été retranscrites manuellement pour en constituer un corpus d'informations. Les données obtenues ont été analysées par la méthode d'analyse de contenu thématique. Grâce à cette analyse, les principales tendances d'informations se sont révélées essentielles pour une compréhension améliorée de la thématique examinée.

3. Résultats

3.1. Réalité de la sexualité précoce chez les enquêtées

Cette recherche, à travers ses données, met en évidence que la sexualité précoce est une réalité présente chez les jeunes filles en milieu scolaire à Abidjan. La majorité des jeunes filles interrogées ont déjà perdu leur virginité ; Elles ont vécu leurs premiers rapports sexuels avant de parvenir à l'âge adulte, c'est-à-dire 18 ans révolus. Pour toutes les filles interrogées, l'âge moyen des premières relations sexuelles est d'environ 16 ans.

Une analyse selon l'âge fait ressortir quelques dissemblances. Il ressort que les jeunes filles qui sont entrées le plus précocement en sexualité, sont celles âgées de 16 à 17 ans. L'ensemble des filles interrogées (100%) de cette tranche d'âge admet avoir perdu la virginité à l'âge de 15 ans. Plus les enquêtées gagnent en maturité, l'âge des premières relations se rapproche de la majorité (18 ans révolus).

Tableau 1 : Répartition des enquêtées selon l'âge des premiers rapports sexuels

		Age des premiers rapports sexuels						Total
		14 ans	15 ans	16 ans	17 ans	18 ans	19 ans	
Age des filles	16-17	0	100%	0	0	0	0	100%
	18-19	12,5%	6,3%	50%	18,8%	12,5%	0	100%
	20-21	3,1%	9,4%	31,3%	31,3%	21,9%	3,1%	100%
Ensemble		6%	12%	36%	26%	18%	2%	100%

3.2. Caractéristiques partagées chez les enquêtées

3.2.1. Importance d'appartenir à un cercle social pour les personnes interrogées

La connexion avec un groupe de camarades est essentielle pour la socialisation d'un individu, en particulier pour les jeunes. Elle participe à leur développement social et émotionnel et répond à des besoins d'affirmation de sa personnalité. Cette forme de socialisation se manifeste initialement par une volonté d'appartenir à un groupe de pairs. L'ensemble des jeunes filles enquêtées pense qu'il est important pour elles d'appartenir à un groupe de pairs. Cette

perception se traduit par un désir intense exprimé (32% des filles le vivent de manière modérée tandis que 68% le vivent intensément) et par un sentiment clair d'appartenance à un groupe de camarades (100% des filles appartiennent au moins à un groupe de camarades).

Cette perception se manifeste par un fort désir exprimé (32% des filles le ressentent modérément contre 68% le ressentant fortement) et par une appartenance manifeste à un groupe (100% des filles appartient à au moins à un groupe de pairs).

Les points de vue sont légèrement unanimes concernant les motifs soulevés pour légitimer le besoin d'adhérer à un cercle social. Pour de nombreuses filles, les motifs avancés relèvent de la sécurité, de la solidarité et de l'affirmation de soi. Par ordre d'importance on note que les filles manifestent leur désir d'appartenir à un groupe de pairs pour les raisons suivantes : (i) se sentir accepté et valoriser par les autres (100%), partage d'intérêt commun (conseils, expériences, soutiens, sortie, etc.) (76,0%) et besoin de s'affirmer (40%).

Tableau 2 : Besoin d'appartenance à un groupe de pairs

		Pourcentage
Ressenti d'un besoin d'appartenance	Oui, très intensément	68%
	Oui, modérément	32%
	Total	100%
Réalité de l'appartenance à un groupe de camarades	Un groupe	100%
	Au moins deux groupes de camarades	65%
	Total	100%
Motivations (raisons) de la participation aux groupes de camarades	Se sentir reconnu et apprécié par autrui	100%
	Partage d'intérêts collectifs (conseils, expériences, soutiens, sortie, etc)	76,0%
	Nécessité de s'affirmer	40%
	Total	100%

Selon des déclarations de personnes sondées, il semble que les jeunes filles soient intéressées à partager leur vie quotidienne et leurs relations sexuelles avec des personnes en qui elles accordent leur confiance. Cette attention vigilante recherchée se manifeste au sein du cercle de camarades. Entre amies, les filles se montrent plus disposées et capables de partager de partager leurs difficultés affectives et relationnelles. Elles reçoivent du soutien et des recommandations pour une meilleure gestion de leur sexualité. Les filles sont acceptées par les autres amies comme telles sans aucun jugement. Chez les filles, cet ensemble de facteurs intensifie le sentiment de faire partie d'un groupe de camarades.

« Pour ma part, ce qui m'encourage à rejoindre un groupe d'amies est que lorsque je rencontre des problèmes, je ne sais pas avec qui en discuter. Tandis que lorsque tu as une bande d'amies, tu peux t'ouvrir à elles. Entre amies, on peut discuter de tout ce qui est lié au sexe comme nous le souhaitons ; on peut raconter des bêtises. [...] Personne ne te juge et on t'accepte comme tu es. » (Enquêtée, 17 ans, classe de 3^e)

« Pour moi, il est crucial de faire partie d'un groupe, car lorsque vous faites partie d'un cercle social, vous partagez des secrets et des petites informations que tout le monde ne devrait pas

connaître. [...] Et puis, en groupe, on se sent bien. Il y a beaucoup de choses que nous faisons qui demeurent des secrets. » (Enquêtée, 19 ans, classe de 1ère)

« La sexualité au sein de la famille demeure quelques choses de cachées. Il n'est pas facile de discuter de sexe avec les adultes. Alors que notre vie quotidienne est marquée par la sexualité. Il est nécessaire pour nous d'apprendre et d'approfondir notre compréhension de la sexualité. Au moins, entre amies, on est en mesure de discuter librement de tout cela et de toutes nos expériences sexuelles. Chaque personne exprime ses idées, ce qui contribue à ton développement psychologique. [...] Les expériences et les recommandations d'autres amies t'aident à mieux gérer tes relations sentimentales de sorte à prévenir les erreurs liées à la sexualité. » (Enquêtée, 17 ans, classe de 3e)

3.2.2. La sexualité, un sujet d'intérêt commun dans les groupes de pairs

Une autre particularité des filles interrogées est la problématique de la sexualité qui demeure une source d'inquiétude pour plusieurs d'entre elles. La majorité des filles (98%) admet que la sexualité occupe une place importante dans leur quotidien. Cette importance se manifeste par le fait que très fréquemment (96%) les sujets relatifs à la sexualité sont abordés dans les échanges entre pairs. Cette importance se traduit par le fait que, de manière significative (96%), les thématiques liées à la sexualité font partie des conversations entre camarades.

Dans le cadre des échanges sur la sexualité, bien que plusieurs thématiques soient abordées, il importe de noter qu'elles ne suscitent pas les mêmes intérêts chez les filles sondées. Les relations amoureuses (98%) et les pratiques et expériences sexuelles (86%) suscitent principalement un intérêt, notamment pour les personnes interrogées. Elles expriment un intérêt moindre pour les sujets relatifs à la contraception/prévention des IST (12%), à la pratique de l'abstinence sexuelle et à la virginité. L'intérêt des jeunes filles pour ces sujets dans les discussions, révèle non seulement leurs préoccupations individuelles mais aussi un besoin collectif d'échange d'informations leur permettant de mieux explorer leur sexualité. Cette volonté de découvrir la sexualité, caractérisant la période de puberté, laisse moins de place pour les jeunes de se soucier des risques qui s'y rapportent.

L'attraction pour les relations amoureuses et les expériences sexuelles reflète le désir des filles d'explorer et de forger leur identité en tant que femmes tout en naviguant dans un monde complexe de normes sociales et d'attentes culturelles. Ces discussions sont essentielles pour assurer leur développement personnel et relationnel.

Tableau 3 : Importance de la sexualité dans les groupes de pairs

		Pourcentage
Importance accordée aux questions sexuelles dans les échanges au sein des groupes de pairs	Très important	98%
	Peu important	2%
	Total	100%
Fréquence d'échanges sur les questions sexuelles dans les groupes de pairs	Très fréquemment	96%
	Fréquemment	2%
	Rarement	2%
	Total	100%
Sujets abordés en lien avec la sexualité	Relations amoureuses	98%
	Pratiques et expériences sexuelles	86%
	Contraception et prévention des IST	12%
	Abstinence sexuelle	5%
	Virginité	2%
	Total	100%

Les données des entretiens montrent que la sexualité est importante dans les échanges entre amies. Dans les conversations, tous les sujets sont abordés sans tabous. Les sujets les moins abordés se rapportent à la virginité et l'abstinence sexuelle. Ces points sont loin de refléter la réalité et le vécu des personnes interrogées.

« [...] Nous discutons de tous les sujets lorsqu'on est entre amies. Par exemple comment veiller sur ses intimités, comment se comporter et traiter son ami ; on parle aussi des mesures de précaution à adopter pour prévenir des problèmes liés à notre vie sexuelle. » (Enquêtée, 17 ans, classe de 3e)

« Virginité et puis abstinence sexuelle ; [...] Non, nous ne traitons pas de ces thèmes pendant nos échanges entre amies. [...] À cette époque, quelle jeune fille évoque la virginité ou l'abstinence ? [...] Chaque fille actuellement cherche garçons. » (Enquêtée, 17 ans, classe de 4e)

3.2.3. Idées, normes et comportements valorisés sur les questions sexuelles au sein des groupes de pairs

Les idées, normes et comportements relatifs à la sexualité établis au sein des groupes de pairs sont essentiels pour comprendre les mécanismes par lesquels ces groupes influencent l'engagement des jeunes filles de manière précoce dans la sexualité. Les normes définissent les comportements acceptables et orientent les interactions, favorisant ainsi un sentiment de sécurité et d'appartenance. Ces normes qui constituent un référentiel normatif jouent un rôle crucial dans la cohésion sociale et participe à la construction de l'identité du groupe. Ce référentiel permet aux filles de se comparer et de construire leur propre identité à travers les interactions partagées. Il peut guider certains comportements sexuels ou relationnels des filles, influençant ainsi les décisions individuelles.

Tableau 4 : Idées, normes et comportements relatives à la sexualité, valorisées dans les groupes de pairs

	Pourcentage
Avoir un ou des partenaires sexuels	93%
Satisfaction de fantasmes sexuels (Sexe en groupe, sexe sans préservatifs, etc)	82%
Partage d'expériences sexuelles	74%
Partage de contenus sexuels entre amies (réseaux sociaux)	70%
Envoi de photo/vidéos intimes à son partenaire	64%
Pratique de rapports sexuels réguliers	56%
Pratique de l'abstinence sexuelle	11%
Pratique de la virginité	8%
Autres (contraceptions)	3%
Total	100%

L'attitude positive à l'égard de l'expérimentation sexuelle est observée dans les groupes de camarades fréquentés par les jeunes filles, comme en témoigne le tableau 4. Les idées et normes valorisées dans les groupes font la promotion d'une sexualité active. Elles font référence à l'engagement avec plusieurs partenaires sexuels (93%) et à des activités sexuelles régulières

(56%). Les idées partagées de satisfaire des fantasmes sexuels (Sexe en groupe, sexe sans préservatifs, etc.) (82%), de partage d'expériences sexuelles (74%) et de partage de contenus sexuels entre amies (réseaux sociaux) (70%) montrent le désir ardent des filles de vivre des expériences sexuelles sous divers facettes. Les jeunes filles sont également incitées à divulguer leurs vies privées sur les plateformes de médias sociaux en diffusant des photos ou des vidéos personnelles (intimes) à leurs partenaires sexuels (64%).

Les propos ci-dessous des enquêtées soutiennent qu'avoir une sexualité active quand on est jeune fille relève d'une situation normale. La pratique de la sexualité devient donc une valeur partagée dans les groupes de pairs.

« [...] Perdre sa virginité n'est pas un problème. [...] De nos jours, il est compliqué de dénicher une jeune fille qui ne recherche pas un garçon. Chacune de nous possède un petit ami. Nous avons toutes des désirs sexuels ; ce qui est une chose que nous ne pouvons pas maîtriser. » (Enquêtée, 18 ans, classe de 1^{ère})

« Lorsque tu es en compagnie de tes amies et que tu n'as pas de partenaire, tu es mal perçue ; les filles se moquent de toi. [...] Chaque membre de mon cercle d'amies entretient une relation amoureuse. [...] Aujourd'hui, c'est courant et même normal qu'une jeune fille ait un compagnon. » (Enquêtée, 17 ans, classe de 3^e)

3.3. Groupe d'amies et vécus sexuels des individus interrogés

3.3.1. Place des pairs dans le quotidien des enquêtées

L'influence d'un groupe sur un individu est étroitement liée à l'importance que ce dernier accorde à ce groupe. Dans le contexte de cette recherche, on remarque que les groupes d'amis jouent un rôle crucial dans l'évolution sociale des filles. Toutes les personnes interrogées (100%) reconnaissent que le cercle d'amies est important pour elles.

Tableau 5 : Appréciation de l'importance accordée au groupe d'amies

Importance attribuée au groupe d'amies				
Pas du tout important	Peu important	Important	Très important	Total
0	0	16%	84%	100%

3.3.2. Influence des groupes de pairs pour l'engagement des filles dans des expériences sexuelles précoces

L'implication des jeunes filles dans les activités sexuelles est intimement liée à l'influence exercée par les camarades. La plupart des filles sondées reconnaissent que les groupes de camarades auxquels elles appartiennent ont un impact significatif sur leur comportement sexuel. 59% des filles jugent ce niveau d'influence très élevé contre 25% qui le trouve élevé.

Tableau 6 : Appréciation de l'influence des groupes de pairs

Niveau d'influence des groupes de pairs				
Très faible	Faible	Élevé	Très élevé	Total
2%	14%	25%	59%	100%

L'influence des pairs se manifeste par l'exercice de pressions de diverses natures. Cette dynamique de pression détermine non seulement l'entrée des filles de manière précoce dans la sexualité mais aussi l'adoption de comportements sexuels à risque et inappropriés.

Tableau 7 : Pressions subies par les camarades concernant des débuts sexuels précoces

		Âge des premières relations sexuelles						Total
		14 ans	15 ans	16 ans	17 ans	18 ans	19 ans	
Pressions de la part des amies	Oui	7,3%	14,6%	43,9%	31,7%	2,4%	0	82%
	Non	0	0	0	0	88,8%	11,1%	18%
	Total	6%	12%	36%	26%	18%	2%	100%

Les résultats indiquent que la majorité des filles (82%) admettent avoir subi des pressions de la part des pairs pour avoir leurs premières expériences sexuelles. Une analyse plus détaillée (tableau 7) révèle que la pression exercée par les pairs est fonction de l'âge des filles. Celles qui ont moins de 18 ans reconnaissent avoir eu leurs premiers rapports sexuels sous la contrainte des camarades. Par contre, celles ayant 18 ans et plus reconnaissent avoir vécu leurs premières expériences sexuelles sans contraintes des pairs. Cette décision est le fait de leur propre volonté et désir d'explorer leur sexualité.

Ces analyses est bien illustré par cette expérience vécue par une enquêtées.

« [...] Personnellement, c'est à cause de mes amies de groupe que j'ai eu mes premiers rapports sexuels. Je pense avoir 17 ans en ce moment-là. [...] Quand on se retrouvait, chacune parlait de son petit ami ; et moi je ne trouvais rien à dire à ce sujet. Elles se moquaient souvent de moi. [...] Elles me motivaient constamment à le faire. [...] Certaines me recommandaient de le faire, soulignant que c'était captivant et que cela faisait du bien. [...] malgré ma crainte de le faire, j'avais également le désir d'essayer en suivant les conseils reçus. [...] pendant les fêtes de décembre, on est sorti un peu pour boire. [...] chacune est venu avec son copain. C'est là bon j'ai croisé un jeune. On a échangé, échangé. Puisque dans cette boîte de nuit il y avait un hôtel et sous l'effet de l'alcool, c'est arrivée. » (Enquêtée, 17 ans, classe de 3e)

Les camarades exercent d'autres types de pressions. Souvent, la plupart des filles sont contraintes d'adopter des comportements sexuels dangereux (comme les relations sexuelles non protégées, les multiples rapports sexuels) (84%) et d'exposer leur intimité sur les plateformes de médias sociaux (53%).

Tableau 8 : Autres manifestations de l'influence des pairs

	Fréquence de pressions subies des pairs				Total	
	Jamais	Rarement	Souvent	Très souvent		
Contraintes pour adopter des comportements sexuels dangereux (<i>Relations sexuels sans protections, plusieurs partenaires sexuels</i>)	2%	14%	25%	59%	100%	
Pression pour diffuser des photos ou vidéos personnelles (intimes)		17%	30%	37%	16%	100%

3.3.3. Raisons de la soumission aux pressions des pairs

En raison des contraintes exercées par les camarades pour adopter des comportements sexuels, la majorité des filles décident de céder. Cette soumission est motivée par plusieurs facteurs.

Tableau 9 : Facteurs explicatifs de la soumission aux pressions des pairs

	Pourcentage
Crainte des stigmatisations (moqueries, jugement négatifs, etc)	80%
Désir de répondre aux attentes du groupe	64%
Envies d'explorer et de vivre des expériences nouvelles	28%
Désir de découvrir et de vivre de nouvelles expériences	
Autres (Inquiétude face au rejet des amies, déficit de confiance en soi, etc.)	2%
Total	100%

Par ordre d'importance, les principales motivations indiquées pour justifier ce consentement se concentrent sur la préoccupation des stigmatisation (80%) et le souhait de respecter les attentes du groupe (64%). Cependant, certaines filles se comportent de manière sexuelle par curiosité et pour obtenir des plaisirs (28%).

Dans la majorité des situations, le besoin d'acceptation et la crainte de recevoir un jugement négatif de la part de ses camarades engendrent une pression et obligent les filles à respecter les attentes du groupe. C'est ce qui ressort des propos de cette enquêtée.

« Lorsque tes amies que tu fréquentes habituellement ont des copains, d'abord, tu penses que c'est inhabituel et bizarre. Suite aux critiques à ton égard, du fait que tu ne disposes pas encore d'un petit ami ; du genre tu es une fillette, tu n'es pas encore mature ; ces propos te frustrant. [...] À un certain niveau, tu finis par suivre les pas de tes camarades afin d'éviter qu'elles ne continuent de te juger mal. » (Enquêtée, 17 ans, classe de 3^e)

4. Discussion

Les résultats de cette recherche soulignent un lien notable entre la socialisation au sein des camarades et le début précoce de la sexualité chez les jeunes filles du secondaire d'Abidjan. Cette situation met en exergue le rôle crucial de l'environnement social dans la formation des comportements sexuels dangereux chez les filles. Les filles subissent l'influence de la socialisation par leurs camarades grâce aux interactions sociales.

L'analyse des données révèle que les jeunes filles interrogées sont confrontées à une sexualité précoce. 80 % des filles sondées avaient déjà eu des relations sexuelles avant d'atteindre la majorité (18 ans), tandis que 20 % ont commencé à le faire après 18 ans. L'âge moyen des premières expériences sexuelles se situe autour de 16 ans pour l'ensemble des personnes interrogées. Cette tendance soulève des inquiétudes concernant la sexualité des filles.

Ces résultats confirment ceux d'études précédentes qui ont aussi montré la précocité sexuelle chez les filles. Selon une recherche réalisée auprès de jeunes filles au Togo, Segbedji et al. (2016) indiquent que l'âge moyen de la première expérience sexuelle est de 15,6 ans. La précocité sexuelle chez les jeunes filles est également observée à Bamako par Diarra et al. (2014) à la suite d'une étude menée. Ils indiquent que les premiers rapports sexuels chez les filles interviennent autour de l'âge de 14 ans. À 17 ans, 88% des filles interrogées avaient déjà changé de partenaire dans l'année de l'enquête.

Cette précocité sexuelle observée souligne la prise de risque par les jeunes filles lors des rapports sexuels. Selon la littérature, divers éléments contribuent à ce comportement risqué en matière de sexualité. Les résultats concernant les filles du secondaire interrogées à Abidjan soulignent le rôle déterminant des camarades dans la construction d'attitudes et d'actes sexuels dangereux. Les filles interrogées reconnaissent qu'elles sont souvent influencées par leurs amies. Cela peut les inciter à adopter des comportements sexuels très tôt. Cette influence est d'abord permise par le désir ardent d'être membre d'un groupe d'amies ressenti par les filles. Ce besoin se matérialise chez les filles par le fait qu'elles appartiennent toutes, à au moins à un groupe de pairs. Plusieurs raisons sont avancées pour légitimer cette volonté d'adhérer aux groupes de pairs. Ces motivations sont associées à des exigences comme : (i) se sentir accepter et valoriser par les autres, (ii) de partager des expériences communes et (iii) de s'affirmer. En règle générale, on constate que les camarades ont un impact crucial sur le développement social des filles.

Ces conclusions valident les recherches d'autres auteurs qui avancent que la volonté des filles de faire partie d'un cercle social est influencée par plusieurs facteurs associés à leur évolution sociale et affective. Ainsi, l'intégration au sein d'un groupe satisfait des exigences psychologiques et sociales essentielles. Selon Pierard (2013), à un certain stade de leur développement social, il est nécessaire que les filles se sentent acceptées et valorisées. A ce niveau, Barthou (2021) indique que le groupe de pairs devient l'instance privilégié de socialisation permettant de répondre à différents types de besoins tels que la découverte, l'expérimentation, la reconnaissance et la construction d'une identité personnelle et sociale. Entre amies, elles sont à l'aise ; elles peuvent partager des expériences communes et se soutenir mutuellement dans leurs défis quotidiens sans inquiétude. Le groupe d'amis se transforme en un soutien affectif crucial dans la formation de leur confiance en soi. Dans sa recherche sur l'impact des camarades sur la prise de substances psychoactives par les adolescents, Spach (2016) démontre que dans le processus de formation identitaire en adolescence, les relations interpersonnelles peuvent inciter ces derniers à entreprendre des comportements risqués.

D'après elle, l'expérimentation et la fréquence d'adoption de comportements dangereux, notamment ceux liés à la sexualité, sont fortement influencées par le nombre de camarades considérés comme prenant des risques. Les résultats de cette étude révèlent aussi qu'une fois affiliées à un groupe, les jeunes filles sont soumises à une forte influence sociale. La dynamique du groupe aide à établir des idées et des normes qui sont de nature à influencer leurs choix, notamment en matière de sexualité et de relations interpersonnelles.

Dans la présente étude, il ressort que les idées et normes partagées par les groupes fréquentés par les enquêtées se rapportent à une expérimentation de la sexualité sur diverses formes. Ces normes instaurées favorisent une sexualité dynamique (interaction avec plusieurs partenaires, activités sexuelles fréquentes) et la prise de risques liés à la sexualité. Cette dynamique engendre plus de préoccupations, particulièrement lorsque les filles reconnaissent que les groupes auxquels elles appartiennent jouent un rôle majeur dans leur vie quotidienne.

Dans ces conditions, les idées et standards communs influencent grandement leur perception, leur comportement sexuel et jouent un rôle crucial dans la formation de leur identité. Le groupe de camarades participe au processus de socialisation des filles en leur proposant des exemples comportementaux et des normes sociales qui affectent leurs décisions et leurs principes.

Ces conclusions concordent avec des travaux précédents examinant comment les groupes de camarades affectent l'adoption de comportements sexuels dangereux chez les adolescents. Ces recherches mettent en évidence le rôle crucial des interactions sociales dans le développement de l'identité. Lavoie (2024), décrit l'adolescence comme une période de divers changements et bouleversements, où les jeunes explorent différentes options et construisent leur identité et s'engagent dans des relations interpersonnelles avec autres amies. Dans cette construction d'elles-mêmes, les filles tentent de se déterminer en fonction des autres et d'explorer divers aspects de leur personnalité. Dans ce processus, le groupe de camarades occupe une place primordiale en proposant des exemples comportementaux et des normes sociales qui affectent leurs décisions et leurs principes. Cette réalité conduit Deneffe (2022) à considérer le groupe de pairs comme faisant partir des premières sources d'apprentissage en sexualité chez les jeunes. A travers les normes véhiculées, il offre des modèles de comportement social incitant à une sexualité précoce et aux conduites sexuelles à risque. Il semblerait que, sans un contexte institutionnel d'apprentissage de la sexualité, les adolescents créent par eux-mêmes des modèles comportementaux influencés par leurs aînés et/ou leur cercle d'amis (Mazou, 2014).

Les filles questionnées avancent plusieurs motifs pour justifier le fait qu'elles subissent les contraintes des groupes de camarades. Les conclusions soulignent plusieurs facteurs qui influencent ce consentement, comme la peur des discriminations, la volonté de répondre aux attentes du groupe et le désir d'explorer et de vivre des expériences inédites.

Dans une de ses recherches, De Visscher (2016) démontre que la soumission est influencée par des éléments psychologiques et sociaux. C'est le besoin d'acceptation sociale, la crainte du rejet et le désir de conformité. En principe, il reconnaît que les jeunes se soumettent soit par le biais du respect ou de la soumission. Ces éléments se combinent fréquemment pour engendrer une dynamique dans laquelle les adolescents se sentent incités à adopter des comportements en adéquation avec les attentes du groupe, bien que cela contredit leurs aspirations et principes personnels.

5. Conclusion

La présente étude a pour objectif d'analyser les mécanismes par lesquels les groupes de pairs en milieu urbain influencent l'initiation à un comportement sexuel dès le plus jeune âge chez les jeunes filles. Il ressort des analyses que les groupes de pairs auxquels sont affiliées les filles exercent une influence significative sur les comportements sexuels. Les limites que présentent les sphères familiale et scolaire dans l'accompagnement des filles en période d'adolescence sont de nature à les pousser à se tourner vers d'autres sources plus favorables, qui pourraient les aider à combler leur besoin de compréhension en matière de sexualité. L'affiliation à un groupes de pairs devient alors l'alternative privilégiée par les jeunes filles. Leur recherche d'identité et de leur appartenance les rend exposés, notamment sous la pression sociale exercée par leurs camarades. Les normes et comportements valorisés au sein de ces groupes sont de nature à façonner la formation des attitudes et l'adoption de comportements sexuels à risques. Lorsque la sexualité est perçue au sein d'un groupe comme facteur d'affirmation de sa personnalité, les jeunes filles, sous des influences négatives, sont plus susceptibles d'explorer et d'expérimenter précocement des comportements sexuels, sans souvent se soucier des risques associés. Ce phénomène souligne l'importance d'un environnement social positif qui promeut des valeurs saines et éclairées.

L'analyse des comportements sexuels précoces chez les jeunes filles scolarisées au prisme de la socialisation par les pairs souligne une relecture des programmes d'éducation à la sexualité en milieu scolaire. Il est important que ces programmes intègrent davantage les dynamiques sociales. Dans les programmes d'éducation à la sexualité, il est crucial de considérer l'impact des camarades pour diminuer les comportements dangereux et promouvoir une sexualité responsable afin de garantir leur bien-être sur le long terme.

Conflits d'intérêts

L'auteur déclare qu'aucun conflit d'intérêt n'est lié à cet article.

6. Références bibliographiques

- Akindès F. (2016). Les grossesses en milieu scolaire en Côte d'Ivoire. Ministère de l'éducation Nationale. Projet d'Urgence à l'Éducation de Base (PUAEB). Rapport final. Côte d'Ivoire. Abidjan.
- Bambara, A., Wayack-Pambè, M., Ouili, I., Guiella, G., & Delamou, A. (2023). Effets identitaires de la socialisation différentielle de genre sur les aspirations au premier enfant et au mariage des jeunes adolescent(e)s à Ouagadougou : une étude mixte. *Sexual and Reproductive Health Matters*, 31(5). <https://doi.org/10.1080/26410397.2023.2294824>.
- Barthou, E. (Ed.). (2021). *Les pairs à l'adolescence*. Presses de l'Université Laval.
- Bushenyi, P. M. (2023). Facteurs associés à la sexualité précoce chez les adolescentes des écoles secondaires de la ville de Goma. *Annales de l'UNIGOM*, 13(1).
- Dayoro, K. A. Z. (2010). Vulnérabilité des jeunes au VIH/ IDA et problématique de l'éducation sexuelle en milieu familial. *JERA-RARE, ROCARE*, 02.
- Deneffé, D. M. L. (2022). Quelle capacité d'agir est donnée aux adolescentes pour se prémunir des grossesses non désirées et des risques liés aux avortements ? Réalités malgaches et recommandations globales. In *Présence à l'international des sages-femmes de la francophonie*, 11-37. L'Harmattan, collection : Pratique sage-femme/Sciences-Maïeutique.
- De Visscher, H. (2016). La pression sociale. *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, Numéro 112(4), 505-527. <https://doi.org/10.3917/cips.112.0505>.
- Diarra, S., Oumar, A., Keita, M., Dembélé, J. P., Fofana, A., Diallo, A., & Dao, S. (2014). Planification familiale et IST/VIH : connaissances et pratiques des adolescents du lycée Monseigneur Luc Sangaré de Bamako. *Revue Malienne d'Infectiologie et de Microbiologie*, Tome 1, 34-42.
- Dumontheil, I. (2021). La régulation du comportement et des émotions pendant l'adolescence. *Neuroéducation*, 7(1). Prépublication.
- Gardien F. (2010). Le groupe des pairs en rivalité avec le « groupe des pères » ?. *Diversité*, n°162, Bouffons, fayots et intellos. De l'influence des pairs. 21-27; doi : <https://doi.org/10.3406/diver.2010.8117>; https://www.persee.fr/doc/diver_1769-8502_2010_num_162_1_8117.
- Kanati, L., Tchagbele, A. & Gafo, S. (2020). Les facteurs associés à la sexualité précoce chez les adolescentes du premier cycle du secondaire dans la ville de Sokodé au Togo. *Revue Espace, Territoires, Sociétés et Santé*, 3(5), 173-190. <https://www.retssa-ci.com/index.php?page=detail&k=110>.

- Lavoie, E. (2024). *Le sentiment d'appartenance communautaire des jeunes Québécois en transition de l'adolescence vers l'âge adulte*. [Thèse de doctorat, Université Laval].
- Marianne, H. (2024). Prise de risque à l'adolescence : influence des émotions et des normes sociales. *La Revue de Santé Scolaire et Universitaire*, 10.1016/j.revssu.2023.12.008. hal-04445640.
- Le Den, M. (2012). Les indicateurs des grossesses à l'adolescence en France Enjeux et modalités de leur mobilisation dans la mise en place d'une politique de prévention. *Sciences sociales et santé*, Vol. 30(1), 85-102. <https://doi.org/10.1684/sss.2012.0105>.
- Mazou, G. H. (2014). Comportement sexuel à risque des jeunes scolarisés : une analyse des déterminants sociaux du non-usage du préservatif chez les élèves du Lycée Moderne II de Bouaké. *European Scientific Journal*. 10(2), 115-128.
- MENA/DESPS. (2022). *Statistiques scolaires de poche 2021-2022*.
- MENETFP/DSPS. (2018). *Rapport d'analyse statistique du système éducatif 2018-2019*.
- MENETFP/DSPS. (2021). *Statistiques scolaires de poche 2020-2021*.
- Pierard, A. (2013). Vivre l'adolescence, les rôles du groupe et de l'école. *Analyse UFAPEC*, 10(13).
- Segbedji K., Ke D., Tcagbeleh O-B., Azoumah K. D., Géraldo A., Agbeko F., Agbèrè A. D., Atakouma, Y. D. (2016). Santé sexuelle des adolescents collégiens : connaissances, attitudes, et pratiques face aux risques des infections sexuellement transmissibles au nord-est de Lomé. *CAMES SANTE*, 4(2), 86-89.
- Spach, M. (2016). L'influence du groupe de pairs sur la consommation de substances psychoactives licites et illicites à l'adolescence. *Revue Jeunes et Société*, 1(1), 57-82. <https://doi.org/10.7202/1076136ar>.
- Toudeka, A., Jean Simon, D., Joseph, G. & Akakpo, A. D. (2022). Grossesses adolescentes en milieu scolaire au Togo : déficit de communication entre parents-enfants ? *Sexologies*, 31(3),156-164. <https://doi.org/10.1016/j.sexol.2022.05.004>.

© 2024 FRANCK, Licensee Bamako Institute for Research and Development Studies Press. Ceci est un article en accès libre sous la licence the Créative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>)

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