



RETSSA

REVUE ESPACE, TERRITOIRES, SOCIÉTÉS ET SANTÉ

Vol.5 - N°10 Déc. 2022

ISSN-L : 2617-3085
ISSN-Impr.: 2664-2344

NUMERO SPECIAL

VARIA



www.retssa-ci.com



REVUE ESPACE TERRITOIRES SOCIÉTÉS ET SANTÉ
Revue électronique thématique et pluridisciplinaire
Du Groupe de Recherche Espace, Territoires, Sociétés et Santé
De l'Institut de Géographie Tropicale

Professeur ANOH Kouassi Paul : **Directeur de la publication**

Université Félix Houphouët-Boigny Abidjan

08 BP 3776 Abidjan 08

République de Côte d'Ivoire

Téléphone: (225) 07 08 03 90 40

(225) 01 02 67 76 90

Courriel: anohpaul@yahoo.fr

Site Internet: www.retssa-ci.com



La Revue Espace, Territoires, Sociétés et Santé (RETSSA) est une revue semestrielle, pluridisciplinaire et thématique. Chacun de ses numéros présente un dossier thématique, tout en ouvrant ses portes à des textes hors dossier, au travers de la rubrique « Varia » dans laquelle peuvent être publiés des articles se rapportant aux différentes rubriques de la revue.

RETSSA est éditée et diffusée en ligne par le **Groupe de Recherche Espace, Territoires, Sociétés, Santé (GRETSSA)** de l'Institut de Géographie Tropicale de l'Université Félix Houphouët-Boigny d'Abidjan (Côte d'Ivoire).

Elle est dotée d'un comité scientifique national et international.

La Revue Espace, Territoires, Sociétés et Santé est en accès libre et gratuit pour les auteurs et les lecteurs, en texte intégral en ligne sur le site www.retssa-ci.com.

Les opinions émises dans les articles n'engagent que leurs auteurs. La revue se réserve le droit d'y opérer des modifications, pour des raisons éditoriales.

REVUE ESPACE TERRITOIRES SOCIÉTÉS ET SANTÉ

Directeur de la publication

Professeur ANOH Kouassi Paul

Comité de Rédaction

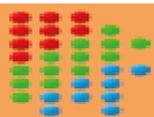
- Prof. OSSEY Yapo Bernard, Université Nangui Abrogoua, Abidjan (Côte d’Ivoire)
- Dr. YMBA Maïmouna, Université Félix Houphouët-Boigny, Abidjan
- Dr. TUO Péga, Université Félix Houphouët-Boigny, Abidjan
- Dr. EBA Arsène, Université Jean Lorougnon Guédé, Daloa (Côte d’Ivoire)

Comité scientifique et de lecture du RETSSA

- ANOH Kouassi Paul, Professeur Titulaire, Université Félix Houphouët-Boigny, Abidjan
- KOFFIE-BIKPO Céline Yolande, Professeur Titulaire, Université Félix Houphouët-Boigny, Abidjan
- KOLI BI Zuéli, Professeur Titulaire, Université Félix Houphouët-Boigny, Abidjan
- OUATTARA Soualiho, Maître de Conférences Agrégé Université Félix Houphouët-Boigny, Abidjan
- OSSEY Yapo Bernard, Professeur Titulaire, Université Nangui Abrogoua, Abidjan
- ALLA Della André, Professeur Titulaire, Université Félix Houphouët-Boigny, Abidjan
- YAO Gnambeli Roch, Professeur Titulaire, Université Félix Houphouët-Boigny, Abidjan
- KUDZO Sokemawu, Professeur Titulaire, Université de Lomé, Togo
- VIMENYO Messan, Maître de Conférences, Université de Lomé, Togo
- Patrick POTTIER, Maître de Conférences, Université de Nantes, France
- KOFFI Brou Emile, Professeur Titulaire, Université Alassane Ouattara, Bouaké
- DIBI Kangah Pauline, Maître de Conférences, Université Félix Houphouët-Boigny, Abidjan
- KONAN Kouadio Eugène, Maître de Conférences, Université Félix Houphouët-Boigny, Abidjan
- KABLAN N'Guessan Hassy Joseph, Professeur Titulaire, Université Félix Houphouët-Boigny, Abidjan
- KASSI-DJODJO Irène, Maître de Conférences, Université Félix Houphouët-Boigny, Abidjan
- KOFFI-DIDIA Adjoba Marthe, Maître de Conférences, Université Félix Houphouët-Boigny, Abidjan
- YAPI-DIAHOU Alphonse, Professeur Titulaire, Université Paris 8, France
- KOUADIO Anne Marilyse, Maître de Conférences, École Normale Supérieure (ENS), Abidjan
- MONDE Sylvain, Professeur titulaire, Université Félix Houphouët-Boigny, Abidjan
- COURTIN Fabrice, Chargé de recherche, Institut Pierre Richet, Bouaké, Côte d’Ivoire



NUMERO SPECIAL VARIA



SOMMAIRE

NUMERO SPECIAL VARIA

1. BIGOUMOU MOUNDOUNGA Guy Obain, MOUVONDO Epiphane

Les difficultés d'accès à l'eau potable dans les quartiers centraux et péri-centraux de Libreville (Gabon) : entre vétusté du réseau et recours aux transports ----- 3-14

2. BILABÉNA Salamatou

Facteurs socioculturels de la mortalité maternelle chez les parturientes du CHP de Kpalimé, Togo ----- 15-32

3. BOKO Nouvêwa Patrice Maximilien

Analyse de l'ambiance thermique dans les Tata Somba dans la commune de Boukoumé au nord-ouest du Bénin ----- 33-42

4. CHABI Moïse

Le recul de l'aménagement et occupation de l'espace dans la ville de Savè (Bénin)--- 43-56

5. COULIBALY Fatoumata, N'GUESSAN Gnagoran Kouakou Daniel, DOUDOU Dimi Théodore, KADJO Kouamé Alphonse, YAPI Yapi Grégoire, DOANNIO Christian Julien Marie

Approche communautaire de la lutte contre l'onchocercose à Kafolo (frontière ivoiro-burkinabè, région du Tchologo en Cote d'Ivoire) ----- 57-70

6. DIA Souleymane, TIMÉRA Sada Aly, LY Abdoulaye

Une ville à l'assaut de son rempart : la destruction de la bande de filaos du littoral de Guédiawaye par l'avancée du front urbain----- 71-90

7. DIALLO Sory, DIALLO Ibrahima Sory, FOFANA Hawa, DIALLO Boubacar, DIALLO Yaya, BALDE Kadiatou, OUEDRAOGO Adama, DRAMOU Bernadette

Évaluation de la disponibilité des personnels qualifiés en santé maternelle, infantile et néonatale de base en milieu rural de la région de Labé (Guinée) ----- 91-100

8. DIALLO Sory, DIALLO Yaya, DIALLO Boubacar, FOFANA Hawa, DIALLO Sory Ibrahima, DRAMOU Bernadette

Évaluation de la qualité des services de la santé maternelle à l'hôpital régional de Mamou (Guinée)----- 101-114

9. DOUKPOLO Bertrand, WATTA Melchycedeck, HARRISON Mike

Simulation des températures en Centrafrique au moyen des modèles climatiques et impacts potentiels sur la santé humaine ----- 115-133

10. GAYE Ibrahima Diop, NDÈYE Ngof Sarr

Scolarisation des filles et migration : enjeux d'une articulation à Diofior au Sénégal - 133-146

11. HANGI NDUNGO Jonathan, DJIBIEKAPTCHOUANG Lionel, EWOTI NOAH Olive, TAKOUGANG Innocent

Eaux de boisson et maladies hydriques à Bunia (RD Congo)----- 147-158

12. KANATI Lardja

Confiance institutionnelle dans la gestion de la COVID-19 et respect des mesures barrières dans la ville de Sokode au Togo ----- 159-176

13. KAPTCHOUANG Djibie Lionel, NDUNGO Jonathan, TZETE Nathalie Sandrine, TABUE Raymond, NFOR Tata Julius

Impact de la chimio-prévention du paludisme saisonnier sur la morbidité palustre chez les enfants de moins de 5 ans dans la Bénoué (Nord-Cameroun)----- 177-186

14. MELIHO Codjo Pierre, OTTOKOU Codjo Adam

Analyse sociologique des déterminants de l'abandon et du renoncement à la consultation prénatale (CPN) par les femmes multipares en milieu IFE au centre du Benin ----- 187-206

15. NSEGBE Antoine De Padoue

Développement de relais informels à la collecte et au recyclage des déchets solides à Douala (Cameroun) : l'exemple des waste collectors de Makepè Missokè ----- 207-228

16. SILUE Donakpo, ETTIEN Ablan Anne-Marie, SORO Tchingbehele Naminata

Diagnostic des connaissances traditionnelles et pratiques d'utilisation des plantes pesticides chez les producteurs du maraîcher de Korhogo (Côte d'Ivoire) ----- 229-244

17. TCHALLA Kokou, ATCHOLE Eyanah

Émigration dans le village de Koukoude : impacts démographique, socio-économique et territorial ----- 245-256

18. TCHEUNTEU SIMO Joël Simplicie

Le paradoxe des "médicaments de la rue" à Douala (Cameroun) ----- 257-276

19. TRAORE Sory Aboubacar

La séparation parentale et l'adaptation scolaire des enfants à Ouagadougou ----- 277-286

20. TRAORE Sory Aboubacar, BARRY Aboubacar

Analyse comparée des formes identitaires subjectives anticipées des adolescents réfugiés et nationaux Burkinabés ----- 287-300

21. ZABSONRÉ Moussa

L'élimination de la dracunculose ou la maladie du ver de Guinée au Burkina Faso (1963-2011)
----- 301-312

22. ZOUHON Lou Nazié Michèle

Stratégies de maintien des pré-collecteurs privés dans la gouvernance locale des déchets solides ménagers à Bouaké ----- 313-326



LES DIFFICULTÉS D'ACCÈS À L'EAU POTABLE DANS LES QUARTIERS CENTRAUX ET PÉRICENTRAUX DE LIBREVILLE (GABON) : ENTRE VÉTUSTÉ DU RÉSEAU ET RECOURS AUX TRANSPORTS

DIFFICULTIES IN ACCESSING DRINKING WATER IN THE CENTRAL AND PERICENTRAL DISTRICTS OF LIBREVILLE (GABON): BETWEEN THE OBSOLESCENCE OF THE NETWORK AND RECOURSE TO TRANSPORT

¹ BIGOUMOU MOUNDOUNGA Guy Obain, ² MOUVONDO Epiphane

¹ Géographe, Chercheur, Chargé de Recherche, Institut de Recherche en Sciences Humaines, Centre National de Recherche en Sciences et Technologies, Libreville (Gabon), moundoungaguy@yahoo.fr

² Géographe, Enseignant-Chercheur, Assistant, Université Omar Bongo de Libreville, Centre d'Études et de Recherches en Géosciences Politiques et Prospective (CERGEP), filmouvondo5000@yahoo.fr

BIGOUMOU MOUNDOUNGA Guy Obain,
MOUVONDO Epiphane, Les difficultés d'accès à l'eau potable dans les quartiers centraux et péricentraux de Libreville (Gabon) : entre vétusté du réseau et recours aux transports, *Revue Espace, Territoires, Sociétés et Santé* 5 (10), 3-14, [En ligne] 2022, URL: <https://retssa-ci.com>

Résumé

L'étude porte sur les difficultés d'accès à l'eau potable dans les quartiers centraux et péricentraux de Libreville. L'objectif recherché est de montrer l'importance des transports comme moyen alternatif de la défaillance du

réseau d'adduction en eau et les conséquences sur le mode de vie quotidien des populations. L'étude induit l'hypothèse selon laquelle les populations des quartiers concernés ont recours aux transports payants ou gratuits pour s'approvisionner en eau potable. La méthodologie retenue dans le cadre de cette étude repose sur l'observation in situ des quartiers retenus, les entretiens semi-directifs auprès de dix agents techniques de la société distributrice d'eau de la ville. Par la suite, un questionnaire administré auprès de 300 personnes et 50 transporteurs ont complété le corpus de notre enquête de terrain. Les résultats montrent que les transports sous diverses formes sont de plus en plus utilisés par ces citoyens.

Mots clés : Eau potable, approvisionnement, transport, ménages, Libreville.

Abstract

The study focuses on the difficulties of access to drinking water in the central and pericentral

districts of Libreville caused by dilapidated installations. The aim is to show the importance of transport as an alternative to the failure of the water supply network and the consequences on the daily life of the population. In order to obtain drinking water, the populations of the districts concerned use paid or free transport. In order to confirm this hypothesis, direct observation of the selected districts, semi-directive interviews with ten technical agents of the city's water distribution company and a questionnaire administered to 300 people and 50 transporters constituted the corpus of our field survey. The results show that transport in its various forms is increasingly used by these city dwellers.

Keywords : Drinking water, supply, transport, households, Libreville.

INTRODUCTION

L'accès aux services urbains de base est difficilement universalisable dans les villes en développement concernant les réseaux d'adduction en eau potable (S. Jaglin, 2012, p. 51). Cette problématique se pose avec acuité dans les pays d'Afrique subsaharienne qui accusent un déficit criard en matière de connexion à l'eau potable de l'ordre de 44% de la population (J.G. Sackou Kouakou et al, 2012, p.134). Dans ces pays, la dynamique d'urbanisation a accentué les inégalités d'accès à l'eau entre les différents territoires urbains notamment dans les quartiers d'habitat encadré et les quartiers d'habitat spontané.

Regroupant près du tiers de la population du pays (RGPL, 2013), Libreville, capitale du Gabon n'échappe pas à ce phénomène. Héritiers d'une politique d'équipement en eau commencée sous les autorités coloniales dans les quartiers occupés par les Européens, puis renforcée et étendue après les indépendances (1970-1980) par les pouvoirs publics, les quartiers centraux et péri-centraux de Libreville connaissent aujourd'hui des problèmes d'accès à l'eau potable sans précédent.

En effet, après près de trois décennies d'intervention publique dans les quartiers centraux et péri-centraux, le réseau d'adduction en eau n'a pas connu d'amélioration de manière à s'adapter aux besoins exprimés par les populations des quartiers concernés. En réalité, les installations de la Société d'Énergie et d'Eau du Gabon (SEEG) n'ont pas été renouvelées depuis plusieurs années, au point où l'eau arrive faiblement dans les domiciles à cause de la vétusté du réseau. Par conséquent, les quartiers alimentés connaissent aujourd'hui de sérieux problèmes d'accès de fourniture en eau. Pour continuer à maintenir leur mode de vie quotidien, les populations de ces quartiers se tournent désormais vers les transporteurs comme stratégie alternative pour s'approvisionner en eau.

La problématique de l'accès à l'eau potable a déjà fait l'objet de plusieurs études (S. Jaglin, 2005 ; 2010 a ; 2010 b ; G.S. Bignoumba, 2007). Ces travaux mettent en lumière les facteurs explicatifs des défaillances du réseau d'adduction en eau et les difficultés d'accès à cette ressource par la population dans un contexte d'urbanisation anarchique. De ce fait, les modèles alternatifs deviennent le recours des populations pour s'alimenter en eau. La particularité de ces travaux est qu'ils se sont davantage concentrés dans les espaces périphériques (M. Touré, 2000 ; M. Somadjago, et al., 2019 ; G.O. Bigoumou Moundounga, 2021). Toutefois, les difficultés d'accès en eau ne concernent pas uniquement les quartiers périphériques. Depuis près d'une décennie, ce phénomène s'observe également dans les quartiers centraux et péri-centraux de Libreville. Se posent alors les interrogations ci-après : qu'est-ce qui explique les problèmes d'accès à l'eau potable dans les quartiers centraux et péri-centraux de Libreville ? Comment les populations qui y vivent font-elles pour s'approvisionner en eau ? L'objectif de ce travail est donc de montrer l'importance des transports comme alternative à la défaillance du réseau d'adduction en eau. L'étude induit l'hypothèse selon laquelle les populations des quartiers

concernés ont recours aux transports payants ou gratuits pour s’approvisionner en eau potable.

1. MATÉRIEL ET MÉTHODES

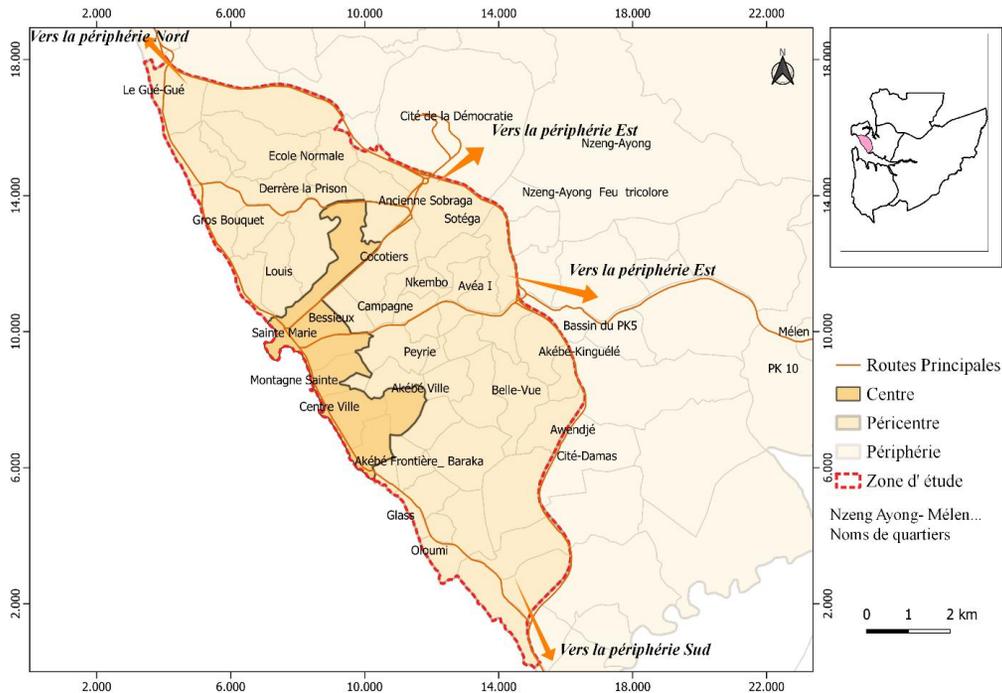
1.1. Présentation de la zone d’étude

Notre zone d’étude couvre deux ensembles urbains de la commune de Libreville. Il s’agit des quartiers centraux et péricentraux (cf. carte n°1). Ces délimitations de la ville de Libreville ont été évoquées dans d’autres travaux (R-M. Nguema, 2007, p.89 ; J-M.V. Bouyou, 1988, p.401). Circonscrit à la côte, le centre est le premier

espace développé par la colonisation française dont hérite le pouvoir postcolonial dans les années 1960.

Longeant le boulevard du bord de mer, le centre-ville part de Batterie IV jusqu’à Rénovation. Du fort d’Aumale au Mont-Bouët, le centre englobe les quartiers comme Montagne sainte, Sainte Marie et Batterie IV. Quant à la zone péricentrale, elle s’étend du quartier GuéGué jusqu’à Lalala sur 8,5 km longeant la voie express (A. Beka Beka, 2013, p.87). Ces deux entités spatiales (centre et péricentre) sont mieux dotées en réseau d’adduction en eau potable contrairement aux quartiers périphériques.

Carte n°1 : Localisation des quartiers centraux et péricentraux de la commune de Libreville



Source : Ndong Mba, J.C, 2004, p. 61, Conception et réalisation : Mouvondo, E., UOB, CERGP, août 2022

1.2. Collecte et traitement des données

La période d’enquête a duré deux mois (juillet-août 2022). La population cible de notre étude a concerné deux catégories. La première catégorie

est la population des quartiers centraux et péricentraux touchée par les difficultés d’approvisionnement en eau potable. 300 personnes ont constitué ce premier échantillon (tableau n°1). La seconde catégorie est constituée de 50 transporteurs.

Les difficultés d'accès à l'eau potable dans les quartiers centraux et péricentraux de Libreville (Gabon) : entre vétusté du réseau et recours aux transports

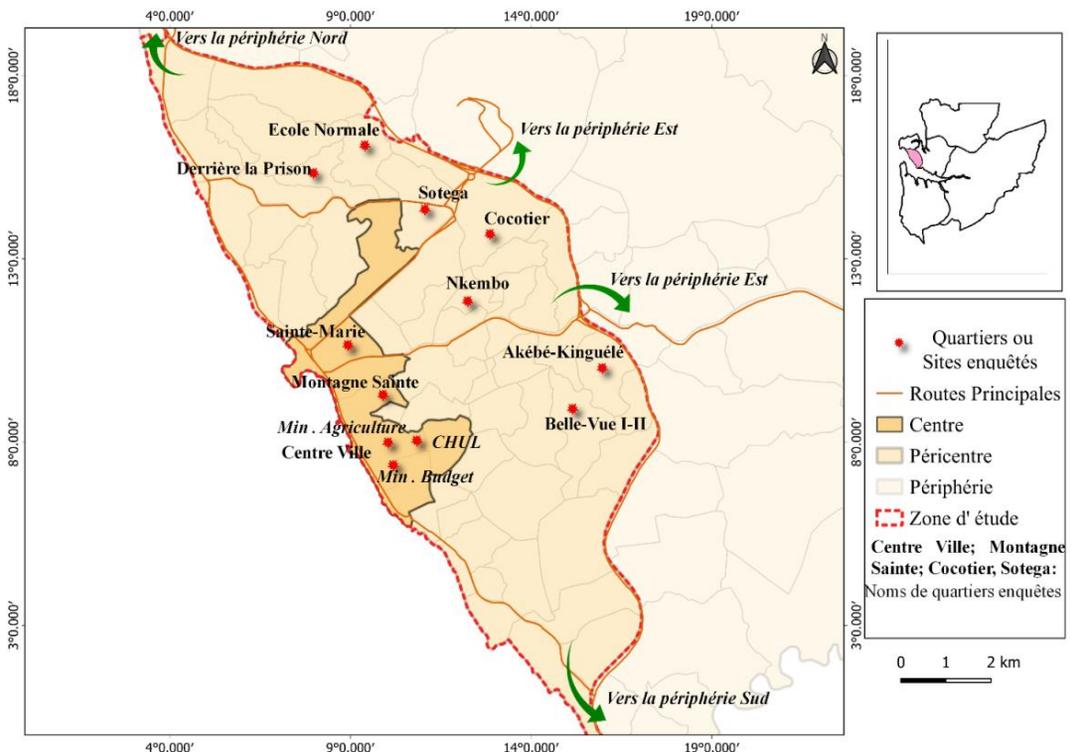
Tableau n°1 : Répartition de l'échantillon par quartier et sites d'enquête

Zone	Quartiers	Effectif des enquêtés par quartiers
Centre-ville	Montagne Sainte	10
	Sainte Marie	20
	CHUL, PME, Agriculture, Budget	-
Péricentre	Nkembo	75
	Sotéga	20
	Derrière l'ENS	15
	Derrière la prison	20
	Ancien SOBRAGA	25
	Sainte-Anne	30
	Belle-vue I et II	55
	Akébé-Kinguélé	30
Total	-	300

Source : Enquêtes de terrain, juillet-août 2022

Le tableau n°1 précise les lieux et les sites de répartition des enquêtés et des lieux s'est faite de d'enquête (carte n°2) ainsi que l'effectif des manière aléatoire. populations interrogées sur ces lieux. Cette

Carte n°2 : Localisation des quartiers et sites d'enquête

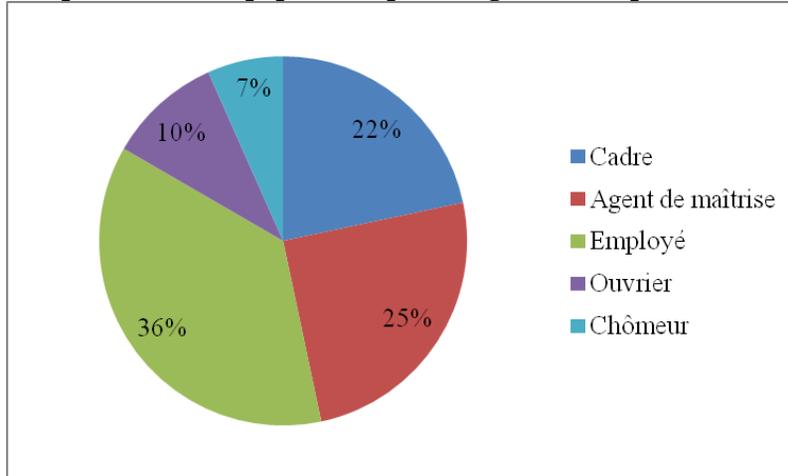


Source : Ndong Mba, J.C, 2004, p. 61, Conception et réalisation : Mouvondo, E., UOB, CERGEP, août 2022

Pour collecter les données nécessaires, 30 étudiants préalablement formés et répartis en trois équipes ont été déployés sur l'ensemble de notre zone d'étude. L'objectif était donc d'interroger 300 personnes dans les quartiers

retenus et 50 transporteurs de manière aléatoire à l'aide d'un questionnaire. L'enquête a mis un accent sur la variable socioprofessionnelle : cadre, agent de maîtrise, employé, ouvrier et chômeur (graphique n°1).

Graphique n°1 : Répartition de la population par catégorie socio-professionnelle



Source : Calcul des auteurs à partir des données d'enquêtes de terrain, juillet-août 2022

Sur les 300 personnes interrogées, les employés représentent l'effectif le plus important de l'échantillon (36%). Ils sont suivis par les agents de maîtrise (25%) et les cadres (22%) alors que les autres catégories (ouvrier et chômeur) ont été

moins rencontrées sur le terrain. Par la suite, 50 transporteurs ont été interrogés (tableau n°3). S'agissant des transporteurs, ils ont été questionnés selon leurs moyens de transport (camion canter, moto tricycle, véhicule personnel et brouettier).

Tableau n°3 : Échantillon des transporteurs enquêtés par moyen

Moyen de transport	Nombre de transporteurs interrogés	%
Camion canter	25	50
Moto tricycle	10	20
Véhicule personnel	5	10
Brouettier	10	20
Total	50	100

Source : Enquêtes de terrain, juillet-août 2022

Le tableau laisse observer que les camions canter sont plus utilisés (50%) par les transporteurs pour approvisionner les ménages en eau potable. Ensuite viennent les motos tricycles (20%) et les

brouettes (20%) alors que les véhicules personnels n'interviennent que faiblement (10%). A l'issue de la collecte des données, il s'en est suivi le traitement.

Les difficultés d'accès à l'eau potable dans les quartiers centraux et péri-centraux de Libreville (Gabon) : entre vétusté du réseau et recours aux transports

Le traitement des données collectées a nécessité l'usage d'Excel 2007. Ce logiciel a permis de réaliser des graphiques (n°1 et n°2) sur la répartition de la population par catégorie socio professionnelle et sur la répartition par moyens de transport utilisés pour l'approvisionnement des populations en eau.

2. RÉSULTATS

2.1. Les quartiers centraux et péri-centraux de la commune de Libreville : des territoires connectés aux installations vétustes

À la lecture des données du terrain, la majorité de la population enquêtée dans les quartiers centraux et péri-centraux de la commune de Libreville est connectée au réseau d'adduction de la Société d'Énergie et d'Eau du Gabon (SEEG). Car, 70,33% disposent d'un compteur à domicile contre 12,67% qui n'en disposent pas, mais s'alimentent auprès du voisinage. Sur un total de 300 individus enquêtés, seulement 17% s'approvisionnent à la fontaine publique (tableau n°4).

Tableau n°4 : Mode d'accès à l'eau potable des populations des quartiers centraux et péri-centraux

Mode	Nombre de personnes enquêtées	%
Compteur d'eau à domicile	211	70,33
Sans compteur à domicile	38	12,67
Fontaine publique	51	17
Total	300	100

Source : Enquêtes de terrain, juillet-août 2022

Toutefois, il faut noter qu'en dépit du fait que ces populations soient branchées au réseau d'adduction en eau, la vétusté des installations est source de pénurie dans ces quartiers. En effet,

depuis près d'une décennie, les équipements de la Société d'Énergie et d'Eau du Gabon (SEEG) n'ont pas fait l'objet de modernisation. Autrement dit, le réseau d'adduction qui alimentait naguère les quartiers centraux et péri-centraux a subi des dommages importants notamment les ruptures de canalisations sources de fuites d'eau, mais aussi le phénomène de branchements pirates à l'origine de la densification de certains quartiers (Nkembo 26 hbts/km² ou Sotéga 18 hbts/km²), ont vu la qualité de service se réduire progressivement. En 2022, avoir un compteur d'eau à domicile dans les quartiers connectés ne garantit plus l'accès régulier à la ressource. Pour le comprendre, nous nous sommes rapprochés des habitants de quelques quartiers.

Christian, chef d'un ménage de six enfants, abonné au réseau de la SEEG depuis 1980, a laissé entendre qu'à Nkembo :

« Euhh...l'eau se fait rare à plusieurs heures de la journée, vous pouvez rester toute une matinée sans une goutte, pareil en soirée. Lorsque vous ouvrez votre robinet, il n'y a que de l'air... ».

Paule, une autre consommatrice de l'eau courante, montre que la situation n'est pas enviable à Belle-vue, où elle y vit depuis un peu plus de trente ans.

« On ne compte plus les années, l'eau ne coule plus comme avant dans nos maisons, oui comme avant où l'eau coulait abondamment. Les vêtements...On a du mal à laver nos assiettes, ne parlons même pas des vêtements pour aller au boulot ... Mais les factures d'eau de la SEEG continuent à sortir ».

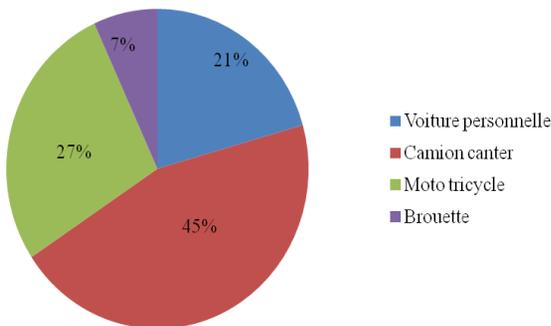
On peut multiplier les exemples à souhait, la question de l'eau est préoccupante à plus d'un titre dans les quartiers où nous avons enquêtés.

Face aux difficultés d'accès à l'eau potable qui affectent les quartiers centraux et péri-centraux, les populations ont recours aux transporteurs comme solutions alternatives.

2.2. Le recours aux transporteurs comme moyen alternatif pour accéder à l'eau potable dans les quartiers centraux et péricentraux

Deux filières essentielles de transport sont apparues pour répondre à la demande des quartiers centraux et péricentraux. D'une part, une filière lucrative contrôlée par des privés dont les services à la population sont payants. D'autre part, une moins organisée que la première, détenue par les familles, en l'occurrence les jeunes pour approvisionner les domiciles. Autrement dit, les camions canters, la voiture personnelle, les motos tricycles et les brouettes constituent les composantes de transport (graphique n°2) sur lesquelles, il est opportun de revenir.

Graphique n°2 : Répartition par moyens de transport utilisés pour l'approvisionnement des populations



Source : Calcul des auteurs à partir des données d'enquêtes de terrain, juillet-août 2022

A la lecture du graphique n°2, l'approvisionnement en eau des quartiers centraux et péricentraux de Libreville repose sur l'usage des transports sous divers moyens (camions canters, motos tricycles, brouettes et voiture personnelle). Ces moyens de transport sont des solutions alternatives aux problèmes d'eau rencontrés par les populations.

2.2.1. Les camions canters, un moyen de transport en eau au bénéfice des catégories socio-professionnelles supérieures (CSP+)

Il ressort des données du terrain que 45 % de la population des quartiers centraux et péricentraux sollicite les services des camions canter pour s'approvisionner en eau. Il s'agit des catégories socio-professionnelles supérieures (cadres et agents de maîtrise) qui peuvent aisément louer les services proposés par ces opérateurs parce qu'elles sont solvables. Fixé à partir de 12 000 FCFA, le remplissage d'une cuve de 1 000 litres (1 m³) peut atteindre jusqu'à 18 000 FCFA. Un camion canter peut remplir en moyenne une trentaine de cuves par jour, des tarifs largement à la portée des cadres et des agents de maîtrise.

Deux raisons expliquent le recours des catégories socio-professionnelles supérieures aux camions canter. La première réside dans la régularité des livraisons vers les ménages. À Libreville, ils desservent les quartiers centraux comme Montagne Sainte et Sainte Marie notamment certains ministères. Mais on les retrouve aussi dans les quartiers péricentraux (Sainte-Anne) quand les ménages en font la demande. Seuls modes qui s'adaptent aux routes goudronnées rencontrées dans ces zones, les camions canter y sont à cet effet très sollicités.

La seconde raison est la qualité de l'eau livrée par les camions canter. Un élément sur lequel les CSP+ fondent aussi leur demande. Ainsi, l'opérateur X, localisé dans la périphérie nord de Libreville et qui fait aussi dans l'entretien et la maintenance des cuves, nous a dit à propos de ses carnets de commandes que :

« L'eau que nous livrons aux ménages est 100% potable. Elle nous est ravitaillée 24/24h par la SEEG à Okala. Certifiée ISO, notre société est reconnue et enregistrée comme une société entièrement constituée auprès de l'ANPI-Gabon. La propreté et la santé de l'eau que nous commercialisons sont une priorité pour notre clientèle ».

Si les camions canter permettent la desserte en eau potable aux catégories socioprofessionnelles supérieures à partir des cuves, les motos tricycles sont appréciés des couches les plus nombreuses parce qu'ils utilisent des bidons (photo n°1).

Les difficultés d'accès à l'eau potable dans les quartiers centraux et péri-centraux de Libreville (Gabon) : entre vétusté du réseau et recours aux transports

Photo n°1 : Un camion canter transportant des cuves d'eau dans le quartier Sainte-Anne (Libreville)



Cliché : Mouvondo, E., août 2022

Un camion canter circulant dans une rue bitumée pour l'approvisionnement d'un ménage de catégorie CSP+. Ce camion contient deux cuves de 1000 litres chacune (2000 litres au total pour cette livraison). Ces capacités de cuve sont souvent sollicitées par ces ménages.

2.2.2. Les motos tricycles, un moyen de transport nécessaire aux catégories socio-professionnelles inférieures pour l'approvisionnement à partir des bidons

Des données recueillies, 27% de la population des quartiers connectés ont recours aux motos tricycles pour avoir de l'eau courante. Pour garantir la qualité de la ressource aux populations les plus nombreuses, les motos tricycles vont chercher l'eau dans les lieux publics (écoles, université, ministères) où l'eau potable est disponible et gratuite. Une embarcation de moto tricycle peut contenir 25 bidons de dix litres (cf. photos n°2 et n°3).

Par jour, les transporteurs effectuent jusqu'à dix tours de livraison. Sachant qu'un bidon de dix litres d'eau coûte 100 FCFA à un ménage qui en fait la demande. Une famille peut commander un moto tricycle (2 500 FCFA). Mais il est important de relever que le ravitaillement des quartiers péri-centraux par moto tricycle ne s'effectue pas toujours sans dommages pour le conducteur et son aide. Les accidents de la circulation surviennent lors de l'approvisionnement des ménages mettant en cause ce moyen de transport. À Nkembo par exemple, un moto tricycle guidé par l'appât du gain (rappelons qu'il est le seul moyen qui peut effectuer plusieurs voyages) a pris à vive allure un tournant perdant toute sa cargaison. Si des pertes en vie humaine n'ont pas été enregistrées, des fractures, des traumatismes crâniens sont survenus.

Planche : Un moto tricycle en plein approvisionnement à l'UOB et près pour une livraison

Photo n°2 : Un transporteur faisant le plein des bidons puis chargeant dans un moto tricycle à l'Université Omar Bongo



Photo n°3 : Un moto tricycle transportant de l'eau au départ de l'université Omar Bongo



Clichés : Mouvondo E., août 2022

2.2.3. La voiture personnelle, un moyen de transport d'eau

21% des 300 personnes interrogées utilisent leur véhicule pour s'approvisionner en eau. Il s'agit des personnes qui disposent d'un véhicule personnel. À défaut de s'assurer les services du livreur à domicile, ces citoyens optent pour l'usage de leurs véhicules pour faire le plein de leurs récipients. Les points d'approvisionnement des véhicules personnels sont soit un ministère, une école, un lycée ou une université où l'eau est abondante et gratuite.

François, résidant le quartier Ancien Sobraga, rencontré lors de nos enquêtes de terrain nous a relaté ce qui suit :

« Je réside à l'Ancien Sobraga, pas loin de l'Université Omar Bongo, je prends mon véhicule chaque deux jours avec mes enfants pour faire le plein des bidons d'eau à l'UOB où l'eau est toujours disponible et gratuite ».

Benoit, chef de service au Ministère des Travaux Publics, profite de la disponibilité de l'eau dans son lieu de travail pour s'approvisionner en eau. Face à la pénurie qui affecte les quartiers centraux et péri-centraux, il nous a confié :

« Grâce à mon véhicule, je transporte des bidons d'eau de mon ministère jusqu'à mon domicile sis Akébé-ville ».

2.2.4. La brouette, un moyen de transport adapté aux pistes et sentiers

Utilisée à 7% par la population, la brouette est un moyen de transport de l'eau qui s'adapte aux pistes et sentiers des quartiers péri-centraux de Libreville. Apanage en majorité des familles les plus modestes, la brouette exempte des contraintes financières qu'imposent les services de transport payants. Les populations qui en usent, résident généralement dans les quartiers mitoyens aux sources d'eau. Il s'agit de l'Ancien Sobraga, Derrière l'ENS pour le point d'eau de l'Université ; Venez-voir, Akébé, Avéa pour le point d'eau de l'école de Belle vue 1 ; Cosmopark, Dragon, pour l'école de Kinguélé. Toutefois, la satisfaction des besoins en eau mobilise les jeunes dans les ménages. Favorisée par une répartition sociale des tâches, la division du travail commande aux enfants les activités liées à la quête de l'eau dans le ménage (photo n°4).

Photo n°4 : Un enfant s'approvisionnant à un robinet d'eau potable à Bellevue 1



Cliché : Mouvondo E., août 2022

Dépourvu en eau à son domicile, ce jeune garçon s'approvisionne dans une source publique au quartier Bellevue 1. Il se sert de la brouette familiale pour transporter les récipients d'eau.

Dans ces quartiers surtout d'urbanisation sommaire, les maisons presque collées les unes aux autres, sont séparées par les pistes et sentiers sinueux servant de « voies de circulation ». Obtenue au terme de nombreux voyages, la quête d'eau potable affecte l'éducation des enfants. Occupant des moments importants, entre 5h 30-6h 30 en matinée et 16h -19h en après-midi, la recherche de l'eau correspond aux périodes de révision des leçons des élèves. Avec des créneaux horaires très serrés, la quête de l'eau accapare les jeunes. Or, pour être attentifs en classe, les enfants ont besoin de repos. Dans les circonstances que nous venons de décrire, les résultats scolaires ne peuvent pas suivre. Certes, nous n'avons pas approfondi la question des absences et retards en classe dans les cycles primaires et secondaires des établissements des quartiers péri-centraux et quête de l'eau dans les mêmes quartiers, tout porte à penser que les liens sont étroits.

3. DISCUSSION

Le travail a porté sur les difficultés d'accès à l'eau potable dans les quartiers centraux et péri-centraux de Libreville en lien avec la vétusté des installations de la Société d'Énergie et d'Eau du Gabon (SEEG). Les résultats montrent que 70,33% des populations vivant dans ces quartiers disposent d'un compteur d'eau à domicile. Toutefois, l'enquête de terrain a montré que ces populations connectées à un réseau d'eau potable ne sont plus épargnées par les problèmes d'accès à l'eau. Ces habitants vivent maintenant les mêmes difficultés d'approvisionnement en eau potable que ceux des quartiers de la périphérie de la ville.

La problématique d'accès à l'eau potable à Libreville a déjà fait l'objet des réflexions dans des travaux (G.S. Bignoumba, 2007 ; J.B. Mombo et E. Makita-Ikouaya, 2007). Ces études mettent en exergue les défaillances d'équipements d'adduction en eau potable d'une part, les recours aux sources d'eau (forage et puits) susceptibles d'exposer les populations aux risques sanitaires d'autre part. C'est aussi ce que précise G.O. Bigoumou Moundounga (2021, p.482) dans la périphérie de Libreville. Les résultats de son étude montrent que face aux défaillances du réseau d'adduction dans une vingtaine de quartiers périphériques, les populations se tournent vers les transports (marche à pied, clando, voiture personnelle et livreur à domicile) pour s'approvisionner en eau potable. Cette problématique a également fait l'objet d'une étude dans la zone périphérique de Lomé (M. Somadjago, et al., 2019, p.35). Outre les défaillances techniques liées aux réseaux d'adduction d'eau à Lomé, les auteurs mettent en lumière les différentes stratégies alternatives utilisées par les populations pour s'approvisionner en eau (forage, puis et livraisons à domicile).

Le point commun de ces études est de montrer le rôle que jouent les modes alternatifs dans l'approvisionnement en eau des populations vivant dans la périphérie des villes africaines.

L'étude que nous avons menée est également orientée sous l'angle du recours aux transports comme stratégies alternatives des populations qui font face aux irrégularités d'accès à l'eau potable. Mais contrairement aux travaux précédents, notre analyse est axée sur les quartiers centraux et péricentraux de Libreville qui ont très peu été explorés dans les études sur l'accès à l'eau potable. Or, les résultats qu'elle présente mettent un accent sur les difficultés d'accès à l'eau potable qui affectent des zones à forte densité de population. Ces mêmes zones, notamment le centre urbain, abritent les bâtiments publics (ministères, CHUL) ou des sièges des banques.

CONCLUSION

Bien que connectées au réseau d'adduction en eau potable, les populations des quartiers centraux et péricentraux connaissent de sérieuses difficultés d'approvisionnement de leurs habitations en eau courante. Cette situation a pour conséquence une désorganisation de leurs modes de vie au quotidien. Au regard de la vétusté des installations de la SEEG, les populations développent des stratégies alternatives. Elles ont recours aux moyens de transport sous diverses formes, soit payant, soit gratuit. Outre le fait que ces moyens alternatifs soulagent les ménages, ils constituent un coût pour ces derniers, mais ils ont également des conséquences sur la santé des populations fragiles. Conscients des problèmes que rencontrent ces populations, les pouvoirs publics via le Ministère de l'Eau et de l'Énergie ont lancé des travaux de construction de château d'eau dans la ville (PK6). Ces équipements permettront-ils résoudre les difficultés d'accès à l'eau potable à Libreville ?

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

BEKA BEKA Annie, 2013, « Libreville : le « laisser-faire » urbain de la période coloniale à nos jours », ALLOGHE NKOGHE, F. (Dir.), *Libreville, la ville et sa région, 50 ans après* Guy Lasserre. Enjeux et perspectives d'une ville en mutation, Paris, *Connaissance et Savoirs*, pp. 85-104.

BIGNOUMBA Guy-Serge, 2007, « L'approvisionnement en eau à Libreville et Dakar », *Villes en parallèle*, n°40-41, *Villes du Gabon*, pp.180-195.

BIGOUMOU MOUNDOUNGA Guy Obain, 2021, « Mobilité et accès à l'eau potable dans les quartiers périphériques de Libreville (Gabon) : de la défaillance du réseau d'adduction d'eau à l'importance des transports ? », *Djiboul*, N°002, Vol.4, pp.482-495.

BOUYOU Jean-Marie Vianney, 1988, « Les enjeux urbains au Gabon, analyse sociologique de l'espace urbain à Libreville », LUTO, Université Omar Bongo, Libreville, pp 375-413.

Direction Générale de la Statistique, 2015, *Résultats globaux du Recensement Général de la Population et des Logements de 2013 du Gabon (RGPL 2013)*, Libreville, 97 p.

JAGLIN Sylvie, 2012, « Services en réseaux et villes africaines : l'universalité par d'autres voies ? », *L'Espace géographique*, Tom 41, pp. 51-67.

LASSERRE Guy, 1958, *Libreville, la ville et sa région (Gabon, A.E.F.) : étude de géographie humaine*, Paris, Armand Colin, 346 p.

Les difficultés d'accès à l'eau potable dans les quartiers centraux et péricentraux de Libreville (Gabon) : entre vétusté du réseau et recours aux transports

MOMBO Jean-Bernard, MAKITA-
IKOUAYA Euloge, 2007, « Risques sanitaires liés à la consommation des eaux dans la zone périurbaine nord de Libreville (Gabon) », Revue Gabonaise de Géographie, n°2, pp. 19-35.

NDONG MBA Jean-Claude, 2004, « Libreville, Owendo », Atlas du Gabon, Paris, Les Éditions du Jaguar, pp. 60-61.

NGUEMA Rano Michel, 2007, « Rénovation urbaine et dynamique démo-spatiale de la ville de Libreville », Revue Gabonaise de Géographie, n°2, pp.78-94.

SACKOU KOUAKOU Julie Ghislaine et al., 2012, « Conditions d'accès et de stockage de l'eau : enquête dans les ménages en zone périurbaine à Abidjan en 2010 », Santé Publique, Volume 24, n°2, pp.133-142.

SOMADJAGO, CISSOKHO et SUKA, 2019, « Difficulté d'accès de la zone périphérique de Lomé à l'eau du réseau public de distribution et solutions alternatives », Larhyss Journal, n° 38, pp.35-48.

TOURE, 2000, Adduction d'eau potable dans les quartiers défavorisés de Pikine, Enda-Eau Populaire.



FACTEURS SOCIOCULTURELS DE LA MORTALITÉ MATERNELLE CHEZ LES PARTURIENTES DU CHP DE KPALIMÉ, TOGO

THE DECLINE OF THE DEVELOPMENT AND OCCUPATION OF SPACE IN THE CITY OF SAVÈ (BENIN)

¹ BILABÉNA Salamatou.

¹ Maître de Conférences, Université de Lomé, Unité de Recherche en Anthropologie Appliquée et Fondamentale (URAAF), Département d'Anthropologie et d'Études Africaines (DAEA), Université de Lomé (UL)/Togo, salamatore@yahoo.fr

BILABÉNA Salamatou, Facteurs socioculturels de la mortalité maternelle chez les parturientes du CHP de Kpalimé, Togo, *Revue Espace, Territoires, Sociétés et Santé* 5 (10), 15-30, [En ligne] Décembre 2022, URL: <https://retssa-ci.com>

Résumé

La mortalité maternelle est un phénomène resté récurrent en Afrique malgré les différentes tentatives effectuées depuis les indépendances pour en réduire la significativité (A. Dotou 1987, A.S. Ahossu, 1991, OMS, FNUAP, UNICEF, BM, 1999, OMS, UNICEF/UNFPA, 2003). Toutes sortes de raisons ont pu être évoquées pour l'expliquer, depuis les insuffisances du plateau technique dans les centres de soins et les maternités, jusqu'aux facteurs socioéconomiques et politiques ainsi que les comportements et pratiques quotidiennes de vie. Mais elles ne suffisent apparemment pas pour expliquer sa persistance. Face à cette situation,

une étude qualitative a été conduite au CHP de Kpalimé situé dans la région des Plateaux au Togo, et où on a constaté des décès inexplicables de femmes en couches au cours des années 90. L'objectif général de la recherche est d'identifier, en dehors des causes cliniques, les facteurs mis en cause dans l'appréhension locale de la mortalité maternelle. Les données ont été collectées à travers une démarche qualitative de type ethnographique utilisant une grille d'observation et un guide d'entretiens structurés autour d'items sélectionnés. Cette démarche s'est accompagnée d'une recherche documentaire destinée à explorer l'univers social et culturel en arrière-plan du phénomène et rendre intelligibles les explications que donnent les populations. Les résultats sont l'existence de représentations et pratiques socioculturelles qui interfèrent dans la compréhension des complications qui surviennent à la fin de la grossesse, et qui sont de nature éthique et comportementale.

Mots-clés : Femme, complications obstétricales, mortalité maternelle, santé de la reproduction, pratiques socioculturelles

Abstract

Maternal mortality is a phenomenon that has remained recurrent in Africa despite the various attempts made since independence to reduce its significance (A. Dotou 1987, A.S. Ahossu, 1991, WHO, FNUAP, UNICEF, WB, 1999, WHO, UNICEF/UNFPA, 2003). All sorts of reasons have been cited to explain it, from the shortcomings of the technical platform in health centres and maternity wards, to socio-economic and political factors as well as behaviours and daily life practices. But they are apparently not enough to explain its persistence. Faced with this situation, a qualitative study was conducted at the CHP of Kpalimé located in the Plateaux region of Togo, where unexplainable deaths of women in childbirth were observed during the 1990s. The general objective of the research is to identify, apart from the clinical causes, the factors implicated in the local apprehension of maternal mortality. The data was collected through a qualitative ethnographic approach using an observation grid and an interview guide structured around selected items. This approach was accompanied by documentary research intended to explore the social and cultural universe behind the phenomenon and to make the explanations given by the populations intelligible. The results are the existence of socio-cultural representations and practices that interfere in the understanding of the complications that occur at the end of pregnancy, and which are of an ethical and behavioural nature.

Keywords : Woman, obstetrical complications, maternal mortality, reproductive health, sociocultural practices

INTRODUCTION

La problématique de la santé de la reproduction s'accompagne souvent en Afrique de celle de la santé maternelle et par extension de celle de la mortalité maternelle. Cette dernière survient

généralement à la suite de complications obstétricales qui constituent le fléau le plus redouté des femmes car susceptibles d'emporter un nombre relativement important de parturientes qu'on peut sans doute sauver si des mesures idoines avaient été prises en amont. La prise en charge de la grossesse est une thématique fondamentale de la recherche en sciences sociales et médicales puisque d'elle dépend le sort de la mère et de l'enfant en gestation. Et c'est justement là qu'intervient la question de la santé de la reproduction dont le but est de trouver des solutions adéquates pour résorber les insuffisances des mesures habituelles de sécurisation. La typologie des complications obstétricales est relativement large. Il en va de même pour les causes. La médecine moderne se charge d'identifier les causes cliniques et objectives (S. Ahossou 1991, M. Aboudou 2007, H. Badalo et al. 2015, A. Kiragu 2015). Ces diagnostics cliniques sont sans conteste convaincants, car fondés sur des bases objectives et empiriques. Mais les explications de type médical et statistique ne suffisent pas à elles seules pour appréhender l'ensemble des enjeux liés à la santé communautaire. Il y a aussi le vécu et le ressenti des acteurs qui sont préférentiellement la préoccupation des sciences sociales et humaines. C'est que les populations à la base ont leurs propres façons de considérer les problèmes de santé, dont les complications de l'accouchement dans le cas des femmes enceintes. A cet effet, elles font intervenir leurs propres critères d'appréciation, qui sont généralement fondés sur les représentations et les pratiques culturelles de leur milieu.

L'une des orientations essentielles de la présente recherche est de revisiter les perceptions et représentations culturelles portant sur les difficultés que rencontrent les femmes du district sanitaire de Kpalimé lors de l'accouchement au CHP de la ville. Autrement dit, nous nous sommes posée la question de savoir pourquoi une femme enceinte peut se trouver confrontée à des difficultés graves au moment de l'accouchement (comme des saignements ou une brusque

poussée de la tension artérielle) alors que jusque-là sa grossesse se déroule assez normalement. Pour le comprendre, nous avons exploré la vie conjugale des couples dont les femmes fréquentent le CHP, et nous avons aussi observé les interactions qui se déroulent au sein de leur grande famille. Plus loin, nous avons suivi les comportements des femmes enceintes et les relations qu'elles entretiennent avec leurs belles-familles ainsi qu'avec leurs maris dans leur entourage immédiat. C'est donc pour apprécier l'ampleur de l'influence des traditions sur le bien-être des parturientes que la présente étude est effectuée. L'objectif est de documenter dans le district sanitaire du CHP de Kpalimé (au Togo) les perceptions et représentations socioculturelles qui sous-tendent les pratiques relatives à la vie de grossesse et à l'accouchement et qui peuvent être à l'origine des dérives que l'on constate souvent. Quelle incidence les croyances et certaines pratiques spécifiques liées à la morale ont-elles sur l'avènement des complications obstétricales et sur la mortalité maternelle voire néo-infantile ? Pour conduire une telle recherche, nous avons adopté une posture méthodologique de type

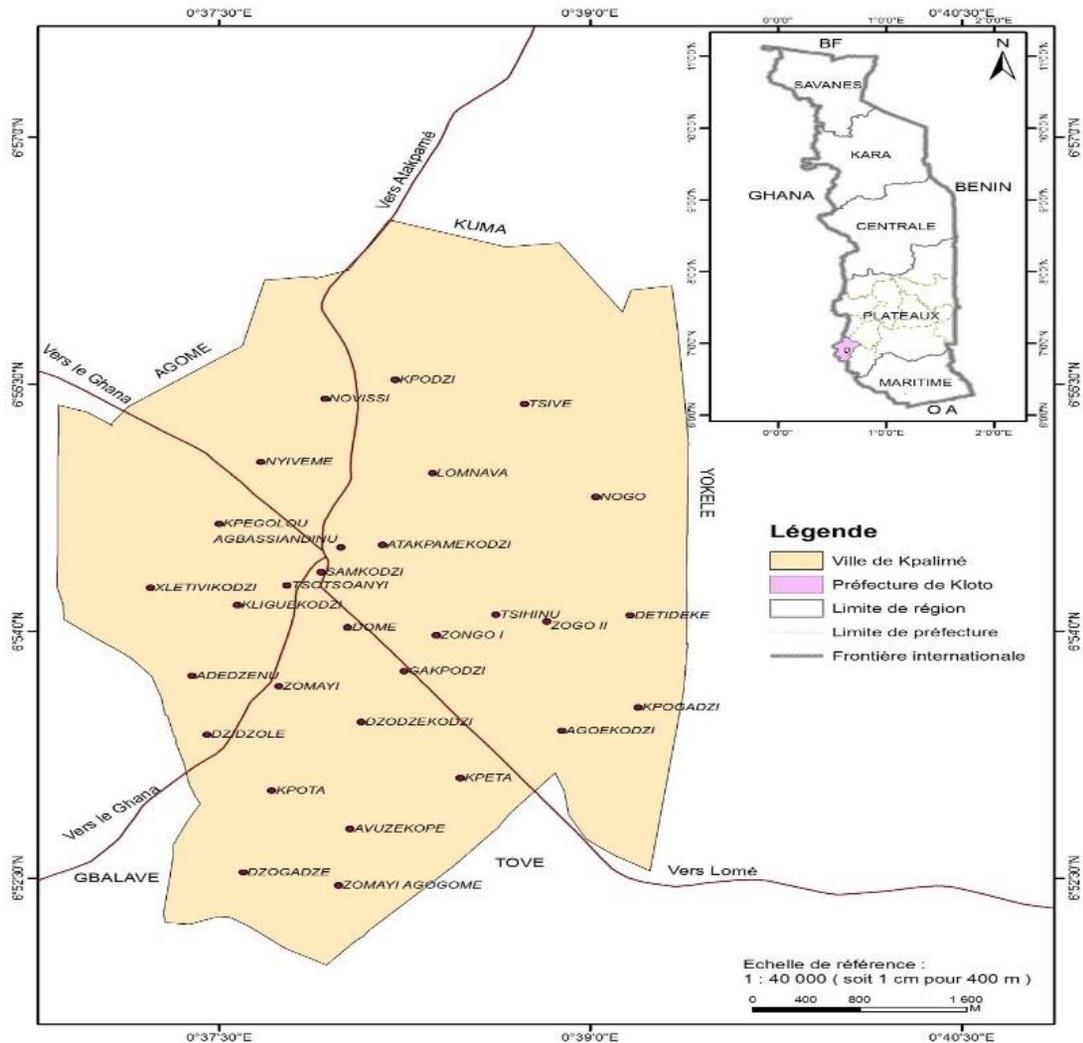
ethnographique qui nous a permis de réunir les informations nécessaires pour l'atteinte de nos objectifs.

1. MÉTHODOLOGIE

1.1. Présentation du site de la recherche

La présente recherche s'est déroulée dans le district sanitaire du Centre Hospitalier Préfectoral (CHP) de Kpalimé dans la Région des Plateaux au Togo, l'une des cinq régions économiques et administratives que compte le pays. Kpalimé est une ville historique, qui a joué un rôle déterminant au cours de la période coloniale allemande et française. Située à 120 kilomètres environ au nord-ouest de Lomé (la capitale du Togo), elle est le chef-lieu de la Préfecture de Kloto qui compte 14 cantons qui sont des regroupements de villages administrés par un chef de canton. Les 14 cantons se présentent comme suit : Agomé-Yoh, d'Agomé-Tomegbe, d'Agomé-Kpalimé, Gbalavé, Hanyigba, Kpadape, Kpime, Kuma, Lavié-Apédomé, Lavié-Huimé, Tomé, Tové, Woame et Yokélé (M. Piraux et M. Devey 2010).

Carte n°1 : Présentation de la ville de Kpalimé



Source : IRFODEL, in Plan de Développement communal de 2eme génération de Kpalimé, p.16, Juillet 2018

La commune de Kpalimé s'étend sur une superficie de 35 km² dont 3 500 habitants lotis, est limitée à l'Est par le mont Agou qui offre une vue dégagée jusqu'au Ghana, au Nord et à l'ouest par les monts Kloto et le plateau de Kuma dont les pentes se dressent comme un mur derrière la ville et s'étirent du sud-ouest par les collines de Kpadape (M. Piraux & M. Devey 2010). La ville de Kpalimé est au carrefour des routes qui mènent vers les autres régions administratives du pays et vers le Ghana, pays limitrophe situé à 15

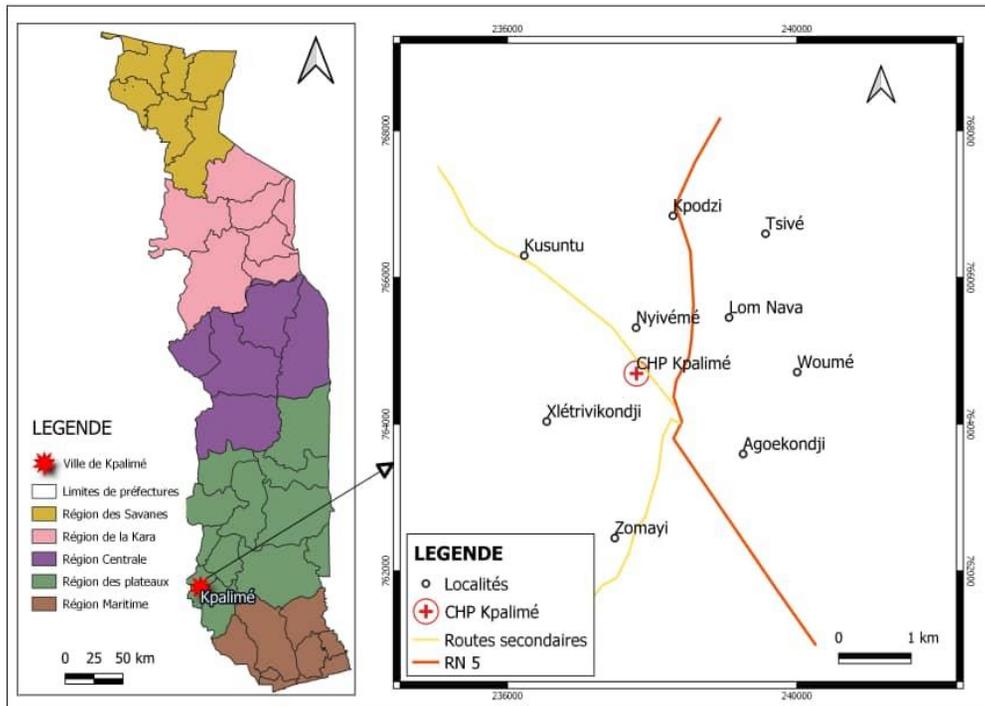
Km. C'est un centre de stockage du café et du cacao.

Outre la famille nucléaire composée de père, mère et enfants qui constituent la base de l'organisation sociale, on y trouve la famille élargie formée par des oncles, tantes, cousins, cousines, neveux, nièces, et les beaux-parents. Comme chez l'ensemble des populations de

l'aire culturelle adja-éwé¹, le système de croyances est basé sur le culte des divinités dites *vodu* ou *Yèvhé*, et la vénération des ancêtres morts qui dominent les manifestations de la vie culturelle. Les services du centre sont d'ordre technique, administratif et général. Nous nous sommes intéressés principalement au service de

la maternité qui s'occupe du bien-être de la femme enceinte. Il donne rendez-vous chaque jour ouvrable à vingt-cinq femmes pour les séances de consultations prénatales, sauf celles, bien qu'inscrites sur la liste, tombent malades avant le rendez-vous fixé et celles qui consultent pour la première fois.

Carte n°2 : Carte de localisation du Centre Hospitalier Préfectoral de Kpalimé



Source : Direction Nationale de la Cartographie, adaptée par S. Bilabéna, 2022

1.2. Démarche méthodologique

La nature exploratoire de la présente recherche requiert que l'on procède par la démarche qualitative pour recueillir les informations et pour les analyser convenablement. Elle a donc mobilisé des techniques de production de données alliant la recherche documentaire à l'observation directe et aux entretiens semi-directifs individuels. A cet effet, une grille d'observation l'environnement

physique et les interactions au CHP et un guide d'entretiens organisé autour les thématiques des représentations de la mort de parturientes, les relations sociales en milieu éwé, les croyances et pratiques religieuses traditionnelles et les prestations de services au CHP, etc. ont été utilisés comme outils en s'accompagnant de supports comme des enregistreurs et un journal de terrain. Sélectionnées à partir d'un choix raisonné, les personnes-ressources de la présente recherche sont constituées des autorités

¹ Il s'agit de la zone géographique couvrant la presque totalité de la partie méridionale du Togo, depuis le littoral côtier jusqu'à 200 à

300 km à l'intérieur des terres. Voir R. Pazzi 1979 et N. Gayibor 1997.

administratives du centre hospitalier, les gynécologues, la surveillante générale de la maternité, les sages-femmes qui sont des accoucheuses, les femmes en gestation et les visiteurs qui sont des parents de ces femmes. Les données produites ont été soumises à une double analyse compréhensive et interactionniste afin de mieux appréhender les réalités du milieu. Pour compléter les entretiens effectués au centre de soins, nous avons suivi certaines femmes et couples à leur domicile pour poursuivre les échanges, mais cette fois-ci en contexte réel. Nous avons rencontré les structures administratives de l'hôpital, organisé des discussions entre les sages-femmes qui nous ont présenté les femmes venues en consultation prénatale pour les entretiens. Les entretiens individuels ont été organisés avec le médecin gynécologue, les médecins généralistes, les sages-femmes, les femmes enceintes, les accouchées au CHP. Les services de la maternité accueillent tous les jours ouvrables, de lundi à vendredi, environ cinq cents femmes par mois. Nous avons prélevé de façon aléatoire et sur recommandations des sages-femmes, une parturiente par jour de consultation au terme de sa visite médicale, soit cinq gestantes par semaine et un total de 30 femmes enceintes pour les six semaines qu'a duré la recherche de terrain au CHP de Kpalimé. Cette démarche nous a permis d'obtenir les résultats qui seront présentés ci-après.

2. RESULTATS

2.1. Revue documentaire sur la place de la femme mariée dans son foyer et dans la belle-famille en Afrique

Dans les communautés africaines, le mariage est loin d'être un simple acte consommé entre deux individus qui se sont rencontrés et ont choisi le parti de vivre ensemble. Le mariage est une institution qui requiert l'assentiment de deux familles si ce n'est deux groupes claniques. Ce faisant, un contrat d'alliance est établi entre les

deux groupes familiaux qui deviennent ainsi des parties contractantes. Par le jeu de la patrilocalité de résidence, la femme accepte alors de quitter le foyer de ses parents pour rejoindre la maison de son mari dans le groupe familial de celui-ci selon des modalités d'appartenance et de participation spécifiques. En acceptant ce contrat, la femme se place dans une posture relativement délicate. Elle s'engage ainsi à se soumettre aux conditions de vie communautaire du groupe de son mari. Autrement dit, elle devient un appendice du groupe et elle est solidaire des décisions qui seront prises et des actions qui s'y seront menées. Une certaine harmonie doit régner entre elle et le reste de la famille d'accueil devenue famille de procréation (W.L. Warner in *Encyclopaedia Universalis*, C. Lévi-Strauss 1967, 1973). Cette harmonie, elle est tenue de la démontrer entre elle et son mari, mais aussi au sein de la belle-famille à qui elle doit se montrer particulièrement soumise. Elle doit s'en remettre au bon vouloir des membres de sa belle-famille et leur obéir à tout moment, ce qui a fait dire à C. Meillassoux (1964) que la femme africaine, en se mariant, quitte une servitude (celle des hommes de son lignage) pour se retrouver sous le joug d'une autre servitude (celle de sa belle-famille). Même pour aller rendre visite à ses parents, elle est obligée de demander la permission aux mâles de son groupe d'accueil, car à défaut du mari direct, le chef de famille est là qui fait office de fondé de pouvoir.

Qu'advient-il alors si, dans une telle situation, une dissension intervient ? Une mésentente peut arriver à tout moment. Quand des hommes partagent le même espace, les tensions sont inévitables. Dans le cas d'espèce, aucune tension ne doit toutefois pas provenir de la belle-fille, celle que l'on a accueillie dans le groupe. Parce qu'une telle forfaiture équivaldrait à un affront et un manque de délicatesse voire de respect à l'endroit de la belle-famille. La belle-fille a déjà un statut inférieur, elle est reléguée au rang de simple pourvoyeuse d'enfants. Si de surcroît, elle devrait se rendre coupable d'un manque d'égard à l'endroit de sa nouvelle famille, il faut reconnaître qu'une telle inconduite serait

comprise comme un comportement inqualifiable. Cette femme mérite-t-elle de faire partie du groupe famille et de procréer pour ce groupe ? Enfreindre les règles de la cohésion sociale et du vivre-ensemble pacifique peut être considéré comme un *casus belli* que même les esprits du clan désapprouvent. Et cela appelle obligatoirement à des conséquences. Une de ces conséquences est que la femme, si elle est enceinte, aura intérêt à rétablir ou faire réinstaurer la paix et la concorde dans le groupe avant le terme de sa grossesse. Ceci constitue un impératif. Pour la plupart de nos enquêtées, l'une des causes des complications qu'une femme enceinte peut rencontrer lors de son accouchement, proviendrait de l'atmosphère délétère régnant dans son groupe familial que personne n'a eu le loisir ou le courage d'assainir avant le début du travail. Si on n'y prend garde, cela risque d'être fatal pour la mère et/ou l'enfant. Pour y remédier, il serait nécessaire de procéder à des cérémonies de réconciliation afin de ramener la paix.

Fort des acquis de cette revue littéraire qui a permis de présenter le contexte social et culturel dans lequel se déroulent les interactions en lien avec la grossesse et l'accouchement en pays éwé, nous sommes en mesure d'explicitier les logiques qui sous-tendent les enjeux majeurs de la problématique de la persistance des complications obstétricales au CHP de kpalimé malgré l'existence de mesures institutionnelles correctives. C'est à partir de cette base que les résultats de terrain prennent tout leur sens.

Les informations recueillies font état de normes de comportements que tout citoyen éwé doit observer pour que l'ordre social soit assuré. Pour les enquêtés, les dérèglements proviennent essentiellement des manquements aux dispositions prévues et qui sont sanctionnés.

2.2. Les actes et attitudes « répréhensibles » et leurs présumées conséquences sur l'état de gravidité

Le non-respect des dispositions sociales décrites dans la suite crée de l'instabilité dans le groupe familial et devient source de discorde, et par

ricochet cause de complications obstétricales, selon la conviction des populations interrogées. Il constitue, entre autres, des atteintes aux règles de base du mariage et de la cohabitation maritale.

2.2.1. L'adultère

L'adultère est considéré comme une violation du devoir de fidélité proclamé lors du mariage. Le mariage est « une union conjugale contractuelle et/ou rituelle, à durée illimitée, déterminée ou indéterminée, reconnue et encadrée par une institution juridique ou religieuse qui en détermine les modalités » (A. Rey 1998). Autrement dit, c'est l'union de deux personnes pour ne pas dire de deux familles et pourquoi pas de deux communautés. L'adultère est considéré comme un acte « répréhensible » dans de nombreuses civilisations et une atteinte à la moralité dans presque toutes les sociétés du monde. C'est le fait d'accomplir l'acte sexuel en dehors du couple. Dans la majeure partie des populations du Togo, ce terme a plusieurs sens. Quel que soit le terme utilisé pour le désigner, son contenu demeure le même et n'est nullement accepté par les uns ni par les autres en raison de l'entorse qu'il fait à la moralité. Et en tant que faute, il est puni, surtout chez la femme enceinte. L'adultère se passe généralement en cachette. Malgré son caractère caché, il suscite une forte inquiétude chez la femme lorsqu'elle tombe enceinte. Elle est consciente de la « faute commise », étant informée depuis longtemps de sa prohibition, et sachant depuis toujours qu'il peut constituer un frein à un accouchement paisible. Si dans la terminologie légale, on distingue l'adultère de l'homme marié de celui de la femme mariée, en milieu traditionnel, seule la deuxième catégorie est pertinente. N'est censé commettre l'adultère aux yeux de la tradition, que la femme mariée. Aucun homme n'est censuré pour avoir entretenu des relations hors mariage. C'est parfois même un acte de bravoure et en milieu éwé, cette « prouesse » semble plutôt saluée. Réussir à détourner l'attention d'une femme mariée de son mari légitime et l'amener à accepter les avances qu'on lui fait, relève d'un acte de bravoure. C'est sans doute pour cela

qu'on ne le blâme pas outre mesure. Par contre la femme mariée qui se compromet avec un homme autre que son mari, est coupable d'un délit grave.

En pays éwé, l'adultère des femmes se nomme « *gbomedede*² », « *afo de gbe*³ », ou encore « *matréwowo*⁴ » et ne concerne que les femmes mariées entretenant des rapports extraconjugaux. Chacune de ces expressions décrit une situation bien précise. Si un homme marié fait la cour à une femme célibataire, il n'a pas encore commis d'adultère. C'est quand il cible la femme d'autrui que cela pose problème. Comme il lui est permis d'épouser autant de femmes qu'il peut en entretenir, étant maître de sa libido, il gère ses relations comme bon lui semble. Tant qu'il ne s'aventure pas vers les femmes d'autrui, il n'a pas encore commis de faute grave. C'est le contraire qui n'est pas permis. Il existe dans le monde très peu de cas de polyandrie. Donc presque partout, la femme est astreinte à une vie de « monogame » tandis que s'offrent à l'homme plusieurs modalités de couplage. On parlerait bien volontiers d'inégalité de droit, et de discrimination sexuelle si des critères moraux ne viennent s'interposer dans le débat. Dans les traditions africaines d'une manière générale, étant donné les règles affirmées de la patrilinéarité de la filiation, la femme n'a droit qu'à un seul mari à la fois, chez qui elle habite. Elle peut, le cas échéant, divorcer de cet homme et se remarier avec un autre, mais en aucun cas elle n'a pas le droit d'entretenir dans la légalité deux ou trois relations concomitamment. Là, on parlerait d'adultère. Si le système de parenté chez les Ewé qui constituent l'essentiel de notre échantillon, est à la base un système patrilinéaire à résidence virilocale, en ville cependant la tendance est à la néolocalité. Toutefois, c'est toujours l'homme qui établit la résidence et héberge la femme. Du coup, elle devient comme une sorte de « propriété privée » du mari et

prisonnière de l'ordre familial auquel obéit ce dernier. Cet embrigadement de la femme est scellé par l'acceptation et la réception du « prix de la fiancée » par les parents de la femme. C'est pour cela que lorsqu'on parle d'adultère, tous les regards se tournent instantanément vers la femme, car c'est elle qui « traverse la rue » pour aller s'égarer dans la chambre d'un autre homme. Dans ce milieu, l'adultère est considéré comme une faute grave. Il rompt le lien symbolique établi entre les deux familles des conjoints. C'est pour cela qu'il est sévèrement condamné. La femme adultère est en rupture de ban et souillée. Elle ne saurait continuer à séjourner au domicile du mari sans conséquences. Une fois que l'information est connue, elle a le devoir de quitter le foyer, c'est la répudiation. Toutefois, il lui est offert une alternative de rachat : reconnaître sa faute, faire profil bas et accepter la réparation. S'enclenche alors une procédure longue et difficile de réinsertion de la fautive dans ses droits et prérogatives, et surtout dans son foyer. On organise alors une cérémonie de purification qu'il serait fastidieux de décrire ici, mais dont l'objectif est de rétablir la « pureté » de son corps qu'elle a souillé. Et toutes les dépenses afférentes seront à sa charge. Mais si elle n'accepte pas se plier aux exigences de la tradition, elle quitte sur le champ le foyer. On considère plusieurs nuances dans l'accomplissement de l'acte adultérin :

- l'acte adultérin est commis sur le lit conjugal : la punition est particulièrement sévère ;
- l'acte est commis par une femme enceinte de son mari ;
- l'acte a occasionné une grossesse, sans doute non désiré.

Dans les deux derniers cas, la femme est tenue d'avouer. Si elle ne se résout à le faire, c'est au moment de l'accouchement que la vérité risque

² Etymologiquement : *gbome* = « en vadrouille » + *de* = aller. *Gbomedede* signifierait alors « aller se promener dehors » ou « aller en vadrouille ».

³ *Afo* = pied, *de* = mettre, *gbe* = dans la brousse, dehors (contraire de maison d'habitation). L'expression signifie « mettre le pied dehors », c'est-à-dire s'extravertir, quitter le droit chemin.

⁴ *matré* = prostitution ; *wo* = faire ; le tout donne « se prostituer », sous-entendant ainsi qu'une femme qui commet l'adultère ne fait rien d'autre que de se prostituer.

d'éclater. Sujette à des complications graves et interminables, elle ne saurait donner naissance à son bébé qu'une fois la faute avouée. Tant qu'elle ne l'aura pas fait, le processus d'accouchement tombe en panne, exposant et la mère et l'enfant au risque de décès. Les femmes qui ont la sagesse d'obtempérer, réussissent à achever le processus sans grand dommage. Par contre les entêtées, celles qui ne veulent pas subir la honte de déclarer publiquement leur infidélité, se voient condamnées inexorablement. Celles qui, au cours du travail rendu difficile et insupportable, finissent par avouer, s'en sortent tant bien que mal, mais après l'accouchement, tout ce qui a servi à l'accomplissement de l'acte adultérin (lit, matelas, draps et accessoires) est vendu sur la place du marché et les femmes sont renvoyées de la maison par la belle-famille. De l'hôpital, elles ne retournent pas dans leur foyer, elles prennent le chemin de la maison de leurs parents qu'elles rejoignent dans le déshonneur. Tant pour la femme, tant pour le mari et sa famille. L'adultère introduit le déshonneur dans la famille. Si jusqu'ici c'est la femme qui, seule, semble être prise sous les feux de la rampe, cela ne signifie pas que son conjoint est épargné dans la conjoncture. L'acte commis par la femme l'éclabousse également et avec lui, l'ensemble de sa famille, et ce dans la mesure où un homme venant du dehors, a réussi à détourner la femme qu'ils ont mis de l'ardeur et des moyens pour conquérir. La honte rejaillit également sur eux, car l'adultère de leur femme a mis à nu leurs insuffisances et incapacités. Voici à ce propos les déclarations d'une gestante originaire de Kpadapé, 28 ans, qui était à sa deuxième grossesse :

« La sanction qui est morale et physique est laissée à l'appréciation du mari ou de la belle-famille. L'adultère d'une femme n'honore pas son mari car il est mal perçu par ses pairs. Par cet acte, le mari est soupçonné d'être incapable de satisfaire sa femme au lit ou matériellement. C'est

pourquoi, si possible, on règle l'incident en famille pour sauver son honneur ».
(Entretien)

Cette explication vaut une autre. Dans les traditions africaines toutefois, les causes des pathologies sont pratiquement aux antipodes des explicitations avancées par la science, mais si le processus de guérison doit être en phase avec le vécu et le ressenti des populations bénéficiaires des soins, il ne sera pas absurde de tenir compte de leurs systèmes de valeurs. Toute la problématique des soins et de la prise en charge des patients en Afrique ne peut faire l'économie de ces types d'explications endogènes.

2.2.2. « Alokpli »

Ce concept ne saurait, comme certains se complaisent à le faire, être confondu avec l'inceste. L'inceste est la prohibition de rapport sexuel entre des parents directs au sein de l'atome de la parenté (C. Lévi-Strauss 1949, 1973). « Alokpli » qui signifie en éwé « la rencontre des mains » est également une interdiction de rapport sexuel, mais ici, les sujets ne sont pas les mêmes. L'interdiction concerne d'abord

- deux germains avec une même femme,
- deux germaines, deux cousines croisées ou parallèles, avec un même homme, sauf en cas de succession à la mort de l'aîné des deux frères ou de l'aînée des sœurs et cousines. Auquel cas, des cérémonies spécifiques sont nécessaires.

Elle concerne ensuite :

- deux amis commensaux avec une même femme
- deux amies commensales avec un même homme.

Nous insistons sur la *commensalité* dans les rapports entre les sujets évoqués ici car il s'agit du moment crucial pour la « contamination »⁵ : c'est en mangeant dans la même assiette que les

⁵ Il ne s'agit pas d'une véritable contamination, mais plutôt d'une compromission ou d'une souillure.

maines commencent par se rencontrer et se toucher. Si plus tard ces mêmes personnes vont se rencontrer chez les mêmes partenaires, c'est comme si leurs mains continuaient de s'y toucher, alors cela ne devrait pas être le cas dans un contexte autre que le partage de repas. Les actes que l'on accomplit dans l'intimité doivent rester exclusifs et personnels, on ne les partage pas, au risque de s'exposer à des conflits d'intérêt. Or *l'alokpli* est synonyme de conflit d'intérêts. Les règles sociales ne permettent pas que deux personnes proches partagent leur intimité avec des partenaires communs, c'est là toute la problématique de *l'alokpli*. Lorsqu'elle intervient, cette collision provoque une rupture d'alliance dont les conséquences ne peuvent qu'être désastreuses pour les acteurs impliqués :

- D'abord pour les frères, les sœurs et les amis : lorsque l'un des frères tombe malade et garde le lit, il ne doit en aucun cas, recevoir la visite de l'autre. La tradition dit que le malade court le risque de succomber à son mal et ce, inexorablement.
- Ensuite lorsque deux sœurs ont fréquenté le même homme (il arrive même que cela se passe dans la famille et que l'une des sœurs entretienne des relations avec le mari de l'autre sœur dans la clandestinité), la sanction en est que si l'une des femmes est enceinte et entre en travail, des complications graves interviendront, qui obligeront la fautive à avouer sa fréquentation induue sous peine de ne pouvoir accoucher facilement.

Plus que cela, les deux sœurs (ou cousines) sont automatiquement interdites de relations de soutien et d'entraide. Ainsi, la sœur enceinte ne devrait plus avoir le loisir de bénéficier de l'appui de l'autre sœur, par exemple lorsque le travail débute et que quelqu'un devrait accompagner la parturiente à l'hôpital. Cette aide apportée dans l'ignorance de l'acte

commis, est la porte ouverte aux complications. La mort pourrait en résulter, sauf aveu.

L'instauration de *l'alokpli* est une disposition de prévention que la société a mise en place pour donner un sens plus marqué à l'éthique familiale. Lorsque des personnes appartiennent à une même famille et partagent le même sang, voire le même capital génétique, il est important de leur interdire des relations de trop grande proximité, de manière à promouvoir la diversité génétique à travers l'exogamie généralisée. Dans le cas où ces règles ne sont pas respectées, les personnes se montrant trop désinvoltes vis-à-vis de l'ordre familial, courent de grands risques, par exemple une menace de maladies pouvant conduire à la mort. Ainsi, entretenir des rapports sexuels clandestins avec le frère de son mari ou la sœur de sa femme, est un acte négativement symbolique et donc interdit. Cela vaut pour les hommes autant que pour les femmes. On peut en déduire que les cas de mortalité maternelle inexplicables peuvent être mis au compte de ces genres de comportement qui sont des manquements graves à l'ordre établi. Par ailleurs, on prévient les femmes, (sœurs ou cousines) en situation délicate avec le conjoint de leurs sœurs, qu'elles sont interdites de visites les unes aux autres lorsque l'une d'entre elles tombe malade et se trouve alitée.

2.2.3. Mensonge et tromperie comme attitudes indignes d'une femme enceinte

Il ressort des propos des enquêtées de manière presque récurrente qu'une femme enceinte ne doit ni mentir ni tromper son mari. Ceci est une autre règle cardinale de la vie de couple en pays éwé. Mentir dans le compte d'autrui, tromper son mari pendant qu'elle est enceinte, peut provoquer des complications lors de l'accouchement. C'est ainsi que le mensonge et la tromperie ne font pas bon ménage avec la situation de grossesse. Trois expressions servent à désigner le mensonge : *gbefofo*, *didri* ou encore *adjédada*. Le substantif *gbefofo* vient du verbe *fogbe* composé de *fo* (frapper, heurter) et de *gbe* = « parole ». On peut

le traduire par « parjurer » ou « faillir à sa parole ». *Didri* est une façon de tordre le cou à la vérité, ou de cacher sa pensée véritable aux autres (R. Pazzi 1976, p.242). Quant à *adjedada*, il est formé sur *aje* qui, d'après Pazzi (ibid.), signifie « palabre », et *da* qui est « le fait de cuisiner ». La tromperie de son côté, est dite *amébéblé*, et est synonyme de *duperie* ou d'*adultère*. C'est une belle façon d'induire quelqu'un en erreur et lui faire « prendre des vessies pour des lanternes ». Si une femme enceinte se trouve dans un tel cas de perfidie ou d'infidélité caractérisée, la sagesse recommande qu'elle en informe la belle-famille dare-dare et bien avant que ne se déclenche le travail. Sans cette précaution, la même menace de complications et d'atteinte à sa vie propre et à celle de l'enfant est toujours présente. Pour la tradition, une femme portant en elle une vie n'a pas le droit de porter de faux témoignages ou de fausses allégations. Il est de son devoir de les confesser lorsque les complications surviennent lors du travail pour être pardonnée afin d'accoucher dans la paix. Il faut que la vérité éclate, et c'est le lieu et le jour choisis par les ancêtres pour démasquer les intrigantes afin de rétablir l'ordre et faire régner l'entente et la paix dans le foyer et dans la famille.

2.2.4. Rupture de communication (*kenlélé*)

La rupture de communication est appelée *ken*, synonyme de *rancune* ou de *discorde* (R. Pazzi 1976, p.246). C'est le fait de cesser de communiquer avec une personne ou de lui adresser la parole. Selon les croyances répandues en pays éwé, il s'agit d'un acte grave, censé provoquer des complications à l'accouchement, voire la mort de la parturiente. Plusieurs cas de figure se présentent dont nous en mentionnerons deux ou trois essentiellement.

- Le premier cas concerne la femme enceinte qui, pour un motif ou un autre, déciderait dans un élan d'humeur, de ne plus adresser la parole à un membre de son entourage. Le risque encouru est souvent latent, les effets ne se

déclenchant que, lorsqu'un certain nombre de conditions sont remplies : la parturiente, à terme, entre en travail sans que l'on s'y attende. Parmi les femmes qui pourraient l'aider à se rendre au centre de soin, se trouvent une ou plusieurs personnes avec lesquelles elle est en rupture de parole, et qui, pour ne pas être suspectées de non-assistance à personne en détresse, décident de s'activer autour d'elle. Arrivées sur les lieux, elles continuent de s'occuper de leur voisine en difficulté, comme si de rien n'était. C'est alors que peuvent survenir les difficultés que l'on met habituellement au compte de ce manque d'harmonie entre les personnes présentes à cet événement social crucial.

- Le deuxième cas est celui d'un couple de jeunes qui s'est formé sans avoir suivi la voie réglementaire du mariage et qui se retrouve devant le fait accompli quand la fille tombe enceinte. Les parents, mis au courant, sont mécontents. Dans cette dynamique, les parents profèrent des invectives, vouant les deux jeunes aux gémonies. Seulement il ne s'agit pas là de simples paroles en l'air, comme prononcées sous le coup de la colère. En Afrique, la parole prononcée est presque toujours suivie d'effets. Rejetant la grossesse comme fruit d'un acte délictueux et antisocial, les parents de la fille se sentent déshonorés et avilis. En réaction, ils cessent toute relation, même verbale, avec le couple. C'est la rupture de communication.

Quand vient le moment de l'accouchement, tout le monde réalise que des complications surviennent qui empêchent une délivrance paisible. Et la cause est prétendument le litige qui a opposé les parties prenantes qui n'ont pas réussi à s'accorder. Pour que l'accouchement se solde par la naissance d'un enfant viable et une mère dont la vie sera préservée, il faut des mesures

palliatives. Dans un cas comme dans l'autre, la solution réside dans la réparation. Et plus précisément, la réparation des torts.

Celle-ci s'obtient à travers l'organisation d'une cérémonie de réconciliation : le *futsi-tutu*⁶. Elle s'effectue entre la future mère et les personnes concernées, sous la supervision d'un ancien pendant que la parturiente est en travail, entre la vie et la mort. L'objectif en fait n'est pas directement la grossesse en soi, mais plutôt la restitution d'une situation d'harmonie et de cohésion sociale propice au vivre-ensemble et à l'échange communautaire. Ce que le système social recherche avant tout, c'est la préservation de la paix et l'ordre dans la communauté pour que chaque individu puisse occuper la place qui lui revient, de manière à œuvrer sereinement pour le bien-être général. La naissance d'un nouvel être qui vient compléter les rangs de la descendance familiale est considérée comme un événement particulier, qui est de nature à apaiser l'esprit des ancêtres et vivifier la communauté. L'ordre ainsi rétabli, on peut à nouveau proclamer le vœu que lorsqu'on entend le gémissement d'une femme en travail, il faut que ce bruit soit suivi du cri d'un nouveau-né : « *Ne mi se no nkoa, miase vi* ». Et au cours de ce rituel, on ne profère que « *madimadi nedi fafaa de* » qui se traduit par « *que celle qui n'a jamais accouché, accouche dans la paix* ». Cet enfant qui va naître, sera porteur de paix et scellera la réconciliation entre les deux familles. Le maître de cérémonies le proclame solennellement et demande dans sa prière, que le travail se déroule positivement, que la mère ne succombe pas et que le bébé arrive sans encombre.

Parfois, il arrive que la personne avec laquelle la communication est rompue, décède sans qu'une cérémonie de réconciliation ait pu avoir été organisée. Ceci peut avoir de graves conséquences si aucune mesure de réparation

n'est prise pour apaiser la tension entre les protagonistes. Il est toujours possible d'organiser un rituel de réconciliation, même si c'est à titre posthume. C'est ce qui ressort des explications d'un doyen d'âge d'environ 70 ans, recueillies lors des entretiens : « *En général les Ewés ont une représentation particulière de la mort. (...) une femme enceinte qui a un problème avec un défunt ne peut pas facilement échapper à la mort. La mort peut la surprendre à n'importe quel moment de son existence* ».

L'histoire suivante peut servir d'illustration pour soutenir ces propos. Un monsieur avait un litige foncier avec son grand frère consanguin avant que celui-ci ne décède brusquement. Aucun règlement n'avait été trouvé avant le décès. Comme l'exigent les traditions, tout différend avec le défunt doit être réglé avant son enterrement, sinon « *eku la va foméa me* », qui veut dire que « la mort va élire domicile dans la maison ». Si cela advient, ce sont les personnes les plus vulnérables qui en payeront le prix. Ces personnes sont les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans. Et c'est ce qui a fini par arriver à ce monsieur qui perd sa femme enceinte lors d'un accouchement parce qu'il ne s'est pas réconcilié avec son frère défunt. Il raconte :

« Un matin au réveil, ma femme me dit qu'elle a fait un rêve. Dans le rêve, elle a vu son beau-frère défunt dans la cour de la maison lorsqu'elle est sortie pour satisfaire un besoin pressant. Je l'ai traitée de menteuse. Le troisième jour, elle a commencé à souffrir des maux de tête. Elle fut conduite à l'hôpital où elle rendit l'âme. Après consultation des oracles, la cause d'une telle mort est liée à mon refus de me soumettre au rite de réconciliation entre mon défunt frère et moi. Par conséquent, mon frère a décidé de me punir doublement en s'en prenant à ma

⁶*Fu* veut dire en éwé « grossesse » ; *tsi* est le terme pour désigner « l'eau » ; *tu* : correspond au verbe « cracher ». Le tout signifie « libation de grossesse ».

femme et mes enfants. Ce rite devrait conjurer le mal, selon les croyances de chez nous ». (Entretien)

Ce rite de conjuration communément appelé « *aditsi-tutu*⁷ » est pris très au sérieux dans la communauté, et ce parce qu'il permet d'exorciser la mort. Ainsi, pour éviter que les membres vulnérables de la lignée ne succombent les uns après les autres, il est impératif de désamorcer le piège de la mort en procédant à cette cérémonie de purification. Tout ceci montre comment les représentations sociales et culturelles influent sur les perceptions des phénomènes de la vie quotidienne aux moments cruciaux de la vie. Même si l'instruction scolaire et la modernité ont introduit des modèles d'explication fondés sur la science et le pragmatisme, les formes anciennes de mise en relation des faits demeurent et incitent à des réactions parfois surprenantes. C'est ainsi que les rituels de type traditionnel sont toujours vivaces et des mises en accusation pour des faits relevant de contingences cliniques sont toujours préférées. La relation entre le monde des morts habité par les esprits et les ancêtres et celui des vivants, demeure tangible à travers les interférences mutuelles l'un sur l'autre pour la préservation du vivre-ensemble dans la paix et la concorde. L'objectif final de tout système social n'est-il pas justement la défense de cet ordre ? Mourir en couches pour des motifs de manquement à l'ordre social et d'inobservance des règles fondamentales qui orientent les rapports communautaires, devient alors une aberration et un acte de désobéissance.

3. DISCUSSION

Chez les Ewé du Togo, le décès de femmes en couches suite à des complications de la grossesse,

ne s'explique pas seulement par des causes matérielles et médicales. Il provient aussi, selon les récits recueillis, du non-respect des normes traditionnelles de conduite de la part des victimes, comme l'adultère ou l'infidélité, commis par la femme avant ou pendant la grossesse. Le même type d'explication se retrouve également chez plusieurs autres populations à travers l'Afrique. En Zambie, 56% des hommes contre 44% des femmes sont convaincus que l'infidélité est la principale cause des difficultés que rencontrent les parturientes lors de l'accouchement (R. Ziparo et C. Lapique, 2019) : « Lorsqu'une femme a des problèmes lors de la grossesse, elle est invitée à se confesser à propos de ces rapports extra-conjugaux. Selon les croyances locales, c'est l'unique façon d'atténuer les problèmes voire d'éviter de mourir à l'accouchement ». Cette conception va à l'encontre de celle des femmes du peuple amérindien Baris⁸ de Colombie et du Venezuela qui sont autorisées, une fois enceinte, à fréquenter autant d'hommes qui leur conviennent pour s'imprégner des caractères et aptitudes de ceux-ci car ces qualités et forces renforceront le bébé qui va naître (S. Idbouja, 2019)

Nous sommes là dans le domaine des mythes et croyances qui relèvent plutôt de l'irrationnel. Sinon, comment comprendre que deux hommes qui ont entretenu des relations avec une même femme, ou encore deux femmes qui ont fréquenté le même homme, ne peuvent pas s'entraider et s'assister mutuellement en cas de maladie, sans courir le risque de se mettre en danger de maladie ou de mort ? (C.L. Babadjide, 2021, p.176). *L'alokpli* qui en résulte, est une pratique de partage de partenaires sexuels, jugée non conforme par la société éwé, mais aussi par la majorité des populations de l'aire culturelle adja-tado du Togo et du Bénin⁹. Les données relatives à ce phénomène sont rares dans la littérature, seule une vidéo d'une émission diffusée sur une chaîne locale togolaise et reprise sur le réseau social *youTube*¹⁰, est disponible, qui aborde la question de *l'alokpli* telle que les populations la considèrent et l'expliquent :

⁷Adi = poison, tsi = eau, tu= cracher. Il s'agit de la cérémonie destinée à « désamorcer le poison de la mort »

⁸Ou Motilone barí, habitant près de la source du río Catatumbo, à la frontière entre la Colombie et le Venezuela.

⁹Aire recouvrant toute la partie méridionale du Togo, du Bénin et une portion du Ghana depuis le littoral jusqu'à une profondeur

d'environ 300 Km à l'intérieur des terres. Les peuples qui habitent ce territoire se réclament d'une origine commune qui est le royaume de Tado situé autrefois au bord du fleuve Mono au Togo (E. K. Kossi 1990, N.L. Gayibor 1997).

¹⁰<https://youtu.be/oRIOdR3OUSC>

catalyseur de maladie qui tue en silence, *l'alogpli* est considéré par les animateurs de la vidéo comme un fléau dont les conséquences sont difficilement calculables.

Au titre des travers de comportement que la société ne tolère pas, on compte aussi le mensonge et la duperie qui sont considérés comme des facteurs de perturbation et de fragilisation des rapports sociaux. C'est pour cela qu'ils sont condamnés. Ils ne répondent pas aux normes sociales qui se définissent comme « un ensemble de règles non écrites qui facilitent l'harmonie et la bonne coexistence entre les personnes ». Le mensonge et la duperie sont des atteintes au vivre ensemble communautaire, que les lois sont appelées à sanctionner avec rigueur. Les condamner est une mesure dissuasive, en même qu'il est un signal fort. Signal à l'endroit de tout l'entourage des femmes enceintes pour qu'il puisse réagir adéquatement lorsque les premiers signes de dysfonctionnement apparaissent. Interpréter les signes, c'est se demander promptement si la parturiente en difficulté dissimule un secret. Dans ce cas, que faut-il faire ? Ne serait-ce pas opportun de faire appel à des personnes-ressources (la mère, la grand-mère, un sage de la concession) pour qu'elle puisse se confesser ? Les sages-femmes et le personnel médical doivent être également informés de l'existence de cette catégorie de phénomènes qui ne sont ni enseignés dans les écoles de formation ni mentionnés dans les manuels de médecine, mais qui sont bien envisageables dans le contexte culturel africain (C.L. Babadjidé, 2020).

CONCLUSION

A la quête des causes de la persistance de la mortalité maternelle et néonatale au Togo, la présente recherche a focalisé son attention sur le CHP de Kpalimé qui est l'un des hôpitaux de district le plus important de la région des Plateaux au Togo. Plusieurs raisons expliquent ce choix, entre autres sa tradition historique au cœur de la zone de production du café et du cacao ainsi que des fruitiers depuis l'époque coloniale, et sa position à la croisée des chemins entre la capitale Lomé et la frontière du Ghana.

Alertée par la persistance des décès maternels malgré le déploiement de toutes ces mesures, la présente recherche s'est employée à interroger les populations, plus précisément les parturientes et des parents de femmes enceintes, sur les déterminants éventuels de cette situation. Le travail empirique a permis de proposer des explications que l'on relie aux représentations sociales et aux perceptions, plutôt qu'aux facteurs médicaux et pragmatiques. Les populations de la région de Kloto sont toujours convaincues que les pratiques sociales non conformes à la morale sociale, sont à l'origine des dysfonctionnements.

Pour cela, il faudrait mettre un accent particulier sur l'éducation familiale de la jeune fille en lui inculquant très tôt les valeurs de la coutume. Cette coutume recèle un grand nombre de dispositions comportementales prescrites, dont l'observance est cruciale pour l'intégrité de la personne. Ces dispositions peuvent être considérées comme des boucliers contre des attitudes déviantes et des leviers pour le maintien de l'ordre et la conformité aux valeurs. Elles ont une forte dimension morale, sans conteste, car ayant pour fonction primordiale de garantir l'intégrité de l'ordre parental dans les lignages. Un enfant doit pouvoir être inséré sans crainte dans une lignée parentale, et y intégrer la place qui lui revient, gage de son identité de groupe. Pour cela, les parents doivent avoir l'assurance que l'enfant qui va naître fait partie réellement de la lignée, car conçu par son père légitime. La recherche anthropologique a entre autres pour fonction d'expliquer les pratiques culturelles en vigueur dans les sociétés et de les insérer dans le contexte de sens qui légitime leur exécution à des fins de préservation de la société.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

ABOUDOU Mohamed, 2007, Evaluation du niveau de connaissance en consultation prénatale des gestantes, étude du cas des gestantes du CHU-Tokoin de Lomé, Mémoire de Maîtrise de sociologie, Université de Lomé, Lomé.

AHOSSU Sénam, 1991, Contribution à l'étude de la mortalité maternelle dans deux maternités du Togo (au CHU de Lomé et au CHR de Sokodé), Mémoire de Maîtrise de sociologie, Université de Lomé, Lomé.

- AZAMEDE Kokou, 2014, « L'hôpital de Kpalimé », <https://www.goethe.de/ins/tg/fr/kul/sup/dsi/pla/20809017.html>
- BÂ Idrissa, 2018, « Les rituels de la naissance au Sénégal » in Rosella SANDRI (sous la Direction de), *Le bébé et son berceau culturel. L'observation du bébé selon Esther Bick dans ses différents contextes culturels*, Coll. La vie de l'enfant, Paris, Erès, p. 31-43.
- BABADJIDE Charles Lambert, 2020, « Rites de réintégration « Afolile » des femmes adultères chez les « Fon » d'Abomey : Eléments pour une Socio-Anthropologie de la purification », *European Scientific Journal, ESJ* 17 (7), 170, p.170-188, <https://doi.org/10.19044/esj.2021>
- BADOLO Hermann, TESTA Jean et BAHAN Dalomi, 2015, *Mortalité maternelle en Afrique : Contribution pour une construction conceptuelle et méthodologique d'un indicateur de risques contextuels de morbidité et de mortalité maternelle, Cas du Burkina Faso*, Communication présentée à la VIIème Conférence africaine sur la population, Johannesburg – Afrique du Sud.
- BARRY Boubacar, 2008, *Mortalité maternelle : cause et facteurs favorisants déterminés par l'autopsie verbale dans le département de Bakel*. Memoireonline.com
- BIAKOUYE Awusu Kodjo, 1998, *Etude de l'évolution socioéconomique d'une ville secondaire en zone de plantation au Togo : Kpalimé, de l'essor à la décadence relative*, Mémoire de Géographie urbaine, Université du Bénin, Lomé.
- BILABENA Salamatou, SAMA Nankpakou, KOSSI-TITRIKOU Komi, 2022, « Femme et santé de la reproduction : maternité et consultations prénatales (CPN) au Togo », in : *Les sciences sociales et les humanités africaines : introspections*, Coord. par Clément Akassi, ss la direction de Koffi Ganyo Agbefle & Christian Tramblay, *L'Observatoire européen du plurilinguisme (OEP) et les Editions Francophones Universitaires d'Afrique (EFUA) N° 7*, Avril 2022, p. 341-362.
- BOLAKONGA Bobwo, 1989, « Les tabous de la grossesse chez les femmes Sakata (Zaire) », *Annales Aequatoria* 10(1989), 42-54.
- BUZINGO Deogratias, 2014, « Analyse des facteurs/Déterminants socioculturels et contextuels des risques de morbidité et mortalité maternelles au Burundi : Essai de cartographie régionale », <https://www.academia.edu/26017692>
- FAURE Pierre, “Warner William Lloyd, (1898-1970)” in *Encyclopaedia Universalis* [en ligne] consulté le 31 août 2022, <https://www.universalis.fr/encyclopedie/ethnologie-ethnologie-generale>.
- FONDS DES NATIONS UNIES POUR L'ENFANCE (UNICEF), 1994, *Egalité des sexes et démarginalisation des femmes et des filles*, New York.
- FONDS DES NATIONS UNIES POUR L'ENFANCE (UNICEF), 1999, *Reducing maternal mortality and morbidity*, Lusaka, Zambia.
- IDBOUDJA Soraya, 2019, « Rites et traditions du monde : ces étranges croyances autour de la naissance », <https://www.journaldesfemmes.fr/société.insolite>
- KIRAGU Ann, 2015, *La mortalité maternelle au Kenya : mesures et déterminants*, Thèse de Doctorat en Démographie [en ligne], Paris, Institut de Démographie. www.theses.fr.
- KOSSI-TITRIKOU Komi, NYASSOGBO Kwami Gabriel, ANIKA Edem Komitsè & EKOUE Akouété Galé, 2021, « Les Ewé aujourd'hui » in : *Nicoué Gayibor (ss la Dir), Les Ewé (Togo, Ghana, Bénin). Histoire et Civilisation*, Coll. Patrimoines N° 26, Tome 2, Paris, L'Harmattan, Lomé, Presses de l'Université de Lomé, p. 219-248.
- LEVI-STRAUSS Claude, 11949, 1967, *Les Structures élémentaires de la parenté*, Paris, PUF La Haye, Mouton.
- LEVI-STRAUSS CLAUDE, 1973, « Réflexions sur l'atome de parenté ». In : *L'Homme*, tome 13, n°3. p. 5-30, [en ligne] doi : <https://doi.org/10.3406/hom.1973.367355>

Facteurs socioculturels de la mortalité maternelle chez les parturientes du CHP de Kpalime, Togo

https://www.persee.fr/doc/hom0439-4216_1973_num_13_3_367355

MAIRIE DE KPALIME, 2018, Plan de Développement communal de 2eme génération 2019-2023, Kpalime.

MASIRIKA IRENGE Blaise, KAJIBWAMI BIRINDWA tienne, MPARANYI, Gérard, BARHAMBULIRA NKUSI Pascal, « Analyse des facteurs explicatifs des décès maternels intra hospitaliers dans la zone de Santé Rurale de Miti-Murhesa, RDC », <https://hal/archives-ouvertes.fr>

MEILLASSOUX Claude, 1964, Anthropologie économique des Gouro de la Côte d'Ivoire, Paris-La Haye, 2012. Facteurs à risque de mortalité maternelle au Congo, Institut National de la Statistique (INS), Brazzaville.

NZAOU Stone Chancel, 2019, « Facteurs à risque de mortalité maternelle au Congo », <http://uaps2019.popconf.org>

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE (OMS), 2008, Rapport sur la santé dans le monde 2008 : les soins de santé primaires, [en ligne] Genève (<https://www.apps.who.int>) consulté le 21 avril 2022.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE (OMS), BANQUE MONDIALE (BM), FONDS DES NATIONS UNIES POUR LA POPULATION (UNFPA), FONDS DES NATIONS UNIES POUR L'ENFANCE (UNICEF), 2012, « Trends in Maternal Mortality: 1990-2010, estimations OMS » [en ligne] (<https://apps.who.int/iris/handle>, consulté le 28 Avril 2022.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE (OMS), FONDS DES NATIONS UNIES POUR L'ENFANCE (UNICEF), FONDS DES NATIONS UNIES POUR LA POPULATION (UNFPA), BANQUE MONDIALE (BM), NATIONS UNIES, 2019, Evolution de la mortalité maternelle 2000-2017. Estimations de l'OMS, de l'UNICEF, de l'UNFPA, du Groupe de la Banque Mondiale et de la Division de la Population des Nations-Unies, Genève, Suisse.

PAZZI, Roberto, 1976, L'homme, eve, aja, gen, fon et son univers ; Lomé ; ronéotype.

PIRAUX Maurice et DEVEY Muriel, 2010, Le Togo aujourd'hui, Paris, coll. « Aujourd'hui », Ed. du Jaguar.

REY Alain, 1998, Dictionnaire historique de la langue française, Paris Robert.

REY Sevin, 2017, « Tour du monde des traditions autour de la grossesse et de l'accouchement », www.madame.lefigaro.fr

SISSOKO Adama (2020). Etude de la mortalité maternelle dans le district de Bamako/Mali, Thèse de Doctorat, Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako, Bamako.

SOMBIE Issiakia, MEDA Ziemle Clément, SAVADOGO Geswende Léon Blaise, SOME Donmozoun Téléphore, DAMOUNI Sophie Fatoumata, DADJOARI Moussa, SAWADOGO Ramata Windsouri, SANO-OUEDRAOGO Djénaba (2018). « La lutte contre la mortalité maternelle au Burkina-Faso est-elle adaptée pour réduire les trois retards ? », Santé Publique 2018/2 (Vol.30), p.273-282, Ouagadougou.

VIEIRA MARTINS Maria de Fatima, ALMEIDA REMOALDA Paula Cristina, 2007, « Mythes et croyances pendant la grossesse dans la région nord-ouest du Portugal et ses implications dans la santé des femmes », Recherches en soins infirmiers, n°90, sept.2007, p.75-85

YAOGO Maurice, SOME Théophile, OUEDRAOGO Moctar et MEDA Nicolas, 2012, Cultures locales et mortalité maternelle : contribution d'une approche qualitative à l'identification des causes de décès maternels par autopsie verbale » Recherches qualitatives, 31 (1), 89-113, <https://doi.org/10.7202/1085024ar>

ZIPARO Roberta, LAPIQUE Claire, 2019, « En Zambie, les croyances traditionnelles accentuent les risques liés à la grossesse », Dialogues économiques, Aix-Marseille School of Economics, <https://lejournal.cnrs.fr>



ANALYSE DE L'AMBIANCE THERMIQUE DANS LES TATA SOMBA DANS LA COMMUNE DE BOUKOUME AU NORD-OUEST DU BENIN

ANALYSIS OF THE THERMAL ENVIRONMENT IN THE TATA SOMBA IN THE COMMUNE OF BOUKOUME IN NORTHWEST BENIN

¹ BOKO Nouvêwa Patrice Maximilien,...

¹ Maître-Assistant, Laboratoire Pierre Pagney, Climat, Eau, Ecosystèmes et Développement (LACEEDE), Université d'Abomey Calavi (UAC), République du Bénin, boko2za@gmail.com

BOKO Nouvêwa Patrice Maximilien, Analyse de l'ambiance thermique dans les Tata Somba dans la commune de Boukoumé au nord-ouest du Bénin, *Revue Espace, Territoires, Sociétés et Santé* 5 (10), 31-42, [En ligne] Décembre 2022, URL: <https://retssa-ci.com>

Résumé

La particularité de l'héritage architecturale de la commune de Boukoumé dans l'Atacora en a fait une attractivité touristique dénommée la route des tatas. Or, dans toute conception architecturale, l'évaluation du confort thermique est un paramètre capital. L'objectif de ce travail est de mesurer le confort thermique à l'intérieur de ces patrimoines matériels, culturel et architectural qu'est les tatas.

Ainsi, pour atteindre cet objectif, les données tri-horaire sur la température ont été collectées. Ces données ont été complétées avec les informations sur les perceptions des touristes sur le terrain. Le traitement de ces données s'est fait à base de l'indice de la température opérative et l'échelle de jugement ASHRAE. Le premier a permis de

déterminer le taux de confort à l'intérieur (Top) des tatas et le second la perception des touristes. Les résultats montrent que la destination "route des Tatas" dans la commune de Boukoumé dispose de plusieurs types de tata. Cette compte plusieurs tatas à savoir : les tatas tayéba ou tatas Natemba, Tatas Otammari ou Tata des Bêtammari, le Tata Otchao ou Tata des Bètchabè, le Tata Ossori ou Tata des Bèssoribè et le Tata Okpanri. Concernant les ambiances thermiques à l'intérieur des tatas, la température aux rez-de-chaussée est globalement au confort soit 26 °C. C'est vers 15 heures que l'ambiance devient plus chaude mais modérée (>26-To<32°C). Cependant, quand le visiteur (touriste) est à l'étage, l'ambiance est au confort entre 9 heures et 10 heures dans les mois de saisons de pluie. Cette situation est source d'inconfort pour 65 % des visiteurs à l'étage et 70 % des visiteurs au rez-de-chaussée. Les résultats obtenus ont montré que l'intensité des rayons solaires sur les parois extérieures des tatas influence fortement le confort thermique à l'intérieur des tatas Somba.

Mots clés : Boukoumé, Atacora, tourisme, Tatas, thermique

Abstract

The particularity of the architectural heritage of the commune of Boukoumé in the Atacora region has made it a tourist attraction called the route des tatas. However, in any architectural design, the evaluation of the thermal comfort is a capital parameter. The objective of this work is to measure the thermal comfort inside these material, cultural and architectural heritages that is the tatas.

Thus, to achieve this objective, the three-hourly temperature data were collected. These data were completed with the information on the perceptions of the tourists on the ground. The processing of these data was done on the basis of the operative temperature index and the ASHRAE judgment scale. The first one allowed to determine the rate of comfort inside (Top) the tatas and the second one the perception of the tourists.

The results show that the destination "route des Tatas" in the commune of Boukoumé have several types of tatas. This counts several tatas namely: the tatas tayéba or tatas Natemba, Tatas Otammari or Tata of the Bètammari, the Tata Otchao or Tata of the bètchabè, the Tata Ossori or Tata of the Bèssoribè and the Tata Okpanri. Concerning the thermal ambience inside the tatas, the temperature on the first floor is generally comfortable, i.e. 26°C. It is around 3 pm that the atmosphere becomes hotter but moderate (>26-To<32°C). However, when the visitor (tourist) is upstairs, the atmosphere is comfortable between 9 and 10 o'clock in the months of rainy seasons. This situation is a source of discomfort for 65% of visitors on the upper floor and 70% of visitors on the first floor. The results obtained showed that the intensity of solar radiation on the outer walls of the tatas strongly influences the thermal comfort inside the Somba tatas.

Keywords: Boukoumé, Atacora, tourism, Tatas, thermal.

INTRODUCTION

Le tourisme se base de plus en plus sur la valorisation des richesses des territoires et des peuples mais en Afrique les richesses sont peu valorisées en général (M. Gravari-Barbas et S. Jacquot, 2022, p.3) et plus particulièrement le patrimoine culturel. Selon l'UNESCO (2009), le patrimoine culturel désigne les artefacts, les monuments, les groupes de bâtiments et sites, les musées qui se distinguent par leurs valeurs diverses, y compris leurs significations symboliques, historiques, artistiques, esthétiques, ethnologiques ou anthropologiques, scientifiques et sociales. Il comprend le patrimoine matériel (mobilier, immobilier et immergé), le patrimoine culturel immatériel (PCI) intégré dans la culture et les artefacts, sites ou monuments du patrimoine naturel. Cette définition exclut le patrimoine immatériel relatif à d'autres domaines culturels comme les festivals, les célébrations, etc. Elle inclut le patrimoine industriel et les peintures rupestres. Dans cette approche c'est le patrimoine architectural, rare témoin d'un système de défense (C. Meillassoux, 1966, p.3), qui est l'objet de cette recherche.

En effet, au nord bénin plus précisément dans la commune de Boukoumé, on retrouve des habitations présentant un aspect de forteresse ou de ferme fortifiée, ou châteaux forts, appelés communément « tata ». Ce nom était donné en Afrique de l'Ouest à tout ouvrage, murs ou murailles, à vocation défensive, d'où l'appellation commune de « tata somba » ou « tata tamberma ». Ces derniers peuvent être définis comme une habitation basée sur une architecture pittoresque ; constituant ainsi un attrait pour de nombreux touristes. Les demandes de séjours dans les tatas somba après une visite guidée sont très fréquent (C. Dafonna, 2012, p.25). Or avec l'avènement des effets du réchauffement climatique, il y a peu de données disponibles sur les ambiances thermiques sur ces patrimoines architecturaux. L'objectif de ce travail est donc d'analyser l'ambiance thermique

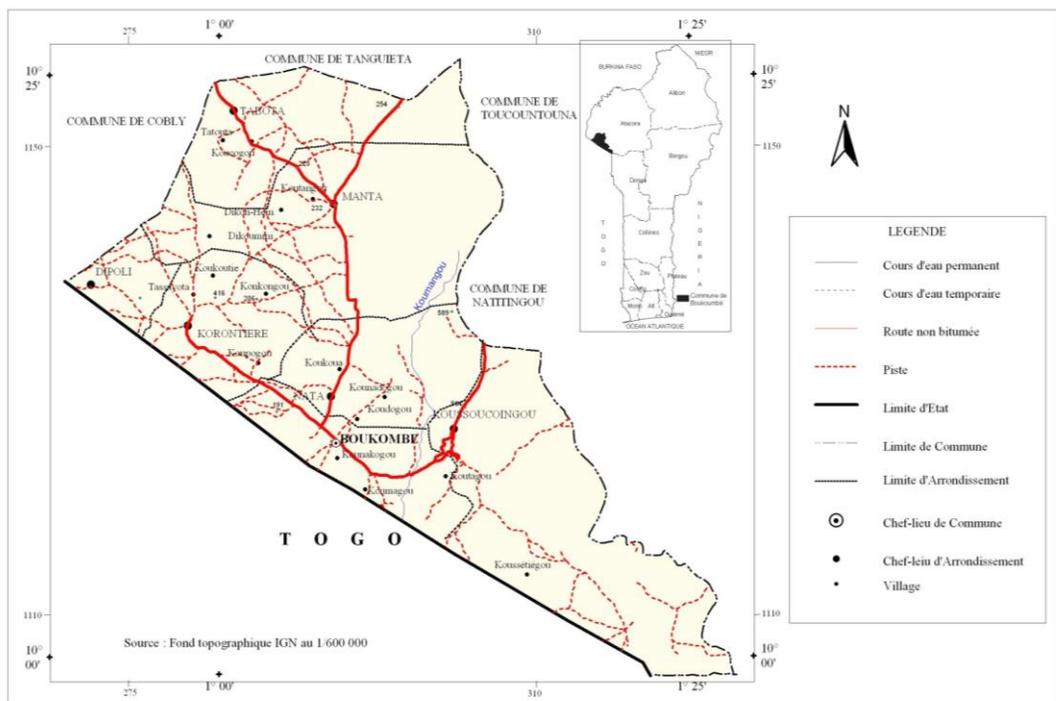
dans ces tatas à travers les paramètres climatologiques. Spécifiquement il s'agit de faire la typologie des tatas, ensuite déterminer l'évolution de la température opérative à l'intérieur des tatas (au rez-de-chaussée et à l'étage) et enfin évaluer la perception des occupants.

Boukombé est l'une des neuf (9) communes du département de l'Atacora. Elle est située au nord-ouest du Bénin à plus de 600 km de la côte. Elle est comprise entre 10° et 10°40' de latitude nord et 0°75' et 1°30' de Longitude est. La carte 1 indique la situation géographique de la commune de Boukombé.

1. Matériels et méthodes

1.1. Présentation de la zone d'étude

Carte n°1 : Situation géographique de la commune de Boukombé



Source : Fond Topographique IGN, 1992 et OpenStreetMap, 2020

Située en zone soudanienne, la commune couvre une superficie de 1036 Km². Elle est limitée au nord-est par la commune de Tanguéta, au nord-ouest par celle de Cobly, au sud et à l'est par les communes de Natitingou et Toucountouna et à l'ouest par la République du Togo (Mairie Boukoumé, 2010, p.40).

Elle est subdivisée en sept arrondissements (Dipoli, Korontière, Natta, Koussoucingou,

Tabota, Manta, et Boukombé-centre) et compte 71 villages (SDAC, 2007, p.40).

Le climat de type soudano est caractérisé par une saison pluvieuse d'Avril à Octobre et une saison sèche allant de novembre à mars. Compte tenu des conditions climatiques la période de l'année favorable au tourisme dans la commune de Boukombé correspond à la saison sèche. Elle s'étend de novembre à mai.

1.2. Données utilisées

- Les données tri-horaires de la température des différentes façades internes des tatas. L'architecture des tatas comprend deux niveaux. Le premier ou le rez-de-chaussée est utilisé pour loger le bétail la nuit et contient également des alcôves pour la cuisine et d'autres tâches. L'étage dispose d'un toit comme sur un château utilisé pour sécher le grain, pour dormir et pour stocker. Le prélèvement des données a été donc effectué à ces deux niveaux. Ces données ont été complétées avec les données extraites de la base de données de l'ASECNA.
- Les données sur la sensation thermique perçue par les occupants dans le milieu d'étude.

1.3. Méthodes de traitement

Deux méthodes de traitement ont été utilisées. Il s'agit premièrement de la détermination de la température opérative (T_{OP}) et l'évaluation du confort perçue par les occupants.

1.3.1. Température opérative (T_{OP})

Pour mesurer la température de l'air à l'extérieur des tatas, le thermomètre est placé à 1,5 m du sol dans un abri ajouré. Cet abri laisse ainsi circuler l'air et protège l'instrument de mesure du rayonnement direct du soleil.

La température opérative encore appelé, la température de confort ressentie ou température résultante sèche (T_{rs}) est définie comme la température d'une enceinte isotherme dans laquelle un occupant échange la même quantité de chaleur par rayonnement et convection que dans l'enceinte dans laquelle il se trouve réellement (M. Bruant 1997, p.65).

C'est un indice de confort thermique intégrant deux paramètres physiques, la température de l'air ambiant et la température moyenne radiante

(N. Cordier, 2017, p.51). Le calcul simple de cet indice est donné par la formule suivante :

$$T_{OP} = \alpha T_a + (1 - \alpha) T_{mrt}$$

avec :

T_{OP} : La température opérative [°C]. **T_a** : La température de l'ambiance [°C].

T_{mrt} : La température moyenne radiante [°C]. **α** : Coefficient en fonction de la vitesse d'air.

Avec des vitesses de l'air inférieures à 0,2 m/s, la température opérative est égale avec une bonne approximation, à la moyenne arithmétique des températures citées (M. Bruant 1997, p.65), et pouvant être écrite de la façon suivante.

$$T_{OP} = (T_{air} + T_{mrt}) / 2$$

1.3.2. Méthode d'évaluation subjective du ressenti du visiteur/occupant

L'étude sur le terrain s'est faite en deux phases : la phase de pré-enquête qui consiste à explorer le terrain par des prises de contacts avec les autorités locales et la population, puis la phase de l'enquête proprement dite qui s'est faite l'aide d'observations et de questionnaires basée sur un échantillon total de 150 touristes ont vécu l'expérience de séjourner dans un tata du milieu. Leur perception par rapport au temps s'est basé que l'échelle de sensation thermique ASHRAE (*American Society of Heating, Refrigerating and Air Conditioning Engineers*) en sept points (Tableau I).

Tableau n°1 : Échelle de jugement ASHRAE

3	FROID
2	Frais
1	Légèrement frais
0	Neutre
-1	Légèrement tiède
-2	Tiède
-3	Chaud

Source : A. Kemajou, 2012, p3

Les questionnaires présentant des contradictions entre la sensation thermique, le jugement affectif de l'ambiance et la préférence thermique ont été éliminés. De même pour tout questionnaire incomplet ou mal remplis.

Deux types de traitements ont été faits : le traitement manuel et automatique grâce aux logiciels Word et Excel.

2. RESULTATS

2.1. Typologie de Tatas dans le milieu d'étude

Le « tata » dispose d'un rez-de-chaussée et d'un niveau supérieur avec des habitations et des greniers à provisions. L'étage permet de se protéger contre des fauves et permet de voir l'ennemi s'approcher. Des cachettes y sont d'ailleurs aménagées, avec des orifices dans le mur pour les attaques. Un hall est aussi prévu pour la sécurité des animaux domestiques. Aussi bien les chambres que les greniers sont constitués de tourelles coniques coiffées de paille et reliées par un mur.

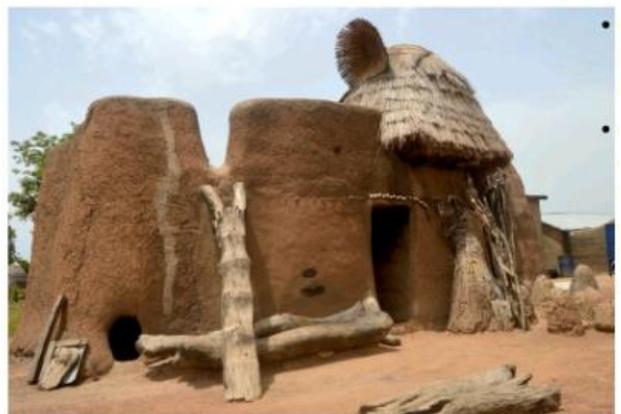
Toutes les terrasses des Tatas Somba sont dallées. Elles disposent également d'orifices pour l'aération et l'évacuation. L'entrée des Tatas est si petite qu'il faut se baisser ou ramper pour les franchir. Au seuil de l'entrée, se trouve l'autel du « Serpent » tutélaire, symbole de l'âme des ancêtres. Une fois le seuil franchi, dans le hall on trouve des provisions, une meule à grains, des abris d'animaux domestiques et un autre autel. Il existe cinq types de Tatas à savoir : le tata tayéba ou tata Natemba, Tata Otammari ou Tata des Bêtammaribè, le Tata Otchao ou Tata des bêtchabè, le Tata Ossori ou Tata des

Bèssoribè et le Tata Okpanri (M. B. Teiga, 2011 et Enquête de terrain, 2021).

2.1.1. Le Tata Tayèba ou Tata Natemba

Tayèba désigne les habitants de Tayacou (premier site d'implantation des Natemba) mais qui sont en réalité avec les habitants des autres localités des Natemba. Ceux-ci sont localisés en majorité à Tanguiéta, mais il y en a également dans les communes de Cobly, Toucountouna et Kouandé. Le Tata Natemba est l'unique Tata dont la structure est entièrement dallée, toit compris. Une échelle permet d'accéder de l'extérieur du rez-de-chaussée à l'étage. A l'origine, ce Tata comprenait une première terrasse avec deux grandes chambres et une seconde avec six chambres. Un seul grenier pouvait être construit sur la terrasse ou tout simplement en dehors même du Tata. Un passage arrière aménagé pour la guerre permet de descendre de l'étage au rez-de-chaussée et vice-versa. Ce passage est emprunté par les chasseurs quand ils reviennent de la grande chasse afin de sortir par l'entrée principale

Photo n°1 : Tata Somba Natemba



Prise de vue : C. Atanga Amougou, septembre 2021

2.1.2. Le Tata Otammari ou Tata des Bètammari

En général, le Tata otammari dispose de trois chambres à l'étage et de trois greniers au-dessus. Ce tata possède trois terrasses : une petite à laquelle l'on a accès directement par une échelle (il s'agit du tronc d'un petit arbre, taillé tout le long à hauteurs égales pour permettre aux orteils de prendre appui et dont la partie supérieure est en forme de V), une deuxième en demi-cercle d'1,5 m de diamètre et une troisième beaucoup plus grande.

Photo n°2 : Tata Somba otammari



Prise de vue : C. Atanga Amougou, septembre 2021

2.1.3. LE Tata Otchao ou Tata des bètchabè

Le groupe Otchao peuple la commune de Boukoumé centre et fait partie intégrante des Bètammari.

Photo 3 : Tata Somba Otchao



Prise de vue : C. Atanga Amougou, septembre 2021

Le Tata Otchao est une modification du Tata Otammari. A la différence de ce dernier, l'étage est dallé et son échelle donne sur l'une des deux petites terrasses. Il faut également traverser la deuxième pour atteindre la plus grande terrasse. Un trou dans la dalle permet d'évacuer la fumée de la cuisine et les odeurs des animaux. Ce n'est certainement pas le fait du hasard si certains l'appellent Tata de Boukoumbé ou encore Tata Otammari 2.

2.1.4. Le Tata Ossori ou Tata des Bèssoribè

Les Bèssoribè sont un peuple que l'on retrouve en majorité dans la commune de Natitingou, le chef-lieu du département de l'Atacora.

Photo n°4 : Tata Somba Ossori



Prise de vue : C. Atanga Amougou, septembre 2021

Il aurait connu un métissage entre les Bètammari et les Waaba. Le Tata Ossori comprend une grande terrasse par laquelle on accède avec une échelle. A l'étage, l'on distingue trois chambres et quatre greniers disposés sur le pourtour. Il ressemble à peu de choses près au Tata Tamberma du Togo, classé patrimoine mondial de l'Unesco dans la région appelée Koutammakou (littéralement, « là où l'on façonne le sable »). Une appellation d'ailleurs usitée par les autres peuples de

l'Atacora pour désigner l'ensemble du pays Otammari.

2.1.5. Tata Okpanri

Ce type de tata avec ses tourelles se différencie par les autres types de tata par sa taille imposante.

Photo n°5 : Tata Somba Okpanri



Prise de vue : C. Atanga Amougou, septembre 2021

Il est composé de quatre greniers alignés à la devanture. L'entrée est directe, au milieu, nous avons deux tourelles qui séparent l'allée donnant accès à l'intérieur du Tata. Au-dessus de ces tourelles se trouvent des greniers. Généralement utilisé pour la forge ce qui fait que bon nombre l'appelle le Tata forge.

2.2. Évolution de la température opérative à l'intérieur des tatas

2.2.1. Évolution de la température opérative dans les tatas au rez-de-chaussée

Le tableau 2 présente l'évolution de la température opérative à l'intérieur des tatas au rez-de-chaussée à l'échelle tri-horaire.

Tableau n°2 : Température Opérative à l'échelle tri-horaire dans les tatas au rez-de-chaussée à Boukoumé

Heures	Mois											
	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
6h	Green											
9h	Green	Green	Yellow									
12h	Green	Yellow										
15h	Yellow											
18h	Green											

Sources des données : Résultats de calcul, 2022

Légende

Ambiance Confortable (≥ 26 °C)
Ambiance chaude modéré ($[26$ °C – 32 °C])
Ambiance fortement chaude ($[32$ °C – 38 °C])

De l'observation de ce tableau 2, on remarque que la température varie entre une ambiance confortable (± 26 °C) et une ambiance chaude

modérée (>26 °C). Pendant toute l'année à 6heures et à 18 heures la température est acceptable voire confortable. Elle est aussi

confortable entre 9 heures et 12 heures en janvier et en novembre et décembre. En revanche, à 15 heures sur toute l'année la température opérative est caractérisée par une ambiance chaude modéré. Elle en est de même de février à octobre à 12 heures et de mars à septembre à neuf heures. Pendant toute l'année la température opérative au niveau du rez-de-chaussée va de 25°C au 36°C.

Cette augmentation de la température, pendant ces heures, peut s'expliquer par l'augmentation de la température à l'extérieur de l'habitation. En effet quand le soleil est au zénith, l'angle de l'incidence des rayons du soleil est égal à 0° et donc l'habitation est plus

intensément réchauffée pendant cette période. En règle générale donc, l'espace intérieur au rez-de-chaussée commence par se chauffer au début de l'après-midi et a atteint un pic vers 15 heures avant que la température ne recommence par baisser pour atteindre un certain confort vers 18 heures.

2.2.2 Évolution de la température opérative dans les tatas à l'étage

Le tableau 3 présente l'évolution de la température opérative à l'intérieur des tatas à l'étage à l'échelle tri-horaire.

Tableau n°3 : Température Opérative à l'échelle tri-horaire dans les tatas à l'étage à Boukoumé

Heures	Mois											
	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
6h												
9h												
12h												
15h												
18h												

Sources des données : Résultats de calcul, 2022

Légende

Ambiance Confortable (≥ 26 °C)
Ambiance chaude modéré (26 °C – 32 °C)
Ambiance fortement chaude (32 °C – 38 °C)

L'observation de ce tableau permet de remarquer une dominance d'ambiance chaude modérée et d'ambiance fortement chaude. En effet, les seules périodes où la température opérative est acceptable est de six heures en janvier et février octobre, novembre et décembre

et à neuf heures en janvier, en novembre et en décembre.

Le réchauffement de l'espace intérieur au niveau de l'étage est influencé par l'exposition des parois externes au rayon solaire. Ainsi à 15 heures à l'étage l'ambiance est fortement

chaude pendant toute l'année. Contrairement au mois de mars à septembre entre neuf heures à 12 heures ou l'ambiance au confortable. Il faut notifier que ces mois correspondent au mois de saison de pluie ou l'humidité élevée pendant cette période atténue l'intensité des rayons solaires sur les parois extérieures des tatas. Ici il faut mettre en exergue le fait que la température du fond plafond de l'habitation est plus grande par rapport aux températures des autres faces à l'intérieur du tata. Au niveau de l'étage la variation de la température opérative a de 26 °C au 38 °C.

On peut remarquer qu'il y a une différence de variation de la température opérative entre être l'espace rez-de-chaussée et l'espace au niveau de l'étage. L'écart de température au cours de l'année oscille entre 2°C et 3°C.

3.3. Évaluation subjective du ressenti des occupants des tatas avec l'échelle ASHRAE

Les résultats des perceptions sur les 5 échelles sont présentés sur les figures 1 et 2.

Figure n°1 : Fréquence de la perception des visiteurs des tata au niveau de l'étage

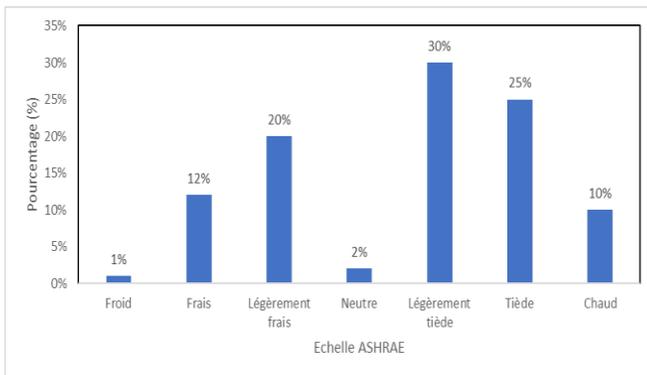
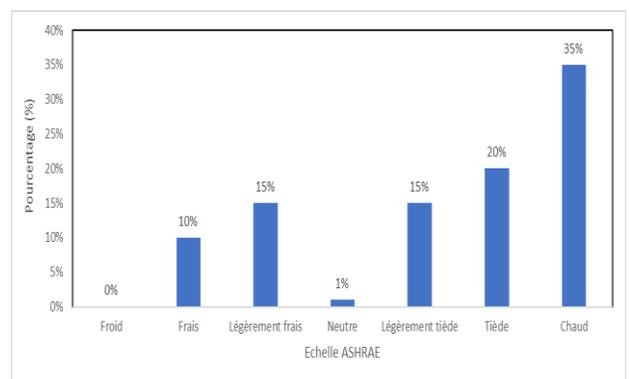


Figure n°2 : Fréquence de la perception des visiteurs des tata au niveau rez-de-chaussée



Source : Traitement des données de terrain, 2022

De façon global, l'observation de la figure montre que les 23 % des différents visiteurs des tata au niveau de l'étage estime que la température est plus à la fraîcheur contre 65 % qui trouve qu'il fait un peu plus chaud. 2 % Seulement sont neutres au niveau de l'étage. Parallèlement, 25 % des visiteurs trouvent la température au niveau du rez-de-chaussée beaucoup plus fraîche contre 70 % qui trouvent l'espace intérieur plus chaud.

Que cela soit donc au niveau de l'étage ou en rez-de-chaussée, l'ambiance intérieure globale pour l'ensemble est visiteurs est au chaud. Or selon, la norme ASHRAE 55, la température ambiante intérieure recommandée doit être comprise entre 22,6 et 26 °C. Sur cette base et sachant que la température ici est comprise entre 32 et 38 °C, on peut en déduire que l'ambiance est à l'inconfort pour les visiteurs des tatas. Par voie de conséquence, séjourné à l'intérieur du tata suppose une exposition

prolongée. Et une exposition prolongée à une température trop basse ou trop élevée peut fragiliser l'organisme et occasionner des pathologies. Evidemment, il faut prendre en compte leur origine et leur état de santé. SI donc les visiteurs souhaitent séjourner dans l'habitation, on suggère un système de ventilation qui lui serait plus adapté.

3. DISCUSSION

Des résultats obtenus, il existe cinq types de Tatas à savoir : le tata tayéba ou tata Natemba, Tata Otammari ou Tata des Bètammari, le Tata Otchao ou Tata des bètchabè, le Tata Ossori ou Tata des Bèssoribè et le Tata Okpanri. Les calculs avec la température opérative faites montrent une oscillation de température entre 25 °C et 36 °C avec une tendance vers une ambiance chaude au rez-de-chaussée. Cependant à l'étage la température opérative oscille entre 26 °C et 38 °C avec une forte tendance à l'ambiance de fortes chaleurs vers 15 heures.

Dans la littérature disponible, il n'y pas eu d'études récentes sur les ambiances thermiques dans les tatas. Mais plusieurs études sur les confort thermiques à l'intérieur de bâtiment ou habitation ont été réalisées à travers le monde (N. Tixier, 2007, p.5) mais les données sur le confort à l'intérieur d'une architecture comme celle de tata somba sont parcellaires voire quasi inexistant. Néanmoins, en ce qui concerne le réchauffement des parois, qui influence la température interne de l'habitation, nos résultats corroborent ceux de A Oudane et B. Aour (2019) qui ont travaillé sur un système de modélisation des habitations au niveau du sahel. On trouve aussi des

résultats similaires avec les travaux de A. Kemajourl et al 2012 au Cameroun qui a travaillé sur les villes de Douala et de Yaoundé. La différence entre ce dernier avec cette étude est que les auteurs ont conclu que la température acceptable oscille entre 23 et 28°C. ce qui se justifie par le fait que l'étude était axée sur la population urbaine des villes alors que dans notre cas, le groupe cible est essentiellement composé de expatriés qui viennent de divers horizons.

Dans le cadre de cette étude les éléments de sexe, d'âge et provenance des visiteurs n'ont pas été prise en compte afin de mettre en exergue la sensibilité climatique des visiteurs. En effet, selon N. Tixier (2007, p.3), il est nécessaire de prendre en compte, pour un espace habité la logique de la gêne (nuisance), la logique d'opérationnalité (fonction), la logique de la norme (confort), la logique de l'esthétique (paysage), la logique d'usage et de sensation (ambiance) Par ailleurs, le relevé thermométrique se sont arrêté au niveau de 18h ce qui nous a obligé d'omettre les analyses sur les ambiances nocturnes. Ces différents éléments font déjà l'objet d'un autre projet de travail scientifique.

REMERCIEMENTS

Nos remerciements chaleureux à la population de Koussou pour son aide durant notre séjour dans leur village, au gérant de l'hôtel Tata Koubetit pour son aide spécialement Valérie SELBA. Un Grand merci aux familles OSSORY, KOUAGOU et HONDO et enfin un merci spécial à Corine ATANGA AMOUGOU pour sa contribution photographique pendant les investigations.

CONCLUSION

Au terme de cette étude, on peut retenir que les tatas Somba constituent patrimoine architectural digne d'intérêt touristique. Mais son utilisation par les visiteurs pour séjour peut s'avérer un peu problématique surtout si ce dernier est sensible à la chaleur. La mise en valeur d'un tel atout du point de vue confort thermique pourrait nécessiter une mise à jour des techniques de construction des autochtones afin que les habitations soient plus adaptées pour les étrangers climato-sensibles.

Cependant, même si les Tatas tendent à servir les demandes touristiques via la route des tatas, les autorités et acteurs du tourisme à divers niveaux doivent prendre en compte les sensibilités climatiques des touristes et ou le confort bioclimatique de cette architecture traditionnelle avant de la vulgariser comme lieu de séjour pour une courte ou longue durée. En ce sens les actions doivent être conjugué l'aménagement bioclimatique de cette architecture.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

ASHRAE standard 55, 1981, Thermal Environmental Conditions for Human Occupancy', American Society of Heating, Refrigeration and Air Conditioning Engineers Inc. Atlanta.

BRUANT Marc, 1997, Développement et paramétrages de contrôleurs flous multicritères du confort d'ambiance, in Conception en bâtiment et techniques urbaines, I.N.S.A

(Institut National des Sciences Appliquées) de Lyon, France, 269 p.

CORDIER Nicolas, 2017, Développement et évaluation de stratégies de contrôle de ventilation appliquées aux locaux de grandes dimensions, thèse de doctorat soutenue à l'Institut National des Sciences Appliquées de Lyon, France, 322 p.

DAFONNA Clémence, 2012, Tourisme et Développement dans la Commune de Boukoumbé : Atouts et Contraintes, Mémoire de maîtrise en géographie, UAC, Abomey-calavi, Bénin 89 p

GRAVARI-BARBAS Maria et JACQUOT Sébastien, 2022, Patrimoine mondial, tourisme et développement durable en Afrique : discours, approches et défis, Via [En ligne], 4-5 | 2014, mis en ligne le 26 octobre 2014, consulté le 15 août 2022. URL : <http://journals.openedition.org/viatourism/853> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/viatourism.853>

GROUPE ESPERANCE 2016, Etude de faisabilité de la mise en place des cellules d'animation économique locale et de l'observatoire économique local dans le cadre du programme appui multisectoriel a la sécurité alimentaire et nutritionnelle dans l'Atacora (AMSANA), rapport final, Porto-Novo (Bénin), 102 p.

KEMAJOU Alexis, TSEUYEP Ange et. EGBEWATT Nkongho, 2012, Le confort thermique en climat tropical humide vers un réaménagement des normes ergonomiques, *Revue des Energies Renouvelables* Vol. 15 N°3 (2012) 427 - 438.

Analyse de l'ambiance thermique dans les Tata Somba dans la commune de Boukoumé au nord-ouest du Bénin

MEILLASSOUX Claude, 1966, Plans d'anciennes fortifications (Tata) en pays Malinké, Journal des Africanistes, tome 36, 1, pp. 29-44

OUDRANE Abdellatif. et AOUR Benaoumeur, 2019, Modélisation numérique du confort thermique pour un logement en zone saharienne, in Communication Science & technology N°22. July 2019 COST, pp. 105-118.

Mairie de de Boukombé, 2010, Plan de Développement Communal (PDC), deuxième génération, période 2010-2015 ; 188 p.

Schéma Directeur et d'Aménagement de la Commune de Boukombé (SDAC), 2007, Commune de BOUKOMBE, 263 p.

TEIGA Marcus Boni, 2011, Les mille et un secrets des Tata Somba, publié le 27/06/2011 à 19:08, ». In : SlateAfrique En ligne <http://www.slateafrique.com/2399/benin-tata-somba-habitat-traditionnel-en-voie-de-disparition>, consulté le 15/07/2022

TIXIER Nicolas, 2007, De la notion de confort à la notion d'ambiance, in revue du laboratoire cresson de l'école d'architecture de Grenoble et CNRS Ambiances architecturales et urbaines, France, disponible en ligne <https://docplayer.fr/50437461-De-la-notion-de-confort-a-la-notion-d-ambiance.html>, 19 p.

UNESCO, 2005, Convention sur la protection et la promotion des expressions culturelles



LE REcul DE L'AMÉNAGEMENT ET OCCUPATION DE L'ESPACE DANS LA VILLE DE SAVÈ (BÉNIN)

THE DECLINE OF THE DEVELOPMENT AND OCCUPATION OF SPACE IN THE CITY OF SAVÈ (BENIN)

¹ CHABI Moïse.

¹ Maître-Assistant, Université Nationale des Sciences,
Technologie, Ingénierie et Mathématiques (UNSTIM/Abomey-
Bénin), moise.chabi@gmail.com

CHABI Moïse, Le recul de l'aménagement et occupation de
l'espace dans la ville de Savè (Bénin), *Revue Espace, Territoires,
Sociétés et Santé* 5 (10), 43-56, [En ligne] Décembre 2022, URL:
<https://retssa-ci.com>

Résumé

La ville de Savè qui a bénéficié des investissements coloniaux au début du siècle dernier fonctionne avec deux pôles conçus suivant deux approches d'aménagement : l'approche endogène dans le noyau ancien et celle introduite par la colonisation que les autorités et les techniciens mettent en œuvre à travers des opérations de lotissement. Le constat montre que le cadre de vie issu des aménagements actuels réduit l'habitat à la maison individuelle et la voirie. On est alors passé à un modèle hybride dans lequel les équipements de sociabilité et le couvert végétal sont rares. L'objectif est de relancer le débat sur la qualité des travaux d'aménagement et d'attirer

l'attention des acteurs sur la qualité des opérations urbaines. La méthodologie utilisée se fonde sur la recherche documentaire, l'exploration et les enquêtes de terrain. Les résultats montrent que l'urbanisme n'est plus totalement participatif et l'objectif du lotissement est détourné. 7 des 17 projets lancés en une année, soit 59,42% de la superficie des espaces lotis et 93 réserves foncières sont non-affectées.

Mots-clés : Bénin, Savè, recul d'aménagement, urbain, lotissement

Abstract

The town of Savè, which benefited from colonial investments at the beginning of the last century, operates with two poles designed according to two development approaches: the endogenous approach in the old core and that introduced by colonization that the authorities and technicians implement. through subdivision operations. The observation shows that the living environment resulting from the current developments reduces the habitat in the individual house and the road network. We then moved on to a hybrid model in which social facilities and plant cover are rare.

The objective is to relaunch the debate on the quality of development work and to draw the attention of stakeholders to the quality of urban operations. The methodology used is based on documentary research, exploration and field surveys. The results show that urban planning is no longer fully participatory, the objective of subdivision is diverted, 7 of the 17 projects launched in one year, i.e. 59.42% of the surface area of subdivided spaces and 93 unallocated land reserves.

Keywords : Benin, Savè, decline in development, urban, subdivision

INTRODUCTION

L'histoire de la ville de Savè montre que les habitants avaient leur propre modèle d'aménagement. Ils avaient établi leur modèle d'occupation de l'espace qui leur permettait d'avoir un cadre de vie agréable et des liens de sociabilité très solides. Ils devaient de même se protéger contre les effets de l'érosion pluviale très dangereux avec les collines et contre les eaux d'une rivière qui par moment remontent brutalement. Mais depuis l'arrivée des colons et leur installation, une autre approche d'aménagement a été introduite dans l'occupation de l'espace de cette ville. Défendue par les autorités politico-administratives, cette approche s'est poursuivie et généralisée dans tout le pays avec ses forces et ses faiblesses (A. Tigbè-Azalou, 2015, p.139 ; A. Adégbinni et al., 2021, p.487). En observant le cadre de vie de cette population, leur approche endogène d'aménagement semble aller au-delà de l'habitation. Elle fait le lien entre l'homme, la société et la nature (P. Akponna, 2022, p.7). Contrairement à cette perception, les travaux des techniciens commis pour appliquer la nouvelle approche, laissent penser que l'habiter est seulement limité à la maison familiale ou individuelle et les rues.

Or selon A. Balocco et al. (2014, p.13), « La question de l'habiter déborde largement le cadre

de l'aménagement. Les sciences humaines, sociales et politiques ainsi que la philosophie ont montré depuis fort longtemps que l'expression d'« espace habitable » révèle bien plus de sens que le rapport de chacun à sa maison, son abri, son toit, son véhicule. La question de l'habiter renvoie au cœur d'une question sociétale ancienne, celle de la cohabitation territoriale.»

Si la question d'habiter se réduit de plus en plus à la maison et son confort, c'est probablement parce qu'elle est conduite aujourd'hui sous les angles de la technologie et de l'économie (G. Chaffa, 2004, p.2 ; ONU-Habitat, 2010, p.9). L'accent mis sur ces angles conduit au recul des exigences en matière d'habiter, de la qualité du cadre de vie et des rapports sociaux dans certaines villes comme Savè.

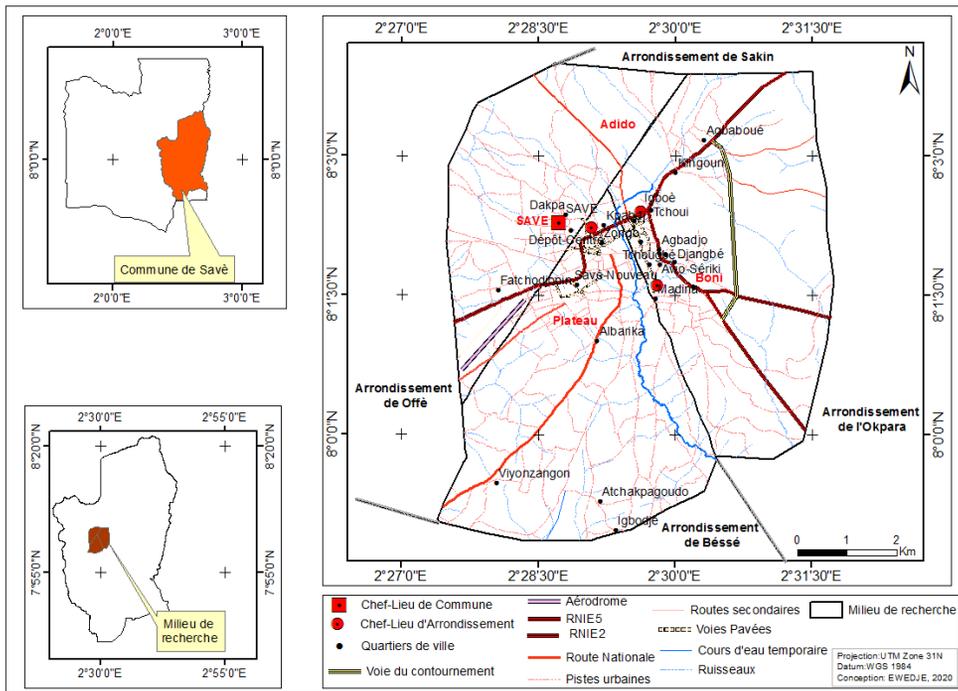
Située au centre du Bénin à 255 km de Cotonou (carte n°1), Savè est une ville secondaire de première génération et une des sept têtes de pont de la civilisation Yoruba (J. O. Igué, 1979, p.46). Elle a accueilli les colons français vers la fin du 19^e siècle. Peu de temps après leur arrivée, ils se sont retirés de la ville traditionnelle pour créer un second pôle sur le plateau qui reste jusqu'à ce jour la zone administrative et de commandement. Cette ville a émergé au pied d'une chaîne de collines, appelée Les Mamelles de Savè. Du pied de cette chaîne, la ville s'est étendue à l'Ouest sur un vallon dont le fond correspond à la rivière Anhin qui traverse la ville du nord au sud. Ce cours d'eau se présente aujourd'hui comme une limite naturelle entre le noyau ancien dans lequel siègent le roi et sa cour et le pôle administratif avec ses quartiers mis en place par les administrateurs coloniaux, situé sur le plateau ouest. Un second cours d'eau, Danguihin passe par le sud-est avant de se jeter sur le premier. Les deux prennent leurs sources au pied des grottes. Ce site qui apparaît pittoresque à l'approche de la ville est structuré à la fois par des éléments naturels et par diverses formes d'interventions humaines ; mais il présente des contraintes majeures à son aménagement. En effet, la moindre pluie se traduit par des ruissellements assez forts. De par sa position géographique, cette ville est très ouverte, accessible de tous les

côtés : trois routes la traversent Cotonou-Parakou-Niger (RNIE2), Porto-Novo-Kétou-Parakou (RNIE26) et Nigeria-Savè-Cotonou/Parakou (RNIE5) et plusieurs pistes par lesquelles on peut rejoindre d'autres territoires proches.

La présence de deux pôles fonctionnels autour desquels les habitants se sont organisés permet d'observer dans cette ville deux approches d'aménagement urbain. Si l'un se meurt, celui qui est en vogue apparaît comme un recul.

L'analyse de ce recul sera faite à travers la muraille, les places publiques et la foresterie de la ville. Ainsi, l'objectif de ce travail est double. Il vise d'une part à relancer le débat sur la qualité des travaux des opérations d'aménagement du cadre de vie en lien avec les héritages des civilisations locales et, d'autre part à attirer l'attention des acteurs de terrain à sur leurs choix qui peuvent devenir des sources de problèmes (cf. Carte n°1).

Carte n°1 : Situation Géographique de la ville de Savè



1. MÉTHODOLOGIE : de la recherche de la modernité au recul

1.1. Approche méthodologique

La méthode a consisté à l'exploitation de la documentation disponible et à la collecte des informations spécifiques dans la commune, notamment les archives de la mairie de Savè. A cela se sont ajoutées les enquêtes qualitatives auprès des personnes ressources de la localité,

notamment les membres de l'association des retraités. Ce travail a permis de s'entretenir avec dix personnes ressources, les techniciens et les agents de la mairie. Une enquête exploratoire a été menée sur le site de l'ancien noyau et celui du premier lotissement. Le noyau ancien de cette ville apparaît comme un îlot des éléments qui témoignent de certaines formes d'aménagement. L'observation des références historiques témoins sur le terrain et auxquelles les enquêtés ont fait référence: les anciennes places, la muraille, etc.

1.2. Outils et matériels utilisés

Cette recherche a nécessité quelques outils et matériels parmi lesquels : les plans de lotissement dont celui de la voirie et des équipements comme le montre la figure n°1, les plans de situation, des cartes d'occupation du sol qui ont permis d'apprécier la couverture végétale, etc. A ces documents, s'ajoutent les logiciels AutoCad, Qgis pour la cartographie, le captage des images sur *Google Earth*. De même, nous avons exploité des photos d'archives privées, etc. L'exploitation et la mise en commun de ces différents éléments ont permis d'aboutir à des résultats concrets.

2. RESULTATS : une ville et deux modèles d'organisation de l'espace

La ville de Savè fonctionne avec deux pôles urbains : le noyau ancien et la zone administrative. Le premier est fondé sur l'approche endogène alors que le second est fondé sur l'approche coloniale voire moderne.

2.1. L'approche endogène d'aménagement et de gestion du cadre de vie

2.1.1. La muraille : une sorte de zone des 50 pas géométriques

Avant la colonisation, la ville de Savè évoluait au pied des monts avec un seul pôle constitué autour du palais royal. Ce pôle appelé ici noyau ancien était entouré d'une muraille qui servait à la fois de rempart de protection mais aussi, la limite à partir de laquelle les gens ne pouvaient plus construire leur habitation. A l'Ouest, cette muraille se trouvait entre 200 et 300 m de la rivière Anhi. Elle séparait l'espace occupé par les habitations de la berge. Selon les témoignages, même les personnes âgées se noient dans les eaux de cette rivière qui deviennent toujours dangereuses pendant la pluie du fait qu'elles descendent des pentes très fortes des collines. Sur

cette berge, personne n'était autorisé à construire. Les seules activités acceptées dans cette bande étaient le maraîchage (par endroits) et des activités spirituelles : les chasseurs et les prêtres de fa (babalawo) y avaient chacun leurs autels. Probablement, ils contribuaient à protéger davantage la population, puisque ces deux autels étaient interdits aux femmes et jeunes enfants. C'était uniquement en saison sèche que ces deux groupes sociaux pouvaient descendre dans le lit pour y puiser de l'eau. Bien que l'objectif premier de cette muraille ne fût pas de créer une barrière de protection de la population contre la furie des eaux, elle avait été exploitée dans ce sens. Cette interdiction avait permis à la fois de protéger la population et la berge qui était devenue une forêt de gros arbres.

La ville ayant perdu sa muraille, la barrière est devenue franchissable et la berge accessible à tout le monde. Désormais, beaucoup d'activités s'y organisent; les gens y ont érigé des maisons. Aujourd'hui, cette bande, considérée comme zone non-*ædificandi*, a été lotie dans sa partie nord et occupée par la population comme le montre la figure n°1. Il est vrai qu'avec l'évolution des techniques de construction et d'aménagement, on peut estimer qu'une bande de 300m est largement au-dessus des normes. Le constat montre que les normes ne sont pas respectées dans l'élaboration des plans de lotissement et qu'il n'existe aucune barrière proposée pour protéger les riverains bien que la partie lotie soit fréquemment inondées. En outre, ce lotissement est contraire à la politique actuelle de la mairie qui a initié deux projets d'aménagement de cette berge. Ce hiatus révèle les problèmes de gestion entre les acteurs locaux. Les pluies inondent souvent les maisons qui sont érigées autour de la berge. Certaines d'entre elles se sont fissurées ou sont devenues inhabitables. C'est le cas des maisons de la rue Zongo-Djaloumon. Ce comportement met les riverains en danger, mais il convient de les amener à respecter les normes d'occupation de l'espace.

Figure n°1 : Extrait du plan de lotissement



X : Étang d'Anhi X : Zone lotie

Source : Rapport CEDED, 2013, p.64

Planche photographique n°1 : Étang de la rivière Anhi et des habitations



Source : Chabi, Juillet 2022

2.1.2. Les places publiques locales

Les places constituent un élément important du cadre de vie de la ville de Savè. On en distingue quatre catégories.

2.1.2.1. Les marchés comme place publique

Certains marchés jouaient à la fois le rôle de place et d'espace marchand. Ce sont les marchés Idi-Iroko et Obada. Idi-Iroko représente un modèle de place dans le monde yoruba, notamment dans les cités royales (J. O. Igué, 2008, p.72). Il jouxte le

palais et permet au roi et à sa cour de s'adresser à leur peuple puis, il permet aux reines et princesses de s'approvisionner en produits de première nécessité. A Savè, cette place abrite un autel, matérialisé par l'arbre iroko sous lequel les gens restent pour faire des cérémonies et des offrandes. Elle s'étendait voire se confondait à la place Ojulè où aurait été offert en sacrifice un des princes. Cette dernière vient d'être aménagée par la mairie. Quant à Obada, cette place transformée en marché s'appellerait Obadarijin, « le roi a pardonné ». En effet, c'était là que le roi Mamadou de son retour d'exil avait reçu son peuple et pardonné ses ennemis,

alliés des colons. Ce fut après cette cérémonie qu'il aurait rejoint le palais. Quant au processus de sa transformation en marché, il reste peu clair. Ici aussi, cet équipement marchand a été victime du tracé de la rue Obada-Djangbé-Douane.

2.1.2.2. Les places dédiées aux animations culturelles et culturelles

Il y avait des places dédiées aux animations culturelles des groupes folkloriques ou aux offrandes aux *orisa* (dieux) qui se terminent également par des chants et des danses. Les plus connues sont les places de gèlèdè au quartier Oogbo (Boni) et Oké-Odo à Kingou (Adido). Elles ont été supprimées ou réduites par des aménagements ou des pressions foncières. Celle de Oogbo a été prise par la rue Akparè-Idi-Iroko alors que sur une partie de celle de Kingou ont été érigées des habitations. L'existence de ces places publiques dédiées au gèlèdè témoigne du dynamisme de ces activités culturelles dans le milieu savè. De même, leur absence a contribué à leur affaiblissement; n'ayant pas de prise sur les autres places, les acteurs n'organisent plus cette activité pourtant les places gèlèdè avaient un impact économique et touristique important. En effet, les nuits de leur sortie, beaucoup de commerçants profitaient pour vendre leurs articles.

Outre les places de gèlèdè, il existait des places dédiées aux cultes. Au centre de ces places, on retrouvait un autel (*orisa*) auquel les gens faisaient des offrandes. C'était le cas de Fiditi, site de premier palais royal, de Ojulè (encore appelé Kouè) à l'entrée du palais, etc. En dehors de celle de Ojulè qui a été restaurée en 2021, les autres places de cette catégorie se meurent.

2.1.2.3. Les places des quartiers

Dans la plupart des quartiers de Savè, il y avait des places qui jouaient le rôle des espaces de sociabilité. Les petits quartiers qui n'avaient pas cette place avaient une structure particulière, leur permettant d'avoir une grande cour. Au centre de

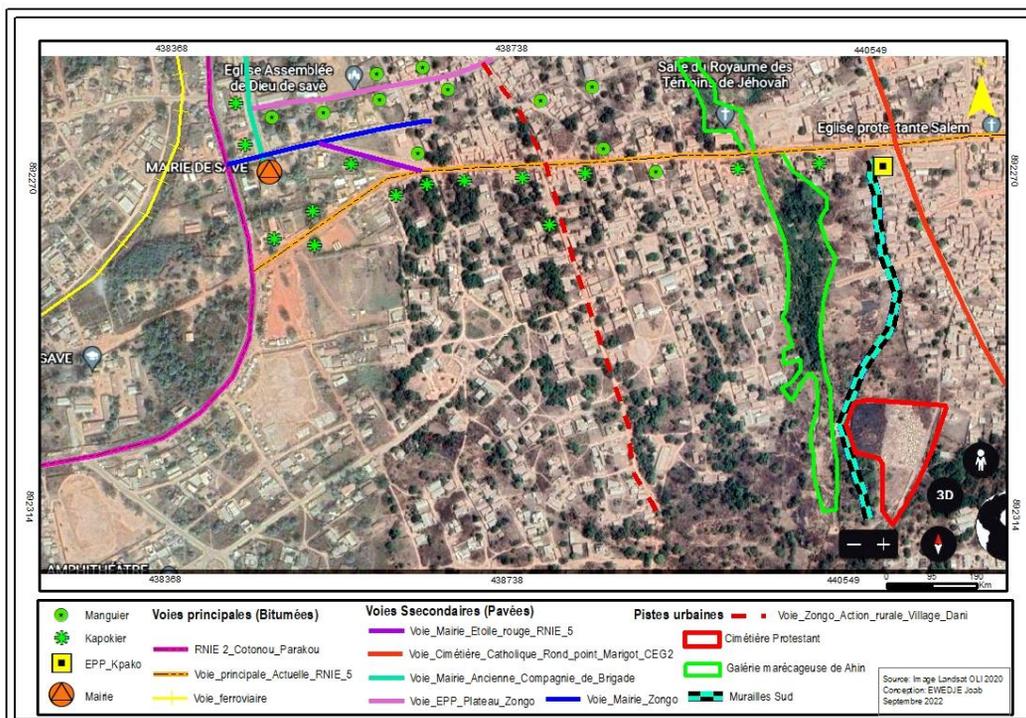
cette place ou cour, il y avait souvent un arbre. C'étaient surtout le baobab (*Adansonia digitata*), l'akée/aki (*Blighia sapida*) et le ficus sp (*agbèdè*) qui jouaient ce rôle pour les places arborées. Au pied de ces arbres s'organisaient certains jeux comme le domino (*ayo*) et des causeries. Le cas du baobab était encore plus intéressant; il y en avait plus de vingt dans la ville. Les habitants du quartier se retrouvaient de temps en temps sur ses grosses racines aériennes transformées en banc public. C'était le cas de Djabata-Ogbo et de Gbodomì, deux quartiers bâtis sur le granit et où aucun autre arbre n'avait pu grandir. La population se retrouvait sous leur baobab. Les places arborées servaient de lieu de détente pour les habitants du fait de leur ombrage et permettaient aux membres d'organiser des réunions et des cérémonies. Elles jouaient aussi le rôle de point de vente du quartier notamment pour le petit déjeuner et le goûter, fournissant des mets comme la bouillie, le beignet, le haricot, etc.

2.1.2.4. Les places réservées aux échanges

Il existait des places exploitées pour des activités économiques, notamment le transport. A côté de cette principale activité étaient installés des vendeuses. C'était le cas de la place de *garage* à Djangbé et de Ita-Djègèdè. Si la deuxième a été successivement affectée par l'aménagement des routes, la seconde a été victime de la crise. Ces deux places n'auraient jamais accueilli d'autres activités.

Ces places avaient subi des pressions d'aménagement comme l'ouverture des rues de 1986 qui n'avait pas épargné beaucoup d'entre elles et l'extension des habitations du noyau ancien. Personne n'a su les préserver car soit on a sous-estimé leur importance, soit on les a mal identifiées. En effet, elles n'ont pas été délimitées et séparées de l'espace du cadre de vie habituel des quartiers. De plus, leur double statut semi-public et semi-privé (public en matière d'exploitation et privé quant à la propriété du sol) n'a pas permis de s'opposer à leur utilisation pour des habitations. Comme on l'a dit, ces places bénéficiaient d'une couverture végétale importante.

Carte n°2 : Spatio-cartes des enjeux urbains de Savè



2.1.3. La couverture végétale de la ville de Savè

Elle est constituée de trois catégories : les arbres de la cour, les plantations et les forêts

2.1.3.1. Les arbres de la cour : lieu de renforcement des liens familiaux

Certaines cours avaient de gros arbres de plusieurs décennies d'âge qui servaient d'espace de sociabilité. Ces arbres se retrouvaient dans les grandes cours souvent partagées par plusieurs ménages. Ils y jouaient plusieurs rôles. Outre leur rôle d'ombrage pour entretenir la place familiale du quartier, ces arbres ont beaucoup d'autres vertus dans l'alimentation et la médecine. Rien ne prouve que les arbres des cours aient été plantés par les habitants ou les propriétaires de ces maisons. Il s'agirait plutôt, selon les témoignages, des arbres naturels que les occupants auraient laissé grandir. C'était surtout le cas des baobabs mais le ficus sp (agbèdè) était planté ou s'élevait d'une palissade à partir de ses tiges.

2.1.3.2. Les espaces boisés, la préférence aux tecks

A ces arbres des cours, s'ajoutaient des plantations privées, notamment les tecks. Il y avait trois plantations privées de tecks : celle de Kaboua-Ogbo, d'environ un hectare, était à la périphérie sud de la ville, celle de Kpabai et la troisième appartenait à l'église catholique, dans le domaine des religieuses. L'érection des habitations a eu raison de ces trois teckeraies. Ainsi, comme le montre le tableau n°1, les plantations de la ville de Savè ont été toutes détruites. Malgré son utilité et sa présence dans la vie des ménages, le teck apparaît très peu dans les quartiers contrairement au manguier.

2.1.3.3. Les forêts urbaines et périphériques

Il y avait trois catégories de forêts urbaines.

- Les poches de forêts entretenues par des collectivités entre Tchougbe et Oogbo, dans le secteur Zongo-Kpabai et celle de

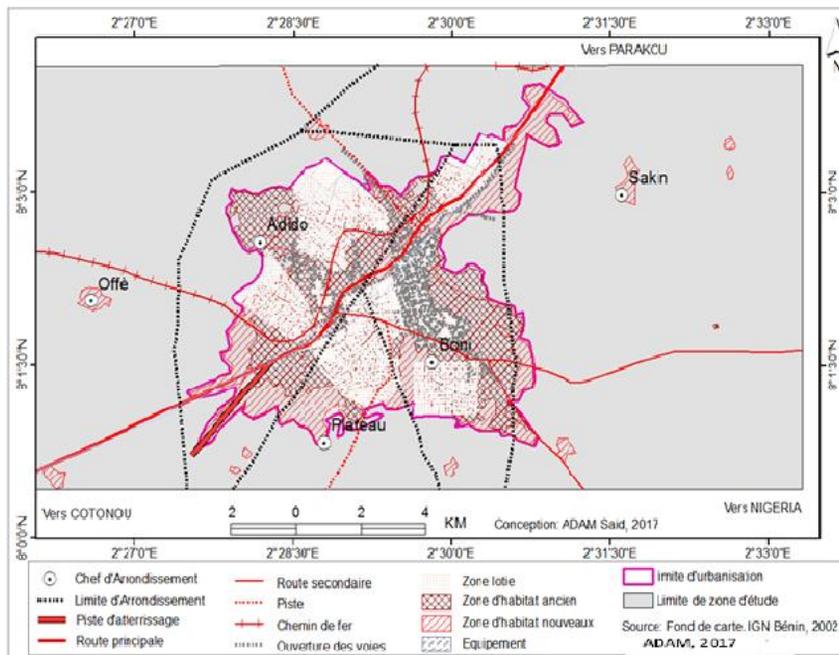
Le recul de l'aménagement et occupation de l'espace dans la ville de Savè (Bénin)

Anhensi. On y trouvait plusieurs espèces de végétaux.

- La bande de forêt qui longeait la berge de la rivière Anhi. Elle s'étendait sur environ 5 km et se terminait par une épaisse forêt dominée par des manguiers appelée Igbo-Balogoun. Cette forêt était exploitée par endroits pour le maraîchage et surtout voulue pour les vertus de ses arbres.

- Quant à la chaîne de collines, Les Mamelles, elle était aussi bien couverte de végétation. Au pied des collines, les arbres servaient aux riverains. L'observation montre qu'elles ont perdu une grande partie de leur couverture végétale par les feux et les prélèvements de bois.

Carte n°3 : Étapes de l'évolution de la ville de Savè



2.2. L'approche moderne d'aménagement du cadre de vie

2.2.1. L'expérience d'aménagement des colons

Le programme d'aménagement urbain initié en 1917 par l'administration coloniale à Savè était l'une des premières opérations en la matière au Bénin. Ce programme qui était une réponse à une préoccupation de cette administration, avait permis d'organiser l'occupation de l'espace pour accueillir à la fois les équipements et les travailleurs. Ainsi, la ville connut son premier lotissement (quartier Zongo et zone administrative). En dehors du terminus des chemins de fer, des sociétés de traite,

du campement militaire, etc. dont on devrait organiser l'installation, un terrain de sport, une école, une place publique ont été également aménagés en faveur des habitants. A la suite de ce lotissement, toutes les rues projetées ont été plantées d'arbres, certaines de part et d'autre. De l'entrée de la mairie à l'ancienne gendarmerie (RNIE2), passant par l'école primaire Plateau, il y avait de part et d'autre de la rue des calcedras (iroko) dont la présence donnait un caractère imposant à ce lieu du pouvoir. Ces calcedras ont été coupés par un des sous-préfets et n'ont été remplacés que ces dernières années par des plants qui ne peuvent pas avoir les mêmes impacts. Les rues de la gare ferroviaire, du CARDER (Centre

Action Régionale pour le Développement Rural) au marché de Zongo en passant par la CAITA (Compagnie agricole et industrielle des tabacs africains), du monument aux morts, etc. étaient jalonnées de manguiers ou de kapokiers.

Faisant suite à ce programme, l'administration coloniale avait aménagé et planté des arbres sur chacun des deux grands axes de circulation qui reliaient ce pôle au noyau ancien, notamment : la portion de la ville allant du service des TP à Ita-Djègèdè sur la route Cotonou-Niamey et la portion allant de la Mairie au marché Obada/Palais royal sur la route Savè-Nigeria (Cf. carte n°1). Sur le premier, étaient alignés des manguiers et sur le second des kapokiers. De même, les clôtures des trois écoles qui existaient à cette époque (école régionale, école catholique et école protestante) étaient faites des plantes ornementales, des fleurs de couleurs variées.

Au vu des éléments de ce programme, l'administration coloniale était allée jusqu'au bout de son processus d'aménagement. En effet, ce programme comportait non seulement différentes catégories d'équipements : administratif, militaire, transport, formation, loisir, etc., mais aussi, la voirie projetée et réalisée était plantée d'arbres pour compenser une partie des pertes en ressources forestières.

Mais les arbres de ces rues ont été coupés ou sont morts sans jamais être remplacés. Certains d'entre eux ont été adoptés et intégrés au cadre de vie local. Ainsi, par exemple le manguiers et le neem (margousier) sont de plus en plus présents aujourd'hui dans les cours que beaucoup d'anciennes espèces du milieu. Mais le neem n'est plus aussi très prisé. S'il n'a pas perdu sa valeur, sa place dans la cour et dans l'espace urbanisé diminue au fil des années du fait de ses puissantes racines qui renversent les murs. Ainsi, lorsque le neem atteint un certain âge, ceux qui l'ont à proximité de leur maison n'hésitent pas à s'en débarrasser.

2.2.2. Les nouvelles extensions : les opérations de lotissement

L'expérience coloniale d'aménagement a été adoptée, notamment par les administrations qui l'ont poursuivie sous la forme de lotissement. En effet, depuis toujours ce sont les autorités qui organisent et mettent en œuvre la politique locale d'urbanisme (Loi n°97-029 du 15 janvier 1999, article 84). Et bien qu'il y ait des comités de lotissement pour suivre les travaux en faveur des bénéficiaires, cette approche émane du haut ; elle est donc imposée à la population. « Ce qui suscite des inquiétudes » (A. Adégbinni et al, 2022, p.15). La preuve est donnée par le nombre total des opérations qui a atteint 17 dont 7 ont été lancées en 2002, soit 41,18% du nombre des opérations et 59,42% de la superficie totale évaluée à plus de 2504 ha (cf. figure n°1, tableau n°1). Ces opérations sont de plus en plus rapprochées ces dernières années. Bien que ces lotissements aient permis d'organiser l'installation de la population et d'y mettre quelques équipements, leurs caractéristiques ne permettent pas d'affirmer qu'ils offrent un cadre de vie agréable à ses occupants. Selon les données de la Mairie, des 93 réserves administratives, soit plus de 100 ha, il n'y a aucune place publique, pas d'espace boisé, pas de terrain de sport en dehors du complexe sportif de la commune. Un seul espace vert est envisagé, mais il reste à le confirmer et un seul marché. Par contre, un nombre très élevé (70) de réserves qui ne sont pas affectées, soit 75,27% des réserves administratives. Or le constat montre que la plupart des réserves foncières de cette catégorie sont vendues pour faire face aux problèmes budgétaires (A. Tingbé-Azalou, 2015, p.139; M. Chabi, 2016, p. 140). Elles font poser la question de qui réalise effectivement l'aménagement dont on dit participatif (M. Chabi, 2016, p.140) puisqu'il revient au maire de décider de leur affectation. Le contenu de ces aménagements laisse alors penser qu'on a probablement affaire à un lotissement constitué presque entièrement des habitations et de la voirie. Les espaces de sociabilité y étant absents, les rapports sociaux entre habitants pourraient donc être affectés négativement.

Tableau n°1 : Opérations de lotissement dans la ville de Savè

Arrondissement	Désignation	Année	Superficie	Observation	Réserve administrative
Plateau	Zongo	1917	68 ha 55a		63
	Savè-Nouveau 1	1960	156 ha 33a 70ca	Probablement même opération	
	Savè nouveau 2	1970			
	Savè-Nouveau 3	2002	85 ha 73 a 12 ca		
	Savè- Nouveau Extension II	2005	446 ha 76 a 67ca		
	Dakpa-Kpabaï/A	2002	213 ha 41 a 98 ca		
	Dakpa-Kpabaï/B	2002	233 ha		
	Dakpa-Kpabaï/ C	2002	279 ha		
Boni	Danguihin-Boni	2002	Plus de 170 ha		21
	Danguihin-Extension	2004	67 ha 71 a 43 ca		
	Ahensi	2006	214 ha 66 a 74 ca		
	Danguihin-Extension II (Bankponnin)	2010	64 ha 06 a 26 ca		
	Danguihin-Extension II	2010	49 ha 83 a 33 ca		
	Danguihin-Ouest	2010	34 ha 27 a 87 ca		
Adido	Agbaboué A	2001	150ha		9
	Agbaboué B	2002	331ha 81a 56ca		
	Agbaboué C	2002	177ha 537a 17ca		
Total	17		2504 ha 234a 83ca		93

Source : Enquête de terrain, Mairie de Savè, Èlègbè J, 2008

Ce tableau montre que tous les secteurs périphériques de la ville sont lotis ou sont dans un processus de lotissement. On peut également remarquer qu'un temps relativement long s'est écoulé entre les 4 premières opérations (1917, 1960, 1970 et 2001) : de la première à la deuxième 43 ans, de la 2^e à la 3^e, 10 ans puis 31 ans entre la 3^e et la 4^e. En 80 ans d'opération, moins de 500 ha ont été lotis alors qu'en l'année 2002 seulement plus de 1488 ha ont été lancés.

La superficie d'une parcelle étant 500 m² à Savè avec un prélèvement de 33%, théoriquement, ces opérations aboutiraient à 21 350 parcelles. Cela paraît énorme pour une ville soumise à une forte émigration (INSAE, 2013). A supposer que 1000 ménages s'y installent par an, on ferait plus de 21 ans avant de consommer les parcelles produites en 2002. Or après cette année, d'autres projets ont été lancés comme ceux de 2006. En outre, certaines parcelles des anciens lotissements demeurent non encore bâties jusqu'à ce jour. C'est dire que le nombre de parcelles produites dépasse toujours et largement la demande. Les trois projets ouverts la

même année et les nombreuses parcelles non-bâties traduisent que l'ouverture de nouveaux secteurs au lotissement ne suit pas la demande en parcelles de la population. Or selon la loi citée plus haut, c'est le pouvoir local qui autorise et détermine les objectifs d'une opération de lotissement conformément à sa politique. Les auteurs du schéma directeur d'aménagement de la commune ont souligné les faiblesses des opérations qui s'y déroulent. Pour eux, les lotissements réalisés sont « sauvages » et mal gérés (C. Gilsene, 2006, p.2 et 37). Toute la politique d'aménagement semble donc se concentrer sur les opérations de lotissement.

De plus, en supprimant les arbres, les autorités actuelles ne proposent pas de les remplacer comme l'administration coloniale l'a fait en bordant les rues des arbres. Il n'y a que quelques portions de rues pavées qui sont plantées d'arbres. C'est le cas de la rue en face de la Mairie et celle allant de la RNIE2 au centre universitaire. La taille des parcelles est telle que certains arbres ne peuvent pas y rester comme dans les grandes cours du noyau

ancien. Lorsque certains arbres comme le neem (margousier) atteignent un niveau donné les propriétaires les coupent pour éviter qu'ils ne démolissent pas leurs habitations. L'écosystème urbain local risque d'être affecté avec des conséquences sur la santé de la population.

En se fondant sur la forme d'occupation de l'espace et l'habitat du noyau ancien, les pratiques d'aménagement actuelles font abstraction de cet acquis et constituent une rupture pour cette société. Le pouvoir local a un rôle important dans la forme actuelle et surtout l'extension trop rapide de la ville. En concentrant les efforts sur les opérations de lotissement, le pouvoir local limite ou rend difficile la possibilité de diversifier et d'enrichir le mode d'organisation et d'occupation de l'espace.

2.2.3. La foresterie urbaine en diminution

L'habitat local du noyau ancien était riche en couverture végétale. Le modèle urbain développé actuellement ne favorise pas la conservation de cette foresterie ; les nouveaux lotissements, sinon la politique urbaine locale, ne mettent pas en relief la nécessité de planter des arbres (tableau n°2). On peut aujourd'hui affirmer qu'il y a un net recul dans la foresterie et l'aménagement dans la ville de Savè et ce au fur et à mesure que les habitations se multiplient.

Tableau n°2 : Évolution du couvert végétal et de l'occupation du sol à Savè

Désignation	1995	2006
Formations forestières*	87,30 %	82,27 %
Galerie forestière	1,05 %	0,68 %
Plantations	1,27 %	0 %
Agglomérations	10,82 %	15,84 %

Source : conçu à partir des travaux de Saliou, 2015

* Cette rubrique prend en compte les villages périphériques

Ce tableau montre que l'étendue des formations végétales de la ville de Savè a été sensiblement réduite contrairement à l'occupation du sol par les habitations. Il confirme que toutes les plantations ont non seulement disparu, mais aussi il n'y a plus de nouveaux arbres plantés. Cela paraît grave pour

maintenir la qualité du cadre de vie. Mais, il ne s'agit ici que des années "récentes". Les pertes ont été énormes et très rapides au cours des décennies 1970 à 1990. Au cours de ces décennies, la ville a connu une forte sécheresse qui a affecté le couvert végétal puis un essor économique et démographique fulgurant (S. Adam, 2017, p.41). Cet essor s'est traduit par des opérations d'aménagement foncier et une forte occupation du sol qui n'a pas été favorable à la végétation. A cette époque, plusieurs superficies de végétation des rues, des cours et celles des plantations ont été perdues.

Dans la même période, on a perçu en certains arbres des activités de sorcellerie. Pour ce faire, on les a coupés. De même, pour éviter que le vent fasse tomber des arbres sur le toit et occasionner des dégâts, les ménages proches de certains arbres les coupent sans même chercher à savoir si cela est légal ou non.

Si certains arbres de la zone administrative résistent encore, la plupart d'entre eux ont été détruits. Force est de constater que certaines autorités politico-administratives ont participé à cette destruction. Et malgré les journées de l'arbre et la politique actuelle de développement durable, la foresterie urbaine de la ville de Savè va en s'appauvrissant. Si les habitations justifient qu'on ne puisse pas remplacer ceux des secteurs occupés, il reste difficile à comprendre les raisons pour lesquelles les rues ne soient pas plantées. Les deux grands axes plantés par l'administration coloniale sont aujourd'hui sans aucun pied d'arbre. Et ce n'est pas la possibilité de les remplacer qui n'existe pas. Maintenant que le bitumage des deux axes est réalisé, il serait intéressant d'y remettre les arbres. Avec l'effectif de la population, le besoin en arbres aujourd'hui est plus important qu'hier.

Mais lorsqu'une ville est dépourvue de sa flore, les conséquences sont nombreuses et parfois désastreuses (J. Éwédjè, 2020, p.9). Selon S. ADAM (2017, p.59), « La végétation a un rôle de purification de l'air et de l'eau... » Ainsi, quand une ville perd sa flore, l'air et l'eau sont négativement affectés, de nombreuses particules restent suspendues dans l'atmosphère de la ville. Cela débouche sur certaines affections malades, l'augmentation de la chaleur et la baisse de la qualité de vie. Selon R. Heliot et al (2010, p

75), la végétation urbaine joue le rôle de « climatisation naturelle » pour atténuer l'intensité de cette chaleur et incite la population à la circulation douce et la promenade. La perte du couvert végétal facilite également l'érosion pluviale (F. Rey et al, 2004, p.993); elle augmente la vitesse du ruissellement et du vent. Ces deux phénomènes portent atteinte aux aménagements réalisés. Par exemple, plusieurs ponts de la ville ont été rendus impraticables par la force du ruissellement. Ainsi, ces pertes ont des conséquences sur le cadre de vie de la population. En outre, la perte de la flore urbaine se traduit par la perte de la beauté du paysage urbain. Ainsi, quand on est au sommet ou sur une partie des collines, on ne perçoit pratiquement que des tôles aux couleurs du bois, atteintes de rouille. Contrairement à ce qui a été décrit par certaines personnes, le paysage urbain a aujourd'hui perdu sa beauté des temps passés.

3. DISCUSSION

Le recul, selon Le Robert (2014, p.973), est « un mouvement en arrière; une évolution dans le sens contraire à celui du progrès ». Le recul est donc la régression/la dégradation de l'état initial d'une situation, d'un objet en capacité et ou en qualité. Par rapport à l'aménagement, les nouvelles approches adoptées ou leur contenu sont en deçà des normes ou de la qualité de ce qui a été fait jusque-là. Mais passer en dessous des normes attendues ou de la qualité requise fait référence à l'expertise technique engagée pour réaliser les opérations. Soit cette expertise n'est pas compétente pour produire un travail de qualité, soit elle accepte de tordre le coup aux règles du jeu afin de satisfaire le commanditaire. Selon A. Tingbé-Azalou (2015, p.140) « la passation des marchés ne se fait pas dans le respect des textes en vigueur ; mais plutôt avec une préférence pour le gré à gré. Toute chose qui est en contradiction flagrante avec les dispositions ». Ainsi, le non-respect des normes apparaît à tous les niveaux dans l'application de l'approche introduite par la colonisation et défendue par les officiels. Comme presque partout au Bénin, les objectifs actuels des opérations de lotissement sont prioritairement budgétaires avant de viser le cadre de vie des habitants (M. Chabi,

2013, p.163 ; A. Tingbé-Azalou, 2015, p.139). Une telle « approche ne permet pas d'avoir un aménagement cohérent du cadre de vie » (M. Chabi et A. Adégbinni, 2020, p.130).

D'abord, le nombre de projets de lotissement engagés en une année dans la même localité (soit 7 sur 17 et 59,42% des superficies aménagées), leur fréquence trop rapprochée depuis deux décennies et leur contenu en matière d'équipements montrent que l'objectif d'aménagement est dévoyé. Ensuite, les nombreuses réserves non-affectées (soit au total 93) donnent plus de marge de manœuvre au décideur d'en faire ce qu'il veut. La population, ou ses représentants dans le comité de lotissement, n'a pas à se prononcer sur leur destination. Ce pouvoir accordé à l'autorité constitue une entorse aux textes qui régissent cette opération au Bénin (M. Chabi, 2016, p.140). Il est également contraire à la tendance actuelle qui veut que l'urbanisme soit participatif (G. Novarina, 2002, p.51).

En outre, les extensions actuelles de la ville de Savè apparaissent comme des opérations inachevées. Elles ne présentent pas d'arbres plantés. Il n'y a que dans les anciens lotissements qui ont réellement des arbres. Ainsi, la foresterie urbaine connaît de régression. Cet aspect de la foresterie ne peut être éloigné de ce qui se passe au niveau national où on élimine les arbres soit pour se protéger et protéger ses biens, soit par mauvaise perception du rapport ville et végétation (M. Chabi et A. Adégbinni, 2021, p.152). La question fondamentale concernant cet aspect est celle des rapports ville-végétation ou ville-forêt. On pense que la ville est antinomique de l'arbre ou de la forêt. Ainsi, très peu de gens envisagent rester en permanence au milieu des arbres; cela donne un caractère rural. Aussi certaines personnes voire même des autorités politico-administratives procèdent-elles à la suppression des forêts ou à la coupure de beaucoup d'arbres de la ville dès que celle-ci se développe. La foresterie urbaine apparaît pourtant capitale dans une ville comme l'ont montré F. Rey et al. (2004, p.991).

Ces cas montrent que l'héritage colonial est mal assuré. Il se traduit par un aménagement dépouillé de ses éléments essentiels. Ce modèle est très extensif favorable à l'étalement urbain comme l'étude l'a démontré et consommateur de l'espace : la ville s'est étendue à plus de 5 km peu de temps.

Ces résultats correspondent à ceux de P. Antoine (1997, p.9) qui fait remarquer que les villes africaines sont consommatrices de l'espace. Sur un autre plan, M. Hilgers (2008, p.28) souligne qu'à Koudougou au Burkina Faso, dans les nouveaux lotissements, les rapports sont souvent difficiles entre les différentes parties impliquées.

Par rapport à l'expérience coloniale, il y a un recul. Aucune autre forme d'aménagement réalisé dans cette ville n'a atteint cette étape, même le lotissement de Savè-Nouveau de 1960, proche de cette expérience, au double point de vue temporel et spatial, n'a pu s'en inspirer. Cela reste un défi pour les responsables locaux. Le colon a laissé une forme d'aménagement urbain qu'ils n'ont pas su entretenir encore moins reproduire, si elle demeure acceptable. Cette approche a été poursuivie sous la forme de morcellement foncier, qu'on appelle abusivement lotissement. De ce point de vue et en se plaçant sous l'angle de la modernité, il y a un recul entre la forme de lotissement colonial et celui réalisé aujourd'hui. De même, le modèle urbain local au sein duquel on trouve des espaces de sociabilité, agrémentés par des arbres, n'a pas été poursuivi non plus. On est donc désormais dans un modèle urbain hybride dont la forme architecturale est empruntée à la colonisation. Mais la qualité du cadre et des conditions de vie offertes par ce modèle restent inférieures à celles vécues dans les deux précédents. On peut s'étonner d'une telle analyse au regard des caractéristiques architecturales des nouveaux bâtiments qui émergent presque partout dans les nouvelles extensions. D'abord, ce nouveau modèle s'est éloigné de ce qui fait le charme des deux autres, la couverture végétale qui devient rare : le paysage est pauvre en arbres plantés ou naturels. Ensuite, les nouveaux bâtiments, bien qu'à vue d'œil, sont impressionnants et de standing élevé, ne respectent pas tout à fait les normes architecturales et de confort (G. Chaffa, 2004, p.18). Du point de vue du développement durable, ces bâtiments ne s'adaptent pas au contexte local et sont très consommateurs d'énergie (R. Héliot, 2010, p.75). Enfin, dans ce modèle architectural, la fonction de la cour est réduite ou nulle. Très peu de gens engagés dans ce type d'habitation ont les moyens de se donner une cour spacieuse et les ouvertures correspondantes. Ainsi, avoir des habitations de

standing élevé de type occidental ne se traduit pas automatiquement par une meilleure qualité de vie à l'intérieur. Tel est le constat fait par G. Chaffa (2004, p.69 & 119) dans la région du Sud-Bénin où pour les logements économiques et les villas privées, on utilise les moyens artificiels pour suppléer aux situations d'inconfort engendrées par le modèle du bâti.

CONCLUSION

Le recul en matière d'aménagement urbain se fait remarquer presque partout aujourd'hui et de plus en plus. Sous la pression à la fois économique, technique et démographique, l'habitation se résume à la maison individuelle alors que les liens sociaux sont fragilisés, la qualité du cadre de vie est réduite parfois inconsciemment. On tente de la remplacer par le confort personnel. Dans les petites villes comme Savè, la question du recul ne se pose pas de la même manière du fait de la disponibilité de vastes superficies de terres couvertes de végétation. Mais le défi reste le même : maintenir ou améliorer la qualité du cadre de vie et les liens de sociabilité.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

ADÉGBINNI Adéothy, DANVIDÉ Taméon Benoit et CHABI Moïse, 2020, « Facteurs explicatifs des contestations des opérations de lotissement au Bénin : exemple de la commune de Sèmè-Podji », in *Le Journal de la Recherche Scientifique de l'Université de Lomé*, n°3, p.487-501.

AKPONNA Abioyé Pierre, 2022. Le rôle de la femme dans la société yoruba : cas des Tchabè, conférence du festival Odé-Ibilè, 9 p.

BALOCCO Adrien, CALMETTES Aurélien, LAJARGE Romain, 2014, « Les sciences territoriales et la question de l'habitabilité », in *GIS/ CIST Fronts et frontières des sciences du territoire*, 2e colloque international, www.gis-cist.fr, p.12-17.

BOUGRAIN Frédéric, CARASSUS Jean, 2003, *Bâtiment : de l'innovation de produit à l'innovation*

Le recul de l'aménagement et occupation de l'espace dans la ville de Savè (Bénin)

de service,
<https://www.chantier.net/documents/0401car.pdf>,
71 p.

CHABI Moïse, 2016, « La participation des habitants aux projets de lotissement: un facteur de développement durable? », Revue Ben Gé, n°19, UAC, Abomey-alavi, pp. 134-150.

CHABI Moïse et ADEGBINNI Adéothy, 2020, « Modes d'accès au logement et développement urbain de l'agglomération de Cotonou (Bénin) », Revue Géovision, n°3, UAO, Bouaké, pp.119-131

CHABI Moïse et ADEGBINNI Adéothy, 2021, « Les rues de Cotonou (Bénin) : Une gouvernance ad'hoc », Revue DYSPADEV UAC Bénin, n 017, juin 2021, p. 146-242

CEDED, 2013, Étude technique de l'aménagement de la plaine alluviale de la rivière Ahin dans la ville de Savè, 82 p.

CHAFFA Gédéon, 2004, Contribution à la conception bioclimatique des habitations dans la région sud du Bénin, Th. de Doctorat, UAC, 160 p.

ELEGBE Jonas. 2008, Croissance urbaine et problèmes fonciers à Savè. Mémoire de Maîtrise, UAC, Bénin, 65 p.

EWEDJÈ Joab, 2020, Contribution à l'analyse des impacts environnementaux et sociaux du projet de contournement de la ville de Savè, mémoire de Master, UAC, 143 p.

GILSENE CONSULTANT, 2006, Rapport du schéma directeur d'aménagement de la commune de Savè, Prodecom, 107 p.

COMMUNE de Savè, 2017, Plan de développement communal de Savè, 2018-2022, 177 p.

HELIOT Raphaele, (sous la dir.), 2010, Ville durable et écoquartiers, Cedis. 127 p.

HILGERS Mathieu, 2008, Une ethnographie à l'échelle de la ville, Karthala, Paris, 422 p.

IGUÉ Ogunsola John, 2008, Les villes précoloniales d'Afrique noire. Paris, Karthala, 248 p.

IGUÉ Ogunsola John, 1979, « Sur l'origine des villes Yoruba », Journal of the Historical Society of Nigeria, Vol. 9, No. 4, p. 39-68. URL: <http://www.jstor.org/stable/41857204>.

MARRE Alain, ROVERA Georges. 2004, Rôle de la végétation dans la protection contre l'érosion hydrique de surface. Comptes Rendus Géoscience, Elsevier, 336 (11), p.991-998. 10.1016/j.crte.2004.03.012. hal-01569821

NOVARINA Gilles, 2002, « Conduite et négociation du projet d'urbanisme », in Söderström et al (s. la dir.), Usages du projet. Pratiques sociales et conception du projet urbain et architectural, Lausanne, Editions Payot, p.51-64.

ONU-HABITAT, 2010, L'état des Villes Africaines 2010 : Gouvernance, Inégalités et Marchés Fonciers Urbains. ONU-HABITAT, Nairobi, 268 p.

REY Freddy, BALLAIS Jean-Louis, MARRE Alain, ROVERA Georges, 2004, « Rôle de la végétation dans la protection contre l'érosion hydrique de surface ». Comptes Rendus Géoscience, Elsevier, 336 (11), p.991-998. 10.1016/j.crte.2004.03.012. hal-01569821

TINGBE-AZALOU Albert, 2015, « Multiplication des opérations de lotissement dans les communes béninoises : Stratégie d'acteurs pour un détournement tranquille des parcelles de terre ? » Revue Africaine d'Anthropologie, Nyansa-Pô, n° 19, p. 138-150

APPROCHE COMMUNAUTAIRE DE LA LUTTE CONTRE L'ONCHOCERCOSE A KAFOLO (FRONTIERE IVOIRO-BURKINABE, REGION DU TCHOLOGO EN COTE D'IVOIRE)

COMMUNITY APPROACH TO THE FIGHT AGAINST ONCHOCERCIASIS IN KAFOLO (IVORIAN-BURKINABE BORDER, TCHOLOGO REGION IN COTE D'IVOIRE)

¹ COULIBALY Fatoumata, ² N'GUESSAN Gnagoran Kouakou Daniel, ³ DOUDOU Dimi Théodore, ⁴
KADJO Kouamé Alphonse, ⁵ YAPI Yapi Grégoire, ⁶ DOANNIO Christian Julien Marie...

¹ Centre d'Entomologie Médicale et Vétérinaire/Université
Alassane Ouattara, Côte d'Ivoire, drcoulfat@yahoo.fr

² Centre d'Entomologie Médicale et Vétérinaire/Université
Alassane Ouattara, Côte d'Ivoire, gnagoran05@gmail.com

³ Centre de Recherche pour le Développement/ Université
Alassane Ouattara, Côte d'Ivoire, ddimi_faith@yahoo.fr

⁴ Centre d'Entomologie Médicale et Vétérinaire/Université
Alassane Ouattara, Côte d'Ivoire, kadjokouame@yahoo.fr

⁵ Centre d'Entomologie Médicale et Vétérinaire/Université
Alassane Ouattara, Côte d'Ivoire, yapigrec@yahoo.fr

⁶ UFR des Sciences Biologiques/Université Péléforo Gon
Coulibaly, Côte d'Ivoire, juliendoannio@gmail.com)

COULIBALY Fatoumata, N'GUESSAN Gnagoran
Kouakou Daniel, DOUDOU Dimi Théodore, KADJO
Kouamé Alphonse, YAPI Yapi Grégoire, DOANNIO
Christian Julien Marie, Approche communautaire de la lutte
contre l'onchocercose à Kafolo (frontière ivoiro-burkinabè, région
du Tchologo en Cote d'Ivoire), *Revue Espace, Territoires,
Sociétés et Santé* 5 (10), 57-70, [En ligne] Décembre 2022, URL:
<https://retssa-ci.com>

Résumé

L'article rapporte les résultats d'une étude transversale dont le but était d'évaluer le niveau d'appropriation du Traitement à l'ivermectine sous Directives communautaires (TIDC) des communautés vivant à Kafolo. Une étude qualitative à visée descriptive et analytique d'un échantillon de 54 enquêtés avec un âge moyen de 45 ans résidents permanent à Kafolo et ayant été traités par l'ivermectine au moins une fois. Les résultats indiquent que les enquêtés sont informés sur l'onchocercose et bénéficient de campagnes de sensibilisations sur la prise de l'ivermectine par les agents de santé. L'on note une bonne collaboration entre les autorités coutumières et les agents de santé impliqués dans la distribution de l'ivermectine. Les enquêtés sont favorables à la prise de l'ivermectine pour se soigner et se protéger contre la maladie même si les effets secondaires suscitent souvent des résistances. Cependant, le choix d'un lieu unique pour la distribution de l'ivermectine à toute la

population semble poser problème. En outre, des plaintes relatives à l'utilisation d'un même verre servant à la prise des comprimés pour tous a été relevé et l'option de la distribution de l'ivermectine au porte-à-porte s'en trouve être le choix de distribution suggéré par les enquêtés.

Mots clés : Onchocercose, approche communautaire, lutte, ivermectine, Côte d'Ivoire

Abstract

The article reports the results of a cross-sectional study whose aim was to find out the level of appropriation of the Treatment with Ivermectin under Community Directives (TIDC) in the communities living in Kafolo. A qualitative descriptive and analytical study of a sample of fifty four respondents with an average age of forty five years who were permanent residents of Kafolo and had been treated with ivermectin at least once. The results indicate that the respondents are informed about onchocerciasis and benefit from awareness campaigns on the use of ivermectin by health workers. There is good collaboration between the customary authorities and the health workers involved in the distribution of ivermectin. Respondents are in favour of taking ivermectin to treat and protect themselves against the disease, even though the side effects often lead to resistance. However, the choice of a single location for the distribution of ivermectin to the whole population seems to be problematic. Also, complaints about the use of the same glass to take the tablets for all were noted and the option of door-to-door distribution of ivermectin was suggested by the respondents.

Keywords : Onchocerciasis, community approach, control, ivermectin, Côte d'Ivoire

INTRODUCTION

L'onchocercose ou cécité des rivières est cette endémie parasitaire qui sévit dans une trentaine

de pays en Afrique dont 11 en Afrique de Ouest. C'est une maladie qui était, par le passé, un problème de santé publique en Afrique, avec plus de 37 millions des personnes infectées et des millions souffrant de manifestations cutanées débilantes, de terribles démangeaisons, de troubles de la vision et de la cécité (OMS, 2010). Elle entraîne des conséquences humaines et économiques considérables dans les communautés (Verin et Comte, 1990).

Avant 1974 les régions hyper-endémiques se situaient au Burkina-Faso, en Côte d'Ivoire et au Ghana. Au Burkina Faso, les foyers de concentration se situaient autour des cours d'eau (Volta, Comoé-Léraba), zone frontalière avec la Côte d'Ivoire. Ceci a motivé la mise en place d'un important programme de lutte contre cette endémie. En 2002, l'OMS a mis fin au Programme de Lutte contre l'Onchocercose (Onchocerciasis Control Programme ou OCP) en Afrique de l'Ouest après 28 ans d'activités car le risque de transmission était circonscrit dans les pays concernés par le programme (OMS-OCP, 2002).

Néanmoins, les activités de lutte ont été poursuivies par les Programmes Nationaux de Lutte contre l'onchocercose (PNLO) des pays ex-OCP. En effet, on distingue deux stratégies de lutte contre l'onchocercose : la lutte anti-vectorielle basée sur l'épandage aérien de larvicide a débuté en 1975 dans l'aire initiale puis s'est étendue au Sud du pays à partir de 1979 d'une part et le traitement à l'ivermectine, introduite depuis 1988 d'autre part. Ces deux stratégies ont permis la formation des nationaux sur le plan académique et sur les stratégies de lutte de façon pratique. En effet, les activités des programmes sont basées sur l'Information, l'Education et la Communication (IEC), la surveillance épidémiologique et entomologique. Le conflit armé de septembre 2002 en Côte d'Ivoire a entraîné la destruction des infrastructures de surveillance et de contrôle épidémiologique de l'onchocercose. Ainsi, pendant 5 ans, la distribution de l'ivermectine

aux populations et la surveillance entomologique ont été interrompues (OMS-OCP, 2002).

Une évaluation épidémiologique réalisée entre juillet et septembre 2007 à la suite de quelques cas d'onchocercose enregistrés dans les zones forestières de l'Ouest de la Côte d'Ivoire, a révélé que la prévalence chez les enfants de moins de 5 ans était de 14,29 %. Selon le Programme National de la Santé Oculaire et de la Lutte contre l'Onchocercose, l'on note également à la frontière ivoiro-burkinabée des prévalences de 25% à Temisseré, de 19,4 % à Kafolo, de 12.8 % à Ninclinvo. Ces taux sont tous supérieurs au seuil de tolérance admis qui est de 5%.

La reprise des activités en 2008, a été marquée par une discontinuité des campagnes de traitement. Or, le contrôle de l'onchocercose requiert une couverture géographique de 100% et une couverture thérapeutique d'au moins 80%. En Côte d'Ivoire sur les 82 districts sanitaires que compte le pays, l'onchocercose est endémique dans 59¹. Les 47 autres districts sont co-endémiques à la filariose lymphatique et à l'Onchocercose (Koudou et al, 2018).

Selon le Programme Africain de lutte contre l'onchocercose (2002), l'onchocercose peut être éliminé par le traitement annuel de masse à l'ivermectine, à condition qu'une couverture élevée du traitement soit maintenue pendant une période d'au moins 15 à 20 ans. L'efficacité, la durabilité et l'appropriation par les communautés du processus de distribution de l'ivermectine sont essentielles pour le succès de la lutte contre la maladie. Ainsi, l'objectif du programme devrait se baser sur un système efficace et autonome de Traitement à l'Ivermectine sous Directives Communautaires (TIDC) dans toutes les zones d'endémie de l'aire géographique du programme.

En effet, le TIDC, donne le plein pouvoir aux communautés dans la planification, la mise en œuvre et l'évaluation de la stratégie. Cela

nécessite la mobilisation de ressources supplémentaires et complémentaires telles que le rôle traditionnel des femmes dans la vie des communautés (Vouking et al, 2014), les écoles, les leaders religieux et traditionnels dans la distribution annuelle ou biannuelle de l'ivermectine afin de réaliser la bonne couverture de traitement (APOC, 2014). Cependant, la préoccupation concernant divers indicateurs de durabilité du TIDC demeure. Il s'agit entre autres de la prise de conscience publique, de problèmes d'abandon des directives communautaires avec le temps, des frais de transport pour aller chercher les médicaments, de la nécessité de trouver des formes de motivations appropriées pour retenir les communautés, soit sous forme d'avantages, soit sous forme de récompenses (GTNOs, 2002).

L'élimination de l'onchocercose par le traitement à l'ivermectine est une question complexe et l'on a encore beaucoup à apprendre à ce sujet (OMS-OCP, 2002). Cilundika et al. (2014), en République Démocratique du Congo, ont montré dans une étude CAP en rapport avec le TIDC, qu'une proportion de 55% des populations enquêtées utilisaient les plantes comme médicament contre l'onchocercose. Aussi, leur étude a montré qu'il y avait une association significative entre le niveau d'instruction et l'observance thérapeutique contre l'onchocercose (p : 0,008).

Avec une prévalence de 19,4 % à Kafolo, largement au-dessus du seuil de tolérance admis par l'OMS qui est de 5%, on note une résurgence de la maladie dans cette zone. Ainsi, depuis 2012 le programme a instauré les activités de lutte basées sur le Traitement à l'Ivermectine sous Directives Communautaires (TIDC). Cette étude a pour but d'évaluer la performance du système de distribution de l'ivermectine aux communautés vivant à Kafolo. En d'autres termes, elle cherche à connaître le niveau

¹ Atelier sur les maladies tropicales négligées (MTN) tenu le lundi 16 juin 2014 au Bureau de la Représentation de l'OMS à Abidjan.

Approche communautaire de la lutte contre l'onchocercose à Kafolo (frontière ivoiro-burkinabè, région du Tchologo en Côte d'Ivoire), d'appropriation des communautés du TIDC à Kafolo.

Les questions spécifiques de ce travail sont :

- Quel est le niveau de connaissance des populations de Kafolo sur l'onchocercose et l'ivermectine ?
- Comment les populations de Kafolo formulent-elles leurs opinions sur le système de distribution de l'ivermectine dans leur localité ?

Les objectifs spécifiques qui orientent ce travail sont :

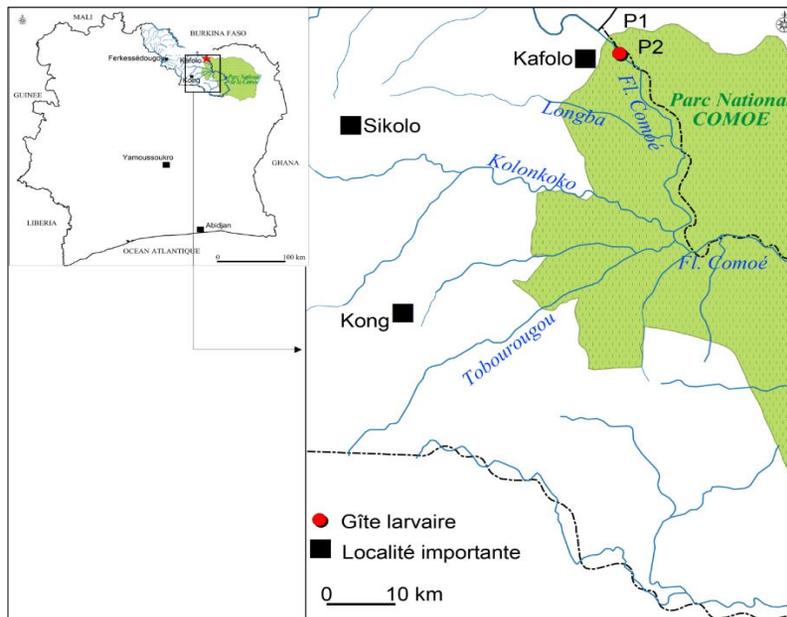
- déterminer le niveau de connaissance des populations de Kafolo sur l'onchocercose et l'ivermectine
- analyser les opinions des populations de Kafolo sur le système de distribution de l'ivermectine dans leur localité.

1. Méthodologie

1.1. Site de l'étude

Le site de l'étude est Kafolo. C'est une localité située à la frontière ivoiro-burkinabè dans la région du Tchologo en Côte d'Ivoire. Kafolo bénéficie d'un Dispensaire Rural en 2010. Depuis de 2013, un infirmier d'Etat y est en fonction. Le centre de santé couvre Kafolo qui héberge le centre, Mapina situé à 21 Km de Kafolo sur la voie principale et Tchambé qui est un vaste village situé à soixante-cinq (65) Km de Kafolo et proche de la frontière avec le Burkina-Faso.

Carte n°1 : Carte de la zone d'étude



Source : Coulibaly Bamoro (2020)

1.2. Cible

Les populations cibles de l'étude sont les ménages vivant à Kafolo, l'Infirmier Diplômé d'Etat, les Agents de Santé Communautaire (ASC).

1.3. Échantillon

L'échantillon compte 54 individus retenus par choix raisonné. Ont été retenus pour l'étude : l'infirmier du Dispensaire Rural de Kafolo, coordonnateur des activités

sanitaires et représentant les autorités sanitaires de la localité. Sur les six ASC que compte la localité de Kafolo, trois ASC présents lors de l'enquête, ont été interrogés. Les critères de sélection des ménages sont : résider à Kafolo de façon permanente et ayant été traités à l'ivermectine au moins une fois. La participation à l'étude est entièrement volontaire. Enfin, 50 ménages ont été interrogés. Cet effectif a été arrêté sur la base de la saturation des informations recueillis (Mongeau, 2008).

1.4. Technique et instruments de collecte de données

L'enquête par interrogation directe (enquêteur face à l'enquêté) a été retenue pour la collecte des données. Au niveau des ménages, les données ont été collectées à l'aide d'un questionnaire structuré autour des caractéristiques sociodémographiques, des connaissances sur l'onchocercose, des moyens de lutte.

Au cours d'entretiens individuels, l'infirmier et les ASC, ont été interrogés à l'aide d'un guide d'entretien semi-directif. Les points suivants ont été abordés : les responsabilités des agents de santé, des ASC et des communautés dans le programme du TIDC, leurs opinions sur les forces et faiblesses du système de distribution mis en place, les opportunités et les menaces ainsi que les suggestions pour son amélioration.

1.5. Traitement des données

Le logiciel Excel a permis de calculer les fréquences relatives aux caractéristiques sociodémographiques, aux connaissances sur l'onchocercose et aux effets secondaires de l'ivermectine. Au niveau des données qualitatives, les extraits d'entretiens issus

des questions ouvertes ont été présentés sous forme de listes organisées par catégories de réponses. L'analyse de contenu a ensuite servi à synthétiser les informations apportées et à leur donner du sens par rapport au contexte de l'étude.

1.6. Position théorique

La position théorique retenue pour cette étude est la représentation sociale qui est un ensemble organisé d'opinions, d'attitudes, de croyances et d'informations se référant à un objet ou une situation. Elles sont des formes de connaissances socialement élaborées et partagées, ayant une visée pratique et concourante à la construction d'une réalité commune à un ensemble social (Jodelet, 1989). Elles sous-tendent les attitudes et orientent les comportements (Rouquette et Rateau, 1998). Dans cette perspective, elles peuvent permettre de saisir les différents aspects sous lesquels se placent les populations de Kafolo pour examiner le système de distribution de l'ivermectine dans leur communauté. La méthode de recueil des représentations sociales privilégiée dans cette étude est la production discursive (Valence, 2010).

1.7. Considérations éthiques

Des dispositions ont été prises pour conduire cette recherche dans le respect de la dimension éthique. La recherche, son but, son déroulement, ses aboutissements ainsi que ses principes de liberté de participer ou non, liberté d'interrompre sa participation et de confidentialité, ont été expliqué(e)s aux personnes avant le recueil de leur consentement (pour les adultes). Quand il s'agissait d'une personne de moins de 18 ans (16 à 17), le consentement d'un des parents était d'abord recueilli, puis l'assentiment du concerné.

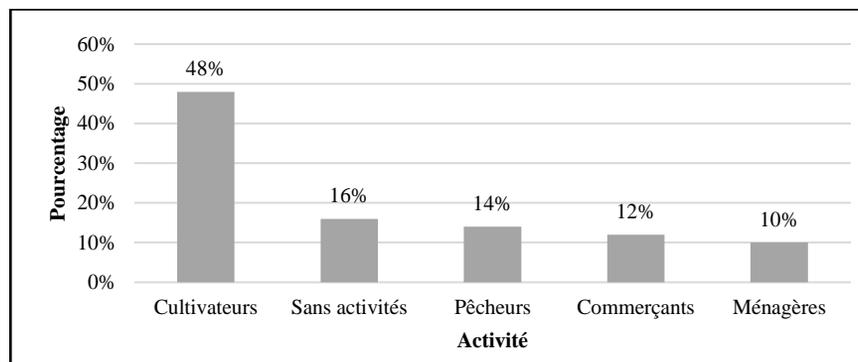
2. RÉSULTATS

2.1- Caractéristiques socio-démographiques des enquêtés

L'âge des enquêtés évoluait entre 16 ans minimum et de 80 ans maximum avec une

moyenne de 45 ans. Les enquêtés sont en majorité des cultivateurs (48%), suivis de 14% des pêcheurs, 12% des commerçants et 10% des ménagères. Les 16% restants sont sans activités (Graphique n°1). La majorité 82% est non scolarisée, 12% ont le niveau primaire et 6% le niveau secondaire.

Graphique n°1 : Activités socioprofessionnelles des enquêtés



Source : Données d'enquête 2020

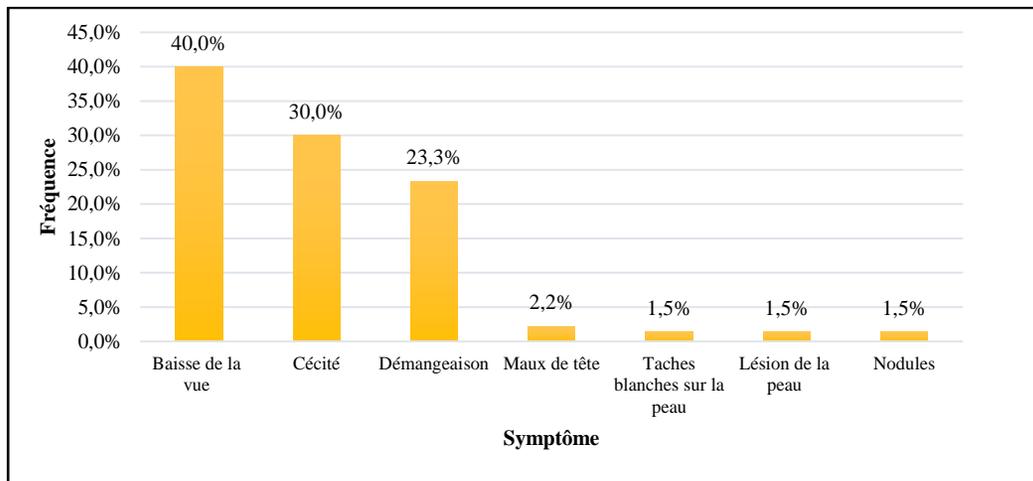
Selon les enquêtés, les adultes et les vieillards sont les plus atteints 37,71% par la maladie. Les jeunes (12,90%), les adolescents (4,03%) viennent respectivement en deuxième et troisième position. Ensuite, suivent les femmes enceintes 2,42% et les enfants de moins de 5 ans 2,81%.

2.2. Connaissances des enquêtés sur l'onchocercose

Nombreux sont les enquêtés (78%) qui décrivent l'onchocercose comme une maladie « *des non-voyants* », « *une*

maladie qui rend aveugle », « *une maladie de la vue* ». La majorité des populations (92%) pensent que l'onchocercose est transmise par les piqûres de moucheron, tandis que 2% des enquêtés pense que c'est une maladie qui se contracte en buvant de l'eau sale. Les symptômes associés à l'onchocercose les plus cités par les enquêtés sont la baisse de la vue (40%), la cécité (30%) et les démangeaisons (23,33%). Les symptômes tels que les maux de tête, les taches blanches sur la peau, les lésions de la peau et les nodules sont également évoqués (Graphique n°2).

Graphique n°2 : Symptômes de l'onchocercose selon les enquêtés



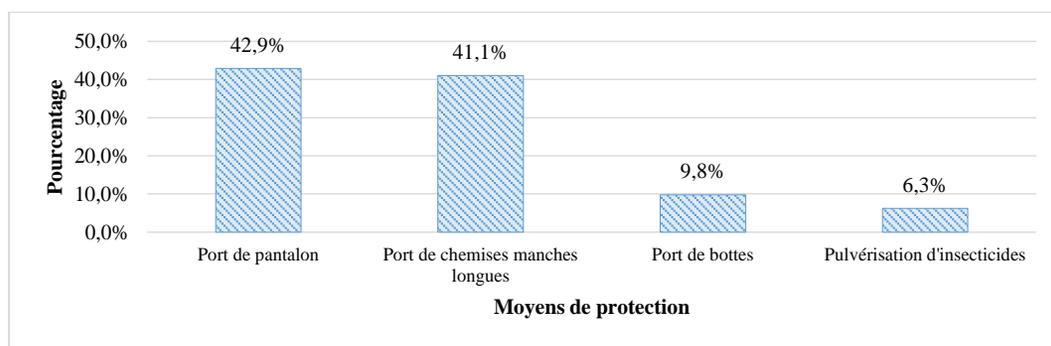
Source : Données d'enquête 2020

2.3. Moyens de protection contre les piqûres des simulies utilisés par les communautés

Pour se protéger contre les piqûres de simulies, 42,86% des enquêtés ont mentionné le port de pantalon, 41,07% le

port de chemise manches longues et 9,82% des bottes. La pulvérisation d'insecticides 6,25 % est également utilisée (Graphique n°3). Pour lutter efficacement contre les simulies, les enquêtés préconisent tous la pulvérisation à l'insecticide des cours d'eau, des rivières et du fleuve Comoé.

Graphique n°3 : Moyens de protection contre les piqûres de simulies selon les enquêtés



Source : Données d'enquête 2020

2.4. Information et sensibilisation des communautés sur l'onchocercose et l'ivermectine

Les enquêtés (88%) ont mentionné que les communautés sont informées sur la maladie. Avant les campagnes, les autorités sanitaires informent les

autorités coutumières des communautés concernées.

« Ces derniers à leur tour à travers les griots, passe l'information à la communauté toute entière. Les communautés à travers les griots, les ASC et l'infirmier sont informées sur la maladie, sensibilisées sur pourquoi prendre les comprimés d'ivermectine et sur leurs effets secondaires (Infirmier) ».

Lors de ces campagnes, des comprimés d'ivermectine sont distribués aux populations. On note à ce niveau une collaboration entre les acteurs du système de santé et les communautés « les communautés adhèrent totalement au projet. Une fois les autorités coutumières ont donné leur accord, il n'y a plus d'obstacles (Infirmier) ».

2.5. Ivermectine comme moyen de traitement et de prévention de l'onchocercose

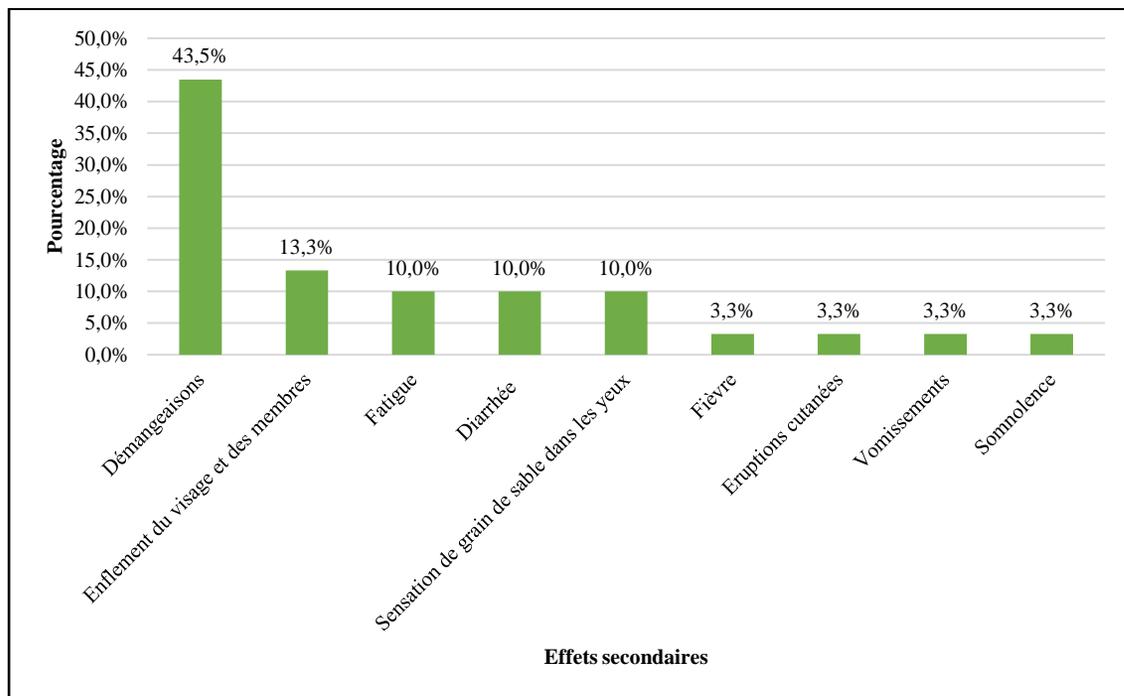
Trois opinions sur le rôle de l'ivermectine chez les enquêtés se dégagent. La majorité (96%) mentionne l'ivermectine comme le remède approprié pour guérir une personne

souffrant de l'onchocercose. Cependant, la notion de guérison reste nuancée chez les enquêtés. Pour certains (54%), l'ivermectine permet de soigner la maladie. D'autres (36%) pensent qu'il sert à prévenir la maladie tandis que pour d'autres (6%), l'ivermectine permet d'éradiquer l'onchocercose. Ces différences d'opinions sur le rôle de l'ivermectine se perçoivent dans les extraits de discours des enquêtés ci-dessous : « *On prend le médicament pour se soigner contre la maladie* », « *Le médicament, on le prend pour prévenir la maladie* », « *C'est pour éradiquer l'onchocercose* ».

2.6. Effets indésirables de l'ivermectine selon les communautés

Des effets secondaires sont mentionnés par 46% des enquêtés après la prise de l'ivermectine : démangeaisons du corps et des yeux, boutons, fièvre, affaiblissement, nausée, diarrhée, somnolence, etc. (Graphique n°4). Ils sont 47,83% chez qui ces effets secondaires sont apparus un jour après la prise de l'ivermectine. Les effets gênants peuvent durer cinq jours pour certains.

Graphique n°4 2: Effets secondaires de l'ivermectine selon les enquêtés



Source : Données d'enquête 2020

Selon nos enquêtés, les effets secondaires surviennent plus chez les adultes et les vieillards (66%), contrairement aux jeunes (44%). Les effets secondaires apparaissent comme un facteur de réticence de la prise de l'ivermectine pour des enquêtés (40%).

2.7. Distribution de l'ivermectine aux communautés

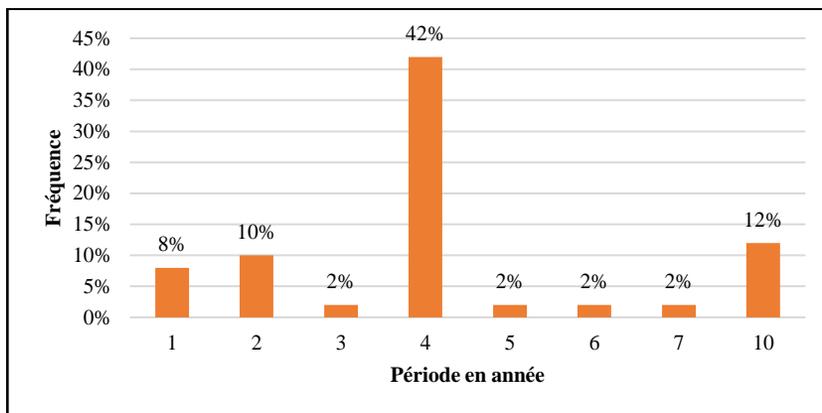
Les Agents de Santé Communautaires (ASC), au nombre de 6, sont désignés pour distribuer les comprimés d'ivermectine aux populations à Kafolo. Les ASC jouent un rôle capital dans la distribution des comprimés. En

collaboration avec les infirmiers, ils sont les relais entre le système de santé et les communautés.

« Les ASC sont importants car, ils vont distribuer les comprimés aux populations dans les endroits éloignés ou difficiles d'accès. Il y a des parents qui ne peuvent pas se déplacer, l'ASC va vers lui. Quand les populations se plaignent des effets secondaires, l'ASC fait le retour aux agents de santé (ASC) ».

Les enquêtés (94%) ont bénéficié d'au moins une fois du traitement à l'ivermectine ces 10 dernières années (Graphique n°5).

Graphique n°5 : Fréquence de la prise annuelle de l'ivermectine par enquêté



Source : Données d'enquête 2020

Des interruptions (42%) sont enregistrées dans le processus de distribution. Elles sont souvent le fait des absences des individus (voyage par exemple) au moment des campagnes de distribution. L'interruption dans la prise annuelle des comprimés est un indicateur qui fausse les prévisions d'une éradication totale de la maladie dans les communautés bénéficiaires du programme TIDC.

Dans l'ensemble, l'organisation de la distribution de l'ivermectine est appréciée par les enquêtés. Cependant, ces derniers déplorent tous le fait que, lors des campagnes de distribution de l'ivermectine, les agents utilisent un seul verre à eau pour toute la communauté. « Toute la population se sert d'un seul verre pour boire le médicament (homme chef de ménage) ». Cela, crée des résistances de la part des communautés « Je n'ai pas apprécié que tout le monde se servent d'un seul verre (Ménagère) ». Certains refusent d'utiliser ce seul verre

et cela peut conduire au refus de prendre le comprimé.

Pour l'amélioration du système de distribution de l'ivermectine, les enquêtés suggèrent de prendre un verre à eau pour chacun des individus « je souhaite que l'ASC utilise plusieurs verres lors de la prise (ménagère) ». Certains proposent de prendre le comprimé à domicile.

« On peut nous permettre de prendre le médicament à domicile (femme chef de ménage) ».

« Les populations en majorité agriculteur, sont le plus souvent absentes si la distribution coïncide avec les périodes des travaux champêtre. Dans ces conditions, c'est l'ASC qui est chargé d'aller vers ces personnes pour recevoir leur traitement » (ASC).

3. DISCUSSION

L'objectif de ce travail était d'évaluer la performance du système de distribution de l'ivermectine aux communautés vivant à Kafolo. Les résultats suggèrent une discussion qui s'articule en trois points : les connaissances des populations relatives à l'onchocercose, leurs connaissances se rapportant à l'ivermectine, puis les opinions des populations sur le système de distribution de l'ivermectine.

3.1. Connaissances des populations relatives à l'onchocercose

Selon les enquêtés (78%), l'onchocercose est une maladie de la vue, elle rend aveugle. Les enquêtés (92%) pensent qu'elle est transmise par les piqûres de moucheron. Les symptômes associés les plus fréquents sont en lien avec la perte de vue, les démangeaisons, les tâches sur la peau, et les nodules. Les connaissances des enquêtés sur la maladie correspondent assez bien à la description établie par l'OMS (2010), selon laquelle, les personnes infectées par l'onchocercose souffrent de manifestations cutanées, de terribles démangeaisons, de troubles de la vision et de la cécité (OMS, 2010). Cependant, le caractère débilitant n'a pas été abordé par les enquêtés. Certains pensent que c'est une maladie qui se contracte en buvant de l'eau souillée (sale). Cela montre qu'il y a encore une partie de la

communauté qui demeure dans l'ignorance vis-à-vis de cette pathologie. Le moyen local dont disposent les enquêtés contre les piqûres de simulies consiste à protéger tout le corps par des vêtements : pantalon, chemise manches longues et des bottes. La protection par les vêtements montre les limites des communautés à faire face à la nuisance de ces mouches et à la maladie. Pour une lutte efficace contre les piqûres de simulies, les enquêtés préconisent que les cours d'eau, les rivières et le fleuve comoé soient pulvérisés d'insecticide. Or, la lutte anti-vectorielle basée sur l'épandage aérien de larvicide s'est arrêtée en 1979 (OMS-OCP, 2002). L'on peut déduire de cette proposition que les communautés sont plus préoccupées par les nuisances causées par les simulies que la maladie à laquelle ces vecteurs les exposent.

3.2. Connaissances des populations relatives à l'ivermectine

Les enquêtés, en plus d'être informés, bénéficient de campagnes de sensibilisation sur la prise de l'ivermectine par les agents de santé formés, ce qui traduit leur assez bonne connaissance. Cette organisation traduit la bonne collaboration entre les autorités coutumières et les agents de santé impliqués dans le programme de lutte. Une approche qui s'inscrit bien dans les stratégies de lutte contre l'onchocercose établies par l'OMS-OCP (2002) : l'Information, l'Education et la

Communication (IEC), la formation des nationaux sur les stratégies de lutte de façon pratique et le traitement à l'ivermectine. Pour ce qui est du rôle de l'ivermectine, les enquêtés sont en phase avec les objectifs du Programme National de Lutte contre l'Onchocercose (2002). En effet, l'onchocercose peut être éliminée par le traitement annuel de masse à l'ivermectine, mais à la condition qu'une couverture élevée du traitement soit maintenue sur une période d'au moins quinze (15) à vingt (20) ans.

3.3. L'approche communautaire de distribution de l'ivermectine au regard des opinions des populations

L'approche communautaire de distribution de l'ivermectine centrée sur l'ASC, permet de rapprocher le traitement des populations communautaires, comme cela a été démontré par notre recherche. Cette stratégie impliquant des volontaires (UNDP/World Bank/WHO, 1996 ; Okeibunor, 2004) et une communication fondée sur le savoir local (Métangmo-Tatou, 2019) est très recommandée. A ce sujet, Hopkins (2010) relève l'importance capitale du rôle des volontaires communautaires dans la motivation des populations à adhérer aux interventions de santé, notamment les interventions concernant la santé oculaire. L'auteur donne un exemple de succès des volontaires communautaires à travers le réseau de distributeurs communautaires d'ivermectine en République Démocratique du Congo. Le

traitement à l'ivermectine sous directives communautaires y est décrit comme une stratégie mettant l'accent sur la communication, avec pour postulat, qu'une communauté bien informée sur la maladie et la stratégie de traitement est à même de se mobiliser et prendre les décisions utiles pour mettre en œuvre la stratégie thérapeutique proposée. Lydia (2008) est parfaitement en accord avec cette idée de l'importance des volontaires communautaires, mais elle insiste au sein de ce corps social spécifique, sur la nécessité d'une plus grande formation des femmes et le renforcement de leur engagement en matière de prise de décisions au bénéfice des stratégies de distribution communautaire de l'ivermectine.

Si notre étude met en évidence la place des agents de santé communautaire dans la stratégie, le choix d'un lieu unique pour la distribution de l'ivermectine à toute la population semble poser problème. Des griefs relatifs à l'utilisation d'un même verre pour tous ont été relevés et l'option de la distribution porte-à-porte s'en trouve du coup mise en évidence par des enquêtés. Cette formule (porte-à-porte) a donné des résultats intéressants dans la recherche multipays susmentionnée ((UNDP/World Bank/WHO, 1996). Celle-ci mentionne que la couverture du traitement était meilleure dans les villages qui avaient opté pour la distribution porte à porte.

CONCLUSION

Cette recherche avait pour objectifs de déterminer le niveau de connaissance des populations de Kafolo sur l'onchocercose et l'ivermectine, puis analyser les opinions des populations de Kafolo sur le système de distribution de l'ivermectine dans leur localité. L'enquête était mixte : le volet quantitatif a concerné les populations des ménages et l'aspect qualitatif l'ant de santé et son relai, l'agent de santé communautaire.

Les résultats révèlent, que les enquêtés sont informés sur l'onchocercose et bénéficient de campagnes de sensibilisations sur la prise de l'ivermectine par les agents de santé. L'on note une bonne collaboration entre les autorités coutumières et les agents de santé impliqués dans la distribution de l'ivermectine. Les enquêtés sont favorables à la prise de l'ivermectine pour se soigner et se protéger contre la maladie même si les effets secondaires suscitent souvent des résistances. Cependant, le choix d'un lieu unique pour la distribution de l'ivermectine à toute la population semble poser problème. En outre, des plaintes relatives à l'utilisation d'un même verre servant à la prise des comprimés pour tous a été relevé et l'option de la distribution de l'ivermectine au porte-à-porte s'en trouve être le choix de distribution suggéré par les enquêtés.

Ces résultats interpellent sur l'information et la sensibilisation des

communautés au sujet de l'onchocercose et du traitement à l'ivermectine sous directives communautaires. La stratégie de lutte contre l'onchocercose basée sur le TIDC doit prendre en compte les interruptions dans la prise annuelle des comprimés et la possibilité d'une réorientation de la stratégie en direction de la formule porte-à-porte, de même que le renforcement de la coordination dans la lutte. Le renforcement de la coordination demande de jeter un regard sur les considérations de mise en œuvre du rôle important que les femmes peuvent jouer dans la lutte contre l'onchocercose.

REFERENCES

BIBLIOGRAPHIQUES

JODELET Denise, 1989, « Représentations sociales : un domaine en pleine expansion. Dans D. JODELET, Les représentations sociales » (PP. 31-61). Paris : Puf.

KOUDOU Benjamin G, KOUAKOU Marie-Madeleine, OUATTARA Allassane F, YEO Souleymane, BRIKA Pierre, MEITE Aboulaye et al 2018, « Update on the current status of onchocerciasis in Côte d'Ivoire following 40 years of intervention : Progress and challenges » PLoS Negl Trop Dis 12(10)

METANGMO-TATOU Léonie, 2019, Pour une linguistique du développement : Essai d'épistémologie sur l'émergence d'un nouveau paradigme en sciences du langage. Edition science et bien commun.

MONGEAU Pierre, 2008, Réaliser son mémoire ou sa thèse. Côté jeans & Côté tenue. Presses de l'Université du Québec

MULENGA Philippe Cilundika, YOGOLELO Asani Bienvenu, KAJ Françoise Malonga, et al., 2014, « Connaissances, attitudes et pratiques de la population de l'aire de santé SAMBWA en rapport avec » le traitement de l'onchocercose à l'ivermectine sous directives communautaires ». The Pan African Medical Journal, vol. 19.

VOUKING Marius Zambou, TADENFOK Carine Nouboudem, EVINA Christine Danielle, NSANGO Moustapha, BONONO Cécile-Renée, YONDO David, 2014, « Revue systématique sur la contribution des femmes distributeurs communautaires dans la lutte contre l'onchocercose en Afrique sub-saharienne ». The Pan African Medical Journal, 2014, vol. 19.

Organisation Mondiale de la Santé, 2014, Document de plaidoyer pour la mobilisation des ressources en faveur de la lutte contre l'onchocercose en République Démocratique du Congo (No. DIR/APOC/004/14). Programme Africain de Lutte contre l'Onchocercose.

Organisation Mondiale de la Santé/ African Programme for onchocerciasis control, 2010, "Cadre conceptuel et opérationnel de l'élimination de l'onchocercose par le traitement à l'ivermectine." WHO/APOC/MG/10.1 FAC 16.6 (II). 75 P.

Community-directed Interventions Study Group, 2010, Community-directed interventions for priority health problems in Africa: results of a multicountry study. Bulletin of the World Health Organization, 88(7), 509.

CLEMMONS Lidya, 2008, The social life of ivermectin: Socio-cultural and political

constructions of a Western pharmaceutical and its mass distribution in onchocerciasis-endemic communities in sub-Saharan Africa (Doctoral dissertation, University of Pennsylvania).

OKEIBUNOR Joseph. C, OGUNGBEMI Michael K, SAMA Martin, GBELEOU Sesso C, OYENE Ukam et REMME Jan H, 2004, Additional health and development activities for Community-directed distributors of ivermectin: threat or opportunity for onchocerciasis control?. Tropical Medicine & International Health, 9(8), 887-896. Organisation Mondiale de la Santé, 2002, Deuxième réunion des groupes de travail nationaux de lutte contre onchocercose (GTNO), Abuja, 17-22 juin 2002 : document de base sur la durabilité du TIDC.

Organisation Mondiale de la Santé / Onchocerciasis Control Programme, 2002, Lutte contre l'onchocercose en Côte d'Ivoire. Progrès accomplis et Perspectives post- OCP. 10665274421Oncho-Côte-ivoire-fre.pdf (395.4Ko). 8 p.

ROUQUETTE Michel-Louis et RATEAU Patrick, 1998, Introduction à l'étude des représentations sociales. Presses Universitaires de Grenoble.

VALENCE Aline, 2010, Les représentations sociales. Bruxelles, Belgium : De Boeck

VERIN Pierre et COMTE P, 1990, « L'ivermectine médication décisive de l'onchocercose ». Médecine d'Afrique Noire, 37(12), 773-775.

UNE VILLE À L'ASSAUT DE SON REMPART : LA DESTRUCTION DE LA BANDE DE FILAOS DU LITTORAL DE GUÉDIAWAYE PAR L'AVANCÉE DU FRONT URBAIN

A CITY ATTACKING ITS REMPART: THE DESTRUCTION OF THE BAND OF FILAOS ON THE COAST OF GUEDIAWAYE BY THE ADVANCE OF THE URBAN FRONT

¹ DIA Souleymane, ² TIMÉRA Sada Aly, ³ LY Abdoulaye,...

¹ Maître de conférences, École supérieure d'Économie appliquée, Université Cheikh Anta Diop de Dakar, Sénégal, Tél. 221 77 633 48 91, souleymane2.dia@ucad.edu.sn

¹ maître de conférences, Ecole supérieure d'Économie appliquée, Université Cheikh Anta Diop de Dakar, Sénégal, alitimera@gmail.com

¹ Étudiant en master, Ecole supérieure d'Économie appliquée Université Cheikh Anta Diop de Dakar, Sénégal, layely212@gmail.com

DIA Souleymane, TIMÉRA Sada Aly, LY Abdoulaye, Une ville à l'assaut de son rempart : la destruction de la bande de filaos du littoral de Guédiawaye par l'avancée du front urbain, *Revue Espace, Territoires, Sociétés et Santé* 5 (10), 71-90, [En ligne] Décembre 2022, URL: <https://retssa-ci.com>

Résumé

Arrière-pays vide et sauvage de Pikine avant 1966, Guédiawaye est devenue en l'espace de quatre décennies un département urbain densément peuplé et à la croissance

démographique élevée (2,5% par an). La ville abrite dans sa frange littorale une bande de filaos plantée pour fixer les dunes. Sous la pression de l'urbanisation, l'affectation du site à des équipements, infrastructures et habitations pose un enjeu environnemental majeur. L'objet de cette étude est d'explorer les effets de cette urbanisation sur la bande de filaos et les conséquences de sa destruction sur la dynamique littorale.

La méthodologie a consisté à faire la cartographie diachronique de la bande de filaos et des modes d'occupation du sol, à partir des archives d'images Landsat et celle de l'évolution du trait de côte, avec des images historiques de Google entre 2005 et 2021. Elle a permis de montrer que le bâti occupe aujourd'hui la presque totalité de la ville et 27 % de la superficie de la bande qui n'est plus végétalisée qu'à 9%. Cette élimination de la bande par l'urbanisation impacte déjà significativement l'environnement littoral. Entre 2007 et 2021, la mer a avancé au rythme de 0,08 m par année. Une des originalités dans ce processus

est le rôle atypique des politiques publiques. Si ailleurs, elles vont dans le sens de préserver des dunes comparables contre l'urbanisation, à Guédiawaye, c'est l'État qui, à travers l'implantation de nouveaux programmes d'habitat et d'infrastructures, encourage la vulnérabilisation du massif dunaire.

Mots-clés : Urbanisation, Dunes littorales, Bande de filaos, Recul du trait de côte, Guédiawaye.

Abstract

Guédiawaye belongs to the southern margins of the Grande Côte which goes from Yoff to the mouth of the Senegal River. Empty and wild hinterland of Pikine before 1966, it has become in the space of four decades a densely populated urban department with high population growth (2.5% per year). The city shelters in its coastal fringe a strip of filaos planted to fix the dunes and preserve the market gardening activity. Under the pressure of urbanization, the allocation of the site to equipment, infrastructure and housing poses a major environmental challenge. The purpose of this study is to explore the effects of this urbanization on the coastal strip and the consequences of its destruction on the coastal dynamics.

The methodology consisted in making the diachronic cartography of the casuarina strip and the modes of land occupation, from the Landsat image archives and that of the evolution of the coastline, from the historical images of Google between 2005 and 2021. It has shown that buildings today occupy almost the entire city and 27% of the area of the strip, which is only 9% vegetated. This elimination of the strip by urbanization already has a significant impact on the coastal

environment. Between 2007 and 2021, the sea has advanced at a rate of 0.08 m per year. One of the originalities in this process is the atypical role of public policies. If elsewhere, they go in the direction of preserving the dunes and the fixing vegetation against urbanization, in Guédiawaye, it is the State which, through the establishment of new housing programs and infrastructures, orchestrates the vulnerability of the dune massif.

Keywords : Urbanization, Coastal dunes, Strip of casuarina trees, Retreat of the coastline, Guédiawaye.

INTRODUCTION

Guédiawaye, ville-Département, appartient aux marges sud de la Grande Côte qui va de Yoff à l'embouchure du fleuve Sénégal. Appelée zone des Niayes, elle s'étire de Dakar à l'embouchure du fleuve Sénégal. C'est un ensemble morphoclimatique composé de trois paysages qui se succèdent du continent vers la mer : l'erg ogolien, l'espace nouakchottien et le massif dunaire tafolien.

Au regard des enjeux multiples dont il fait l'objet, les travaux sur les Niayes sont assez nombreux mais déséquilibrés. En se limitant aux articles scientifiques et aux thèses de Doctorat, on observe que la plupart des travaux sur cet espace se sont focalisés sur les aspects physiques et environnementaux. J. Trochain (1940) a exploré la biogéographie des Niayes, tandis que M.M. Sall (1971) et A.T. Diaw (1997) ont abordé la géomorphologie. Les études récentes sont plus dispersées mais la plupart se focalisent sur la thématique environnementale : K. Sambou (2011), et M. NDao (2012). Les études économiques sont rares et parmi elles

il est possible de citer les travaux de B. Llères (1986) sur la transformation des produits halieutiques. S. Dia (2000) a mené une étude qui a tenté d'embrasser à la fois, en montrant leur articulation, la question environnementale, l'activité économique et l'organisation de l'espace. Une seule étude systématique a été consacrée aux relations avec la métropole dakaroise (J-C. Arnaud 1972). Les études sur les Niayes de Guédiawaye sont encore plus rares. Récentes et réalisées essentiellement par le Département de géologie de l'Université Cheikh Anta Diop de Dakar, elles portent sur les interactions entre hydrodynamiques littorales et l'évolution des plages, sur les dynamiques morphosédimentaires (P. Sagne et al, 2021) et sur la dynamique du trait de côte (P. Sagne et al, 2021). Cette réflexion prolonge leurs travaux en tentant de montrer les interactions entre l'urbanisation et l'environnement littoral dans le Département de Guédiawaye.

Arrière-pays vide et sauvage de Pikine avant 1966, Guédiawaye est devenue en l'espace de quatre décennies un département urbain peuplé de 392 190 habitants en 2019 (ANSD, 2018). Alimentée essentiellement par le solde naturel, la croissance démographique reste élevée (2,5% par an). Si aujourd'hui faute de réserves foncières, l'assaut de l'habitat a reflué sans disparaître, les principaux consommateurs d'espace sont désormais l'Etat et les collectivités territoriales. Dans le but de doter la Ville-Département d'attributs à la mesure de son double statut, beaucoup d'espaces publics et collectifs ont changé de vocation pour accueillir des équipements et des infrastructures comme la Voie de Dégagement Nord (VDN) et les ouvrages de drainage. C'est dans ce contexte qu'allant contre le Plan Directeur d'Urbanisme de Dakar (PDU) "Horizon 2025", qui

recommande fortement la préservation systématique des espaces boisés tels que l'emprise des filaos, l'Etat a signé le décret 2021-701 du 4 juin 2021 déclassant la bande de filaos de Guédiawaye. La seule mesure environnementale prévue en termes de compensation est un projet non encore effectif de reboisement de la haute plage par une nouvelle génération de filaos.

La bande avait commencé à être implantée pendant les années quarante pour fixer les dunes et préserver l'activité maraîchère le long du littoral Nord. Elle s'étend ainsi sur 180 km de Cambérène dans la région de Dakar, à Darou Mboumbaye au sud de Saint-Louis. Dans sa traversée de Guédiawaye, la longueur de la bande est de 5,18 km, pour une superficie de 150,58 ha.

Photo n°1. Filaos fixant la dune vive



Source : A. Ly, 2021

Son déclassement et l'affectation du site à des équipements, infrastructures et habitations posent un enjeu environnemental majeur. En effet, le littoral de Guédiawaye s'est toujours caractérisé, et plus encore aujourd'hui, dans le contexte de réchauffement climatique, par des dynamiques fortes et agressives. L'objet de cette étude est d'explorer cet enjeu. Plus spécifiquement, il s'agira, d'une part,

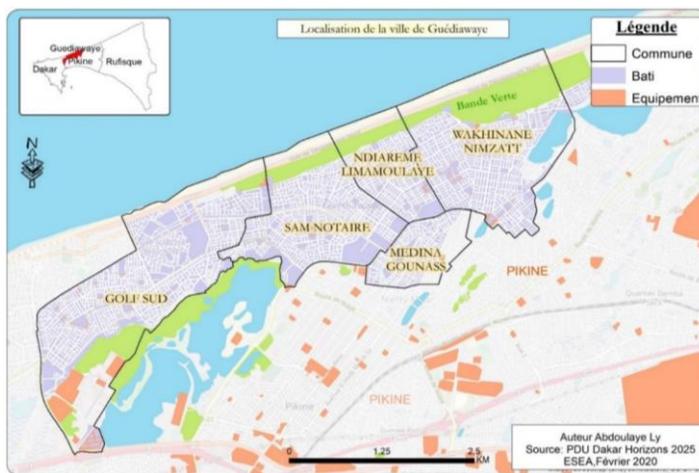
Une ville à l'assaut de son rempart : la destruction de la bande de Filaos du littoral de Guédiawaye par l'avancée du front urbain

d'étudier les effets de l'urbanisation galopante sur l'occupation du sol, notamment sur la bande de filaos ; et d'autre part, d'évaluer les effets de la dégradation de la bande de filaos sur la dynamique littorale. L'étude est structurée en trois chapitres. Le premier, abordant la méthodologie, précise les modalités de la prise d'informations et leur traitement par l'outil cartographique. Le second chapitre restitue les informations rapportées du terrain et les interprète à la lumière de l'analyse cartographique. Le dernier chapitre est l'occasion d'une discussion qui croise ces résultats avec ceux d'espaces comparables et avec des auteurs ayant étudié des thématiques analogues.

1. METHODOLOGIE

La méthodologie est structurée autour de deux sections. La première qui présente le

Carte n°1: Localisation de la ville de Guédiawaye à Dakar



Source : A. Ly, 2021

Ville-Département de faible superficie (12,7 km²), Guédiawaye, dès le départ s'est vue assigner par l'Etat la fonction de réceptacle des surplus démographiques de la capitale. Dans une première phase, la ville nouvelle a

cadre de l'étude, souligne l'histoire démographique de Guédiawaye devenue en quelques décennies la ville la plus dense du pays. La seconde section présente l'outillage méthodologique qui a permis la collecte d'informations et leur traitement cartographique.

1.1. Cadre de l'étude

Le territoire de Guédiawaye est devenu une commune de plein exercice en 1990 pour être ensuite érigée en Ville en 1996. Les limites de la Ville de Guédiawaye coïncident avec celles du Département du même nom créé par le décret n° 2002-167 du 21 février 2002. La Ville de Guédiawaye compte cinq collectivités territoriales (Carte n°1) et occupe actuellement tout son périmètre communal.

reçu deux vagues de déguerpis. En 1967, ont été installés dans la zone Nord de Pikine appelée Premier Guédiawaye, les déguerpis de certains bidonvilles de Dakar comme le Champs de Courses, et Baye Gaïndé. En 1970 sont installés de nouveaux déguerpis en

provenance d'autres bidonvilles comme Alminco et le Camp Abdou Diassé. La seconde phase se distingue par l'installation plus formelle d'un habitat planifié. C'est ainsi qu'au milieu des années 70 sont créées les Parcelles assainies, lotissements d'Etat cédés à des prix modiques aux couches les plus défavorisées de la population. A partir des années 80, la ville nouvelle va accueillir diverses cités construites par des promoteurs immobiliers tels que HAMO, et des coopératives d'habitat. Cette dynamique a rapidement abouti à la saturation des réserves foncières pour constituer une menace en direction de la bande de filaos. C'est pourquoi sa cartographie dynamique est au cœur de la méthodologie.

1.2. Démarche pour la prise d'information

L'objet de l'étude étant de mesurer des dynamiques spatiales, la méthodologie a consisté, pour l'essentiel à la cartographie, complétée par des entretiens avec des structures concernées par la bande de filaos. S'agissant de la cartographie, elle est déclinée dans plusieurs approches, selon l'objet étudié. C'est ainsi que l'analyse diachronique de la bande de filaos et des modes d'occupation du sol a été faite à partir des procédures de Landsat. Les archives d'images Landsat ont été utilisées pour réaliser les cartes diachroniques globales du département de Guédiawaye afin de mesurer la dynamique du bâti, de la végétation, de l'hydrographie etc. Sur la base des images fournies par le Centre de Suivi Ecologique, les données rasters utilisés sont datées de 1966, 1978, 2005 et 2019. Le recours aux outils de la télédétection et l'application ArcGis 10.6 ont permis de compléter le travail. Concernant l'étude de l'évolution du trait de côte, elle a été faite à partir des images

historiques de Google Earth entre 2005 et 2021.

En ce qui concerne la collecte des données, essentiellement qualitative, elle a été réalisée avec des guides d'entretien élaborés pour des interviews auprès des maires des trois communes de la ville ouvertes sur le littoral et concernées par la bande des filaos : Sam notaire, NDiaramé Limamoulaye et Wakhinane Nimzatt. Des guides ont également été administrés à des structures impliquées dans la gestion de la bande ou impactées par le déclassement : l'UCG, l'ADM et le DEFCCS.

2. RÉSULTATS

Espace de vérification des objectifs de recherche, les résultats sont structurés par ces derniers en deux sections. La première permet de montrer la destruction progressive de la bande de filaos par le front urbain. La seconde offre l'occasion de mesurer l'impact de cette destruction sur la dynamique du trait de côte.

2.1. L'impact de l'urbanisation sur la bande de filaos

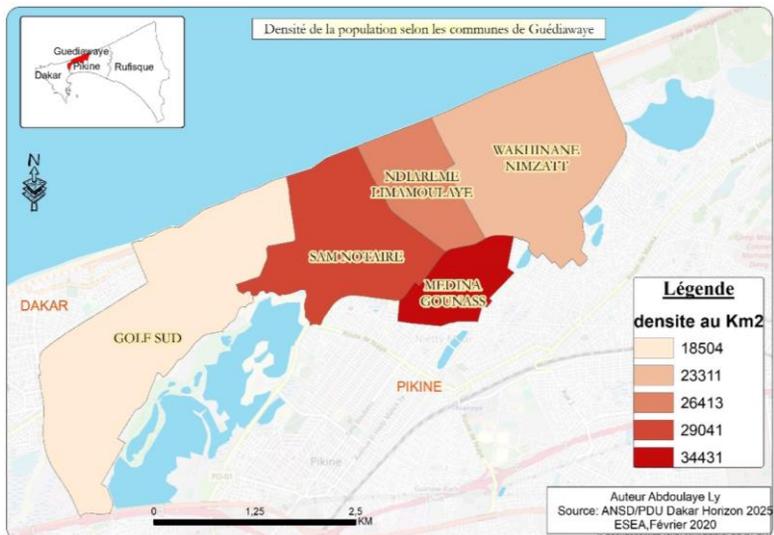
À travers le grignotage et l'occupation planifiée, puis l'irruption du béton parmi la verdure, l'urbanisation, en étapes bien distinctes, a détruit graduellement la bande de filaos.

2.1.1. Une urbanisation à marche forcée

La ville de Guédiawaye concentre 10,5% de la population dakaroise (ANSD, 2018). Au rythme de 2,5% de croissance annuelle, la ville comptera 457 804 habitants en 2025 et connaîtra les densités les plus fortes du pays, soit 36 985 habitants au kilomètre carré (Carte n°2).

Une ville à l'assaut de son rempart : la destruction de la bande de Filao du littoral de Guédiawaye par l'avancée du front urbain

Carte n° 2. Densités de population dans les communes littorales de Guédiawaye

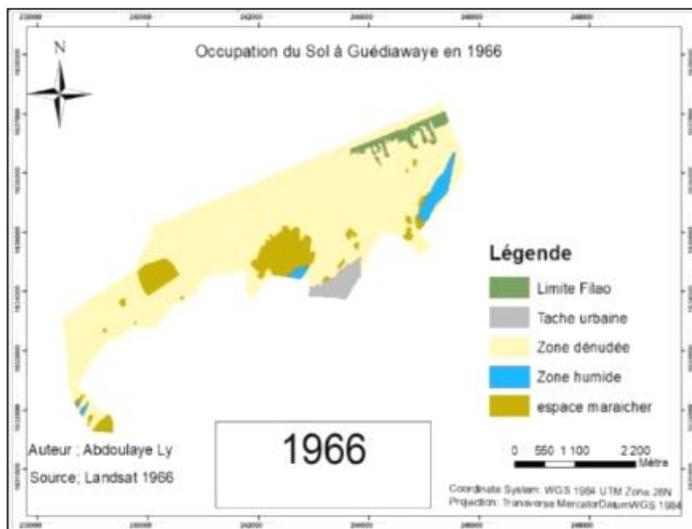


Source : A. Ly, 2021

Cette urbanisation très rapide a dévoré en quelques décennies les immenses étendues dénudées. Ainsi que le montre la cartographie dynamique de l'occupation du sol entre 1966

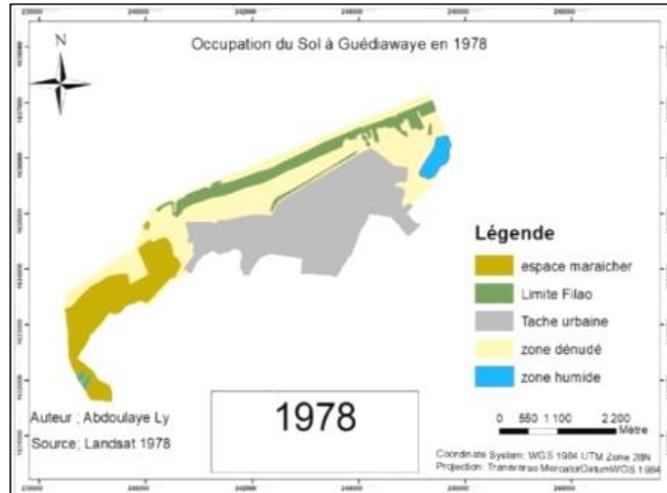
et 2019 (Cartes n° 3 à 6), quasi inexistant au milieu des années 60, le bâti occupe aujourd'hui la presque totalité du territoire de la ville.

Carte n°3. Occupation du sol à Guédiawaye en 1966



Source : A. Ly, 2021

Carte n° 4. Occupation du sol à Guédiawaye en 1978

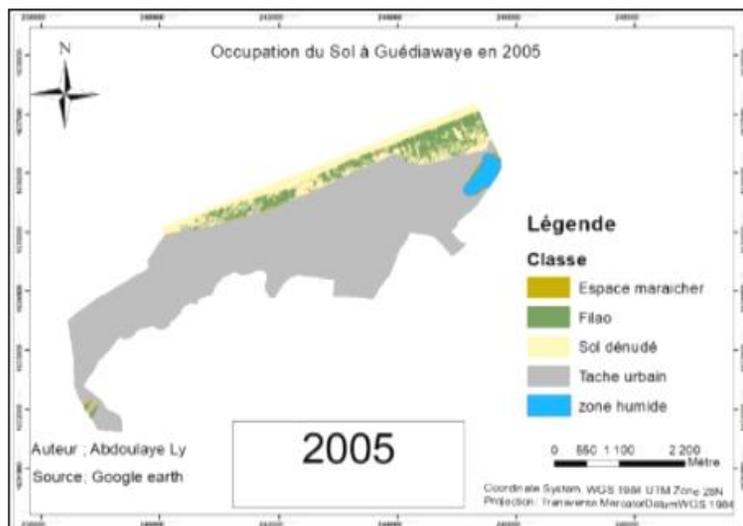


Source : A. Ly, 2021

Tout y est passé, réserves foncières, espaces maraîchers et même les étendues d'eau remblayées et occupées au terme de périlleuses modifications de topographie. Le principal moteur de cette dynamique urbaine est l'habitat devenu très vite la principale menace pour la bande de filaos. L'observation d'archives d'images

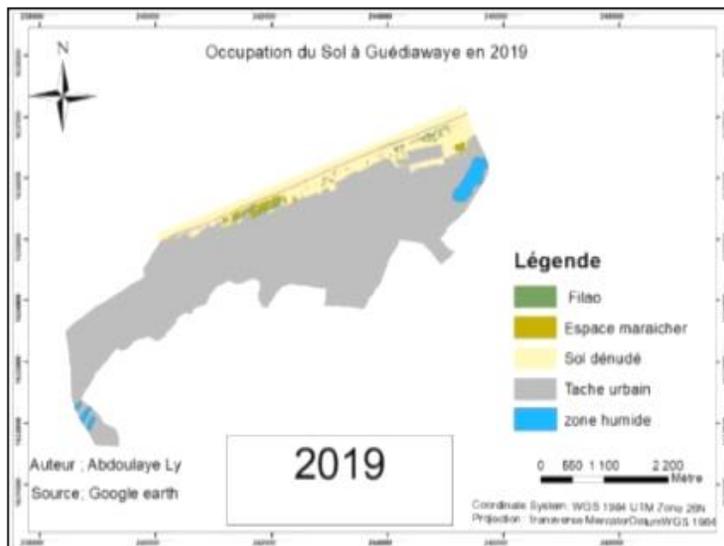
satellitaires, montre que dans sa progression fulgurante d'Est en Ouest, le bâti s'était arrêté, avant 1978, à 350 mètres de la bande (Carte n°4), de laquelle elle était séparée physiquement par une infrastructure routière et une fine lame de filaos. Les mêmes archives révèlent que c'est après cette date que l'habitat a progressé vers la bande verte avant d'atteindre sa limite.

Carte n° 5. Occupation du sol à Guédiawaye en 2005



Source : A. Ly, 2021

Carte n°6. Occupation du sol à Guédiawaye en 2019



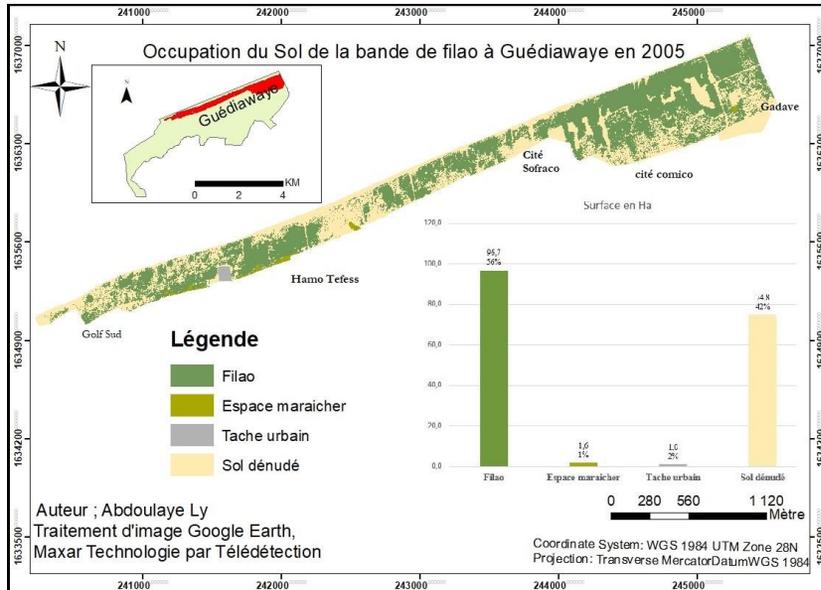
Source : A. Ly, 2021

Le responsable du franchissement de la zone tampon est L'État qui a autorisé l'implantation de nouveaux programmes d'habitat comme les Hamo et de nombreuses cités érigées par des coopératives : Urbanisme, Air Afrique, Biagui etc. La dernière en date est la cité Gadaye créée en 2008. Désormais le bâti, après avoir grignoté la bande, est désormais appuyé par L'État qui a organisé le déclassement de celle-ci. C'est la dynamique enclenchée par ce double processus que tente de restituer la section qui suit.

2.1.2. Du grignotage à la liquidation planifiée

En 2005, année de référence de l'archivage Google Earth pour la zone, les plantations de filaos occupaient 96,7 ha, soit 56% de la superficie de la bande littorale (Carte n°7). En raison du vieillissement et du déficit d'entretien, la mortalité parmi les filaos explique l'importance des étendues dunaires ravivées qui occupent 42% de la bande littorale (Carte n°7). A l'époque, le maraîchage, peu implanté occupe à peine 1% de la superficie. Marginal, le bâti avec seulement 2% de la superficie, se limite alors à une petite tache à l'ouest de la bande (Carte n°7).

Carte n°7. Occupation du sol dans la bande de filaos en 2005

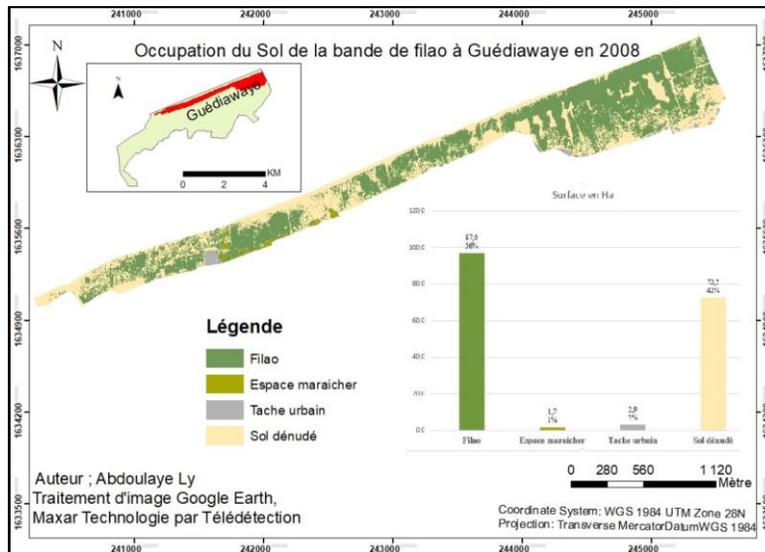


Source : A. Ly, 2021

Les trois années qui suivent se caractérisent par une certaine stabilité dans l'occupation du sol. Les rares mutations observées sont les

micros taches de bâti qui couvrent l'excroissance autrefois dénudée de Gadaye et qui expliquent la légère progression du bâti passé de 2, à 2,9% en trois ans (Carte n°8).

Carte n°8. Occupation du sol dans la bande de filaos en 2008



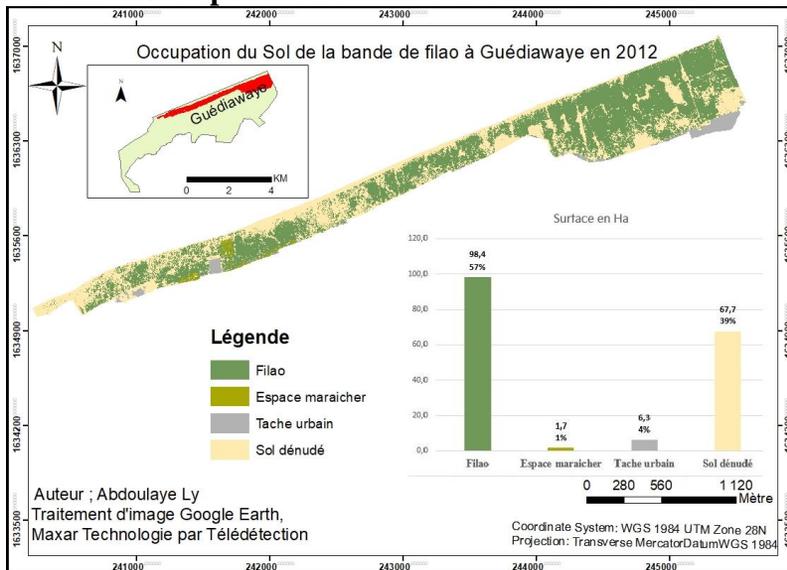
Source : A. Ly, 2021

Une ville à l'assaut de son rempart : la destruction de la bande de Filaos du littoral de Guédiawaye par l'avancée du front urbain

La même tendance est observée en 2012, avec toutefois un frémissement plus conséquent du bâti dont la superficie a presque doublé, passant de 2,8 à 6,3 ha en trois ans. Mais cette progression n'affecte pas

la superficie occupée par les filaos restée stable à 57% dans la mesure où l'espace bâti en question correspond à la nouvelle cité Gadaye construite sur une étendue ravivée (Carte n°9).

Carte n°9. Occupation du sol dans la bande de filaos en 2012



Source : A. Ly, 2021

Au total, pendant cette phase 2005-2012, l'occupation du sol, marquée par la stabilité de la bande de filaos, traduit la résistance à la pression du bâti et au grignotage. Cependant l'érection de Gadaye sur une zone, même ravivée, préfigure la rupture dans la dynamique.

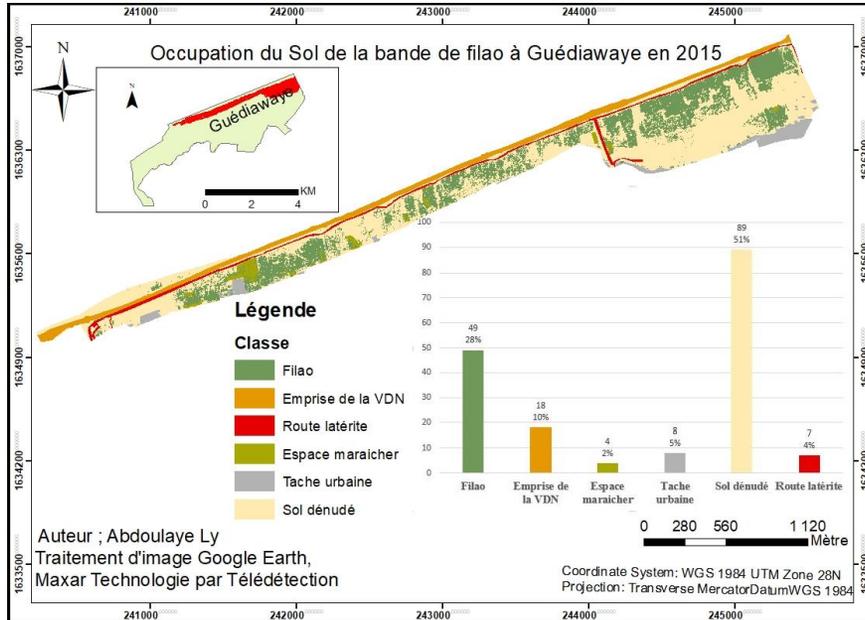
2.1.3. A partir de 2015, l'assaut du béton contre la verdure

Depuis 2015, une nouvelle dynamique urbaine a bouleversé l'occupation du sol dans la bande de filaos, avec deux étapes assez distinctes mais ayant convergé vers les mêmes conséquences, la destruction de l'écosystème des filaos.

En 2015, la superficie de la bande de filaos s'effondre à 28 %, soit un recul de 19 % en

l'espace de trois ans (Carte n°10). Ce n'est pas la faible implantation périphérique dans le prolongement de Gadaye qui explique cette chute brutale. Deux facteurs de dégradation sont en cause. Le premier est le ravivement dunaire dont la superficie est passée de 39 à 51%, soit une progression de 20 %. Il est surtout important dans la partie Est de la bande, près de Gadaye, où les étendues dunaies ravivées occupent désormais la protubérance verte qui caractérisait cette zone (Carte n°10). Le second facteur de dégradation est l'emprise de la VDN. Entre la superficie occupée par l'infrastructure elle-même, les voies latéritiques utilisées par les engins de chantier et les espaces d'entreposage, c'est au total 10% de la superficie de la bande qui a été soustraite par la VDN (Carte n°10).

Carte n°10. Occupation du sol dans la bande de filaos en 2015



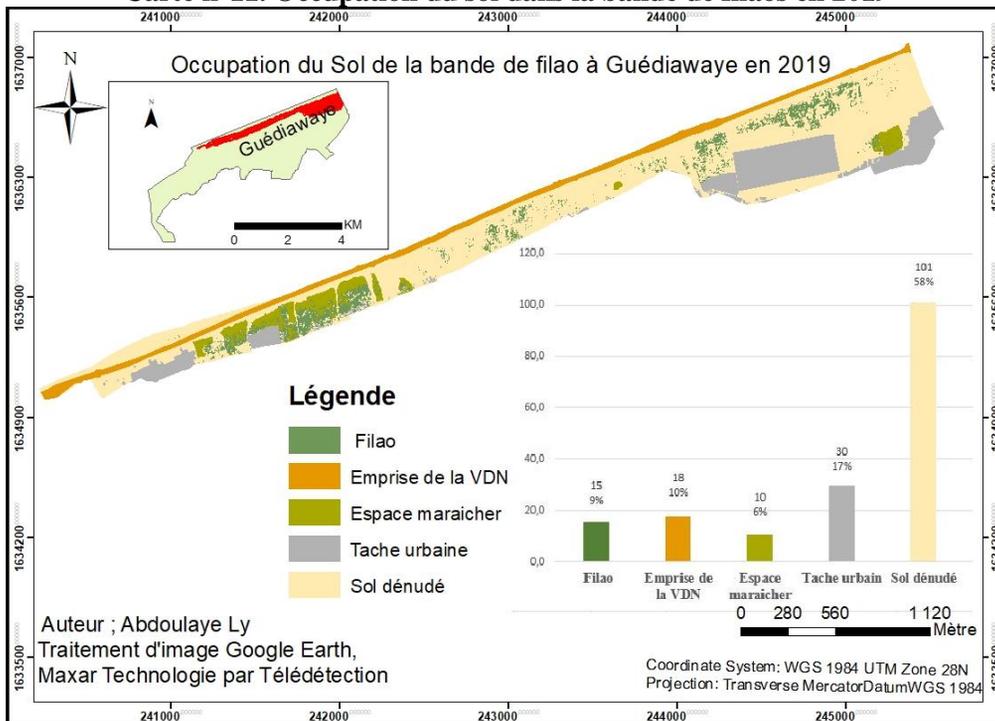
Source : A. Ly, 2021

En 2019, estimant qu'en raison du vieillissement des filaos la bande était de toute façon condamnée, L'État a pris la décision de la déclasser. Le cadre réglementaire qui jusque-là pouvait permettre de la protéger disparue, les opérations d'aménagement se sont multipliées. A l'initiative de L'État, l'aménagement de Gadaye-Extension et du projet de cimetière départemental ont fait faire au bâti un bond de 17%, passant de 8 à 30 ha entre 2015 et

2019 (Carte n°11). Parallèlement, l'élimination des vieux filaos a accéléré le ravivement, et les étendues dénudées ont vu leur superficie progresser de 7% (Carte n°11). Tirant profit de la situation, les installations sauvages de maraichers jusque-là marginales se sont multipliées, portant la superficie de 2 à 6% (Carte n°11). Conséquences de toute cette dynamique, la superficie de la bande de filaos est à un niveau d'étiage jamais atteint, avec seulement 9% désormais.

Une ville à l'assaut de son rempart : la destruction de la bande de Filaos du littoral de Guédiawaye par l'avancée du front urbain

Carte n°11. Occupation du sol dans la bande de filaos en 2019

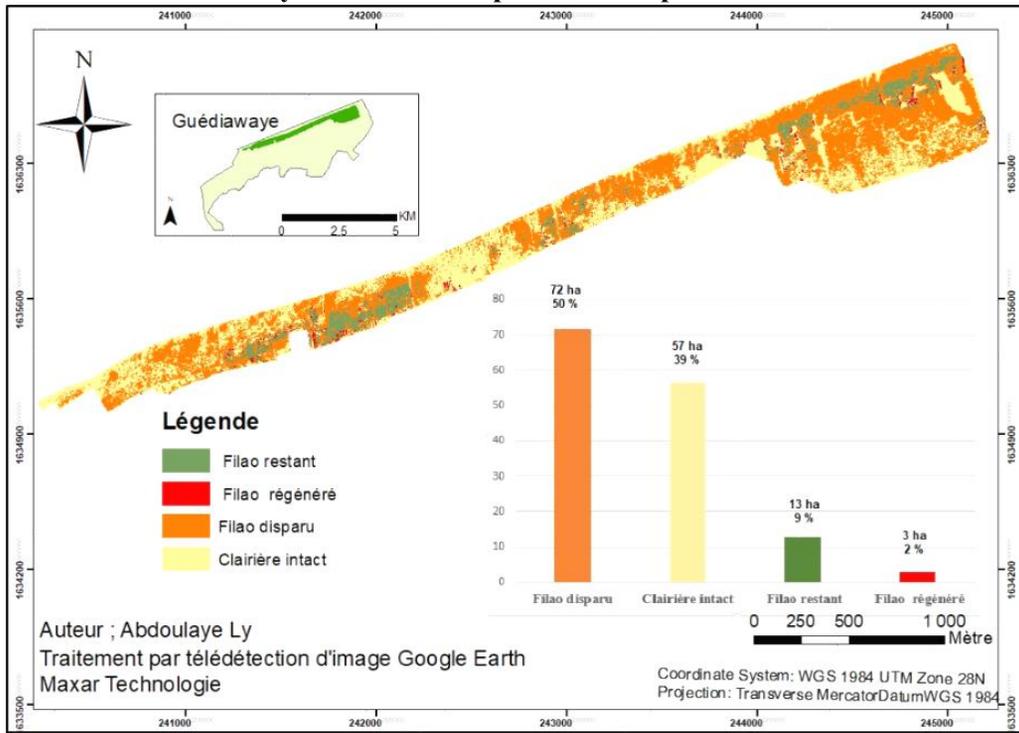


Source : A. Ly, 2021

Au total, l'observation dynamique de la bande sur la période 2005-2019 a permis de visualiser sa disparition progressive avec deux phases bien distinctes. Une phase de résistance qui va de 2005 à 2015 pendant laquelle, adossée à un cadre réglementaire protecteur, elle a su contenir les assauts du bâti. Une phase d'accélération ouverte par le déclassement et qui a quasiment éliminé la bande verte en l'espace de quatre ans. Ensemble, la superficie autrefois verte (filaios

disparus et espaces ravivés) et aujourd'hui menacé se chiffre à 89% de la bande (Carte n° 12). Les filaios résiduels (9%) et régénérés (2%) se partagent le reste de la superficie (Carte n°12). Plantée pour fixer la dune et protéger ainsi le continent contre son avancée, l'élimination de la bande par l'urbanisation, bien que récente, impacte déjà significativement l'environnement littoral. L'observation et un essai de mesure de ces impacts est l'objet du second chapitre.

Carte n°12. Synthèse de l'occupation du sol par les filaos en 2019



Source : A. Ly, 2021

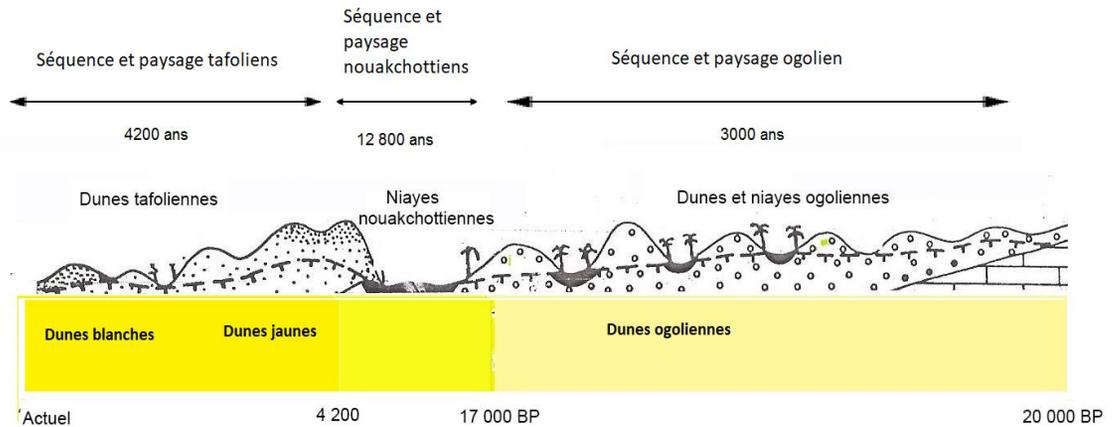
2.2. Impacts de la destruction de la bande de filaos sur le recul du trait de côte

La cinétique dunaire concerne le système tafolien constitué par deux générations de dunes qui se distinguent par une dynamique spatiale comparable (Figure n°1). La partie la plus continentale des dunes jaunes, première génération, se trouve être les dunes ravivées. Sous l'effet conjugué de la sahélanisation et de l'action anthropique, ces massifs, repris en dunes vives, migrent vers le continent où ils chevauchent l'erg ogolien, et ensevelissent, au passage, les dépressions maraichères dans leur trajectoire. Quant à la deuxième génération, celle des dunes blanches, elle est bordée et alimentée à partir de la plage

aérienne, réservoir agité que prolonge une plage sous-marine. P. Sagne et al. (2021) soulignent que l'absence d'édifices immergés dans la plage sous-marine est un des facteurs importants de la dynamique du trait de côte. En effet, par leur capacité à amortir l'énergie des houles du nord-ouest avant qu'elles n'atteignent le rivage, ils auraient empêché le déferlement direct sur la plage. Or, c'est ce dernier qui entraîne des variations importantes de la morphologie dunaire et conditionne la dynamique du trait de côte. Celui-ci, appelé aussi ligne de rivage dans les zones littorales de types micro-tidales, peut être défini à la suite de P. Sagne et al. (2021), comme la limite supérieure d'humectation de l'estran visible, continue et facilement reconnaissable.

Une ville à l'assaut de son rempart : la destruction de la bande de Filaos du littoral de Guédiawaye par l'avancée du front urbain

Figure n°1. Profil spatiotemporel de la Grande Côte

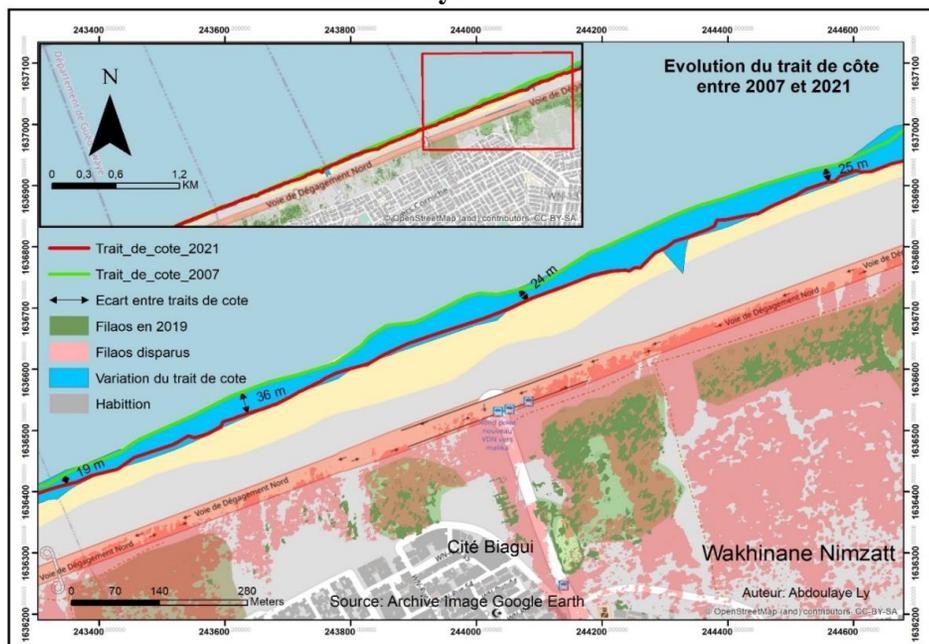


Source : Pezeril et al., 1986, modifié par l'auteur

Avec les archives des images satellitaires de Google, nous avons observé la dynamique de l'évolution du trait de côte entre 2007 et 2021. Il apparaît que pendant cette période, la

mer a avancé au rythme de 0,08 m par année. Le recul du trait de côte est plus fort à hauteur de la cité Biagui dans la commune de Wakhinane Nimzatt (Carte n°13).

Carte n°13. Evolution du trait de côte le long du littoral de Guédiawaye



Source : A. Ly, 2021

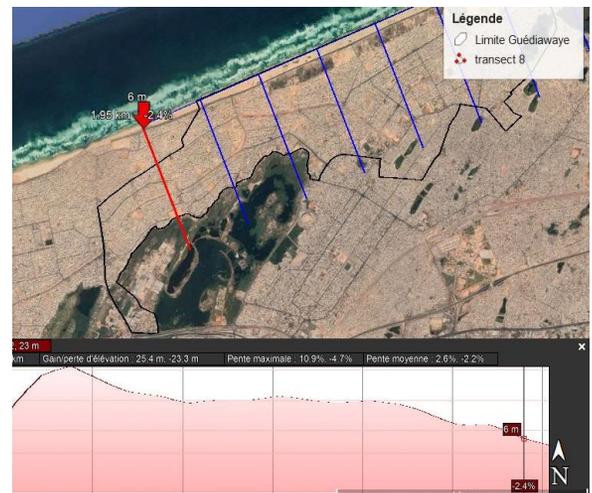
Cela va dans le même sens que les résultats de P. Sagne et al. (2021). En effet recourant à la méthode de la régression linéaire, ils ont étudié les dynamiques littorales sur une longue période qui va de 1942 à 2011. Ils ont abouti à des conclusions sur un bilan globalement négatif, avec des taux d'érosion variant entre -0,04 m/an et -0,22 m/an. Apportant des nuances territoriales à cette dynamique érosive, les auteurs soulignent que le phénomène érosif est plus important à Gadaye comparé à Malika. Ils avancent un argument topographique et hydrodynamique pour expliquer ce différentiel dans la dynamique érosive, en précisant qu'à Malika, c'est la largeur plus importante de la plage qui est en cause. Ils soutiennent que les plages plus larges possèdent une meilleure capacité à amortir les effets de la houle que les plages étroites. Plus globalement à l'échelle de Guédiawaye-Malika qui est leur zone d'étude, P. Sagne et al. (2021, p. 235) incriminent la houle et la topographie de la plage et font de l'urbanisation un simple facteur potentiel d'accélération de l'érosion :

L'impact de cette urbanisation sur les fluctuations de la ligne de rivage n'est pas encore véritablement établi, ce qui confirme bien que les facteurs qui déterminent le plus l'évolution de ce segment littoral sont les houles du Nord-ouest auxquelles s'ajoutent les extractions de sables. Toutefois, [...] avec les coupes de filaos au profit des constructions humaines, il pourrait se produire une certaine influence des activités humaines dans le fonctionnement de ces plages en favorisant la rupture des échanges sédimentaires entre les dunes et la plage par immobilisation des sédiments dunaires sur lesquelles s'effectuent les constructions.

Cette éventualité vers laquelle ils se projettent dans leur conclusion est déjà une réalité. La destruction des filaos contre

laquelle ils mettaient en garde est effective. Sans minorer l'action des facteurs physiques, nous estimons qu'à leur côté, c'est la destruction des filaos et la réduction du stock sédimentaire dunaire qui expliquent les variations territoriales de l'érosion. En effet, une observation plus rapprochée à grande échelle montre des nuances locales liées à la présence du bâti et à la végétalisation de la dune. L'instrument de cette observation est la réalisation de transects le long du littoral de Guédiawaye, traversant ainsi des étendues bâties et les espaces encore fixés par la végétation.

Carte n°14. Transect couvrant la partie Ouest urbanisée du littoral de Guédiawaye



Source : A. Ly, 2021

Ainsi que le montre le transect 8 (Carte n°14) couvrant la partie Ouest du littoral plus urbanisée, le bâti est à seulement 140 m de la mer. En plus de ses dynamiques propres en contexte de réchauffement climatique, le recul du trait de côte est de toute évidence accéléré par l'immobilisation de la dune par le bâti. A l'échelle de l'année, les dunes proches de l'espace bâti connaissent de faibles variations de leur profil. (Carte n°14).

Une ville à l'assaut de son rempart : la destruction de la bande de Filaos du littoral de Guédiawaye par l'avancée du front urbain

Carte n°15. Transect couvrant la partie Est moins urbanisée du littoral de Guédiawaye



A l'opposée, dans la zone Est où subsiste une fixation par les filaos résiduels, le transect 3 montre que la mer est à 604 m (Carte n°15). Du fait de la végétalisation de la dune fixée à laquelle elle est adossée, la dune vive connaît des variations significatives au niveau de son altitude et de sa pente (Carte n°15). Elle dispose d'un stock sédimentaire important grâce auquel elle alimente les plages en sédiments et permet de renouveler leur stock sédimentaire pendant les périodes de fortes houles érosives. C'est un des éléments explicatifs de la moindre sensibilité de cette portion de littoral à l'érosion côtière.

3. DISCUSSION

Si la compétition voire le conflit entre écosystèmes littoraux et urbanisation est assez répandue, celle mettant en jeu la bande de filaos et la ville de Guédiawaye est atypique à plus d'un titre. L'analyse du

processus de littoralisation et de l'évolution spatiale des emprises urbanisées montre une inversion des dynamiques. Caractérisant des schémas d'expansion spatiale des espaces urbanisés, à partir d'analyses morphologiques, (T. Crawford, 2007) a fait le constat suivant : les espaces les plus proches du rivage connaissent en premier la plus forte occupation. Il se produit ensuite un relatif ralentissement du processus vers l'intérieur des terres. A Guédiawaye, le processus est inverse. L'étalement urbain a d'abord saturé le continent avant de se déployer en direction du littoral.

Une autre différence est le moteur de la littoralisation. Ailleurs, dans la Petite Côte, par exemple, elle est portée par le tourisme de masse et l'économie résidentielle (S. Robert, 2019). C'est l'implantation des réceptifs hôteliers et des résidences secondaires qui a construit de toutes pièces des territoires côtiers comme Saly, Somone ou Yène (S. Dia, 2000). A l'opposée, la littoralisation à Guédiawaye, ville dortoir, est le résultat d'une croissance urbaine portée presque exclusivement par l'habitat.

Mais la principale différence avec les espaces et les dynamiques comparables réside dans la perception des enjeux par la puissance publique. Plantée pour protéger l'intérieur des terres et ses activités dominantes comme le maraichage contre la transgression de la dune vive, la bande des filaos a fini par dépasser ses fonctions initiales. En effet, mise en place dans un contexte où dominait le phénomène d'accumulation, massif surélevé et boisé, elle est devenue aussi, avec le

réchauffement climatique, une sorte de digue verte protectrice contre le recul du trait de côte. Bakhoum et al. (2018) ont montré que la forte vulnérabilité physique de la Grande Côte à l'élévation du niveau de la mer dans le contexte de réchauffement climatique est due, en partie, à la dégradation de la bande de filaos. Dans les zones littorales sableuses, la présence de végétation permet d'atténuer la force des vents, de piéger et de stabiliser le sable en mouvement, pour au bout du compte, construire et entretenir les dunes littorales.

Au terme de débats longs et récurrents entre, d'une part, les tenants du développement économique et de l'innovation, et d'autre part, les tenants de la conservation de la nature et du patrimoine, cette dernière catégorie a perdu la bataille. La conséquence est le rôle contre-nature des politiques publiques qui devaient prendre en charge cette préservation indispensable des filaos et des dunes. Ailleurs, des massifs dunaires comparables font l'objet d'une protection très pointilleuse par l'action de l'État en collaboration avec les acteurs locaux, ou au besoin contre eux. Les Dunes de Flandre, par exemple, au bord de la mer du Nord, illustrent le premier cas de figure. Outre le cadre réglementaire qui interdit toute urbanisation, elles sont même protégées contre la surfréquentation. A l'initiative du Syndicat Intercommunal des Dunes de Flandre (SIDF) est lancée depuis 2011 l'« Opération Grand Site » pour atteindre une certification « Grand Site de France » (C. Rufin-Soler et C. Audouit, 2022).

Les politiques publiques de protection de la dune de Pilat, en Arcachon, illustrent le second cas de figure. Étant donnés les enjeux représentés par les aménagements et usages présents sur le front d'avancée, les acteurs locaux ont souvent tenté de faire prévaloir leur conception ressourciste. Mais à chaque fois, ils ont trouvé sur leur chemin un État déterminé à préserver le site. Dès 1943, la dune acquiert son statut de monument naturel. Sa partie nord ainsi que deux parcelles de la forêt usagère deviennent site classé par l'État au titre de la loi de 1930. Il est désormais interdit, sauf autorisation spéciale, d'effectuer la moindre action susceptible de modifier l'aspect du site. En 1991, la révision du schéma directeur (ex SDAU), projette une zone d'extension touristique au sud de la dune sur des terrains de forêt privée. Encore une fois, l'État réagit en classant la totalité de la dune (V. André-Lamat et A. Mellac, 2022).

A Guédiawaye, c'est tout le contraire. Cédant aux pressions d'acteurs divers, notamment les collectivités territoriales et les promoteurs immobiliers, l'État a tout bonnement contournée et bafouée sa propre régulation. En effet, malgré la position sans équivoque du PDU de Dakar "horizon 2025", recommandant fortement la préservation des espaces boisés, L'État a pris la décision de déclasser la bande de filaos.

En dépit de leur importance, les dunes de Flandre et celle du Pilat, au vu des enjeux, ne sont pas comparables aux dunes de Guédiawaye. Ici, il s'agit ni plus ni moins de l'avenir de centaines de milliers de

personnes, celui de leur habitat et des infrastructures de la ville. Au lieu de freiner leur élan à répondre à l'appel de la mer (A.T. Diaw 1997), l'Etat a opté pour accompagner une ville et ses habitants dans l'assaut irrationnel contre leur propre rempart.

CONCLUSION

La cartographie diachronique de l'occupation du sol, à partir des archives d'images Landsat et celle de l'évolution du trait de côte, en recourant aux images historiques de Google Earth entre 2005 et 2021 ont permis d'explorer deux impacts en interaction : d'une part, les effets de l'urbanisation rapide de Guédiawaye sur la bande de filaos ; d'autre part, les effets de la destruction de celle-ci sur la dynamique littorale. Cette urbanisation explosive a dévoré en quelques décennies toutes les réserves foncières. Ainsi que le montre la cartographie dynamique de l'occupation du sol entre 1966 et 2019, le bâti occupe aujourd'hui la presque totalité de la ville. En 2005, les plantations de filaos occupaient 56% de la superficie de la bande littorale. Le bâti, alors marginal, ne dépassait pas 2% de la superficie. Quinze ans plus tard, en 2019, le bâti s'étend sur 27 % de la superficie de la bande qui n'est plus végétalisée qu'à 9%.

Plantée pour fixer la dune et protéger le continent, l'élimination de la bande par l'urbanisation, bien que récente, impacte déjà significativement l'environnement littoral. Entre 2007 et 2021, la mer a avancé au rythme de 0,08 m par année avec des nuances territoriales pouvant s'expliquer en partie par

la disparition ou la présence résiduelle de filaos. Une des regrettables originalités dans ce processus est le rôle atypique des politiques publiques. Ailleurs, elles vont dans le sens de préserver les dunes et la végétation fixatrice contre la pression urbaine. A Guédiawaye, c'est l'Etat qui planifie la vulnérabilisation du massif dunaire.

Une double mise en perspective par rapport aux origines et à l'avenir de la Grande Côte montre le caractère quasi suicidaire de cette option. En effet, telle qu'elle est aujourd'hui configurée, la Grande Côte sénégalaise est le produit de mouvements eustatiques parmi lesquels la transgression nouakchottienne a joué un rôle de premier plan. Or, ainsi que le souligne I. Niang et al. (2004), l'élévation du niveau marin attendue à la suite du réchauffement climatique pourrait atteindre, sur la Grande Côte, les niveaux enregistrés lors du Nouakchottien. La grande différence est que cette zone à l'époque totalement inhabitée, est aujourd'hui une fourmilière humaine, notamment dans la partie dakaroise urbanisée de la Grande Côte.

REFERENCES

BIBLIOGRAPHIQUES

ANDRÉ-LAMAT Véronique et MELLAC Marie, 2019, « La dune du Pilat, un espace mobile qui bouscule l'action publique », Sud-Ouest européen [Online], 45 | 2018, Online since 11 April 2019, connection on 17 August 2022. URL : <http://journals.openedition.org/soe/4189> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/soe.4189>

ANONYME, 2021, décret 2021-701 du 4 juin 2021 promulguant le Plan d'Urbanisme de Détails de la bande littorale de Guédiawaye.

ANSD, 2017, RGPHAE, Rapport régional définitif, 86 p.

ARNAUD Jean-Claude, 1972, « Le ravitaillement de Dakar en produits maraîchers ». Annales de l'Université d'Abidjan. Série G. géographie. Tome IV p. 91-146.

BAKHOUM Papa Waly., NIANG Isabelle., SAMBOU Bienvenu et DIAW Amadou Tahirou, 2018, « Physical vulnerability of Dakar region facing sea levels rising in the context of climate change ». Environmental and Water Sciences, Public Health Territorial Intelligence Journal, vol. 2, no 3, p. 11-26.

CRAWFORD Thomas, 2007, "Where does the coast sprawl de most ? Trajectories of residential development and sprawl in coastal North Carolina, 1971-2000 ", Landscape and Urban Planning, vol. 83, No.4, 294-307. DOI : 10.1016/j.landurbplan.2007.05.004 DOI : 10.1016/j.landurbplan.2007.05.004

DIA Souleymane, 2000, Les Niayes du Nord, Evolution d'une région littorale en crise, thèse de Doctorat d'Université, Rouen, 438 p.

DIAW Amadou Tahirou, 1997, Evolution des milieux littoraux du Sénégal. Géomorphologie et télédétection, Thèse de doctorat d'Etat ès-lettres, univ. de Paris-I, UER 08, Géographie, 270 p.

LLÈRES Bernard 1986, La pêche piroguière maritime au Sénégal. Son évolution, son intégration à l'économie de marché. Thèse de doctorat d'Université. U.E.R. géogr. Bordeaux III 637p.

LY Abdoulaye, 2021, Les Impacts socio-économiques et environnementaux de la reconversion de l'emprise de la bande verte du littoral du département de Guédiawaye, Mémoire de fin d'étude, Ecole Supérieure d'Economie Appliquée, Université Cheikh Anta Diop de Dakar, 125 p.

NIANG-DIOP Isabelle, DANSOKHO Mamadou, FAYE Serigne, GUEYE Khadim et NDIAYE Pape, 2004, Les impacts des changements climatiques sur les zones côtières du Sénégal : Exemples de la presqu'île du Cap Vert et de l'estuaire du Saloum, Colloque International en Hommage au Professeur Hugues Faure – Orléans, 3 juin 2004," Quatenaire et Changements globaux : Bilans et Perspectives "Volume des résumés.

NDAO Mariétou, 2012, Dynamiques et gestion environnementale de 1970 à 2010 des zones humides au Sénégal : étude de l'occupation du sol par télédétection des Niayes avec Djeddah Thiaroye Kao (à Dakar), Mboro (à Thiès et Saint-Louis), thèse de Doctorat d'université,

RUFIN-SOLER Caroline et AUDOIT Christelle, « Connaissance, potentialités et valorisation des Dunes de Flandre : vers une démarche Opération Grand Site », Bulletin de l'association de géographes français [En

Une ville à l'assaut de son rempart : la destruction de la bande de Filaos du littoral de Guédiawaye par l'avancée du front urbain

ligne], 93-4 | 2016, mis en ligne le 22 janvier 2018, connecté le 17 août 2022. URL : <http://journals.openedition.org/bagf/981> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/bagf.981>

SAMUEL Robert, 2019, L'urbanisation du littoral : espaces, paysages et représentations. Des territoires à l'interface ville-mer. Géographie. Université de Bretagne Occidentale (UBO), Brest, 2019. fftetel 02350064.

SAMBOU Kaly, 2011, Le littoral Diogo-Notto Gouye Diama : dégradation du cadre environnemental, impacts et stratégies de réhabilitation et adaptation

SAGNE Papa, FALL Boubacar, BA Kader, YOUM Jean-Paul Marcel, GANE SARR Jean-Pierre et SOW El Hadji, 2021, « Évolution morphosédimentaire de la côte nord de Dakar (Sénégal) : exemple des plages de Guédiawaye et Malika », *Geo-Eco-Trop.*, 2021, 45, 2 : 283-298

SAGNE Papa, FALL Boubacar, BA Kader, YOUM Jean-Paul Marcel, GANE SARR Jean-Pierre et SOW El Hadji, 2021, « Cartographie de la dynamique historique du trait de côte des plages de Guédiawaye et Malika (Dakar, Sénégal) ». *European Scientific Journal*, ESJ, 17(25), 214. <https://doi.org/10.19044/esj.2021.v17n25p21>

SALL Mamadou Moustapha, 1971, Dynamique et morphogenèse actuelle. Contribution à l'étude géomorphologique du

Sénégal occidental, Thèse de troisième cycle, Dakar, 295 p.

TROCHAIN Jean, 1940, « Contribution à l'étude de la végétation du Sénégal, Biologie de la forêt », Mémoires de l'IFAN, N°2, Paris, 534 p.

EVALUATION DE LA DISPONIBILITE DES PERSONNELS QUALIFIES EN SANTE MATERNELLE, INFANTILE ET NEONATALE DE BASE EN MILIEU RURAL DE LA REGION DE LABE (GUINEE)

EVALUATION OF THE AVAILABILITY OF QUALIFIED PERSONNEL IN BASIC MATERNAL, INFANT AND NEONATAL HEALTH IN RURAL AREAS OF THE LABE REGION (GUINEA)

¹ DIALLO Sory, ² DIALLO Ibrahima Sory, ³ FOFANA Hawa, ⁴ DIALLO Boubacar, ⁵ DIALLO Yaya, ⁶ BALDE Kadiatou, ⁷ OUEDRAOGO Adama, ⁸ DRAMOU Bernadette,...

¹ Médecin nutritionniste, Institut de Nutrition et de Santé de l'Enfant /Donka (Guinée),
sorydiallo1962@gmail.com

² Pédiatre, Maître-assistant au Département de médecine de l'Université Gamal Abdel Nasser de Conakry, (Guinée),
diallopediatrie@yahoo.fr

³ Pédiatre, Assistant au Département de médecine de l'Université Gamal Abdel Nasser de Conakry, (Guinée),
drhawafofana@yahoo.fr

⁴ Pédiatre, Assistant au Département de médecine de l'Université Gamal Abdel Nasser de Conakry, (Guinée),
boubacarbababarry@gmail.com

⁵ Gynécologue-obstétricien, service de gynéco-obstétrique, Hôpital Ignace Deen, yayadiallo1962@yahoo.fr

⁶ Médecin santé Publique, Unicef-Guinée,
Kbalde@unicef.org

⁷ Pédiatre, Unicef-Guinée, adouedraogo@unicef.org

⁸ Médecin santé publique, OMS-Guinée,
dramouberte@gmail.com

DIALLO Sory, DIALLO Ibrahima Sory, FOFANA Hawa, DIALLO Boubacar, DIALLO Yaya, BALDE Kadiatou, OUEDRAOGO Adama et DRAMOU Bernadette, Evaluation de la disponibilité des personnels qualifiés en santé maternelle, infantile et néonatale de base en milieu rural de la région de Labé (Guinée), *Revue Espace, Territoires, Sociétés et Santé* 5 (10), 91-100, [En ligne] Décembre 2022, URL: <https://retssa-ci.com>

Résumé

En Guinée, la situation de la santé maternelle et néonatale demeure inquiétante avec un ratio de mortalité maternelle de 550 pour 100000 naissances vivantes et des taux de mortalité néonatale de 32 pour 1000 naissances vivantes et un taux de mortalité infanto-juvénile de 111 décès pour 1000. Plusieurs facteurs pourraient expliquer cet alarmant état de santé néonatale et maternelle, y compris la pénurie de personnel de santé qualifié. L'objectif est d'évaluer selon les directives

nationales, la disponibilité des agents de santé chargé de soins maternels, néonataux et infantile de base dans les centres de santé des communes de convergence de la région de Labé. Il s'agissait d'une étude transversale à visée descriptive qui s'est déroulée du 09/04/2021 au 16/05/2021. Dix (10) chefs de centres avaient été interrogés sur l'effectif et le profil de 34 agents de santé affectés dans leurs structures de santé. Pour la sélection des centres de santé, un échantillonnage par choix raisonné avait été utilisé. Comme démontré ici, nous avons recensés 34 agents de santé en poste dans 10 centres de santé visités. Pour tous les profils confondus, les ATS étaient la catégorie la plus représentée (64,71%) suivis par les IDE 29,41% et SF 5,88%. La densité moyenne des ressources humaines était de 2 agents pour 10000 habitants. Cette étude a permis de mettre en exergue l'insuffisance et la disparité de personnel de santé qualifié en soins maternels, néonataux et pédiatriques en milieu rural de la région de Labé.

Mots clés : Évaluation, disponibilité, personnel de santé, santé maternelle, Labé.

Abstract

The maternal and neonatal health situation in Guinea remains worrying, with a maternal mortality ratio of 550 per 100,000 live births, neonatal mortality rates of 32 per 1,000 live births, and an infant and child mortality rate of 111 deaths per 1,000. Several factors could explain this alarming state of neonatal and maternal health, including the shortage of qualified health personnel. The objective was to assess the availability of health workers for basic maternal, neonatal and infant care in the health centres of the convergence

communes of the Labé region, according to national guidelines. This was a cross-sectional study with a descriptive aim which took place from 09/04/2021 to 16/05/2021. Ten (10) heads of centres were interviewed on the number and profile of 34 health workers assigned to their health structures. For the selection of health centres, we used purposive sampling. As shown here, we counted 34 health workers in 10 health centres visited instead of the 70 workers required by the Ministry of Health's standards. For all profiles combined, technical health officer were the most represented category (64.71%) followed by state qualified nurse 29.41% and midwife 5.88%. The average density of human resources was 2 agents per 10000 inhabitants. This study highlighted the shortage of qualified health personnel in maternal, neonatal and paediatric care in rural areas of the Labé region.

Keywords : Evaluation, availability, health personnel, maternal health, Labé.

INTRODUCTION

La mortalité maternelle bien qu'elle ait diminuée de façon significative au cours de la période 2005- 2012 par rapport à la période 1999-2005, est encore très élevée en Guinée, avec 550 décès pour 100 000 naissances vivantes (MISC, 2016). La faible couverture des interventions chez le nouveau-né se traduit par un taux de mortalité néonatale de 32 pour 1000 naissances vivantes et de 111 décès pour 1000 chez la population infanto-juvénile (EDS, 2016, p.54). Ce qui traduit non seulement la mauvaise santé des femmes pendant la grossesse, mais aussi la disponibilité et la qualité insuffisantes des soins obstétricaux offerts. Malgré les

progrès perceptibles, le rythme d'amélioration de ces indicateurs est insuffisant et leurs valeurs respectives restent encore nettement en-deçà des cibles visées, les objectifs de la FDR et de l'OMD-4 et 5 n'ont pu être atteints. Selon l'Etat de la pratique de sage-femme dans le monde 2021, 900 000 sage-femmes manquent à l'appel. Les prévisions à l'horizon 2030 indiquent que la pénurie sera de l'ordre 750000 professionnels, si tous les pays maintiennent leur cadence actuelle (FNUAP, 2021p.8). Au cours de la dernière décennie l'on a commencé à prendre conscience de l'impact de la pénurie en agent de santé sur leur qualité dans les pays ayant de faibles valeurs des indicateurs de santé sur leur capacité à combattre les maladies et à offrir des interventions qui sauvent des vies. (LINCOLN Cet al., 2004). En Guinée, les ressources humaines de santé (RHS) sont caractérisées par leur insuffisance quantitative et qualitative, leur inégale répartition sur le territoire national au détriment des zones urbaines, leur faible motivation à tous les niveaux. Ces faiblesses dans la gestion des RHS, malgré la disponibilité d'un plan de développement des ressources humaines, entraînent la faible disponibilité du personnel qualifié en milieu rural notamment les sage-femmes, et l'offre d'un paquet de service incomplet et de qualité insuffisante (MSHP, 2012). L'évaluation des ressources humaines qui contribuent activement dans le système est rarement réalisée à l'échelle mondiale, particulièrement dans les pays en développement. Pourtant, les ressources humaines pour la santé constituent un des déterminants clés du système de santé (Andriantsimetry S et al., 2015). En Guinée, peu de littérature traite les questions de ressources humaines au service de la santé. L'objectif du présent

manuscrit est d'évaluer selon les directives nationales la disponibilité des agents de santé chargé de soins maternels, néonataux et infantile de base dans les centres de santé de santé des communes de convergence de la région de Labé.

1. MATERIELS ET METHODES

1.1. Cadre de l'étude

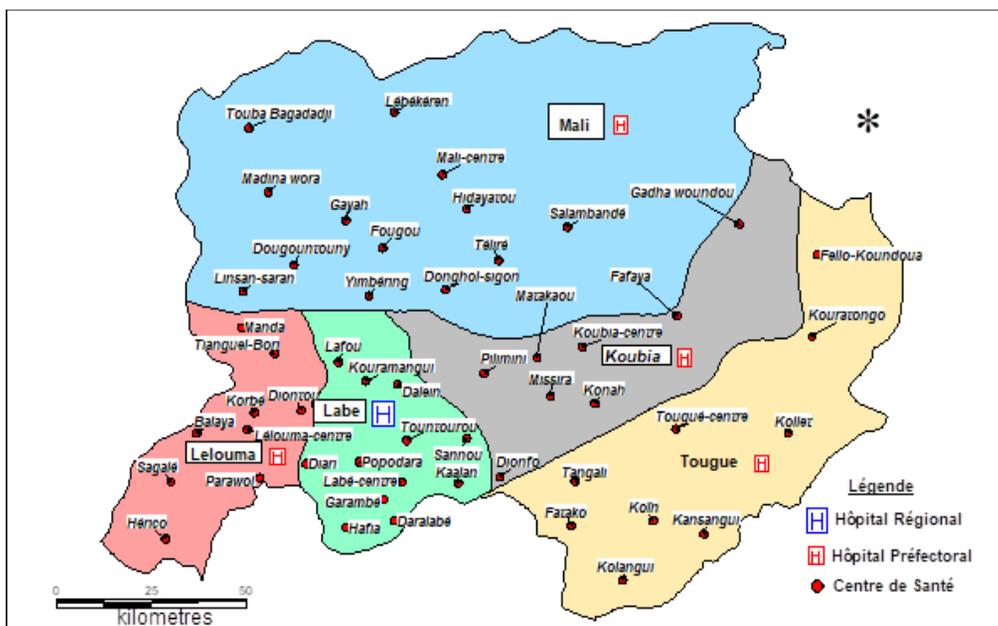
La région de Labé est l'une des huit (8) régions administratives de la Guinée qui est située dans la partie nord de la moyenne Guinée. Elle est frontalière du Mali et du Sénégal au nord, à l'est par la préfecture de Dinguiraye (région administrative de Faranah) au sud par la région administrative de Faranah et préfecture de Téléminté (région administrative de Kindia), à l'ouest administrative de Boké. En 2017, sa population était estimée à 1 061 211 habitants avec une densité de 48 habitants /km². Elle compte 5 préfectures (Labé, Koubia, Lélouma, Mali et Tougué), 48 communes rurales, 48 sous-préfectures, 5 communes urbaines, 407 districts (INS, 2017 p.2). La région est constituée d'un relief compartimenté, dont l'altitude moyenne dépasse 700 mètres, les principaux points culminants sont : le mont Loura (1515 m) à Mali, les kolima (1220 m) et Horè Fello (1115 m) dans la préfecture de Labé. Elle couvre une immense étendue de bowé et abrite un nombre élevé de cours d'eau et de sources. Ainsi, la nature du relief et le réseau hydrographique rendent les conditions d'accès aux différentes localités de la région assez contraignantes. La réalisation et l'entretien des infrastructures routières sont difficiles et exigent des investissements énormes dans une région où le système de transport est fortement dominé par le mode de transport routier. Les populations sont dispersées dans des

Evaluation de la disponibilité des personnels qualifiés en santé maternelle, infantile et néonatale de base en milieu rural de la région de Labé (Guinée),

hameaux éloignés et d'accès difficile, présage de difficultés d'accès aux services de santé pour la population. La fécondité est forte (5,8 enfants en moyenne par femme) contre 4,8 au niveau national. En 2020, la situation du personnel de santé dans la région se présentait comme suit : 106 médecins, 8 pharmaciens, 24 biologistes, 220 infirmiers d'Etat, 323 ATS et 83 sage-femmes. La densité des RHS est de 0,9 agent soignant pour 1000 habitants. Le nombre d'habitants par médecin est de 12059, le nombre de femme en âge de procréer par sage-femme est de 6427, le

nombre d'habitant par infirmier d'état est de 10493 (SSIS/BSD, 2014, p.32). Le quotient de mortalité néonatale est de 26 % contre 59 % pour le quotient de mortalité infantile (INS ; 2018). Selon les données du dernier Comité Technique Régionale de Santé (2020/21), la quasi-totalité du personnel d'appui des structures et des agents de terrain sont des contractuels ou des stagiaires (bénévoles). Dans la région de Labé, on dénombre 58 centres de santé dont 10 implantés dans 10 communes de convergence, un hôpital régional et quatre (04) hôpitaux préfectoraux (carte n°1).

Carte n°1 : Région administrative de Labé



Source : Direction régionale de la santé de Labé, 2021

1.2. Méthodes de l'étude

Il s'agissait d'une étude transversale à visée descriptive qui s'est déroulée du 09/04/2021 au 16/05/2021. L'équipe de travail composée de deux médecins de santé publique avait analysé la situation des ressources humaines (RHS) dans 10 centres de santé de 10 communes de convergence de la région de

Réalisation : Agence Nationale de Sécurité Sanitaire, 2014
 Labé. Dix (10) chefs de centres avaient été interrogés sur l'effectif et le profil des agents de santé affectés dans leurs structures. Pour la sélection des centres de santé, nous avons utilisés un échantillonnage par choix raisonné car tous les 10 CS visités étaient implantés dans les 10 communes de convergence que composent la région de Labé. Ont été

considérés comme agent qualifié tout professionnel ayant suivi une formation qui a conduit à l'obtention d'un diplôme dans un des domaines de la santé (médicaux et paramédicaux) en poste dans l'une des 10 structures de santé. Dans le système de santé Guinéen, les agents de santé exerçants dans les centres de santé sont : Agents Techniques de Santé (ATS), infirmiers diplômés d'Etat (IDE), Médecins généralistes (MG) et Sage-femme (SF). En 2018, le Secrétariat Général du Ministère de la Santé de la Guinée avait établi des directives pour la dotation des formations sanitaires en ressource humaines (RH). Pour cela, Il est prévu 7 agents par Centre de Santé (CS) : 2 ATS, 2 Infirmiers, 2 Sage-femme et 1 Médecin généraliste. Ces normes sont définies en tenant compte de la viabilité financière qui est une variable dépendante de la population du bassin de couverture (MSHP, 2018, p.4). Pour le calcul de la densité des ressources humaines, nous avons divisé le nombre total des agents de santé par la population totale de la commune et multiplier par 10 000. Les données ont été traitées à l'aide du logiciel Excel.

2. RÉSULTATS DE L'ETUDE

2.1- Densité des agents de santé

Les communes de Dara-Labé (préfecture de Labé) et Diountou (préfecture de Lélouma) étaient des communes de convergence où la densité en ressources humaines était la plus élevée (3,09 et 3,65 respectivement). Huit (8) communes sur 10 enregistrent de très faibles densités (< 2 agents pour 10.000 habitants). Ces chiffres montrent clairement l'insuffisance numérique de personnel de santé aux vues de la taille de leur population (tableau.1). Cette disparité et le déficit des agents de santé dans ces communes ne doivent pas s'apprécier uniquement au niveau de la région de Labé. Au niveau national, le déséquilibre de distribution se caractérise par un manque de recrutement à la fonction publique, une répartition inéquitable du personnel entre la capitale et le reste du pays, les zones urbaines et les zones rurales et même entre les régions.

Tableau. I : répartition des agents de santé selon la population et la densité des ressources humaines par commune de convergence.

Communes de convergence	Nombre d'agent de santé	Population	Densité des ressources humaines par commune
Dara-Labé	03	9718	3,09
Sannou	03	21862	1,37
Parawol	02	18385	1,09
Diountou	07	19174	3,65
Fafaya	04	21606	1,85
Gadhaoundou	01	8793	1,13
Kollet	06	21074	2,84
Fello-Koundoua	02	8477	2,36
Dongol-Sigon	05	30996	1,61
Balaki	01	12364	0,81
TOTAL	34	172449	1,97

Source : Données de l'enquête (2021), Institut National des Statistiques (2017)

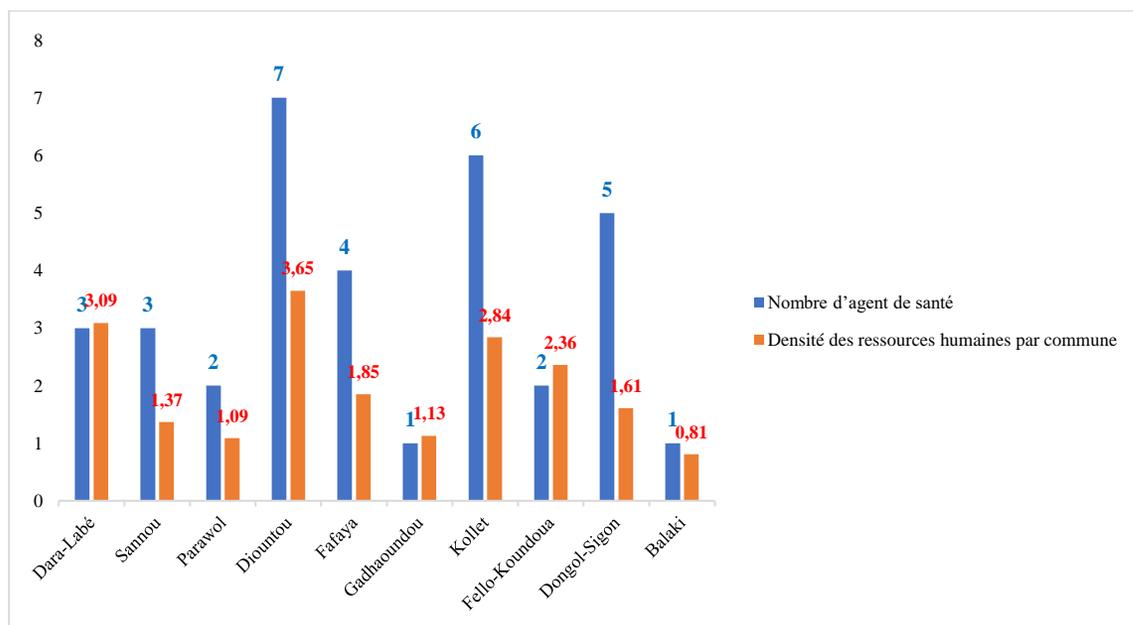
Evaluation de la disponibilité des personnels qualifiés en santé maternelle, infantile et néonatale de base en milieu rural de la région de Labé (Guinée),

2.2. Densité moyenne des professionnels de santé

Pour toutes les communes confondues, la densité moyenne des ressources

humaines était de 2 agents pour 10 000 habitants contre 9 agents pour 10 000 habitants requis par le ministère de ministère de la santé (graphique.1).

Graphique no1 : répartition des agents de santé selon la densité des ressources humaines par commune



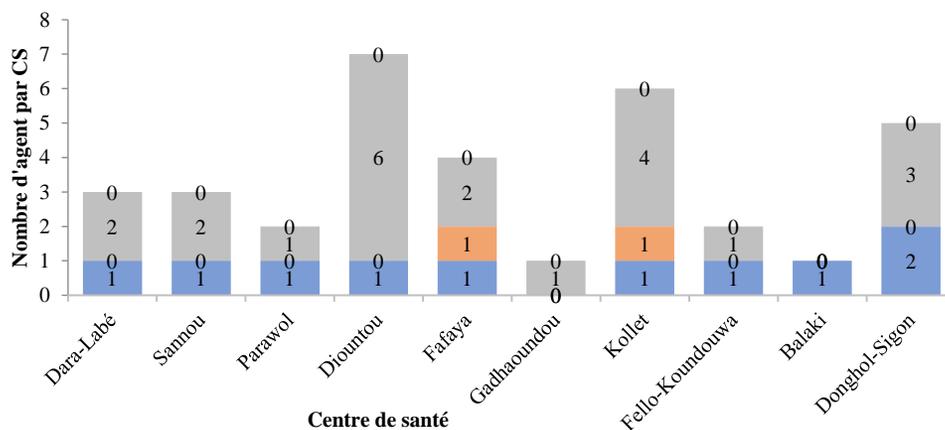
Source : Données de l'enquête, 2021

2.3. Catégorie professionnelle

Pour toutes catégories confondues, les agents techniques de santé (ATS) étaient la catégorie la plus représentée 22/34 (64,71%) suivis par les infirmiers diplômés d'état (10/34) soit 29,41% et les sage-femmes (2/34) soit 5,88%. Aucun centre de santé n'était doté en personnel médical (médecin). Les CS de Diountou (préfecture de Lélouma), de Kollet (préfecture de Tougué) et de Donghol-Sigon (préfecture

de Mali) étaient des structures les mieux doter en personnel de santé (graphique.2). Cela s'expliquerait d'une part par leur proximité avec les chefs-lieux des préfectures respectives et d'autre part par leur accès facile, ce qui motiverait les agents d'y rester. Par contre sept (07) centres de santé étaient très enclavés, la nature des pistes et les cours d'eaux rendent les conditions d'accès assez contraignantes (Graphique.2).

Graphique. no. 2 : répartition des agents par catégorie et par centre de santé



Source : Données de l'enquête, 2021

3. DISCUSSION

En 2017, la Guinée s'est dotée d'une Politique Nationale de Santé Communautaire, fondée sur la vision de la Politique Nationale de Santé : « Une Guinée où toutes les populations sont en bonne santé, économiquement et socialement productives, bénéficiant d'un accès universel à des services et soins de santé de qualité, avec leur pleine participation ». Elle place la problématique des ressources humaines de la santé (RHS) au cœur des défis à relever, notamment la faible disponibilité des prestataires communautaires qualifiés, motivés, fidélisés et performants (MSHP, 2019, p.4). Ce manuscrit présente la démographie (non exhaustive) des professionnels de santé de 10 communes de convergences de la région de Labé. La limite de cette étude réside dans l'indisponibilité d'information qui n'a pas permis de faire la situation sur la distribution des RHS selon l'âge. Or, connaître l'âge des agents de santé permettrait d'anticiper les conséquences de l'évolution démographique sur l'effectif. En

dépît de cette limite, les résultats de l'étude peuvent être valablement utilisés pour élaborer un plan d'action de développement des ressources humaines au niveau de l'inspection régionale de la santé de Labé.

3.1. Densité des agents de santé

La densité médicale désigne le nombre de professionnels de santé par rapport à la population d'un territoire donné. Elle permet d'appréhender l'offre de soins en déterminant si elle est excédentaire ou déficitaire par rapport à la population concernée. C'est donc une variable essentielle pour analyser du système de santé (vie publique, 2022, p.2).

Comme démontré dans cet article, les densités les plus élevées ont été observées dans les communes de convergence de Dara-Labé (3,09) et à Diountou (3,65). Huit (8) centres de santé sur 10 avaient une densité inférieure < à 2 agents pour 10000 habitants. Pour toutes les 10 communes, la densité moyenne des professionnels de santé était de 2 agents pour 10000 habitants. Cette densité est 11,5 fois inférieure à la norme de l'OMS et 4,5 fois inférieure à celle de la Guinée. Selon l'OMS,

pour fournir les services de santé fondamentaux définis par les objectifs pour le développement durable, la disponibilité du personnel de santé est mesurée par la densité des principaux professionnels de santé (médecins, sage-femmes et Infirmiers) pour 10000 habitants. La norme, dans ce cadre est de 23 professionnels de santé pour 10 000 habitants. Dans le contexte Guinéen, cet indicateur est de 9 professionnels de santé pour 10000 habitants (JANSEN et al., 2012, p.19). La faible densité observée dans la région de Labé s'expliquerait par le fait que le ministère de la santé passe plusieurs années sans bénéficier d'un recrutement. Même quand le concours de recrutement est organisé, l'engagement peut être différé de plusieurs années. Les programmes de recrutement ne sont pas annuels, contrairement à la stipulation de la loi en vigueur, alors que les départs à la retraite, eux, sont annuels. Ainsi, ni le remplacement, ni les besoins liés au programme de développement du secteur de santé ne sont couverts pendant des années. Quant à l'insuffisance du personnel de santé au niveau national, elle est due à trois types importants de déséquilibre : quantitatif, qualitatif et de distribution. Le déséquilibre quantitatif se caractérise par l'excès de certaines catégories professionnelles (ATS par exemple) et l'insuffisance ou l'absence d'autres (sage-femmes par exemple) (MSHP, 2009). Le déséquilibre qualitatif est lié au faible niveau des élèves au recrutement, à la faiblesse des capacités d'encadrement (insuffisance numérique d'encadreurs, manque de matériel didactique, de bibliothèque, etc.), à l'absence de plan de carrière, à l'inadéquation entre les compétences de certains agents et les fonctions qu'ils assument. Le déséquilibre de distribution se caractérise par une répartition inéquitable du personnel entre la capitale (Conakry) et le reste du pays, les zones urbaines et les zones rurales et même entre les régions (MSHP, 2009, p.13). Les problèmes de gestion sont liés à la démotivation du personnel, l'absence de différenciation des tâches des différentes catégories de prestataires, faute de description de poste. La démotivation vient aussi du

manque de profil de carrière, des salaires bas, des mauvaises conditions de travail, du management autocratique des ressources humaines (MSHP, 2001, p.12).

3.2. Catégorie professionnelle

Comme démontré dans ce manuscrit, nous avons recensés 34 agents de santé et relevé un déficit de 36 agents. Notre résultat est nettement inférieur aux normes d'effectif minimum défini par le ministère de la santé. Selon ces normes, Il est prévu sept agents par Centre de Santé (CS) dont deux ATS, deux Infirmiers d'Etat, deux Sage-femmes et 1 Médecin généraliste (MSHP/DRH/OMS,2019, p.25). L'examen selon la catégorie professionnelle montre que les ATS constituaient la profession la plus représentée (64,71%) suivi par des IDE (29,41%) et des sage-femmes (5,88%). Nos observations sont similaires à celles du ministère de la santé (MSHP, 2014, p.9) qui avait constaté au niveau national que les Agents Techniques de Santé (ATS représentaient 37% de l'ensemble du personnel de santé (public et privé), soit une densité de 4 ATS pour 10.000 habitants, les Infirmiers d'Etat (IE) représentaient 13% de l'ensemble du personnel de santé (public et privé), soit une densité de 1,4 infirmier pour 10.000 habitants et les Sage-femmes (SF) représentaient 4% de l'ensemble du personnel de santé (public et privé), soit une densité de 0,5 sage-femmes pour 10.000 habitants en 2014. Il se trouve que les ATS font partie de la catégorie professionnelle la moins qualifiée du système de santé Guinéen. Ils sont recrutés par voie de concours parmi les candidats titulaires du brevet d'études du premier cycle ayant satisfait à l'exigence de trois années de formation professionnelle dans une école de soins de santé communautaires (Camara Y B et al., 2018). Comme on le dit ici, dans les centres de santé visités, tous les professionnels de santé participent aux activités de soins maternels, pédiatriques et néonatales. Certaines réalisent même des activités pour lesquelles elles ne sont pas formées. Ainsi, à cause de l'insuffisance de personnel en milieu rural de la région de Labé,

les infirmiers diplômés d'Etat et les ATS assument des fonctions qui reviennent normalement aux médecins, aux sage-femmes. Quant aux ATS, leur formation laisse à désirer quant à la pratique de sage-femme et ceux qui occupent des fonctions spécialisées en sage-femme, ont acquis de l'expérience dans la pratique de l'observation des anciens. Ils reçoivent peu ou pas de formation continue, de supervision ou d'appui technique, ce qui contribue à les démotiver. On pourrait donc estimer que le problème des ressources humaines, notamment en zones rurales de la région de Labé, se pose non seulement en termes de quantité, mais aussi en termes de qualité de celles qui existent. Ce déséquilibre constitue un facteur limitant à l'amélioration des performances du système de soins. Il faut souligner jusqu'en 2017, il n'y avait pas de véritable politique de main d'œuvre au Département de santé car ce n'est qu'en 2017 que la Division Ressources Humaines a été érigée en Direction des ressources humaines (DRH), par l'Arrêté conjoint des Ministères de la santé et de la Fonction publique, de la réforme de l'Etat et de la Modernisation de l'Administration

No/2017/5928/MSPC/MFPREMA du 1 novembre 2017. Cet arrêté a été confirmé par le Décret No D/2018/168/PRG/SGG du 16 août 2018, portant attributions et organisation du Ministère de la Santé. Malgré ces avancées, les ressources humaines, matérielles et financières nécessaires à l'accomplissement correct de sa mission ne sont que très partiellement disponibles. Du coup ses capacités opératoires sont limitées. En effet, on constate l'absence de plan de recrutement, de redéploiement, de plan de carrière, et d'amélioration des conditions de vie du personnel (Camara Y B et al., 2018, p.72). Il n'existe pas de cadre formalisé et de critères objectifs pour les prises de décision en matière de gestion des ressources humaines (nomination aux postes de responsabilité, affectation, allocation de bourses de formation...).

CONCLUSION

L'examen des effectifs des professionnels de santé selon les différents corps (SF, IDE, ATS et MG) en zone rurale de la région de Labé met en exergue la déficience en ressources humaines. Rapporté à l'ensemble de la population des dix communes de convergence, exceptés les ATS, le nombre de professionnels de santé est inférieur aux normes d'effectif minimum défini par le ministère de la santé. Dans la région de Labé, comme au niveau national, on observe des disparités géographiques de répartition des personnels de santé. Ce manuscrit a permis d'avoir un aperçu de la disponibilité du personnel chargé de santé maternelle, néonatale et pédiatrique en milieu rural de la région de Labé, mais ne serait pas généralisable au niveau de la région sans la réalisation d'autres études complémentaires, notamment l'évaluation de la connaissance et de la compétence technique des agents de santé dans le domaine des soins maternels et pédiatriques. Les défis seront de réussir à : motiver les personnels de santé à tous les niveaux à offrir des services de santé de qualité ; décentraliser le recrutement des personnels de santé ; fidéliser les personnels de santé à leurs postes d'affectation, particulièrement dans les zones pauvres et difficiles.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

ANDRIANTSIMIETRY sandrine,
RAKOTOVAO Jean-Pierre,
RAMIANDRISON Eliane,
ANDRIANTSIMIETRY Haja,
RAZAKARIASY Eric M R, FAVERO
Rachelle, BRAZANT Eva, GOMEZ Patricia
DAO Blami, 2015 « Evaluation de la
disponibilité des personnels qualifiés en santé
maternelle et néonatale à Madagascar ». *African Evaluation Journal*.p.1-2.
<http://dx.doi.org/10.4102/aejv312.156>.

CAMARA Yero-Boye, BAH Alpha Ahmadou,
DIALLO Aliou Taïbata, 2018, ANALYSE DE
SITUATION DES RESSOURCES

Evaluation de la disponibilité des personnels qualifiés en santé maternelle, infantile et néonatale de base en milieu rural de la région de Labé (Guinée),

HUMAINES POUR LA SANTE. MSHP /DRH. RAPPORT FINAL, GUINEE, CONAKRY, P.72.

FONDS DES NATIONS UNIS POUR LA POPULATION (FNUAP), 2021, PROJECTIONS RELATIVES A LA PENURIE MONDIALE DE SAGE-FEMME, P.8 [EN LIGNE], [HTTPS ://WWW.UNFPA.ORG/FR/SOWMY](https://www.unfpa.org/fr/sowmy). RAPPORT SOWMY.

INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE (GUINEE), 2018, ENQUETE DEMOGRA-PHIQUE ET DE SANTE (EDS V). ROCKVILLE, MARYLAND, USA, P.183.

INSTITUT NATIONAL DES STATISTIQUES, 2017, Perspective démographique de la Guinée, p.2-8.

INSTITUT NATIONAL DES STATISTIQUES (GUINEE), 2018, Statistiques sur les conditions de santé des ménages, p.2.

JANSEN Christel, BALDE Ahmadou, CODJIA Laurence, 2012, Analyse de situation des ressources humaines en santé maternelle et néonatale en Guinée de 2014 à 2023 : planification stratégique. MSHP/ OMS (Guinée), p.19.

LINCOLN Chen, TIMOTHY EVANS, SUDHIR Anand, BOUFFARD Jo Ivey, BRAWON Hilary, CHOWDHURY Mushtaque, CUESTA Marcos, DARE Lola, DUSSAULT Gilles, HABTE Denissie, HANVORAVONGCHAI Piya, JACOBS Marian ; KUROWSKI Christoph, SARAH Michael, ARIEL Pablos-Mendez, SEWANKAMBO Nelson, GIOGIA Solimano, STILWELL Barbara, DE WAAL Alex, SuvitWibulpol ,2004 « Human resources for Health : Overcoming the crisis » Lancet 364, p.1984-1990.

MINISTERE DE LA SANTE ET DE L'HYGIENE PUBLIQUE (MSHP), 2012, Rapport Analyse de situation des ressources humaines (RHS).

MINISTERE DE LA SANTE ET DE L'HYGIENE PUBLIQUE (MSHP), 2018, Estimation des besoins en personnel de santé au niveau primaire de la pyramide sanitaire en Guinée : synthèse des résultats de trois approches complémentaires, Guinée, Conakry, p.4.

ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DES SERVICES DE LA SANTÉ MATERNELLE À L'HÔPITAL RÉGIONAL DE MAMOU (GUINÉE)

EVALUATION OF THE QUALITY OF MATERNAL HEALTH SERVICES AT THE MAMOU REGIONAL HOSPITAL (GUINEA)

¹ DIALLO Sory, ² DIALLO Yaya, ³ DIALLO Boubacar, ⁴ FOFANA Hawa, ⁵ DIALLO Sory Ibrahima,
⁶ DRAMOU Bernadette,...

¹ Médecin nutritionniste, Institut de Nutrition et de Santé de l'Enfant /Donka (Guinée), sorydiallo1962@gmail.com

² Maître de conférences au Département de médecine de l'Université Gamal Abdel Nasser de Conakry, (Guinée), Service de Gynécologie Hôpital Ignace Deen, yayadiallo1962@yahoo.fr

³ Pédiatre, Assistant au Département de médecine de l'Université Gamal Abdel Nasser de Conakry, (Guinée), oubacarbababarry@gmail.com

⁴ Pédiatre, assistant au Département de médecine de l'Université Gamal Abdel Nasser de Conakry, (Guinée), Service de pédiatrie Hôpital Ignace Deen, drhawafofana@yahoo.fr

⁵ Pédiatre, Maître-assistant au Département de médecine de l'Université Gamal Abdel Nasser de Conakry, (Guinée), diallopediatrie@yahoo.fr

⁶ Médecin santé publique, OMS-Guinée, dramouberte@gmail.com

DIALLO Sory, DIALLO Yaya, DIALLO Boubacar, FOFANA Hawa, DIALLO Sory Ibrahima, DRAMOU Bernadette, Évaluation de la qualité des services de la santé maternelle à l'hôpital régional de Mamou (Guinée), *Revue Espace, Territoires, Sociétés et Santé* 5 (10), 101-114, [En ligne] Décembre 2022, URL: <https://retssa-ci.com>

Résumé

En Guinée, la mortalité maternelle reste élevée 550 décès pour 100 000 naissances vivantes, seulement 45 % des femmes bénéficient d'une assistance qualifiée à l'accouchement, ce qui révèle l'accès limité aux soins obstétricaux et néonataux d'urgence de qualité. L'objectif de cette étude est d'évaluer la qualité des services de la santé maternelle à l'hôpital régional de Mamou. De façon spécifique, il s'agit d'identifier les forces et faiblesses et de proposer des pistes d'interventions pour améliorer la qualité des services des prestataires. Il s'agissait d'une étude transversale du type descriptif portant sur le personnel de santé exerçants à l'unité de gynécologie et obstétrique de l'hôpital de Mamou durant la période allant du 22 au 26 mars 2021. Les informations étaient collectées à partir de l'observation directe de la prise en charge des patientes et l'entretien avec le personnel de la maternité. Pour la notation d'ensemble, les notes de 5 à 1 étaient attribuées. Le pourcentage de la qualité a été calculé sur la base de la formule score obtenu

/ score attendu*100. Après l'investigation, nous avons obtenu un score global de 80 % pour l'ensemble des critères de performance. Les scores les plus élevés ont été attribués à la prise en charge de l'accouchement difficile, à la césarienne et à l'accouchement prématuré (100 % pour chacun des critères). Cette évaluation permet de présenter un tableau détaillé de qualité des soins offerts aux parturientes à la maternité de l'hôpital régional de Mamou d'en identifier les points forts et faibles et de proposer un plan d'action pour améliorer la qualité des prestations.

Mots-Clés : Qualité, soins, service, santé maternelle, Mamou.

Abstract

In Guinea, maternal mortality remains high at 550 deaths per 100000 live births, with only 45% of women receiving skilled attendance at delivery, indicating limited access to quality emergency obstetric and neonatal care. The objective of this study is to assess the quality of maternal health care services at Mmamou Regional Hospital, specifically to identify strengths and weaknesses and to propose interventions to improve the quality of providers' services. This was a descriptive cross-sectional study of health personnel working in the gynecology and obstetrics unit of the Mamou hospital during the period from March 22 to 26, 2021. The information was collected through direct observation of patient care and interviews with maternity staff. For the overall rating, scores from 5 to 1 were assigned. The percentage of quality was calculated on the basis of the formula score achieved / score expected*100. After the investigation, we obtained an overall score of 80% for all performance criteria. The highest scores were given to the management of difficult deliveries, caesarean sections and

preterm deliveries (100%) for each of the criteria). This evaluation allows us to present a detailed picture of the quality of care offered to parturients at the maternity hospital in Mamou, to identify the strong and weak points and to propose an action plan to improve the quality of services.

Keywords : Quality, care, service, maternal health, Mamou

INTRODUCTION

Au cours des deux dernières décennies, des efforts considérables ont été faits pour garantir la présence de personnel qualifié à la naissance, dans le but de réduire la morbidité et la mortalité chez les mères et les nouveau-nés. Grâce à ces efforts, le nombre de naissance dans les établissements de santé a notablement progressé, la proportion d'accouchement en présence de personnel de santé qualifié dans les pays en voie de développement étant passé de 56% en 1990 à 68% en 2012 (OMS, 2015, p.25-58). Le TMM (taux mortalité maternel) mondial en 2017 est estimé à 211 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes, ce qui représente une réduction de 38 % depuis 2000. L'Afrique Subsaharienne et l'Asie du Sud représentent environ 86% des décès maternels estimés dans le monde en 2017 (OMS, 2019, p.2). Les raisons de décès peuvent être directes (causes liées à des complications obstétricales pendant la grossesse, le travail ou la périodes post-partum) ou indirectes (hémorragie du post-partum, infections, éclampsie, travail dystocique et complication suite à un avortement (UNICEF, 2009, p.20). Pour mettre fin à la mortalité et la morbidité évitables, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) envisage un monde où « chaque femme enceinte et nouveau - né reçoivent des

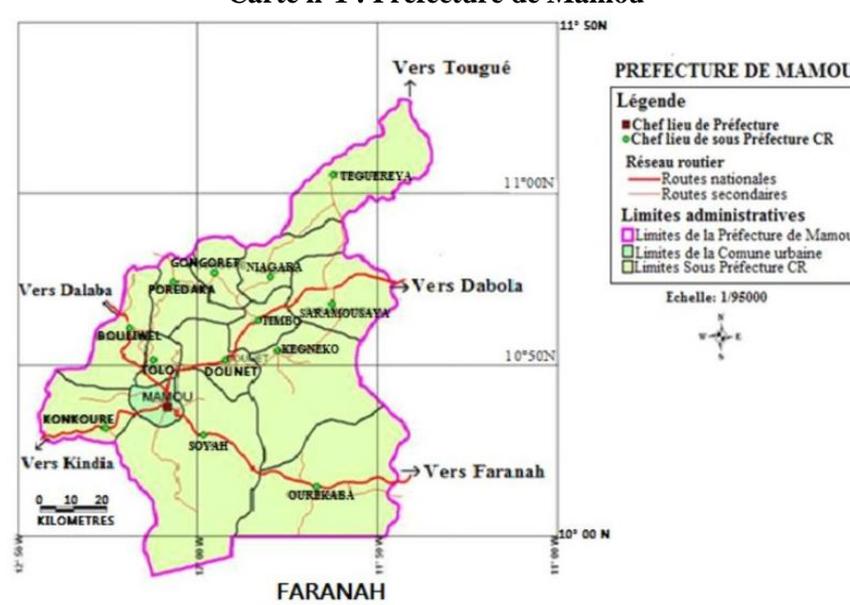
soins de qualité centrés sur la personne pendant la grossesse, l'accouchement et la période postnatale (OMS, 2009, p. 7-8). Les recherches ont montré qu'environ 80 % des décès maternels pourraient être évités si les femmes avaient accès à des services de santé primaires ou obstétricaux essentiels (UNICEF, 2009, p.9). En République de Guinée, la situation de la santé de la mère et du nouveau-né est restée alarmante. L'enquête par grappe à indicateurs multiples avait rapporté en 2016, un ratio de mortalité maternelle de 550 décès pour 100000 naissances vivantes et un taux d'assistance qualifiée à l'accouchement de 45 %, ce qui révèle l'accès limité aux soins obstétricaux d'urgence de qualité (MISC, 2016, p.9). Quant à l'enquête démographique et de santé, elle avait rapporté en 2018, un taux de mortalité néonatale de 32 décès pour 1000 naissances (EDS, 2018, p.183). Afin d'aider à déterminer les aspects des soins maternels qui devraient être améliorés à la maternité de Mamou, il était important d'évaluer la qualité de soins offerts à la parturiente. C'est dans ce contexte que la présente étude trouve son intérêt et se propose de répondre à la question de recherche suivante : Quel est le niveau de qualité de soins offerts aux mères à l'hôpital régional de Mamou ? Pour répondre à cette question, nous avons décidé d'évaluer la qualité de la santé maternelle à l'hôpital régional de Mamou. De façon spécifique, il s'agit d'identifier les forces et faiblesses et de proposer des pistes d'interventions pour améliorer la qualité des services des prestataires.

L'hôpital régional de Mamou, situé dans la préfecture de Mamou a servi de cadre pour la réalisation de cette étude. La préfecture de Mamou est une subdivision administrative de la région de Mamou. La préfecture est limitée : au sud par la République de la Sierra ; au nord par la préfecture de Tougué et celle de Dalaba ; à l'Est par les préfectures de Faranah et de Dabola ; à l'ouest par celle de Kindia (carte n°1). En 2016, la population était estimée à 340956 habitants. Le relief de la préfecture est caractérisé par les montagnes et plateaux variant entre 700 m et plus de 1000 m d'altitude, limitant fortement les possibilités de regroupement de la population en grandes agglomérations. Ainsi, la population est plutôt dispersée en petits hameaux distants les uns des autres et reliés par des pistes qui serpentent les montagnes. Ces pistes sont difficilement praticables voire pas en véhicule, même à moto. En conséquence, les populations, surtout les enfants et les femmes enceintes ont peu accès aux services de santé, même en cas d'urgence (MPCI, 2014, p.54). Le nombre de femmes en âge de procréer par sage-femme est de 14 499, le nombre d'habitant par infirmier d'Etat est de 19219. Le nombre d'habitants par médecin est de 16 985 (INS, 2017, p.3). Le quotient de mortalité néonatale est de 32 pour milles, 54 pour mille pour la mortalité infantile et 59 pour mille pour la mortalité juvénile. Le taux d'accouchement par médecin, infirmier ou sage-femme est de 30,4 % (INS /MISC ,2016, p.9). Au point de vue infrastructure sanitaire, la préfecture dispose 18 centres de santé, 28 postes de santé.

1. MATERIELS ET METHODES

1.1. Cadre de l'étude

Carte n°1 : Préfecture de Mamou



Source : Direction régionale de la santé, 2021 Réalisation : Barry Mamadou Foula, 2018

1.2 Méthodes de l'étude

Il s'agissait d'une étude transversale du type descriptif portant sur le personnel de santé exerçant à l'unité de gynécologie et de l'obstétrique de l'hôpital régional de Mamou durant la période allant du 22 au 26 mars 2021. Ont été inclus dans cette étude, le professionnel de santé composé de 2 médecins, 2 sage-femmes, 2 infirmières en service le jour de l'enquête. Les agents de santé remplissant les critères d'inclusion mais absents au moment de l'enquête ont été exclus. Les informations étaient collectées à partir de l'observation directe de la prise en charge des patientes, de l'examen des dossiers cliniques et l'entretien avec le personnel de la maternité, en parallèle avec l'observation des locaux. Le questionnaire a été administré par 2 médecins ayant des connaissances avérées en santé maternelle. Il comprenait : les informations concernant la disposition des installations, les infrastructures, les effectifs, les statistiques

hospitalières (2020), le système d'information sanitaire, les dossiers médicaux, les médicaments essentiels et les produits sanguins, le laboratoire et les directives, les connaissances pratiques et théoriques des prestataires sur les soins maternels. Avant le démarrage de l'enquête, la mission d'évaluation avait programmé une réunion avec le personnel de santé pour expliquer les objectifs et le processus d'évaluation. Ensuite, elle a effectué une visite rapide de l'hôpital pour avoir une idée de la disposition des installations, du nombre de patients et des différents domaines qu'il fallait passer en revue. Elle s'est efforcée de le faire sans trop interrompre les activités du service. Les entretiens avec les agents de santé étaient réalisés par 2 équipes. Le chef d'équipe gérait la planification et l'organisation générale du recueil des informations. A la fin de l'évaluation, les différents groupes récapitulaient leurs notes afin de préparer la réunion d'équipe. Lors de cette réunion, il s'agissait de regrouper et de partager les principales conclusions et de

s'accorder sur les questions importantes et les faits saillants en vue du compte rendu à faire au personnel. Il était question de résumer les principales priorités qui avaient le plus d'impact sur le plan d'action récapitulatif et de s'entendre sur la personne qui devrait se charger de la communication des résultats. Un compte rendu était présenté à la fin de l'évaluation. Le directeur de l'hôpital et son adjoint étaient invités à venir à la séance de compte rendu. Pour la collecte des données, nous avons utilisé l'outil élaboré par l'OMS « standards pour l'amélioration de la qualité des soins maternels et néonataux dans les établissements de santé » (OMS, 2015, p.25-58). Pour la notation d'ensemble, les notes de 5 à 1 étaient attribuées : i) 5 pour une bonne pratique respectant les standards de soins; ii) 4 montrant peu de besoin d'amélioration pour être conforme aux standards de soins; iii) 3 signifiant un certain besoin d'amélioration pour atteindre les standards de soins; iv) 2 indiquant un besoin considérable d'amélioration pour atteindre les standards; v) et 1 montrant que les services ne sont pas fournis, que la prise en charge est totalement inadéquate ou que les pratiques présentent un risque mortel. Pour estimer le score final, une moyenne a été calculée pour chaque critère. Pour la note finale nous avons additionné les notes (moyennes) intermédiaires puis divisé par le nombre de critères. Les moyennes comportant des décimales étaient arrondies par excès ou par défaut Le pourcentage de la qualité a été calculé sur la base de la formule score obtenu / score attendu*100 (Christel J, 2014, p.14). Les données ont été saisies et analysées à l'aide du logiciel Excel.

2. RÉSULTATS DE L'ETUDE

Au cours de cette étude, nous avons obtenu un score global de 80% pour l'ensemble des critères de performance. Seulement, trois

critères de performance (la réalisation de la césarienne, la prise en charge de la mauvaise progression du travail et la prise en charge de l'accouchement prématuré) avaient obtenu 100 % indiquant la bonne pratique respectant les standards de soins de l'OMS.

2.1 Etat des lieux des services de santé maternelle à l'hôpital régional de Mamou

2.1.1 Description du service de gynécobstétrique et son personnel

Le service de gynécologie et de l'obstétrique disposait d'une salle d'accouchement équipée d'une douche et de toilettes en état de marche, propres et accessibles, réservées aux femmes parturientes ; d'un espace réservé à la réanimation des nouveau-nés équipé d'une rampe chauffante ; d'un bloc opératoire équipé situé auprès de salle d'accouchement et facilement accessible. Le personnel médical du service était constitué de 2 médecins généralistes faisant fonction de Gynécologue et 1 gynécologue-obstétricien, 4 sage-femmes et 4 infirmières anesthésistes. Durant la journée, le service fonctionnait avec 6 lits par médecin, 5 lits par sage-femme tandis que la nuit, le service fonctionnait avec 1 médecins et 2 sage-femmes pour 20 lits. Les lieux réservés au lavage des mains étaient bien organisés et équipés. L'eau et du savon ou un désinfectant à base d'alcool pour les mains étaient disponibles aux points des soins (photo n°1).

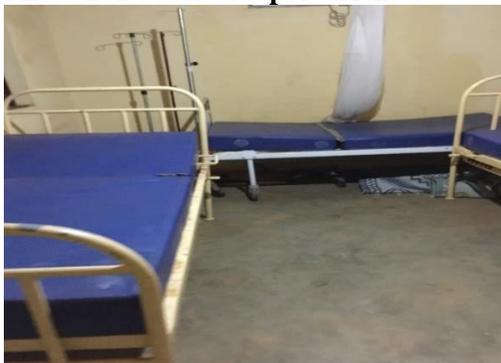
Photo n°1 : Dispositif de lavage des mains



Cliché : Sory Diallo, 2021

Le service est doté de 20 lits d'hospitalisation répartis dans 3 salles (Photo n°2). Une des salles était réservée à la prise en charge des femmes qui présentaient des complications

Photo no2 : Salle des parturientes



Cliché : Sory Diallo, 2021

2.1.2 Statistiques hospitalières des activités de la maternité (année 2020)

En 2020, le nombre d'accouchement enregistré à la maternité était de 3604 dont 3322 naissances vivantes soit 92,18%. Le nombre de nouveau-né à faible poids de naissance (< 2500 grammes) était de 105. La proportion de bébé né dans l'établissement et ayant bénéficié des 4 composantes de soins essentiels pour nouveau-nés étaient de 99 %. Le taux d'asphyxie à la naissance était 3,58 % soit (129/3599). Le nombre de décès néonatal était de 282 soit 7,82%. La proportion de femmes souffrant de prééclampsie et d'éclampsie traités avec une injection de sulfate de magnésium était de 100%. Le nombre de femme ayant reçu de l'ocytocine immédiatement après la naissance du bébé était de 3494 soit 96,95%. Les principaux diagnostics d'admission des femmes hospitalisées par ordre de décroissance de fréquence des pathologies étaient : dystocie (15%), anémie (5,16%), HTA (0,78%) et éclampsie (0,53%). Les informations sur les autres pathologies n'étaient pas disponibles. Le nombre de décès maternels et revus à la maternité était de 11

cas. La durée moyenne de séjour pour un accouchement par voie basse était de 6 heures. Par contre, la durée moyenne de séjour en cas de césarienne était de 5 jours.

2.1.3 Équipements, médicaments et fournitures

Le service de la maternité de l'hôpital régional de Mamou, disposait certains matériels et des fournitures de base essentiels pour les soins courants et la détection des complications (médicaments essentiels, thermomètres, stéthoscopes fœtaux, TDR pour le paludisme et les tests de VIH et syphilis, matériel de clampage du cordon, table de consultation, tables d'accouchement en bon état et des incubateurs). Les matériels tels que : cathéters IV, source d'oxygène avec alimentation centrale et de débitmètres pour oxygène, serviettes pour sécher les nouveau-né, table de réanimation avec une source de chaleur, pompe à perfusion /dosimètre, laryngoscope et l'aspirateur à l'usage multiple n'étaient pas disponibles à la maternité (photo n°3).

Photo n°3 : Pharmacie de l'hôpital de Mamou



Cliché : Sory Diallo, 2021

L'hôpital dispose un laboratoire équipé pour la réalisation des examens de routine (biochimie, parasitologie, hématologie et microbiologie). L'équipe du laboratoire est

composée d'un chef laborantin et quatre (4) techniciens de laboratoire (Photo.n°4). Certains examens tels que la bilirubinémie, le dosage des CD4 et analyse des gaz du sang n'étaient pas réalisés par manque de réactifs et du matériel. Le temps mis pour l'analyse des échantillons est fonction de la nature de l'examen.

Photo no4 : laboratoire d'analyse biomédicale

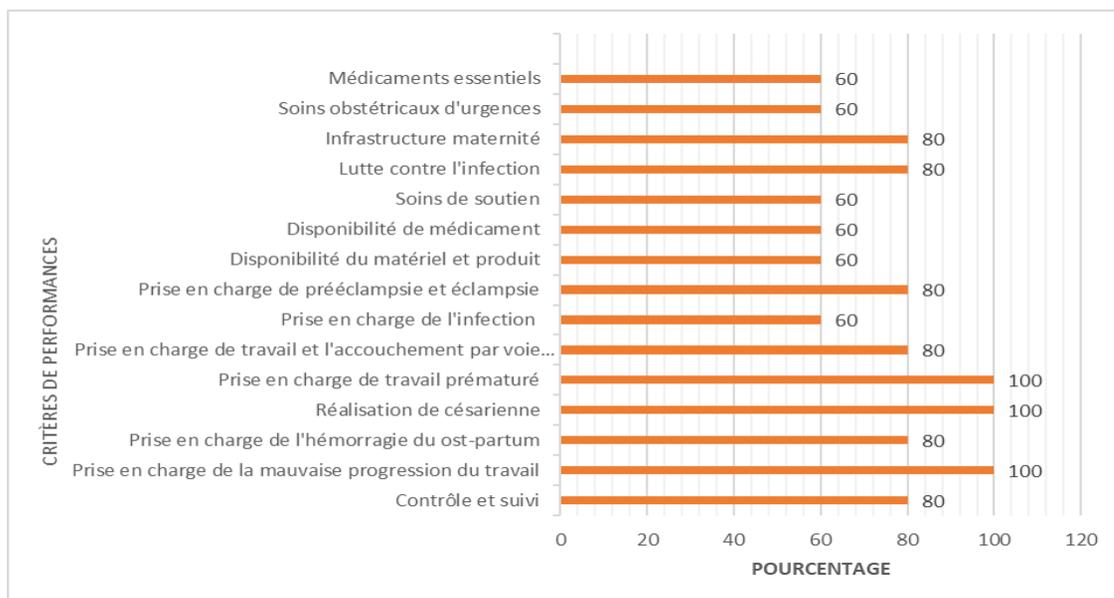


Cliché : Sory Diallo, 2021

2.2 Connaissances théoriques et pratiques sur les soins maternels

Les scores les plus élevés avaient été attribués à la prise en charge de la mauvaise progression du travail (100%), à l'accouchement prématuré (100%) et à la césarienne (100%). Les mauvais scores ont été donnés aux critères suivants : matériels et produits (60%), médicaments essentiels (60%), soins obstétricaux d'urgences (60%) et soins de soutien (60%). Ces faibles scores enregistrés dans le service sont dus d'une part par une mauvaise estimation des besoins en fonction de la population cible (insuffisance à la maîtrise des commandes) et à la mauvaise gestion des stocks et d'autre part par le manque de service des urgences obstétricales (figure.1).

Graphique n°1 : connaissances théoriques et pratiques sur les soins maternels



Source : Enquête de terrain, 2021

Tableau n°1 : Plan d'action de la maternité et méthodes

Critères de Performance	Score		Effet sur la mortalité et morbidité		Faisabilité		Mesure nécessaire		Priorité		Calendrier et personne responsable
	Améliorer Nettement	A améliorer	Faible	Elevé	Faible	Elevé		Haute	Faible		
Matériels, Produits et médicaments Essentiels		60 %		X		X	Doter le service de la maternité en médicaments essentiels, Produits et matériels de base	X		1 ^{er} avril au 31/06/2021 Directeur national des établissements hospitaliers et l'hygiène sanitaire (DNEHHS)	
Soins obstétricaux d'urgences		60 %		X		X	Créer une unité de soins obstétricaux d'urgences	X		1 ^{er} mai au 31/10 /2021 DNHHS/ Directeur général de l'hôpital	
		60 %									
Prises-en charge de l'infection		60 %		X		X	Améliorer les compétences du personnel dans la prise des infections notamment le VIH	X		1 ^{er} au 15/04/2021 Chef de service de la maternité/ Directeur général de l'hôpital	
Soins de soutien				X		X	Améliorer les compétences du personnel en matière de soins de soutien	X		1 ^{er} au 15/04/2021 Chef de service de la maternité/ Directeur général de l'hôpital	

Source : Données de l'enquête, 2021

3. DISCUSSION

L'évaluation de l'état de santé des femmes au moment de leur admission et leur suivi régulier pendant le travail et l'accouchement sont indispensables pour garantir des soins essentiels qui soient adaptés à l'état de santé de la femme ; pour prévenir de la survenue des complications ; et identifier les risques ou

les complications qui requièrent une intervention urgente pour assurer des meilleurs résultats du travail d'accouchement, et une issue plus favorable de la grossesse pour la mère et le nouveau-né (OMS, 2015,p.25). Cette étude voudrait contribuer à améliorer les connaissances sur les soins maternels à l'hôpital régional de Mamou en mesurant le niveau performance de la qualité des soins offerts aux parturientes tout en identifiant les points forts et faibles.

Ce travail n'avait pas pensé à évaluer le niveau de satisfaction des bénéficiaires pendant leur séjour à la maternité. Or, la satisfaction du client est une composante de l'évaluation de la qualité des soins. La mesure de la satisfaction des patients s'inscrit dans un contexte global de montée de la place de l'utilisateur dans l'organisation du système de santé et la place croissante des démarches qualité (Aristide R Y, 2017, p. 267). Nous pensons également qu'il pouvait y avoir de biais d'information d'autant plus qu'il s'agit d'une étude descriptive qui comporte le volet qualitatif. Les réponses données par le personnel soignant peuvent être individuelles et différentes de celles des autres membres du personnel. Pour analyser nos résultats, nous avons divisé la liste des mesures de qualité en deux parties distinctes : la première porte sur l'état des lieux des services de santé maternelle et la deuxième sur les connaissances pratiques et théoriques des soins maternels.

3.1. État des lieux des services de santé maternelle à l'hôpital régional de Mamou

Comme on le dit ici, le service de gynécologie et de l'obstétrique disposait une salle d'accouchement équipée de deux tables d'accouchements, d'une douche et de toilettes en état de marche, propres et accessibles, réservées aux femmes parturientes ; d'un espace réservé à la réanimation des nouveau-nés équipé d'une rampe chauffante ; d'un bloc opératoire équipé situé auprès de salle d'accouchement et facilement accessible. Nos observations sont en partie contraires à celles de (Rashidi Assani S, 2016, p.51) qui a observé au cours de son étude que dans 87,5% de cas, la salle d'accouchement servait en même temps de salle d'observation et trois quarts de maternités visitées ne disposaient pas de table d'accouchement. Comme le montre ce manuscrit, l'eau courante était disponible

pour répondre au besoin (hygiène personnelle, actes médicaux, nettoyage et boisson). L'électricité était aussi constamment disponible dans les salles, grâce à des panneaux solaires, à un générateur ou le raccordement à EDG (service national d'électricité de Guinée). Dans une étude réalisée en RDC (UNFPA, 2012, p.35), seules près de tiers des structures enquêtées (64%) accédaient à l'eau courante et 80% étaient alimentés en électricité. Parmi elles 73 % étaient connectées au réseau public principalement en milieu urbain. Le groupe électrogène constituait la deuxième source d'énergie électrique (16 %). Au cours de l'évaluation nous avons également observé l'existence d'un dispositif de tri, de collecte, d'élimination des déchets et de lavage des mains (photo no1). Ceci est un atout car le traitement et l'élimination des déchets liés aux soins peuvent entraîner indirectement des risques pour la santé en raison du rejet d'agents pathogènes et de polluants toxiques dans l'environnement (OMS, 2018, p.4-5). En 2015, il est ressorti d'une évaluation conjointe de l'OMS et de l'UNICEF qu'à peine plus de la moitié (58 %) des établissements sur lesquels a porté l'enquête, dans 24 pays, disposaient de systèmes adaptés pour éliminer les déchets liés aux soins de santé en toute sécurité (WHO/UNICE, 2015, p.8). Comme on le dit ici, La rupture de certains médicaments essentiels (Vitamine K1, ceftriaxone 1g, sulfate de magnésium, dexaméthasone, chlorhexidine solution etc.) était récurrente et l'approvisionnement en médicaments spécialisés n'était pas régulier, les parents doivent les acheter dans les pharmacies de ville. En Guinée, l'approvisionnement en médicaments essentiels génériques et en consommables médicaux et leur distribution sur le plan national se font à travers la Pharmacie Centrale de Guinée (PCG), outil

privilegié de mise en œuvre de la politique en matière d'approvisionnement des formations sanitaires publiques, parapubliques et communautaires. Malheureusement des ruptures fréquentes des médicaments essentiels de la santé reproductive (SR), dont les produits d'urgence et des réactifs et intrants de laboratoire sont parfois observées (MSHP, 2016, p.18). Selon l'OMS, le médicament essentiel ce sont des médicaments qui répondent aux besoins de santé prioritaire d'une population. Ils sont sélectionnés en fonction de la prévalence, des maladies, de l'innocuité, de l'efficacité et comparaison des rapports coût-efficacité. Ils devraient être disponible en permanence dans le cadre de systèmes de santé opérationnels, en quantité suffisante, sous la forme galénique qui convient, avec une qualité assurée et à un prix abordable au niveau individuel (OMS, 2013, p.1). Concernant les analyses biomédicales, le service de la maternité s'offre des prestations du laboratoire de l'hôpital régional, équipé pour réaliser les examens de routine (biochimie, parasitologie, hématologie et microbiologie). Certains examens tels que la bilirubinémie, le dosage des CD4 et analyse des gaz du sang n'étaient pas réalisés par manque de réactifs et du matériel. Le temps mis pour l'analyse des échantillons est fonction de la nature de l'examen.

3.2 Connaissances pratiques et théoriques des soins maternels

Concernant la qualité technique des soins, tous critères confondus de performance, nous avons obtenu un score global de 80%, ce qui montre peu de besoin d'amélioration pour être conforme aux standards de soins de l'OMS. La prise en charge de dystocie, la réalisation de la césarienne et la prise en charge du travail prématuré sont des critères qui avaient obtenu le score le plus élevé (100%). Cet article montre que le travail difficile était

correctement diagnostiqué, la progression non satisfaisante du fœtus était correctement définie, le partogramme était utilisé pour orienter la prise en charge. En cas d'arrêt secondaire de la dilatation du col et de descente de la présentation avec des bonnes contractions, la disproportion fœto-pelvienne était diagnostiqué par le gynécologue et la césarienne était effectuée (100%). Lorsqu'elle est médicalement justifiée, la césarienne peut prévenir efficacement la mortalité et la morbidité maternelles et périnatales (OMS, 2015, p.1). Le travail difficile est aussi l'une des principales causes à la fois de morbidité et de mortalité maternelle et néonatale. Une dystocie mécanique non diagnostiquée peut conduire à une rupture utérine ou à une fistule obstétricale (FO) chez la mère (OMS, 2015, p.1). En effet, la fistule obstétricale est une pathologie invalidante non seulement à cause de la douleur chronique qui empêche la femme d'exercer une activité nécessitant beaucoup d'effort physique, mais aussi à causes des mauvaises odeurs permanentes que la femme dégage et qui restreignent fortement sa fréquentation (Bangser M, 2006, p. 535-536) FO entraîne également des risques plus élevés de mortinaissances, d'asphyxie néonatale, de syndrome d'aspiration méconiale, entre autres (Say L et al. ; 2014 ; p 323–333). Comme on le dit ici, l'accouchement prématuré était aussi suffisamment pris en charge (figure.1). Les femmes parturientes bénéficient des interventions appropriées à la fois pour elles-mêmes et pour leurs nouveau-nés. Selon l'OMS, la prévention du travail avant terme et la prise en charge appropriée d'un travail prématuré imminent sont impératives pour réduire les risques associés pour le nouveau-né, prévenir les complications évitables et améliorer l'issue du travail et la survie des nouveau-nés prématurés (OMS, 2015, p.25-

58). La prise en charge des femmes présentant une hypertension artérielle avait obtenu un score de 80 % car elles recevaient immédiatement et de manière adaptée du sulfate de magnésium par voies intramusculaire ou intraveineuse (figure.1). L'hypertension artérielle chez la femme enceinte est une cause majeure de mortalité, de mortinaissance et de mortalité néonatale. La prévention, le diagnostic précoce et rapide, et un traitement approprié peuvent réduire considérablement la mortalité et morbidité associées à ces affections (OMS, 2015, p.25-58). Concernant la prévention et la prise en charge des infections pendant la grossesse, les antibiotiques adéquats étaient prescrits en cas de rupture prématurée des membranes (RPM) > à 6 heures et chez les femmes en travail avec une fièvre > 38 degrés. Les infections bactériennes autour de l'accouchement représentent environ un dixième de la charge mondiale des décès maternels (OMS, 2015, p.25-58). Si la majorité de ces décès touchent des pays à faibles revenus, les infections liées aux accouchements constituent aussi une importante cause directe de mortalité dans les pays à revenus élevés. Outre la morbidité sévère et le décès, les femmes touchées par les infections périnatales ont également tendance à souffrir d'incapacité à long terme, telles que douleurs pelviennes chroniques et la stérilité secondaire. Par ailleurs, on estime à un million le nombre de décès néonataux annuels associés aux infections maternelles avant et pendant l'accouchement (OMS, 2015, p.25-58). Comme démontré ici, les directives et protocoles écrits pour le dépistage, les conseils et la prise en charge des femmes enceintes séropositives au VIH étaient disponibles, mais peu appliqués (60 %). Le même constat avait été fait par (Rasolofomanana J R et al., 2011, p.16) qui ont attribué le score (14 %) à la prise charge

et à la prévention des infections au VIH. En Guinée, avec une couverture de plus 57% des femmes enceintes en consultation pré natale (CPN), moins de 10% bénéficieraient de la PTME ; donc, 40 % des femmes enceintes passent plusieurs fois au système de santé sans que ce dernier ne puisse leur proposer un conseil, un test VIH ni éventuellement une prophylaxie ((PNDS, 2015, p.34). Or, assurer la prévention primaire de l'infection à VIH chez les futurs parents et éviter aux femmes infectées par le VIH les grossesses non désirées constituent des stratégies à long terme qui sont fondamentales pour la prévention de la transmission du VIH à l'enfant (OMS, 2015, p.1). Toutefois, nombreuses sont les femmes qui ont une grossesse alors qu'elles sont infectées par le VIH, et d'autres peuvent contracter l'infection alors qu'elles sont déjà enceintes. Par contre, des directives et un protocole écrit pour le diagnostic et la prise en charge du paludisme pendant la grossesse étaient disponibles, connus et utilisés en routine par le personnel. Le diagnostic parasitologie ou le TDR étaient effectués pour confirmer le diagnostic clinique avant que le traitement ne soit administré à la femme enceinte. En 2012, le taux de couverture des femmes enceintes sous sulfadoxine perymétamine (SP) et sous moustiquaire imprégnée à Mamou était de (63,53 % et 54,38 % respectivement) (BSD /INS, 2012, p.5). Dans les régions à risque du paludisme, l'OMS recommande la fourniture et l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII) et la prise en charge efficace des cas en fournissant un diagnostic de qualité rapide et un traitement efficace des infections palustres. Dans les zones de transmission modérée à élevée de *Plasmodium falciparum*, l'OMS recommande aussi l'administration du TPI-SP lors de la grossesse dont la qualité est prouvée (OMS, 2004, p.2). Dans son étude, Chico et al., avait

constaté que les femmes qui recevaient deux doses ou plus de TPI-SP étaient protégées non seulement des effets indésirables liés au paludisme, mais aussi de certaines infections sexuellement transmissibles/infection du tractus génital (Chico RM, 2017 ; p1043-1051). Comme démontré ici, la prise en charge des femmes présentant des cas d'hémorragies après l'accouchement avait obtenu un score de 80%. Nos observations sont contraires à celles de (Rashidi Assani S, 2016, p.51) en RDC qui a constaté que 80% de prestataires impliqués dans les activités de santé maternelle et néonatale n'avaient pas de connaissance minimum d'actes à réaliser sur la prise en charge de l'hémorragie du post-partum. Notre score est également supérieur à celui de (Rasolofomanana J R et al., 2011, p.30) qui ont trouvé un score de 56% concernant la prise en charge de l'hémorragie du post-partum et seulement 39% connaissaient les actions et tests à faire en cas d'atonie de l'utérus. Comme on le dit ici, un protocole écrit était disponible, connu et utilisé régulièrement par le personnel pour les hémorragies résistantes au traitement médical. La plupart des décès imputable à l'HPP surviennent pendant les premières 24 heures après l'accouchement. La majorité d'entre eux pourraient être évités par l'administration prophylactiques d'utéro-toniques au cours de la délivrance et une prise en charge appropriée en temps opportun. L'amélioration des soins aux femmes pendant l'accouchement en vue de prévenir et traiter l'HPP est une étape essentielle vers la réalisation des objectifs du millénaire pour le développement (OMS, 2014, p.9).

CONCLUSION

La présente étude a été menée pour évaluer le niveau de qualité des soins offerts aux parturientes durant la période allant du 22 au

26 mars 2021. La note globale obtenue était de 80 %, ce qui montre peu de besoin d'amélioration pour atteindre les standards de soins de l'OMS. Trois critères de performance (la réalisation de la césarienne, la prise en charge de la mauvaise progression du travail et la prise en charge de l'accouchement prématuré) avaient obtenu un score de 100 % indiquant la bonne pratique respectant les standards de soins de l'OMS. Les mauvais scores ont été donnés aux critères suivants : matériels et produits, médicaments essentiels, soins obstétricaux d'urgences et soins de soutien. Ce travail n'avait pas pensé à évaluer le niveau de satisfaction des bénéficiaires pendant leur séjour à la maternité. Or, la satisfaction du client est une composante de l'évaluation de la qualité des soins. Sur ce, nous encourageons d'autres chercheurs à mener des études d'observation de geste et de satisfaction dans ce domaine en vue d'apporter des connaissances nouvelles qui permettront d'améliorer la qualité des soins maternelles. Néanmoins cette évaluation, a permis d'identifier les points forts et faibles et de proposer un plan d'action pour améliorer la qualité des soins offerts aux parturientes. Parmi les domaines prioritaires d'amélioration, figure la formation du personnel, l'approvisionnement en médicaments essentiels, suivi et contrôle des patientes, la prise en charge de l'infection et les soins obstétricaux d'urgences. En effets, cette amélioration ne peut être envisagée actuellement sans le renforcement des capacités d'approvisionnement en médicaments essentiels, équipements, infrastructures et ressources humaines et financières par le ministère de la santé et ses partenaires techniques et financiers.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

BANGSER Maggie, 2006, « Obstetrique fistula and stigma ». *The Lancet Global Health*. ; 367 (9509) : 535-536.

BUREAU STRATEGIE DE DEVELOPPEMENT (BSD), 2012, *Annuaire statistique sanitaire/Mamou*. INS, Guinée, p.5.

CHICO RM, CHAPONDA EB, ARICI C, CHANDRA Mohan D, 2017, « sulfadoxine pyriméthamine exhibits dose-repose propection against adverse Birth outcomes related to malaria and sexually trasmitted and reproductive tract infections ». *Clinical infectious Disease*. 64 (8) :1043-1051.Doi : 10.1093/cid/cix026.

FOND DES NATIONS UNIES POUR L'ENFANCE (UNICEF, 2009), *Situation des enfants dans le monde : la santé maternelle et néonatale*, p.2-20.

FOND DES NATION UNIES POUR LA POPULATION, 2012, *évaluation des besoins en soins obstétricaux et néonataux d'urgence dans trois provinces de la République Démocratique de Congo*. Rapport final, p.35.

INSTITUT NATIONAL DE DE LA STATISTIQUE (GUINEE), 2018, *Enquête démographique et de santé (EDS V)*. Rockville, Maryland, USA, p.183.

INSTITUTE OF STATISTICS (GUINEE), 2016, *Multiple Indicators for Cluster Survey (MISC)*. Final Report, Conakry, p.9.

JANSEN Christel, BALDE Ahmadou, CODJIA Laurence, 2012, *Analyse de situation des ressources humaines en santé maternelle et néonatale en Guinée de 2014 à*

2023 : planification stratégique. MSHP, OMS (Guinée), p.14.

LALE Say, DORIS Chou, ALISON Gemmil, ÔZGE Tuncalp, BETH Moller Ann, DANIELS Jane, et al., 2014, « Global causes of maternal death: A who systematic analysis». *Lancet Global Health* ; 2 : e323–e333.

MINISTERE DU PLAN ET DE LA COOPERATION INTERNATIONALE (MPCI) (GUINEE), 2014, *Troisième recensement général de la population et de l'habitation*. RGPH3, p.54.

MINISTERE DE LA SANTE (GUINEE), 2015, *Plan national de développement sanitaire (PNDS) 2015-2024*, p.34.

MINISTERE DE LA SANTE (GUINEE), 2016, *plan stratégique national de la santé maternelle, du nouveau-né, de l'enfant, de l'adolescent et des jeunes (SRMANIA) 2016-2020*, p.18. NATIONAL

NATIONAL INSTITUTE OF STATISTICS (GUINEE), 2017, *Perspective démographique de la Guinée*, p.3.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, 2015, « standards pour l'amélioration de la qualité des soins maternels et néonataux dans les établissements de santé ». OMS, Genève, [En ligne] <http://apps.who.int/iris>, pp.25-58

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE (OMS), 2019, *Evolution de la mortalité maternelle (2000-2017)*. OMS, Genève, p.2.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, 2009, « Rapport d'évaluation de recours à l'hôpital en Europe ». Bureau

régional de l'OMS pour l'Europe, p. 7-8.
Copenhague, Danemark.

ORGANISATION MONDIALE DE LA
SANTE, 2018, déchets liés aux soins de
santé, p.4-5.

ORGANISATION MONDIALE DE LA
SANTE (OMS), 2013, médicaments
essentiels, p.1.

ORGANISATION MONDIALE DE LA
SANTE OMS, 2015, déclaration de
l'organisation mondiale de la santé sur les
taux de césarienne, p.1. OMS ;
WHO.RHR/15.02.

ORGANISATION MONDIALE DE LA
SANTE (OMS), 2015, Recommandation de
l'organisation mondiale de santé pour la
prévention et le traitement des infections
maternelles périnatales, p.1

ORGANISATION MONDIALE DE LA
SANTE, 2004, Cadre stratégique pour
l'antipaludique pendant la grossesse dans la
région Africaine, p.2.

ORGANISATION MONDIALE DE LA
SANTE (OMS), 2014, Recommandation de
l'organisation mondiale de santé pour la
prévention et le traitement de l'hémorragie du
post-partum, p.9.

RASHIDI ASSANI Samuel, 2016, Analyse
de la qualité des soins offerts au couple mère-
enfant et nouveau-né dans la zone santé de
Gombé Matadi. Ecole de Santé Publique de
Kinshasa, p.51.

RASOLOFOMANANA Justin Ranjalahy et
RAKOTOVAO Jean Pierre, 2011 « Qualité
des soins dans la prévention et la prise en
charge des complications courantes chez la
mère et le nouveau-né dans les formations

sanitaires de Madagascar ». Jhpiego,
Baltimore, Maryland 21231-3492, Etats-
Unis.p.30.

WHO/UNICEF,2015, Water sanitation
andhygiene in health car facilities : status in
low-and middle-com Organisation, contries.
Words Health Organization, Geneva, p.8.

YAMEOGO Aristide Relwendé, MILLOGO
Georges Rosario Christian, BAMOUN
Arlette Flore Palm Joel I, DAKABOURE
Germain, KOLOGO Mandi, Koudougou
Jonas, Koudnoaga SAMADOULOUGOU
André, et ZABSONREPatrice,2017 «
Évaluation de la satisfaction des patients dans
le service de cardiologie du CHU Yalgado
Ouedraogo ». Pan Afr Med J. 2017 ; 28 :267.
DOI : 10.11604/pamj.201728.267.13288.



SIMULATION DES TEMPÉRATURES EN CENTRAFRIQUE AU MOYEN DES MODÈLES CLIMATIQUES ET IMPACTS POTENTIELS SUR LA SANTÉ HUMAINE

DIFFICULTIES IN ACCESSING DRINKING WATER IN THE CENTRAL AND PERICENTRAL DISTRICTS OF LIBREVILLE (GABON): BETWEEN THE OBSOLESCENCE OF THE NETWORK AND RECOURSE TO TRANSPORT

¹ DOUKPOLO Bertrand, ² WATTA Melchycedeck, ³ HARRISON Mike

¹ Maître-Assistant de Géographie physique, Laboratoire de Climatologie, de Cartographie et d'Études Géographiques - Université de Bangui, Centrafrique, bertrandoukpolo@yahoo.fr

² Maître-Assistant de Géographie physique, Laboratoire de Climatologie, de Cartographie et d'Études Géographiques - Université de Bangui, Centrafrique, melchycedeckw@yahoo.fr

³ Directeur de Recherche es. Sciences physiques, Climate for Development in Africa Program (ClimDev Africa)/African Centre of Meteorological Applications for Development (ACMAD), 007mikeharrison@gmail.com

DOUKPOLO Bertrand, WATTA Melchycedeck, HARRISON Mike, Simulation des températures en Centrafrique au moyen des modèles climatiques et impacts potentiels sur la santé humaine, *Revue Espace, Territoires, Sociétés et Santé* 5 (10), 115-132, [En ligne] Décembre 2022, URL: <https://retssa-ci.com>

Résumé

L'objectif majeur de cet article est d'étudier la variabilité et les tendances de températures actuelles et futures en République Centrafricaine

puis analyser les impacts des potentiels changements thermométriques sur la santé humaine. Afin de donner une vue d'ensemble plus exhaustive du climat de l'espace centrafricain, plusieurs ensembles de données disponibles, qui fournissent des climatologies mondiales, ont été utilisées. Ces ensembles de données sont essentiellement répartis en deux groupes principaux, ceux qui sont basés sur une analyse statistique des observations disponibles et ceux qui sont basés sur des réanalyses. Les statistiques de l'Organisation Mondiale de la Santé sur l'évolution épidémiologique et la résurgence des pathologies liées aux risques climatiques ont été exploitées et croisées. Les résultats montrent qu'entre 2030 et 2050, les changements climatiques devraient causer près de 5.000 décès supplémentaires par an, en accroissant la malnutrition et la sous-alimentation des enfants, les maladies transmises par des insectes, les diarrhées et les stress liés à la chaleur. Les influences potentielles de ces changements sur la santé sont donc multiples et variées. A ces dommages, il faut ajouter les

Les difficultés d'accès à l'eau potable dans les quartiers centraux et péri-centraux de Libreville (Gabon) : entre vétusté du réseau et recours aux transports

migrations de populations fuyant des modifications profondes de leur cadre de vie : diminution des rendements agricoles, inondations et sécheresses récurrentes, etc. Plusieurs milliers de « réfugiés climatiques » sont attendus au départ de la région étudiée à l'horizon 2050.

Mots clés : Températures moyennes simulées, modèles climatiques, impacts futurs, santé humaine, Centrafrique

Abstract

The main objective of this article is to study the variability and trends of current and future temperatures in the Central African Republic and to analyze the impacts of potential thermometric changes on human health. To give a more comprehensive overview of the climate of the Central African space, several available datasets that provide global climatology, have been used. These datasets are basically divided into two main groups, those that are based on statistical analysis of available observations and those that are based on reanalyses. The statistics of the World Health Organization on the epidemiological evolution and the resurgence of pathologies linked to climate risks have been used and compared. The results show that between 2030 and 2050, climate change is expected to cause nearly 5,000 additional deaths per year, by increasing malnutrition and undernutrition in children, insect-borne diseases, diarrhea, and stress related to the heat. The potential influences of these changes on health are therefore many and varied. To this damage must be added the migration of populations fleeing profound changes in their living environment: reduction in agricultural yields, recurrent floods, and droughts, etc. Several

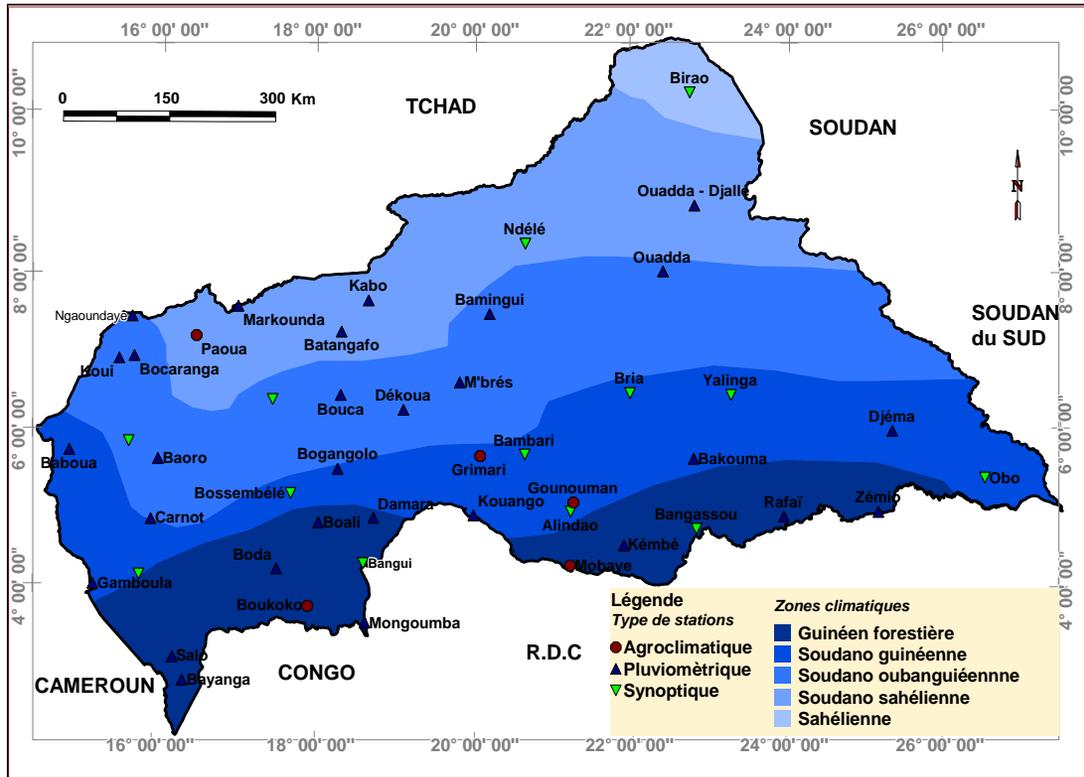
thousand "climate refugees" are expected to depart from the region studied by 2050.

Keyword : Simulated average temperatures, climate models, future impacts, human health, Central, African Republic

INTRODUCTION

Vaste territoire d'une superficie arrondie à 623.000 Km², la République Centrafricaine (RCA), pays enclavé, se trouve à l'extrémité septentrionale de la partie de l'Afrique qui est couverte par les changements d'un mois à l'autre de l'emplacement de la grande zone de convection fréquemment dénommée Zone de Convergence Intertropicale (ZCIT). L'espace centrafricain, compris entre 2 ° et 11 ° de latitude Nord et 14 ° et 28 ° de longitude Est, a un climat tropical, bien que dans les régions montagneuses de l'ouest du pays, les conditions puissent être assez fraîches. Dans le nord, les précipitations annuelles moyennes varient entre 875 et 1000 mm tandis que les données relevées à la station synoptique de Boukoko dans le sud donnent des variations de 1500 à 2000 mm. La carte n°1 présente les caractéristiques agroclimatiques de la République Centrafricaine, avec cinq (5) variantes sous-climatiques. Le relief est constitué d'un plateau qui s'étend entre les bassins fluviaux du Tchad et du Congo tandis que le massif des Bongo au nord-est, le massif de Yadé au nord-ouest et les collines du Ferti sont les traits les plus saillants du paysage. La végétation varie des forêts tropicales humides dans l'extrême sud-ouest à une végétation semi-désertique dans la pointe du nord-est, tandis que la majeure partie du pays est boisée. Le territoire centrafricain est arrosé par deux réseaux hydrographiques, le Chari qui s'écoule vers le nord et se jette dans le bassin du Tchad et l'Oubangui qui s'écoule vers le sud et se jette dans le bassin du Congo.

Carte n°1 : Caractéristiques agroclimatiques de la République Centrafricaine



Source : Laboratoire de Climatologie, de Cartographie et d'Etudes Géographiques (LACCEG), 2021

Dans cette étude, les conséquences humaines des potentiels changements climatiques et les possibilités de s'y adapter sont également analysées et élucidées. D'un point de vue météorologique et entomologique, les chercheurs S. Lindsay et A. Martens (2018, p.331) sont convaincus que l'élargissement des zones chaudes et humides à la surface du globe, notamment à l'échelle des Tropiques africaines, décuplerait les populations d'insectes vecteurs de virus ; même s'il est sans doute admis que les effets climatiques futurs sur les maladies infectieuses sont plus complexes à élucider statistiquement en milieu tropical africain. Cependant, les impacts socio-économiques des potentiels changements climatiques en Afrique subsaharienne sont éloquentes, car selon K. Smith et *al.*, (2014, p. 723), le coût estimé des dommages directs pour la santé humaine

avoisinerait un milliard de dollars par an d'ici à 2050.

Les conclusions de récentes études du GIEC (2014 et 2022) sur l'évolution du climat global en relation avec la santé humaine indiquent que le réchauffement des températures lié à l'enrichissement atmosphérique en CO2 d'origine anthropique en particules a de profondes incidences sur les cancers, les maladies des services d'urgence, les mesures préventives cardiorespiratoires et métaboliques et les allergies. La gestion des épisodes caniculaires nécessite des mesures robustes d'adaptation en amont. Les sujets à bas âges et les personnes âgées sont notamment les plus vulnérables. Le développement des surveillances épidémiologiques, l'enseignement et la recherche biomédicale en santé environnementale constituent d'actuels

impératifs, justifiant ainsi l'intérêt scientifique de la présente étude.

Comme dans les autres pays tropicaux caractérisés par une distinction visible entre des étés chauds et humides et des hivers plus frais et secs, les maladies affectant la population centrafricaine ont un caractère saisonnier marqué. Dans l'ensemble le climat a un impact considérable sur la santé, et de nombreuses maladies sont reconnues par l'Organisation Mondiale de la Santé (WHO, 2014) comme étant sensibles au climat. Cet organisme onusien donne une classification des principales maladies infectieuses affectant la population centrafricaine. Il s'agit notamment de maladies d'origine alimentaire ou d'origine hydrique (diarrhée bactérienne et protozoaire, hépatite A et fièvre typhoïde), de maladie vectorielle (paludisme), de maladie respiratoire (méningite à méningocoques), de maladie par contact avec l'eau (schistosomiase) et de maladie par contact avec les animaux (rage).

Une telle sous-division est très utile lorsqu'on essaie d'établir un rapport entre chaque maladie et des conditions climatiques particulières, et d'analyser leur sensibilité au climat. Elle fait ressortir comment la saison sèche, particulièrement lorsqu'il y a un manque de précipitations très aigu, est propice aux maladies telles que : la fièvre typhoïde, l'hypertension, les infections respiratoires, la méningite, la diarrhée et la rougeole est également utile. D'autres maladies sont présentes d'un bout à l'autre de l'année à savoir : le paludisme, la parasitose, la fièvre typhoïde et la diarrhée.

Cependant, les observations empiriques montrent que même pendant la saison des pluies, les épidémies de grippe surviennent plus fréquemment en raison de périodes sèches qui diminuent l'humidité de l'air, déclenchant ainsi des épidémies de grippe (M. Boulahya, 2009, p.17; B.A. Brahim, 2022, p.10). Des informations sur la durée des périodes sèches pendant la saison des pluies seraient donc un outil d'alerte précoce très précieux à divers égards : on pourrait prodiguer des conseils à la

population, prévoir un approvisionnement approprié en médicaments, etc.

Le paludisme est largement reconnu comme la plus importante des maladies sensibles au climat dans le monde (B.A. Brahim, 2022, p.9). Il est considéré comme une entrave majeure au développement socioéconomique, particulièrement en Afrique où sont enregistrés 90 % des 1 à 3 millions de décès qu'il provoque chaque année (S. Lindsay et A. Martens, 1998, p.339). L'analyse des données cliniques et épidémiologiques (MSP, 2021, p.127) montre que les populations centrafricaines qui sont affectées par le VIH/SIDA ont peu d'immunité acquise au paludisme et sont par conséquent vulnérables à des épidémies explosives qui peuvent provoquer des taux élevés de décès dans tous les groupes d'âge du pays.

Cet état de fait constitue bien évidemment un problème crucial de santé publique qui se pose avec beaucoup d'acuité, d'autant plus que le climat, notamment la hausse de températures, est considéré comme le facteur primordial dans la détermination et la prévalence de certaines épidémies (P. Yaka et *al.*, 2008, p.7). Ces auteurs affirment que la température influe sur les taux de développement aussi bien du parasite paludéen que de son moustique hôte. Ils constatent que les températures plus élevées, mais uniquement jusqu'à 40°C environ, réduisent la période d'incubation parasitaire extrinsèque et augmentent la stabilité de transmission de la maladie. La recrudescence de certaines pathologies comme le paludisme est également liée à des augmentations de l'humidité atmosphérique qui entraîne une plus grande survie du vecteur adulte et par là-même une plus forte probabilité de transmission de la maladie (Y. Zhang et *al.*, 2014, p.160). Ainsi, des précipitations accrues, particulièrement dans les zones plus sèches (septentrion centrafricain), augmentent le nombre de sites de reproduction et par conséquent augmentent les populations vectorielles du paludisme et d'autres maladies infectieuses si la température est favorable.

Dans ce contexte, quels seront les impacts des potentiels changements de températures aux horizons futurs (2030 et 2050) sur la santé des populations centrafricaines confrontées de plus en plus aux effets néfastes des îlots de chaleur urbains et à la hausse des températures ?

1. MATÉRIEL ET MÉTHODES

De sources concordantes, il y a peu de données disponibles récentes pour l'espace centrafricain pouvant permettre d'établir la climatologie de l'ensemble du pays. Certes des enregistrements pour un nombre de villes existent, mais ceux-ci ne concernent souvent que quelques années et la période d'avant 2000. Pour cette étude, deux ensembles de données du premier type ont été examinés, le premier provenant de la « Climatic Research Unit » (CRU) de l'University of East Anglia au Royaume-Uni, le second d'un Centre de collaboration basé à l'University of Delaware aux Etats-Unis. L'ensemble de données de réanalyse utilisé est celui des US National Centers for Environmental Prediction (NCEP) système basé sur les modèles de prévision météorologiques.

Pour les scientifiques et prévisionnistes du GIEC (2014), on ne peut pas s'attendre à ce qu'une technique statistique, aussi évoluée soit-elle, puisse être extrapolée avec précision en régions géographiques si elle n'est confirmée par aucune donnée in situ ou si les données sont limitées ; et il n'est pas non plus possible d'évaluer la précision des valeurs des ensembles de données

pour ces régions. Par conséquent, tandis que ces valeurs obtenues statistiquement pour l'espace centrafricain et ses environs peuvent être uniquement considérées comme les meilleures valeurs disponibles, ce n'est que lorsqu'on aura une série prolongée d'observations in situ que l'on pourra évaluer la précision de ces ensembles de données statistiques dans les régions pour lesquelles il existe peu de données. Certains problèmes inhérents aux deux ensembles de données statistiques sur les températures (paramètre plus facile à extrapoler que les précipitations) ont été remarqués lorsque ceux-ci ont été comparés graphiquement aux simulations du modèle climatique, problèmes signalés dans quelques-uns des graphiques qui en résultent.

Ceci ne veut pas dire que les modèles climatiques donnent une simulation nécessairement plus précise des températures mais aide à justifier la réalisation des études climatiques à l'échelle centrafricaine sur la base des modèles plutôt que de l'approche statistique avant l'établissement d'ensembles de données nationales basée sur des observations. Néanmoins, la réanalyse du NCEP est considérée comme l'une des meilleures par la communauté scientifique et, dans la pratique, elle est mentionnée bien plus fréquemment que tout autre ensemble de données de réanalyse. Pour cette étude, 12 modèles climatiques (tableau n°1) ont été exécutés de manière équivalente sur la même période que la réanalyse du NCEP, ce qui permet d'effectuer une comparaison interne.

Tableau n°1. Sélection des MCG dans les archives CMIP5 et leurs résolutions d'origine

	Modèles	Sources	Scénarios SRES	Maille de résolution d'origine	
				Atmosphère	Océan
1.	CM2.0	CCR(Norvège)	A2 & B1	2.5° - 3.85°	1.25°- 1.85°
2.	CCSM3	NCAR (USA)	A2 & B1	1.4° - 1.4°	0.46°- 1.25°
3.	CGCM3.1	CCCMA (Canada)	A2 & B1	3.75° - 3.75°	1.85°- 1.85°
4.	CM3.0	IMN (Russie)	A2 & B1	2.5° - 3.75°	1.25°- 1.25°

Les difficultés d'accès à l'eau potable dans les quartiers centraux et péri-centraux de Libreville (Gabon) : entre vétusté du réseau et recours aux transports

	Modèles	Sources	Scénarios SRES	Maille de résolution d'origine	
				Atmosphère	Océan
5.	CSIRO MK3	ABM (Australie)	A2 & B1	1.85° - 1.85°	0.95° - 1.85°
6.	ECHAM5	MPI (Allemagne)	A2 & B1	1.85° - 1.85°	1° - 1°
7.	GCCM2.3.2a	MRI (Japon)	A2 & B1	2.5° - 3.75°	1.25° - 1.25°
8.	GFDLCM2.1	NOAA(USA)	A2 & B1	2° - 2.5°	0.9° - 1.0°
9.	GISS E-R	NASA (USA)	A2 & B1	4° - 5°	4° - 5°
10.	HadCM3	UKMO (UK)	A2 & B1	2.5° - 3.75°	1.25° - 1.25°
11.	MIROC3.2	CCSR (Japon)	A2 & B1	2.81° - 2.81°	0.9° - 1.4°
12.	PCM	NCAR (USA)	A2 & B1	2.81° - 2.81°	1.0° - 1.0°

Source : Synthèse bibliographique des archives du CMIP5, 2021

Les données climatologiques de température provenant des réanalyses du NCEP ont été produites à l'aide d'un modèle assez similaire à celui qui est utilisé pour les prévisions météorologiques au NCEP, modèle qui n'est pas utilisé spécifiquement pour les prévisions climatiques. Une des différences entre le modèle utilisé pour les réanalyses et ceux qui sont utilisés pour les prévisions climatiques est que ces derniers évaluent les informations sur des grilles horizontales qui sont quelques peu plus larges que celles qui sont utilisées par le modèle NCEP. C'est l'une des nombreuses raisons de fond pour lesquelles les simulations des modèles climatiques ne peuvent pas reproduire parfaitement celles du modèle NCEP. Ainsi, les statistiques saisonnières ont été estimées pour des périodes de trois mois, à savoir Décembre-Janvier-Février (DJF), Mars-Avril-Mai (MAM), Juin-Juillet-Août (JJA) et Septembre-October-Novembre (SON). Bien que ce choix de mois soit basé sur une pratique climatologique traditionnelle, il est admis que ces groupes de mois ne représentent pas forcément de manière optimale le cycle climatique annuel du pays. Quant aux données climatologiques observées, elles proviennent de la Direction Nationale de

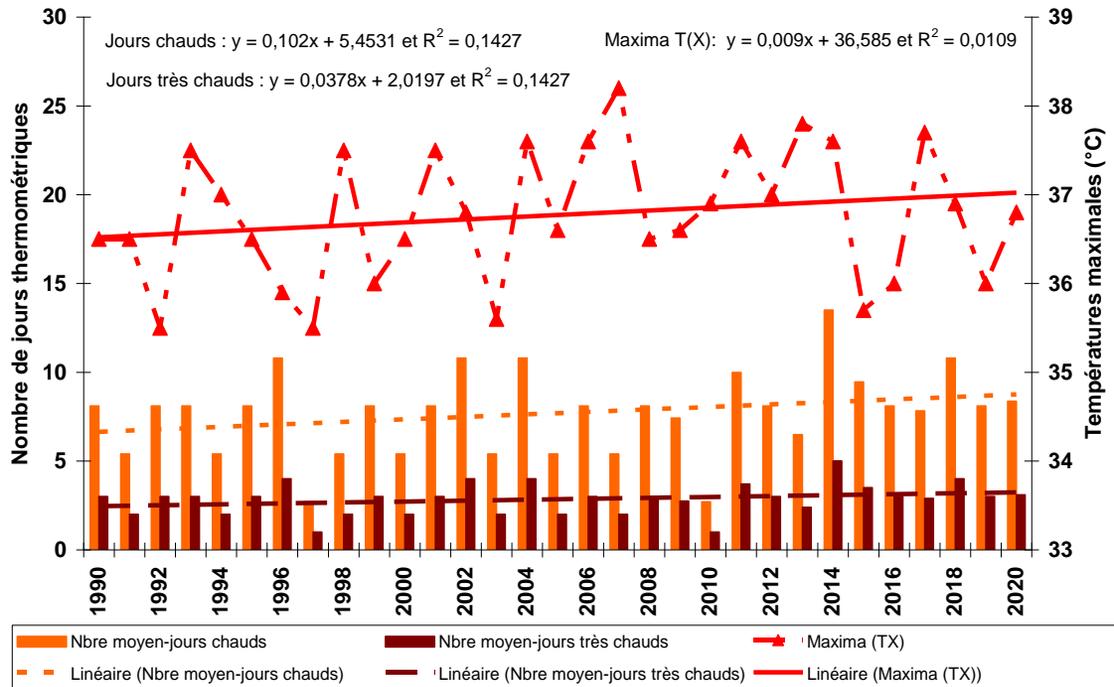
Météorologie et du Service de Climatologie de la représentation de l'ASECNA en RCA. Ces données historiques sont ensuite compilées, traitées et archivées par le Laboratoire de Climatologie, de Cartographie et d'Etudes Géographiques (LACCEG) de l'Université de Bangui (RCA). Celles-ci ont été produites sur une série chronologique normale de 1990 à 2020, notamment pour quelques stations synoptiques encore fonctionnelles (Bangui, Berbérati, Bria, Birao, Bossembélé, Bouar, Ndélé, Bossangoa, Bambari et Bangassou). Les traitements statistiques et cartographiques ont été effectués au LACCEG (2021). Les sorties logicielles ont été rendues possible grâce aux contributions scientifiques du ClimDev in Africa Program, une composante de l'ACMAD (2021).

2. RÉSULTATS ET DISCUSSION

2.1. Variabilité et tendances des températures observées

La RCA est un pays tropical caractérisé par des températures de chaudes à très chaudes tout au long de l'année (figure n°1). Les mois les plus chauds en moyenne sont ceux qui précèdent immédiatement la saison des pluies, c'est-à-dire mars et avril, tandis que les températures ont tendance à être plus basses pendant la saison des pluies elle-même.

Figure n° 1. Variabilité inter annuelle du nombre de jours de forte chaleur, de très forte chaleur et des paroxysmes des températures maximales en Centrafrique, 1990-2020



Source : Laboratoire de Climatologie, de Cartographie et d'Etudes Géographiques (LACCEG), 2022

Au jour le jour, on peut raisonnablement supposer que les jours secs auront tendance à être plus chauds que les jours pluvieux. Des températures minimales élevées sont plus fréquentes dans le sud humide du pays, atteignant parfois 110 jours par an dans le sud-ouest, chiffre qui tombe à environ 70 jours, ou le double de l'attente climatique, dans le nord plus sec. Ainsi, la fréquence des jours chauds peut facilement passer du simple à plus du double dans les années sèches, tandis que le nombre de nuits chaudes pourrait passer du simple au triple (mais, dans ce cas, pas nécessairement pendant les années sèches), et dans les deux cas par comparaison avec les moyennes climatologiques.

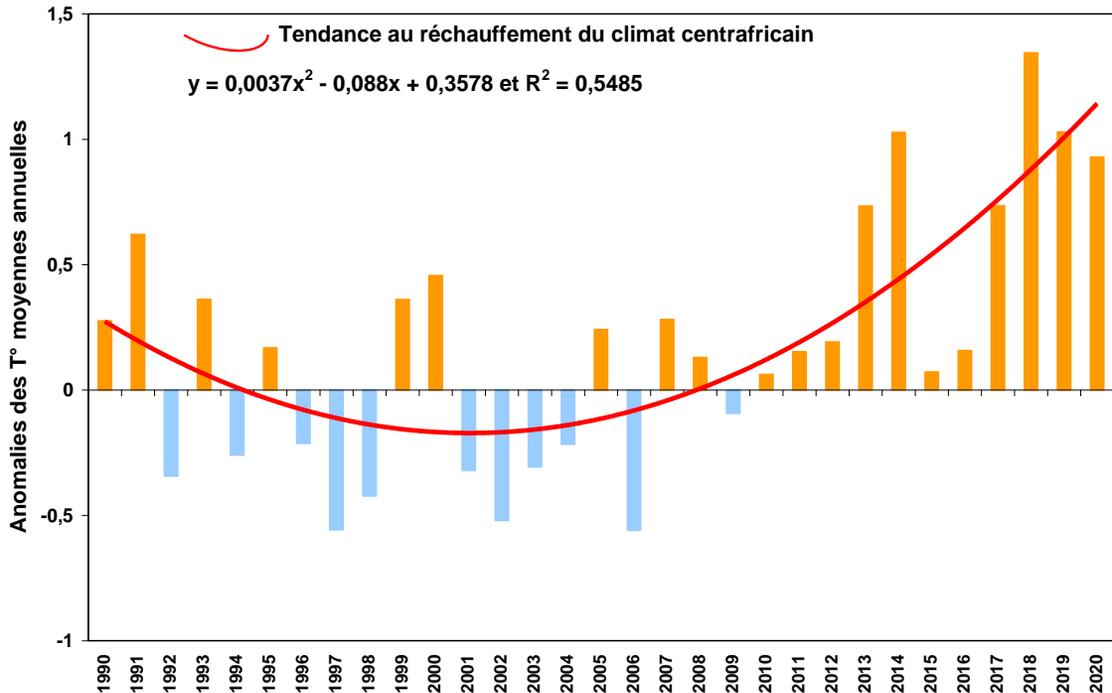
La fréquence des jours à forte chaleur et des températures maximales affiche une tendance à l'augmentation, particulièrement remarquable depuis la fin des années 2000. La fluctuation de fréquence des jours à chaleur paroxysmique est étroitement corrélée aux températures

maximales inter-vernales (mars à juin). Les années 1993, 2007, 2014 et 2018 ont été particulièrement chaudes. Elles ont enregistré des fréquences élevées de paroxysmes de chaleur. Des températures paroxysmiques plus importantes restent possibles, mais avec des probabilités de retour plus espacées, de l'ordre de plus de 20 ans. La tendance actuelle au réchauffement climatique est observée sur le territoire centrafricain (B. Doukpolo, 2014, p.163).

Les températures en RCA ont augmenté, en général, depuis l'accident climatique des années 1970, alors que celles-ci semblaient relativement stables auparavant. La figure n°2 présente l'allure d'une courbe de tendance quasi-exponentielle vers l'aridité. L'analyse des indices de températures et les cycles interannuels indiquent que la température de l'air connaît une hausse régulière et la tendance ne semble pas inversée. Les indices et tendances

Les difficultés d'accès à l'eau potable dans les quartiers centraux et péri-centraux de Libreville (Gabon) : entre vétusté du réseau et recours aux transports thermométriques ont été déterminés sur la période de 1990 à 2020, avec $i < 1$ pour les basses températures et $i > 1$ pour les hautes températures.

Figure n°2. Anomalies et tendances des températures moyennes en RCA, 1990-2020



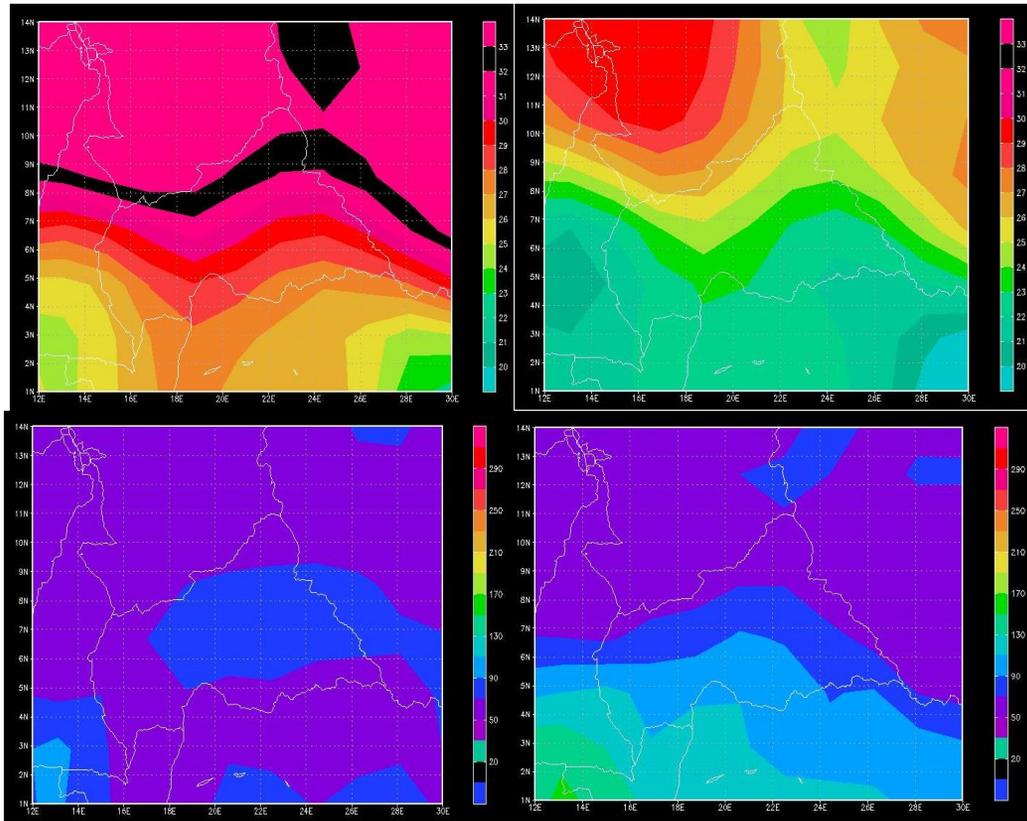
Source : Laboratoire de Climatologie, de Cartographie et d'Etudes Géographiques (LACCEG), **2022**

La contrainte thermique due à la chaleur est un problème plus important que la contrainte thermique due au froid, car les températures minimales ne tombent généralement pas en dessous de 15°C, étant donné en particulier la nature humide du climat (sans compter les températures plus fraîches qui peuvent survenir la nuit dans les parties de plus haute altitude du nord-ouest et du nord-est du Centrafrique.

D'un bout à l'autre de l'année, les températures maximales dans le nord du pays dépassent 33°C soit 10 % du temps, tandis que dans le sud plus humide la valeur comparable est de 26°C environ

(figure n°3). Les nuits peuvent être plus chaudes dans le nord, les températures ne descendant pas en dessous de 25°C voire 26°C soit 10 % des nuits, tandis que la valeur équivalente dans le sud-est de 20°C ou 21°C. Compte tenu du fait que l'attente climatologique est de 36,5 jours, les valeurs de la partie inférieure de la figure 4 indiquent que les températures maximales élevées peuvent en certaines années être dépassées entre 70 et 90 jours dans les régions centrales du territoire centrafricain (dorsale oubanguienne) et pendant 70 jours ou moins dans le sud et le nord du pays.

Figure n°3 : Valeurs de température qui ne sont dépassées que 10% du temps sur une base annuelle.



Sources : ACMAD (ClimDev Africa Program), 2020 et LACCEG, 2021

A gauche les valeurs journalières maximales, à droite les valeurs journalières minimales ; en haut les valeurs en °C, en bas nombre maximal de jours pendant lesquels les valeurs ont été dépassées entre 1990 et 2020. Les extrémités du code couleur sur le côté représentent respectivement toutes les valeurs supérieures à 33°C et inférieures à 20°C sur les graphiques des températures et toutes les valeurs de plus de 310 jours et de moins de 10 jours sur les deux graphiques inférieurs.

Selon ces calculs, le taux d'augmentation est plus rapide dans le nord-est de la RCA (20° à 26°N, 7° à 10°E), 0,34°C par décennie, que dans le sud-ouest de la RCA (14° à 20°N, 3° à 6°E), 0,24°C par décennie. D'après les données in situ disponibles, la tendance à Bambari est de 0,03°C par décennie tandis qu'à Bossangoa, plus au

nord, elle est de 0,48°C par décennie. Ces tendances enregistrées sur des périodes relativement normales correspondent donc assez bien aux tendances calculées d'après la réanalyse. Les températures maximales ont augmenté plus rapidement que les températures minimales sur l'ensemble du pays : 0,35°C par décennie contre 0,21°C par décennie. Cette différence est entièrement due aux changements des températures maximales dans le nord-est, qui ont augmenté au rythme de 0,44°C par décennie. Les taux d'augmentation des températures minimales dans le nord-est et des températures maximales et minimales dans le sud-ouest sont tous similaires à celui des températures minimales sur l'ensemble du pays, c'est-à-dire approximativement de 0,21°C à 0,24°C par décennie. Ces résultats et analyses y relatives

Les difficultés d'accès à l'eau potable dans les quartiers centraux et péri-centraux de Libreville (Gabon) : entre vétusté du réseau et recours aux transports corroborent avec les conclusions pertinentes de Y. ZHANG et al., (2014, p.213).

maximales et de températures minimales élevées.

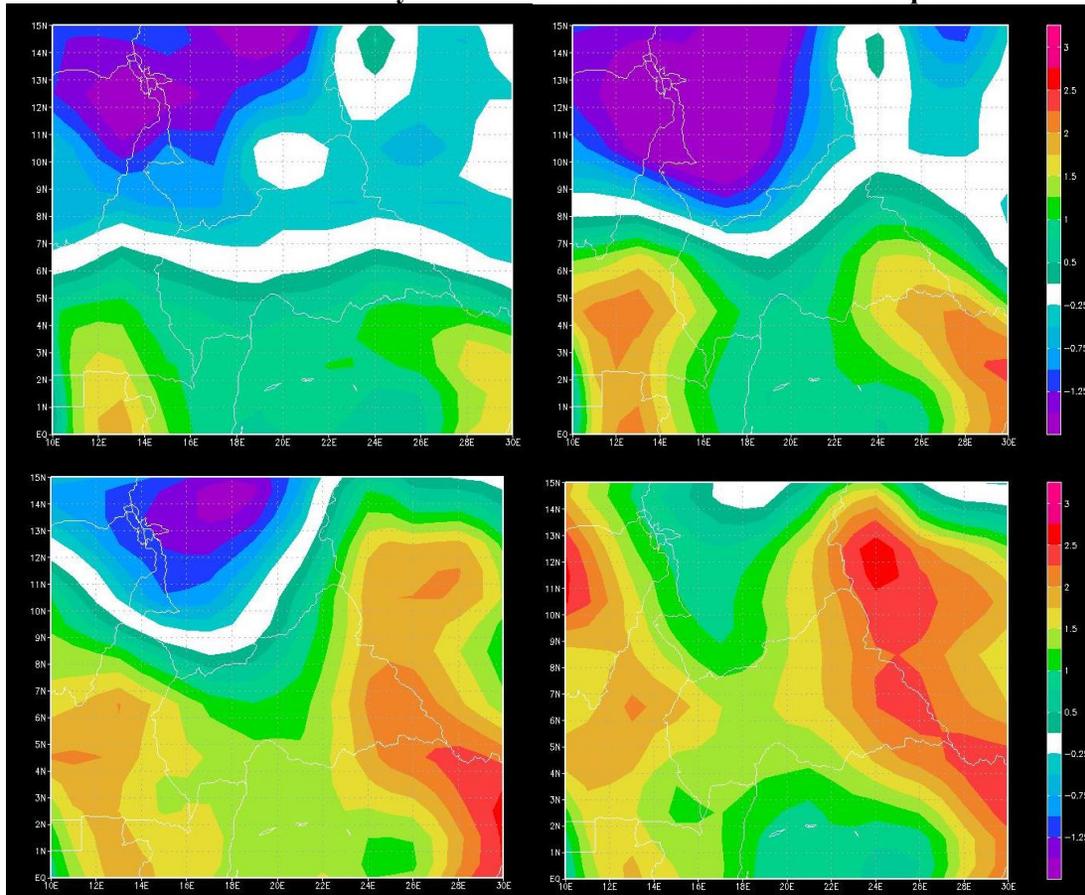
2.2. Variabilité et tendances des températures journalières moyennes simulées

Cette section présente les résultats portant sur les différences de températures journalières moyennes de la RCA selon la réanalyse du NCEP et en considérant trois niveaux, d'abord avec la moyenne d'ensemble des 12 modèles climatiques, ensuite avec les valeurs les plus chaudes et enfin avec les valeurs les plus froides. La contrainte thermique due à la chaleur est examinée plus bas en termes de températures

2.2.1. Simulation des températures selon la réanalyse NCEP et selon la moyenne d'ensemble

La moyenne d'ensemble (moyenne des 12 modèles) est généralement considérée comme la meilleure estimation disponible et les résultats illustrant les différences de température entre la moyenne d'ensemble des modèles climatiques et la réanalyse sont donnés à la figure n°4 (les valeurs positives indiquent que la moyenne d'ensemble du modèle climatique est la plus chaude).

Figure n°4. Différences entre les températures journalières moyennes selon la réanalyse du NCEP et selon la moyenne d'ensemble des 12 modèles climatiques



Sources : ACMAD (ClimDev Africa Program), 2020 et LACCEG, 2021

L'échelle de différence en °C est la même pour tous les graphiques ; les extrémités du code couleur sur le côté représentent respectivement toutes les différences de température négatives de moins de -1,5°C et toutes les différences de température positives de plus de 3,0°C ; les valeurs positives indiquent que la moyenne d'ensemble est plus chaude. Le blanc indique une concordance dans une plage de $\pm 0,25^\circ\text{C}$. Les quatre graphiques de la figure n°5 ci-haut donnent les valeurs des périodes DJF, MAM, JJA et SON (de gauche à droite).

Concernant la précision de simulations de cette nature, on peut raisonnablement affirmer que la température moyenne annuelle sur l'ensemble de l'espace centrafricain est bien simulée par la moyenne d'ensemble ; la bande blanche vers le nord du pays indique que les valeurs des deux types de modèles concordent à plus ou moins 0,25°C.

Dans le sud, les modèles climatiques donnent en moyenne des températures supérieures à celle de la réanalyse du NCEP à concurrence de 1,25°C environ au plus sur la majeure partie du pays, mais avec des valeurs de pointe de plus de 1,75°C, tandis qu'il n'y a aucune région du pays pour lesquelles les modèles climatiques donnent des valeurs plus froides que la réanalyse.

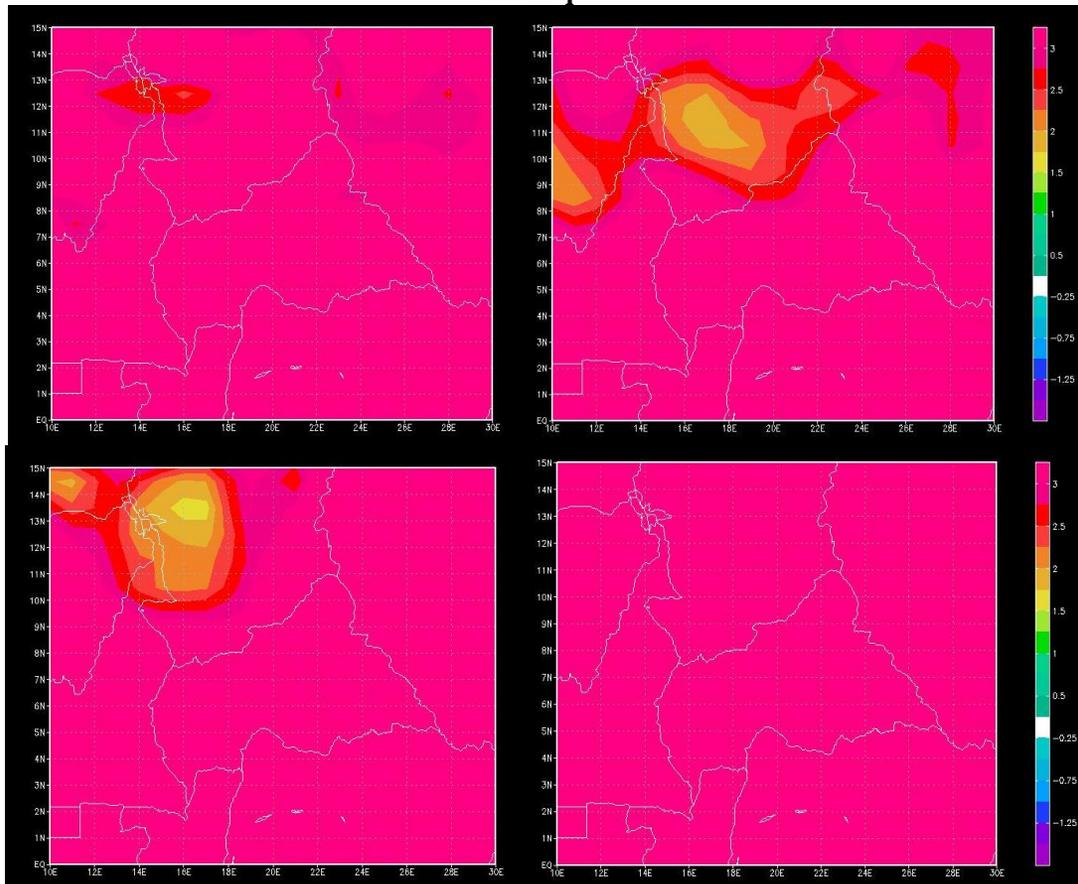
Il existe un mode similaire de différences des simulations de température entre les modèles dans la majeure partie des saisons de trois mois, avec une bande de concordance de plus ou moins 0,25°C en travers ou à proximité du nord du pays et les modèles climatiques simulant des températures plus fraîches au nord et plus chaudes au sud de cette bande. Une exception à cette règle, dont les raisons ne sont pas entièrement évidentes, est constatée durant la période SON pendant laquelle les modèles climatiques donnent des températures plus chaudes à concurrence de 1,25°C que celles des réanalyses sur l'ensemble du pays ; la raison peut être liée à la capacité des divers modèles de simuler les précipitations à différentes époques de l'année.

2.2.2. Simulation des températures selon la réanalyse NCEP et les valeurs chaudes

L'interprétation de la figure n°5 qui suit indique que sur une base annuelle, les modèles individuels les plus chauds simulent des températures en RCA qui sont supérieures de 3°C aux températures données par les réanalyses du NCEP.

Les difficultés d'accès à l'eau potable dans les quartiers centraux et péri-centraux de Libreville (Gabon) : entre vétusté du réseau et recours aux transports

Figure n°5. Différences entre les températures journalières moyennes de Centrafrique selon la réanalyse du NCEP et les valeurs les plus chaudes de l'un quelconque des 12 modèles climatiques



Sources : ACMAD (ClimDev Africa Program), 2020 et LACCEG, 2021

Les tendances saisonnières sont équivalentes à la tendance annuelle, mais il est peut-être utile d'attirer l'attention sur la tendance de la période SON où, au pire, les modèles climatiques donnent des températures supérieures de plus de 3°C à celles du NCEP sur l'ensemble de la région. L'échelle de différence en °C est la même pour tous les graphiques ; les extrémités du code couleur sur le côté représentent respectivement toutes les différences de température négatives de moins de -1,5°C et toutes les différences de température positives de plus de 3,0°C ; les valeurs positives indiquent que la moyenne d'ensemble est plus chaude. Le blanc indique une concordance dans une plage de

±0,25°C. Les quatre graphiques donnent les valeurs des périodes DJF, MAM, JJA et SON (de gauche à droite).

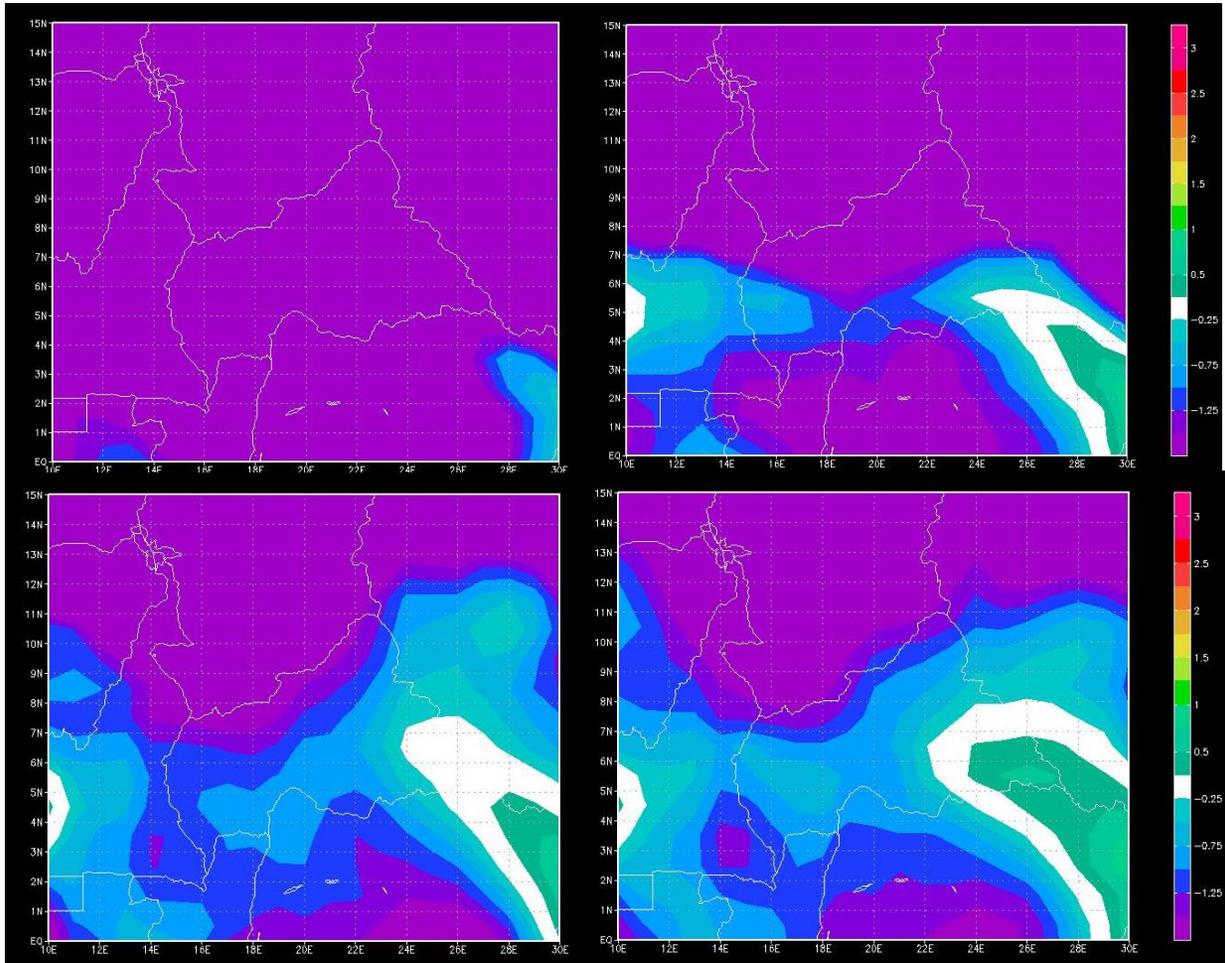
2.2.3. Simulation des températures selon la réanalyse du NCEP et les valeurs les plus froides

Les valeurs minimales simulées par l'un ou l'autre des modèles sont souvent, mais pas toujours, au moins 1,5°C plus froides que celles données par les réanalyses du NCEP (figure n°6). Ainsi, la plage des températures simulées en RCA par tous les modèles climatiques dépasse 4,5°C pour la période de 1990 à 2020, valeur qui est assez supérieure à l'augmentation de température sur l'ensemble du pays au cours du

siècle due au réchauffement mondial (selon la moyenne d'ensemble). En dépit de cette plage de valeurs entre les modèles, la moyenne

d'ensemble, comme on l'a déjà vu à la figure n° 5, fournit une simulation raisonnable par comparaison avec les valeurs du NCEP.

Figure n°6. Différences entre les températures journalières moyennes de l'espace Centrafricain selon la réanalyse du NCEP et les valeurs les plus froides de l'un quelconque des 12 modèles climatiques



Sources : ACMAD (ClimDev Africa Program), 2020 et LACCEG, 2021

L'échelle de différence en °C est la même pour tous les 4 graphiques ; les extrémités du code couleur sur le côté représentent respectivement toutes les différences de température négatives de moins de -1,5°C et toutes les différences de température positives de plus de 3,0°C ; les valeurs positives indiquent que la moyenne

d'ensemble est plus chaude. Le blanc indique une concordance dans une plage de $\pm 0,25^{\circ}\text{C}$. Le graphique principal donne les valeurs annuelles. Les quatre graphiques plus petits donnent les valeurs des périodes DJF, MAM, JJA et SON (de gauche à droite).

Les difficultés d'accès à l'eau potable dans les quartiers centraux et péri-centraux de Libreville (Gabon) : entre vétusté du réseau et recours aux transports

L'utilisation d'une moyenne d'ensemble offre de nombreux avantages par rapport à l'utilisation d'informations provenant d'un modèle unique. Cependant la plage de valeurs sur l'ensemble des 12 modèles au cours de la période de 1990 à 2020 ne sert qu'à tester l'aptitude des divers modèles à simuler les températures en RCA dans les conditions actuelles, et cela a été confirmé par les résultats d'une étude sur les scénarii climatiques en Centrafrique (B. Doukpolo et A. Kamga, 2021, p. 293). De ce qui précède, on peut

aisément comprendre que les températures sont calculées en tant que différences entre la simulation de chaque modèle sur la période de 1990 à 2020 (ou en tant que différences entre les moyennes d'ensemble respectives), plutôt que par rapport aux valeurs des réanalyses du NCEP, et les résultats sont par conséquent cohérents pour chaque modèle (ainsi que pour l'ensemble). Le tableau n°2 présente les principales tendances observées et les projections climatiques en République Centrafricaine.

Tableau n°2. Tendances historiques et projections climatiques en RCA

	Tendances observées	Projections climatiques	Impacts potentiels sur la santé humaine
Températures	La température moyenne annuelle a augmenté de 0,3 °C par décennie depuis 1990, avec des augmentations plus rapides dans les régions du nord-est.	Augmentation de 0,7 à 3 °C des températures moyennes annuelles d'ici 2050.	<ul style="list-style-type: none"> - Réduction de la qualité de l'eau et du cadre de vie. - Propagation des maladies vectorielles et hydriques. - Stress thermique.
Précipitations	Diminution des précipitations, avec une variabilité interannuelle plus importante.	<ul style="list-style-type: none"> - Augmentation des précipitations moyennes annuelles. - Irrégularité prononcée des précipitations 	

Source : Synthèse bibliographique, 2022

L'ensemble multimodèle précise systématiquement que les températures augmenteront de 1,4 à 2,7 °C d'ici aux années 2050 en République Centrafricaine (B. Doukpolo, 2014, p. 204). L'avenir des précipitations est moins certain, les projections suggérant à la fois des augmentations et des diminutions. Toutefois, on s'accorde à dire que les caractéristiques (moment, intensité, durée) des précipitations vont changer (A. Haensler et al., 2013, p.16). Les épisodes de précipitations intenses et extrêmes sont susceptibles d'augmenter, tandis que les précipitations moyennes seront moins uniformément réparties, avec une tendance accrue aux périodes de sécheresse qui impacteraient la santé des populations centrafricaines.

2.3. Impacts potentiels des changements climatiques sur la santé humaine

Cette section traite des effets les plus évidents du changement climatique sur la santé de l'homme, en mettant davantage d'accent sur les facteurs de stress thermométriques. Deux points sont à souligner. La mesure des effets du changement climatique sur la santé des populations ne peut être que très approximative, notamment sur les effets graduels par opposition aux événements extrêmes type canicule (cas de l'impact sur les maladies vectorielles). Ceci est essentiellement dû au côté «imprévisible» des agents infectieux, relèvent les scientifiques M. Harrison et B. Karlh (2020, p. 93).

De nombreux résultats d'études, notamment ceux de J.C. Bomba (1999), du WHO (2014) et du GIEC (2022) révèlent que le secteur de la santé en République Centrafricaine, à l'instar d'autres pays tropicaux d'Afrique subsaharienne, est vulnérable aux impacts des changements climatiques futurs qui, si aucune action n'est efficacement envisagée, entraîneraient des

répercussions négatives sur la santé des populations. Le tableau n°3 fait la correspondance entre les facteurs de stress climatiques et les risques climatiques en lien avec la santé humaine.

Tableau n°3. Facteurs de stress climatiques et risques climatiques sur la santé humaine

Facteurs de stress	Risques
Hausse des températures	Extension de l'aire de répartition des vecteurs de maladies (par exemple, les moustiques) et augmentation de la transmission de maladies infectieuses telles que le paludisme et le virus de la variole du singe
Augmentation de la fréquence des précipitations intenses	Un stress thermique plus prononcé à mesure que le nombre de jours et de nuits chauds augmente.
	Augmentation de l'incidence des maladies diarrhéiques (notamment le choléra)
	Stress accru sur la santé de la population vivant avec VIH/SIDA

Source : Synthèse bibliographique, 2022

En République Centrafricaine, le paludisme est une cause majeure de morbidité et de mortalité. Les zones situées à une altitude de 500 à 1000 m connaissent une transmission stable pendant la majeure partie de l'année, les niveaux de transmission les plus élevés coïncidant avec les limites de la forêt marécageuse de la basse *Lobaye* et de la *Sangha-Mbaéré*. Les zones montagneuses du nord-ouest (*Mambéré-Kadéi* et *Ouham-Pendé*) connaissent des saisons de transmission courtes mais sont sujettes aux épidémies de paludisme. Compte tenu de l'impact de la température sur le cycle de vie et l'habitat des espèces de moustiques et de parasites porteurs de paludisme, des températures plus élevées peuvent ouvrir de nouveaux lieux propices à la transmission dans le centre et le nord-est du pays, avec une saison relativement courte (7 à 9 mois).

Plus précisément, une analyse menée par l'USAID (2018, p.6) sur la base de l'aptitude des moustiques et de l'augmentation des températures suggère que d'ici 2030, 65.000 à 80.000 personnes supplémentaires en République Centrafricaine et en République Démocratique du Congo seront exposées au risque de paludisme endémique (10 à 12 mois d'aptitude à la transmission) dans des zones auparavant inadaptées à la transmission du paludisme, principalement dans le sud-est et les

poches des paysages du Chinko, du haut Oubangui et de l'Ituri-Epulu.

Outre les changements attendus dans la transmission du paludisme, l'augmentation de la température et les épisodes de précipitations plus intenses sont susceptibles d'avoir un impact sur la propagation des maladies à transmission hydrique et des maladies infectieuses émergentes. Bien qu'il s'agisse de l'une des régions les plus humides du monde, la majorité de ses habitants n'ont pas accès à l'eau potable et à l'assainissement (REACH, 2020, p.5). Les maladies diarrhéiques représentent déjà une charge importante pour la santé publique en RCA. Les températures élevées de l'air et les périodes de précipitations excessives créent des conditions qui favorisent la croissance et la propagation de bactéries, telles que *Vibrio cholerae* (choléra). La déforestation et le climat sont des catalyseurs importants de transmission du virus de la variole du singe (MPX) de la faune sauvage à l'homme dans les conditions climatiques actuelles (S. Lindsay et A. Martens, 2018, p.340).

Le croisement des données diachroniques (2010 à 2020) de l'évolution du climat en RCA donne la quasi-certitude sur la reconnaissance des liens entre les changements de températures et la prévalence de plusieurs maladies infectieuses. Les catastrophes, de même que les risques liés

surtout au secteur de l'eau, font peser des menaces importantes sur la santé des populations. D'après R. Ossé *et al.* (2019, p. 32), les changements climatiques entraîneront des conséquences sur la prévalence de deux types de maladies infectieuses aux horizons 2030 et 2050, notamment les maladies liées aux vecteurs (paludisme, fièvres) et les maladies liées à l'eau (dysenterie, cholera, gastro-entérites).

Dans une récente étude, le WHO (2014) précise qu'en RCA, les zones n'ayant pas de bonnes infrastructures de santé, pour la plupart dans le nord et le nord-est du pays, seront les moins en mesure de se préparer et de faire face à la situation sans assistance. Si un gros effort d'atténuation n'est pas entrepris, il va arriver un moment donné où l'adaptation des systèmes de santé (coups de chaleur) ne sera plus possible. La seule attitude responsable, désormais, serait un changement radical de nos modèles économiques et de nos modes de vie en société.

Selon M. Harrison et B. Karlh (2020, p.187), l'identification et la prévention des maladies saisonnières qui dépendent des variations climatiques, particulièrement lorsqu'elles sont transmissibles par l'air ou par l'eau est un élément prioritaire de la politique de santé publique en Centrafrique. Les intoxications alimentaires et la contamination par l'eau peuvent être dues à des parasites, des microbes ou des virus qui se reproduisent rapidement ou se répandent rapidement sous certaines conditions climatiques. Par exemple, des températures estivales plus chaudes et des débits réduits dans les cours d'eau peuvent provoquer une prolifération d'algues. Il peut également y avoir un plus grand taux d'agents pathogènes dans les eaux de crue qui, si elles inondent des zones peuplées, peuvent provoquer d'importants problèmes de santé publique. Pour pouvoir faire face à de tels événements, les impacts potentiels doivent être identifiés, circonscrits et compris.

CONCLUSION

On peut conclure qu'en moyenne, les modèles climatiques saisissent le cycle des températures saisonnières de la RCA avec uniquement des erreurs relativement mineures, mais qu'ils ont tendance à simuler des températures plus chaudes que les températures observées. Les résultats qui viennent d'être discutés sont basés sur la moyenne d'ensemble des 12 modèles et l'on peut se demander pourquoi cette méthode a été adoptée au lieu d'obtenir les résultats d'un seul modèle. Il est très probable que si cette étude avait été élaborée par un cabinet spécialiste en modélisation, la démarche à modèle unique aurait été adoptée, cette méthode étant habituellement décrite dans les publications. Pour une solution unique, par opposition à une carte de probabilité, la moyenne d'ensemble est optimale à tous égards.

Ainsi, pour les raisons évoquées dans la méthodologie, la moyenne d'ensemble représente la meilleure estimation disponible de tous les modèles ; il est bien entendu possible que, dans un cas particulier, certains des modèles individuels pourraient fournir de meilleures solutions que la moyenne d'ensemble, mais il est peu probable que ces modèles donnent des résultats concordants dans tous les cas, qui présagent des impacts potentiels des changements climatiques sur la santé humaine, en République Centrafricaine, aux horizons 2030 et 2050.

La population centrafricaine sera très vulnérable aux impacts potentiels du changement climatique futur, sur le secteur de la santé, car les personnes ayant des conditions médicales préexistantes, particulièrement celles qui souffrent du VIH-SIDA ou du paludisme s'inscrivent dans cette catégorie (A. McMichael, 2013, p.1338). Il est important que les recherches sur les impacts sanitaires du changement climatique étudient soigneusement les besoins de ces groupes. Ce sont les éléments de la communauté qui ont le moins de chances de pouvoir se prendre en charge et s'adapter soit à des changements

graduels du climat soit à des événements météorologiques extrêmes.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

BOMBA Jean Claude, 1999, « Rythmes climatiques et rythmes pathologiques en Centrafrique ». Thèse de doctorat de Climatologie, CRC de Dijon, Université de Bourgogne, 175 p.

BOULAHYA Mohammed, 2009, « Rapport de mission de la Banque Mondiale à Bangui, 23 juillet - 6 août 2009 ». Banque Mondiale, 47 p.

BRAHIM Bichara About, 2022, « Rythmes climatiques saisonniers et paludisme dans la ville de N'Djamena, Tchad », Mémoire de Master de Géographie physique, Climatologie et changements globaux. Département de Géographie, Université de Bangui, 93 p.

DOUKPOLO Bertrand, 2014, « Changements climatiques et productions agricoles dans l'Ouest de la République Centrafricaine ». Thèse de Doctorat unique de Géographie, Géosciences de l'environnement, Agroclimatologie. Université d'Abomey-Calavi, Bénin, 305 p.

DOUKPOLO Bertrand et KAMGA André, 2021, « Modélisation et analyse des données d'observation et de simulation du climat actuel dans l'Ouest de la Centrafrique ». *International Journal of Progressive Sciences and Technologies (IJPSAT)*. Vol. n° 30, décembre, pp.288-300

GIEC(IPCC), 2014, « Incidences, adaptation et vulnérabilité » – Résumé à l'intention des décideurs. Contribution du GT II au 5è rapport d'évaluation du GIEC [FIELD Christopher, BARROS Vicente, DOKKEN David, MACH Katharina, MASTRANDREA Michael, BILIR Eren, CHATTERJEE Monalisa, EBI Christie, ESTRADA Yuka, GIRMA Birhanu, LEVY Adam, CRAMER Wolfgang, MACCRACKEN

DOUKPOLO Bertrand, WATTA Melchycedeck, HARRISON Mike. (2022). *Revue Espace, Territoires, Sociétés et Santé*, 5 (10), 115-132
Robert, MASTRANDREA Paije et WHITE Leslie (eds.). OMN, Genève, Suisse, 34 p.

GIEC (IPCC), 2022. Technical Summary, in *Climate Change, Impacts, Adaptation and Vulnerability. Contribution of WG II to the Sixth AR of IPCC* [PÖRTNER Hans-Otto, ROBERTS Debra, TIGNOR Melinda, POLOCZANSKA Elvira, MINTENBECK Katjat, ALEGRÍA Andrés, CRAIG Marlies, LANGSDORF Alexander Suss, LÖSCHKE Sina, MÖLLER Vincent, OKEM Andrew, RAMA Bardhyl, (eds.)]. Cambridge University Press, Cambridge, UK and New York, USA, pp. 37–118.

HAENSLER Andreas, JACOB Daniela, KABAT Pavel, LUDWIG Fulco, 2013, Scénarios climatiques du bassin du Congo. CSC Report No. 11, Hamburg, Germany, ISSN : 2192-4058, 210 p.

HARRISON Mike, BOULAHYA Mohammed, 2010, « Analyse des risques climatiques en République Centrafricaine », in *Gestion Environnementale et Croissance Durable en Afrique*. Vol. n° II, 102 p.

HARRISON Mike, KARLH Beniston., 2020, « Analyse des risques climatiques en République Centrafricaine », in *Gestion Environnementale et Croissance Durable en Afrique*. Vol. n° III, 221 p.

LINDSAY Steve & MARTENS Anne, 2018, « Malaria in the African highlands : past, present and future ». *Bull World Health Organ*, pp.333-345.

MCMICHAEL Anthony, 2013, « Globalization, Climate change and Human Health ». *New England Journal Medecine* n° 368 : pp. 1335-1343.

MSP (Ministère de la Santé Publique), 2021, « Annuaire statistique sur les districts et FOSA en RCA ». Direction Générale des Infrastructures

Les difficultés d'accès à l'eau potable dans les quartiers centraux et péri-centraux de Libreville (Gabon) : entre vétusté du réseau et recours aux transports sanitaires et des établissements hospitaliers, 201 p.

OSSE Razaki, TOKPONNON Filémon, OKÊ Mariam, ADJINDA Sourou, ZOUNMENO Alexandre, 2019, « Etude de Vulnérabilité sectorielle face aux changements climatiques au Bénin », Projet d'Appui Scientifique aux processus de Plans Nationaux d'Adaptation, 52 p.

REACH, 2020, « Susceptibilité et risque d'inondations en République Centrafricaine - Méthodologie d'analyse », Ressource Center, Fonds Humanitaire, RCA, 10 p.

SMITH Kirk, 2014, « Human Health : Impacts, adaptation, and co-benefits ». In Climate change : Impacts, adaptation, and vulnerability. Part A : Global and Sectoral aspects. Contribution of Working Group II to the 5th AR5 of the IPCC, Cambridge University Press, UK, pp.709-754.

USAID, 2018, « Risques climatiques dans le programme régional pour l'environnement en Afrique centrale (CARPE) et dans le Bassin du Congo », Fiche d'information, 8 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), 2014, « Quantitative risk assessment of the effects of climate change on selected causes of death », 2030s and 2050s, 133 p.

YAKA Pascal, SULTAN Benjamin, BROUTIN Hélène, JANICOT Serge, PHILIPPON Solenne, FOURQUET Nicole, 2008, « Relationships between climate and year-to-year variability in meningitis outbreaks : A case study in Burkina Faso and Niger ». International J-Health Geo 7 : pp.1-13.

ZHANG Ying, HANSEN Alana, BI Peng, 2014, « Climate change and vector-borne viral diseases ». In Viral infections and global change. Singh SK ed John Wiley & sons Hoboken, New Jersey, 234 p.



SCOLARISATION DES FILLES ET MIGRATION : ENJEUX D'UNE ARTICULATION À DIOFIOR AU SÉNÉGAL

GIRLS' SCHOOLING AND MIGRATION: CHALLENGES OF AN ARTICULATION IN DIOFIOR, SENEGAL

¹ GAYE Ibrahima Diop, ² NDÈYE Ngof Sarr,...

¹ Maître- assistant, Ecole Supérieure d'Economie Appliquée, Université Cheikh Anta Diop de Dakar

² étudiante, Master 1, Ecole Supérieure d'Economie Appliquée, Université Cheikh Anta Diop de Dakar ;
ndyengof91@gmail.com

GAYE Ibrahima Diop, NDÈYE Ngof Sarr,
Scolarisation des filles et migration : enjeux d'une
articulation à Diofior au Sénégal, *Revue Espace, Territoires,
Sociétés et Santé* 5 (10), 133-146, [En ligne] Décembre
2022, URL: <https://retssa-ci.com>

Résumé

La présente étude se déroule à Diofior, une commune au centre du Sénégal, dans un contexte marqué par les efforts de scolarisation des filles avec des résultats variés selon les régions, les communautés locales, les valeurs culturelles, l'attitude des parents et la perception de l'école. L'objectif consiste à analyser l'abandon précoce de l'école en confrontant les différents discours et pratiques sur l'école sous le prisme de la migration. La méthodologie a combiné une

enquête quantitative au moyen d'un questionnaire administré à un échantillon de 150 chefs de ménage et des entretiens avec des personnes-ressource et des filles de Diofior établies à Dakar. Les résultats indiquent un profil atypique des migrants dont l'âge moyen est de 15 ans, avec une majorité de filles moins instruites que les garçons. La recherche d'un travail salarié, l'exécution d'un projet migratoire familial, le besoin de se prendre en charge et le tropisme expliquent l'abandon précoce des études chez les filles. Les enquêtes confirment aussi que le niveau d'instruction des parents influence la perception de l'école et que la volonté d'y inscrire les filles est fonction de l'activité du parent. L'abandon précoce de l'école est perçu comme avantageux pour la famille, la communauté et la commune. L'étude révèle que ni la tradition ni la religion n'influence la décision des parents à s'aligner au choix des filles d'assurer elles-mêmes leur propre prise en charge. L'étude montre aussi que le nouvel ordre scolaire mondial ne prospère pas à Diofior où l'adhésion à l'école et son contournement constituent une attitude et des pratiques courantes pour s'adapter à la précarité économique.

Mots-clés : Diofior, école, migration, scolarisation des filles et enjeu.

Keywords : Diofior, school, migration, education of girls, and stakes

Abstract

This study takes place in Diofior, a town in central Senegal, in a context marked by efforts to educate girls with varying results depending on the regions and local communities, in relation to cultural values, the attitude of parents and the perception of the school. The objective is to analyze early school leaving by comparing the different discourses and practices on school through the prism of migration. The methodology combined a quantitative survey through a questionnaire administered to a sample of 150 household heads and interviews with resource persons and Diofior girls based in Dakar. The results indicate an atypical profile of migrants whose average age is 15, with a majority of less educated girls than boys. The search for salaried work, the execution of a family migration project, the need to take responsibility for oneself and tropism explain the early abandonment of studies among girls. The surveys also confirm that the level of education of the parents influences the perception of school and that the desire to enroll girls there depends on the activity of the parent. Leaving school early is perceived as advantageous for the family, the community and the commune. The study reveals that neither tradition nor religion influences the decision of parents to align themselves with the choice of daughters to ensure their own care. The study also shows that the new world school order is not thriving in Diofior, where school membership and its circumvention constitute a common attitude and practices to adapt to economic precariousness.

INTRODUCTION

La communauté internationale multiplie les efforts de promotion de l'éducation depuis la Conférence de Jomtien en 1990 sur l'Éducation pour tous, en passant par le Forum de Dakar, le Sommet sur les Objectifs du Millénaire pour le développement en 2000, jusqu'aux nouveaux Objectifs pour le Développement Durable à l'horizon 2030. Dans ce contexte, le développement de la scolarisation des filles, est sans doute considéré comme une priorité majeure de l'agenda international. L'intégration par le Sénégal de cette problématique dans les stratégies de réduction de la pauvreté ainsi que dans sa politique éducative, a donné l'espoir qu'avec la généralisation de l'enseignement élémentaire, le taux de scolarisation des filles serait nettement amélioré. Ainsi, avec la politique de la scolarisation des filles [SCOFI], l'écart entre les sexes a varié selon les zones et parfois en faveur des filles, surtout en milieu urbain. Plus récemment, **sur la période 2016-2020, le taux d'achèvement global chez les filles a progressé au Sénégal de 65,0 % à 69,5 % contre 54,6 % à 55,0 %, chez les garçons. À l'examen du baccalauréat 2020, le taux d'admission chez les filles était de 52 % toutes séries confondues contre 37 % en 2019. Des chiffres qui témoignent des performances concernant la scolarisation des filles, leur maintien à l'école et leurs résultats scolaires (Ministère de l'Éducation Nationale, 2021).** Ainsi, la sortie précoce des filles de l'école à Diofior est d'autant plus difficile à comprendre que la SCOFI s'est bien appuyée sur un plaidoyer porté par une diversité d'acteurs comme les organisations non gouvernementales, les

leaders communautaires, les autorités religieuses et administratives ainsi que les parents d'élèves. A Diofior, malgré un taux d'inscription élevé, le taux d'abandon des filles est largement au-dessus de celui des garçons. Une déscolarisation qui interpelle, surtout quand elle est articulée à la migration qui est devenue une pratique familiale pour s'adapter à la crise agricole et économique. Malgré l'intériorisation de la division sexuelle du travail, les filles s'affranchissent de l'école, sans nécessairement rester au foyer. Diofior, comme la plupart des communes rurales, a très tôt été confrontée à la migration saisonnière de ses adolescents. Celle-ci se déroulait durant les vacances scolaires et offrait aux élèves l'occasion d'aller en ville satisfaire leur curiosité et surtout trouver un travail salarié. Un séjour qui leur permettait d'acheter quelques fournitures scolaires et satisfaire certains besoins vestimentaires. Ce type de migration est aujourd'hui devenu permanent au détriment de l'école et gagne de plus en plus de terrain malgré les initiatives du CEPSCOFI¹ local. Dans ce contexte, la sortie précoce des filles de l'école semble relever d'un système bien établi et rejoint ce que Fall [1987, p.9] a qualifié de « passage obligé de jeunes filles rurales en tant que phénomène culturel qui s'intègre désormais dans les mœurs et traditions des villages Séreer du Siin ». Toutefois, sans chercher à établir une quelconque relation entre les systèmes idéologiques et la migration, la présente étude tente de comprendre pourquoi, malgré les progrès de l'alphabétisation et de la scolarisation des filles, les parents continuent d'admettre voire d'encourager les filles à abandonner l'école pour migrer ? En effet, si les antécédents historiques, les facteurs sociaux et psycho-sociaux ne sont pas négligés du fait de l'importance de leur rôle,

les possibilités d'interrogation restent nombreuses. Sous cet angle, l'étude pose la question de savoir : qu'est-ce qui fait que les filles abandonnent prématurément l'école plus que les garçons pour migrer même placées dans des conditions économiques identiques ? En écartant toute insuffisance d'offre d'éducation, s'intéresser à la scolarisation des filles à Diofior permet aussi d'insister sur ladite offre. Rappelons que le premier établissement scolaire de Diofior a vu le jour avant l'accession du Sénégal à la souveraineté internationale. Les autorités coloniales, dans leur politique de disposer d'agents subalternes pouvant remplir certaines tâches administratives, avaient entrepris de créer des écoles dans les colonies. C'est ainsi que Diofior verra sa première école en 1948, même si son expansion n'a pas été aisée. En effet, implantée dans un milieu d'agriculteurs et d'éleveurs, l'école était perçue comme un élément destructeur selon B. Dim (ancien instituteur et membre de la première promotion de cette école, juin 2022, source : Gaye et Sarr). Au fil du temps, cette localité n'a cessé de bénéficier d'infrastructures scolaires selon la demande. Aujourd'hui, Diofior possède un système scolaire complet (préscolaire, primaire, et secondaire). La carte préscolaire est riche de quatre garderies accueillant plus de 300 enfants, huit écoles élémentaires, quatre collèges (dont deux privés) et d'un lycée créé en 1997.

Le cycle élémentaire a un effectif total estimé à 2470 élèves répartis en 1277 garçons contre 1193 filles, l'enseignement moyen compte 1998 élèves répartis en 965 garçons contre 1033 filles montrant **indice de parité favorable aux filles** avec 51,70 %. Quant au niveau secondaire le lycée totalise 1240 apprenants dont 336 filles et 604 garçons soit

¹ Comité des Enseignants Pour la Scolarisation des Filles.

51,29 % contre 48,71 %. Face à cette suffisante offre, la scolarisation universelle n'est plus un combat à Diofior ; le véritable défi à relever est celui du maintien des filles à l'école. La progression du taux de scolarisation de la commune comparée à la sortie prématurée des filles fait postuler l'hypothèse selon laquelle : le départ des filles de l'école s'explique moins par la réticence d'un système social et culturel que par un contexte économique qui leur attribue un rôle productif prématuré qui considère l'école comme un moyen de promotion sociale de second plan. Le présent article a pour objectif, dans un contexte d'accroissement de l'offre éducative et de présence de modèles locaux de réussite scolaire, de confronter les différents discours et pratiques autour de la scolarisation des filles à Diofior sous le prisme de la migration.

1. MATERIELS ET METHODES

1.1. Recherche des données et opérationnalisation des variables

La démarche de l'étude s'est construite autour de trois étapes, notamment une revue documentaire, une enquête quantitative et des entretiens. La revue documentaire a porté sur la scolarisation des filles au Sénégal et à l'académie de Fatick, région d'appartenance de Diofior. Elle a permis la construction des outils de recueil d'informations que sont le questionnaire et le guide d'entretien. L'enquête quantitative a été menée auprès de 150 ménages aléatoirement choisis et répartis de manière proportionnelle entre les 12 quartiers de Diofior. Les répondants sont les chefs de ménage. Cet échantillon a été complété par un second composé de 35 filles, anciennes élèves à Diofior actuellement installées à Dakar et qui exercent un travail salarié (essentiellement comme employée de

maison). Quant aux entretiens, ils ont été effectués auprès de personnes-ressource composées de responsables d'établissements (directeurs d'école, principaux de collège et proviseur de lycée), des élus locaux (maire et conseillers municipaux] et d'autorités traditionnelles (autorités religieuses et chefs coutumiers). Les entretiens ont porté sur les motifs d'abandon de leurs études, leur départ de Diofior, le choix de la destination, leur situation actuelle ainsi que leur soutien à la famille restée sur place.

1.2. Traitement et analyse des données

Les données quantitatives ont été traitées avec le logiciel SPSS qui a permis de tester certaines hypothèses sur les relations entre la perception de l'école, l'attitude des parents, leur niveau d'instruction et l'adhésion à l'école. Quant aux données qualitatives, leur traitement s'est effectué avec l'utilisation du logiciel Atlas-ti qui a permis de les organiser, avant de les coder pour ensuite analyser les différents types de données qualitatives selon qu'il s'agit d'entretiens, de questions ouvertes, de documents d'archives, supports ethnographiques, d'enregistrements audio, entre autres. Cet outil permet de travailler sur des corpus volumineux en valorisant, notamment, des opérations de classification et de catégorisations des données. La méthode d'analyse des données mise en oeuvre est celle de l'analyse qualitative de contenu du discours (Mucchielli, 2006). Cette méthode consiste à retenir le sens donné au contenu en distinguant les contenus manifestes et les contenus latents (Limikou Bikiela, 2015 : 31). Ainsi, deux types de contenus ont été définis notamment des contenus à caractère économique et des contenus à caractère social et culturel en vue de mieux expliciter les causes de déperdition scolaire chez les filles. Ce traitement a permis de confronter les différents discours et pratiques des parents autour de la

scolarisation des filles à Diofior et de les situer par rapport à la pratique de la migration.

Tableau n°1. Répartition de l'échantillon selon les différents quartiers

Quartiers	Taille de la population	Nbre de ménages retenus	Pourcentage
Centre	2000	20	13%
Ndouck	1500	15	10%
Garage	4000	40	26%
Forage	100	1	1%
Diamaguène	300	3	2%
Nimzatt	799	8	5%
HLM	550	6	4%
Almadie	367	4	3%
Médina	646	6	4%
Darou	3570	36	24%
Sicap	1020	10	7%
Cité Mame Fadji	148	1	1%
Total	15000	150	100

Source : Enquête de terrain, 2022

2. RÉSULTATS DE L'ETUDE

L'analyse des résultats a porté sur trois points. Il s'agit d'abord, de la présentation des caractéristiques sociodémographiques des répondants (chefs de famille et filles ayant abandonné les études), ensuite, de l'appréciation de l'école par les parents et leurs attitudes par rapport à la sortie des filles de l'école et enfin, des enjeux de la scolarisation des filles.

2.1. Caractéristiques sociodémographiques des répondants

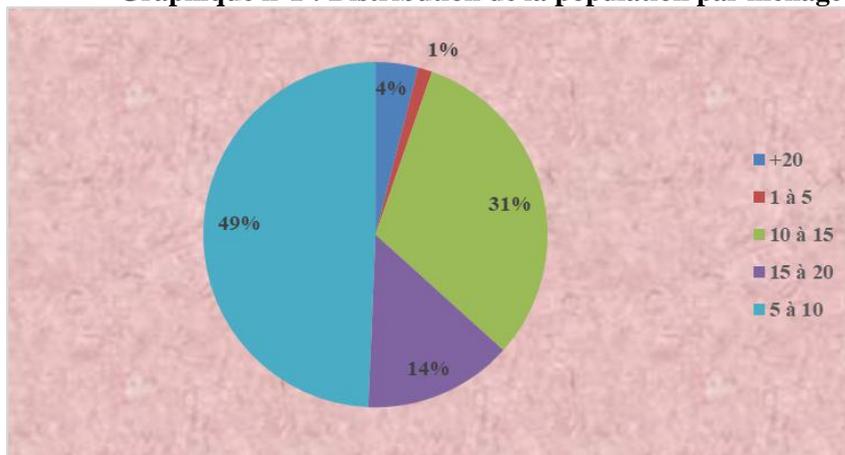
Diofior est une commune rurale au centre du Sénégal avec une superficie de neuf kilomètres carrés, pour une population estimée à 13 782 habitants en 2019 (Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie). Essentiellement dominée par l'ethnie Séreer. Cette population a une tradition agricole. Elle appartient à l'ancienne province du Siin, zone pourvoyeuse de main-

d'œuvre aux autres régions du pays à cause du manque de terres agricoles. Les ménages auprès desquels les enquêtes se sont déroulées sont dirigés en majorité par des hommes (86 %) appartenant à l'ethnie Séreer pour 91 %. Le niveau d'instruction des chefs de ménage est relativement faible, 51 % ont un niveau d'étude élémentaire, tandis que 28 % sont alphabétisés en Arabe. Seule une proportion de 14 % a fait le cycle moyen (de la sixième à la troisième). Au niveau économique, les chefs de ménage sont cultivateurs (45 %), pêcheurs (19 %), commerçants (14 %), ou transporteurs (9 %). Rappelons que l'étude se déroule à Séreer, où domine l'activité agricole et que la main-d'œuvre disponible est une donnée importante pour le ménage (Graphique 1). Les résultats montrent une distribution très inégale de la population avec 49 % des ménages qui ont plus de 20 membres, 14 % ont entre 15 à 20 membres, 31 % ont entre 10 à 15 membres et que 4 % présentent une population variant entre 1 à 5 membres. Au

niveau matrimonial, les ménages sont en majorité monogamiques (70 %), et comptent

plus de 3 filles (46 %) dont au moins deux (2) inscrites à l'école pour 67 % d'entre eux.

Graphique n°1 : Distribution de la population par ménage

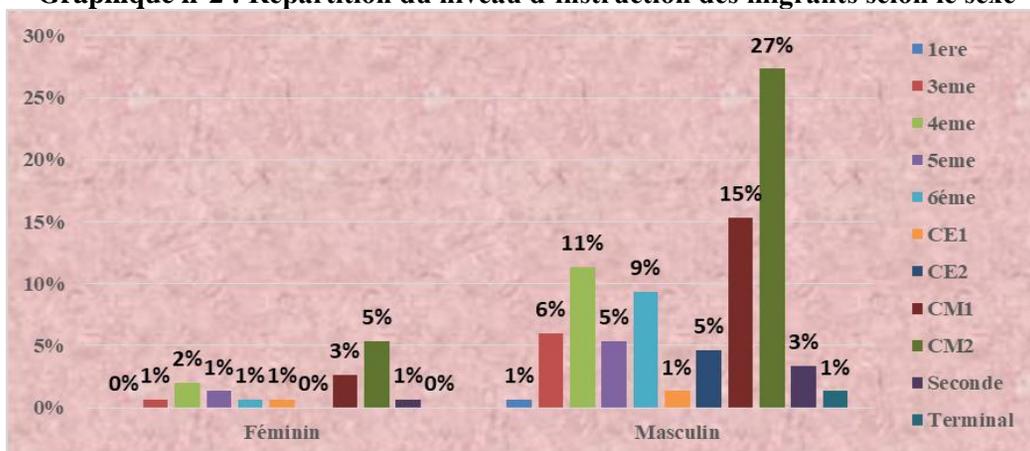


Source : Enquête de terrain, 2022

Quant aux migrants, les résultats montrent une majorité de filles avec un taux 58 % essentiellement composée de célibataires. Les résultats renseignent aussi sur un profil atypique des migrants avec une proportion de (46 %) de filles dont l'âge est compris entre 11 et 20 ans. Une situation qui montre la rareté d'opportunités économiques pour les jeunes de Diofior et l'abandon prématuré de l'école par les élèves. En effet, la propension

des adolescentes à migrer semble bien s'accommoder du recul de l'âge du mariage même dans une commune marquée par la ruralité. En ce qui concerne le niveau d'instruction des migrants, (Graphique 2) malgré un bon maillage de la région en matière d'équipements et d'infrastructures scolaires, les enquêtes montrent une majorité de filles moins instruite que les garçons.

Graphique n°2 : Répartition du niveau d'instruction des migrants selon le sexe



Source : Enquête de terrain, 2022

Le graphique 2 indique que les filles, en valeur relative, abandonnent l'école plus tôt que les garçons et s'adonnent à la migration plus tôt que ces derniers. Les filles qui quittent Diofior ont trois destinations principales, notamment Dakar qui en accueille 77 %, Mbour [13 %] et Fatick (9 %). L'attractivité de Dakar est confirmée par l'analyse des flux migratoires ruraux urbains entre les régions du pays (Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie, 2018).

2.2. Apprécier l'école sans lutter contre la sortie précoce des filles

Une diversité de facteurs est à l'origine de l'abandon précoce des études par les filles. D'abord, un environnement dégradé, incapable de supporter les activités traditionnelles [agriculture, élevage et pêche] explique pourquoi une majorité des enquêtés [58 %] estime que la migration des adolescents est causée par les mauvaises récoltes. Ainsi, la migration saisonnière qui se déroulait durant les vacances scolaires pour les élèves désireux de découvrir la ville ou durant la saison sèche après les travaux champêtres, est devenue permanente. Ensuite, un autre facteur explicatif des départs des jeunes réside dans le mimétisme ; comme le montrent les enquêtes, l'école est perçue à Diofior comme une voie de promotion économique et sociale (tableau 2). Sur ce plan, les enquêtes confirment que le niveau d'instruction des parents influence à la fois la perception de l'école ($Khi^2 = 49,3$ supérieurs à 16,92 de la table) et la migration des adolescents ($Khi^2 = 28,5$ supérieurs à 7,81). **Les enquêtes révèlent également que la volonté d'inscrire les filles à l'école est aussi fonction de l'activité du parent. Le nombre moyen de filles par ménage est de 2,73 et 62 % des chefs de ménage n'inscrivent pas la totalité de leurs filles à l'école. Une majorité de 91,3 % des**

répondants estime que le départ des adolescents n'est pas un problème ni pour la famille ni pour la communauté. A la question « quelles solutions proposez-vous pour réduire la propension des écolières à migrer ? », une majorité de 95,3 % déclare : « qu'il n'est ni possible ni envisageable, dans les conditions actuelles, d'empêcher le départ des adolescentes vers les centres urbains ». Une manière de reconnaître que le système scolaire n'est pas investi de manière identique par les différentes fractions sociales, même si, en Afrique, l'école a incarné le lieu privilégié des stratégies d'ascension socio-économique.

Tableau n°2 : Perception de l'école par les parents

Perception de l'école	Effectif	Pourcentage
Un moyen de réussite sociale et économique	45	30,0 %
Un lieu qui prépare à la vie active	43	28,7 %
Un lieu d'acculturation	26	17,3 %
Un lieu de perte de temps	36	24,0 %
Total	150	100,0 %

Source : Enquête de terrain, 2022

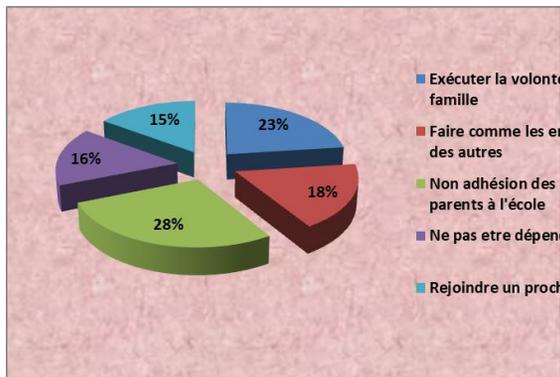
Les enquêtes ont révélé des positions diverses voire contradictoires sur la scolarisation des filles chez les différents acteurs. A la question « estimez-vous que les filles quittent précocement l'école et leur famille pour migrer ? », 87 chefs de ménages (58 %) répondent par l'affirmative. Une position qui s'appuie sur des justifications comme « les filles quittent plus tôt que les garçons pour des raisons économiques [aller chercher du travail salarié] pour aider leur famille et pour des raisons sociales comme le mariage ». Cependant, une certaine ambivalence se lit dans la position des chefs de ménage ; la plupart d'entre eux développe

une perception positive de l'école considérée comme un moyen de réussite sociale (30%). Cette perception favorable de l'école se retrouve plus chez les hommes (31,7 %) que chez les femmes chefs de ménage (19 %). L'étude montre aussi que la perception positive de l'école, bien que largement partagée, n'implique pas pour autant un maintien des filles à l'école. Un second point d'ambivalence dans les attitudes des parents réside dans la préférence de la candidature à la migration. Par exemple, par rapport à la question « qui des filles ou des garçons souhaitez-vous voir migrer ? ». Une fraction de 51,3 % des chefs de ménage (dont la totalité des femmes), souhaite le départ des garçons. Les raisons avancées sont nombreuses ; ainsi selon B. Sène, cultivateur de 62 ans et père de 5 filles : « *parce que les filles, en restant au foyer, aident leur maman dans l'entretien de la maison, elles s'occupent mieux des courses et des services que les garçons* ». Il est rejoint dans sa position par F. Diouf, une mère de famille de 55 ans, qui affirme : « *les filles sont plus sensibles à notre situation, je préfère que les garçons partent parce que les filles s'occupent mieux de nous les parents* ». Ceux qui préfèrent le départ des garçons le justifient aussi par des arguments comme : « *parce qu'ils sont plus aptes à travailler* ». Quant aux avantages associés au départ de l'école pour un travail salarié, les parents déclarent à 97,3 %, que la migration présente plus d'avantages que d'inconvénients et que ces avantages profitent à la famille, à la communauté et à la commune. Malgré le départ précoce des filles de l'école, les parents ont des attentes plus élevées de la migration des garçons que de celle des filles (88 chefs de ménage soit 58,7 % de l'échantillon). Les parents qui ont plus d'attente des filles le justifient avec pour arguments « *les filles ne veulent pas qu'on*

rencontre des problèmes ; elles gagnent plus d'argent que les garçons et elles sont plus sensibles à notre situation. C'est pourquoi elles font tout leur possible pour nous aider dans les dépenses familiales ». M. Sarr, élu local de 49 ans, juin, 2022. (Graphique 3). Quant aux filles rencontrées à Dakar, elles déclarent que la migration est un moyen d'améliorer leurs conditions de vie en permettant de trouver un travail. La quête d'autonomie financière (16 %) et un certain tropisme avec, notamment la volonté de rejoindre une sœur ou un membre de la famille sont aussi des raisons avancées. Le mimétisme social explique pour 18 %, la décision d'abandonner les études pour migrer : S. Thior, fille de 15 ans rencontrée au quartier Liberté 6 de Dakar, déclare : « *j'ai très tôt nourri le désir de faire comme les enfants des autres qui sont venues travailler à Dakar. Leur situation et celle de leur famille laissée à Diofior s'est améliorée. Mes parents m'ont même encouragée dans mon choix de venir travailler ici. J'ai leur bénédiction* ». Cette position remet en question une interprétation largement partagée de la sous-scolarisation des filles selon laquelle :

« ...la sous-scolarisation des filles en Afrique Subsaharienne est le fruit de rapports de genre fortement inégalitaires : les garçons sont "naturellement" amenés à fréquenter l'école puisque leur rôle est, à terme, d'assurer la subsistance du ménage, c'est à dire celle de leurs femmes. Ces dernières doivent, pour leur part, être éduquées à ce rôle. Or l'instruction scolaire n'apparaît pas comme le moyen le plus sûr d'acquérir les rudiments du "métier de femme". Au contraire, l'indépendance économique et intellectuelle qui pourrait en découler va à l'encontre de ces apprentissages ». [L. Moguérou, 2009, p.205]

Graphique n°3 : Proportion des motifs d'abandon de l'école par les filles



Source : Enquête de terrain, 2022

2.3. Les enjeux de la scolarisation

Selon la déclaration d'Incheon et par rapport au cadre d'action pour la mise en œuvre de l'Objectif de développement durable n°4, les États s'engagent à « Assurer à tous une éducation équitable, inclusive et de qualité ». L'étude révèle une attente démesurée vis-à-vis des filles. **Sur les 150 chefs de ménage enquêtés, 139 (92,7 %) estiment que la migration des jeunes présente des avantages pour la famille, la communauté et la commune. Des avantages qui ont pour nom la contribution à l'entretien de la famille à travers les dépenses alimentaires, l'amélioration du confort domestique et les investissements productifs. Sur ce dernier plan, des migrants investissent dans l'acquisition de motocyclettes exploitées dans le transport des personnes. Cette activité est une alternative à l'agriculture en tant que source de revenus pour subvenir aux besoins de la famille y compris les dépenses scolaires à savoir les frais d'inscription, l'achat de fournitures, l'habillement des écoliers etc... Les filles qui ont des besoins spécifiques comparés aux garçons sont plus affectées par la précarité des familles. Dès lors, le besoin**

de se prendre en charge trouve solution dans l'abandon des études pour trouver une activité salariée. En revanche, les avantages immédiats de la migration des filles pour la famille en termes de contribution à la satisfaction des besoins des ménages, ne dissimulent pas un certain regret chez une bonne partie des parents. Plusieurs déclarations vont dans ce sens : « *j'aurais bien voulu voir ma fille réussir à l'école surtout qu'elle travaillait bien, mais à défaut de lui assurer le nécessaire pour étudier, j'ai dû la laisser aller tenter sa chance ailleurs* » selon N. Senghor, femme de 57 ans, mère de famille avec 2 filles à Dakar. Un autre père de famille d'insister sur l'importance des études : « *nous savons tous que pour être 'patron', il faut passer par l'école, mais les riches ont plus de choix que nous. Notre situation de cultivateur ne donne pas la chance à nos enfants d'aller loin dans les études. C'est la volonté de Dieu ; mais il faut dire aussi que le gouvernement ne nous aide pas pour laisser nos enfants à l'école. Si ton enfant a un oncle fonctionnaire, il peut l'aider à étudier* », A. Ngom, pêcheur et père de famille de 65 ans. Ces discours laissent percevoir qu'« *en s'imposant aux familles, qu'elles soient aisées ou défavorisées, qu'elles adhèrent ou non au projet sociétal et universaliste d'une mise à l'école de l'enfance et de l'adolescence, l'impératif scolaire fait de l'École l'enjeu éducatif central des familles* ». (M-F. Lange et M. Pilon, 2009, p.9.). Un autre auteur, (L. Moguérou, 2009, p.205) va dans le même sens, en ajoutant que : « *dans les classes sociales supérieures, l'acquisition de diplôme pour les garçons comme pour les filles est au cœur des stratégies de reproduction sociale* ». Les enseignants déplorent et regrettent l'abandon précoce des filles dont une partie était prometteuse. Les propos d'un directeur d'école sont

alarmants : « en tant que chef d'établissement, mes collègues et moi sommes souvent déçus, voire étonnés d'apprendre que telle fille, parmi nos meilleurs élèves, a quitté l'école, sacrifiant ainsi son avenir. Les parents sont suffisamment sensibilisés ici surtout avec le CEPSCOFI, mais ils préfèrent sacrifier l'avenir de leurs enfants pour avoir du soutien financier si maigre soit-il ».

3. DISCUSSION

La scolarisation des filles en Afrique est généralement analysée sous le prisme de la tradition et de la pauvreté, mettant en avant des facteurs socioculturels. Une fois associée à la migration, la scolarisation des filles revêt un caractère plus complexe d'autant plus que la migration elle-même fait l'objet de plusieurs théories souvent opposées. Il est évident que les discours convergent, bien que ce phénomène soit variable d'un pays à un autre voire au sein d'un pays. Malgré la rhétorique de l'égalité du droit à l'éducation et celle de l'éducation comme vecteur d'autonomisation et de développement à destination des filles, la perspective utilitariste mise en avant par certains parents, trouve un terreau fertile à Diofior. Bien que les filles, y soient moins confrontées aux mariages et grossesses précoces, elles sont valorisées par le travail salarié, notamment comme travailleuses domestiques dans les foyers urbains. A Diofior, malgré la perception positive de l'école par les parents, celle-ci est désinvestie par les filles au fur et à mesure qu'elles avancent dans les différents cycles. Ce constat est à l'inverse des résultats obtenus par d'autres auteurs (Carr-Hill, Peart, 2005 ; Krätli, Dyer, 2009 ; Switzer, 2009 ; Archambault, 2017 cités par N. Bonini 2018). Ayant travaillé sur la scolarisation des enfants de pasteurs en Tanzanie, cette auteure

rapporte : « L'insécurité engendrée par la diminution, voire la perte des troupeaux pour nombre d'individus qui se sont ainsi appauvris, les amène à chercher à diversifier leurs ressources, notamment par la scolarisation de leurs enfants. Les vertus de cette dernière sont le plus souvent associées aux changements qu'elle est susceptible de procurer ; les bénéfices de la scolarisation des enfants amenés à demeurer pasteurs sont à l'inverse minimisés. ». L'abandon précoce de l'école par les filles que les parents semblent approuver ou tout au moins contre lequel ils ne développent aucune résistance, est pourtant contraire à la loi. Au Sénégal, la scolarisation est obligatoire jusqu'à l'âge de 16 ans. Une obligation à laquelle ne se plient pas les parents, à cause de l'absence de sanctions. Ce comportement est déploré par les enseignants qui perdent parfois une partie de leurs meilleurs élèves. Comme l'indiquent les résultats, quelle que soit la représentation de l'influence de l'instruction sur l'ascension sociale que développent les parents, le contexte d'une économie agricole soumise à des conditions climatiques en dégradation continue ne favorise pas la scolarisation des filles. Ces dernières constituent une main-d'œuvre dont la valorisation immédiate est une stratégie au service de la famille. Dans ces conditions, l'opposition tradition/modernité, parfois énoncée comme synonyme d'arriération versus progrès (N. Bonini, 2018, p.155), n'est pas toujours pertinente ni vérifiée pour expliquer l'attitude des parents vis-à-vis de l'école. Le paradoxe de Diofior est d'avoir exprimé une demande sociale d'éducation qui a impulsé une offre scolaire conséquente sans en retour susciter une préoccupation au maintien des filles à l'école.

Aujourd'hui, le devenir social des filles qui ont fréquenté l'école avec une sortie précoce reste l'un des principaux problèmes de la

commune. Les résultats invitent à réfléchir sur la validité du discours dominant sur les bienfaits supposés de l'école aussi longtemps que ne sera pas suffisamment pris en compte le contexte socioéconomique des élèves. Cela pose la question de l'accompagnement familial de la scolarité c'est-à-dire « le degré d'articulation entre le processus de socialisation initié par la famille et celui mis en œuvre dans la scolarisation d'un enfant qui dépend en grande partie de la proximité culturelle que la famille entretient avec l'école » (M-F. Lange, 2003, p. 156). Comme le précise l'auteure, le style d'accompagnement familial de la scolarité « se caractérise par l'espace-temps accordé à l'enfant au domicile pour lui permettre d'effectuer les tâches scolaires demandées, par la valorisation ou non des savoirs acquis par l'enfant à l'école, par l'intérêt porté sur ses résultats scolaires, etc. ». Recentré autour du débat sur le droit à l'éducation, la revendication des filles de Diofior met davantage en relief le droit au développement social et économique ; droit pour lequel, l'autonomie financière est la principale condition de déploiement. Sous cet angle, les facteurs de déscolarisation traditionnels liés à la discrimination sexuée en Afrique (N.T. Thioye 2015) sont loin d'expliquer la sortie précoce des filles de Diofior. Ni la tradition encore moins la religion n'influence la décision des parents à s'aligner au choix de leurs filles d'assurer elles-mêmes leur prise en charge via un travail salarié. Ce constat rappelle le propos de M-F. Lange (2003) qui s'interroge : « *Finally, le nouvel ordre scolaire mondial qui semble s'imposer n'est-il pas aussi très largement déformé par des stratégies sociales mêlant adhésion et contournement, rejet et récupération ?* ». Pour autant, le cas de Diofior, divorce d'avec la situation de l'école dans d'autres zones du Sénégal, où : « *L'école n'est plus vue comme*

un succédané destiné à simplement occuper les enfants, mais plutôt comme une voie d'assurer l'avenir. Les parents n'ayant pas eu la chance de fréquenter l'école, ne souhaitent pas que leurs enfants subissent ce qu'ils considèrent comme un handicap majeur au développement humain ». (Gaye, 2019, p. 274). Il est certes important de mettre en place des cadres institutionnels et législatifs complets qui fassent progresser l'éducation des filles, ce qui requiert une approche multisectorielle avec l'urgence de reconnaître l'enjeu systémique des inégalités d'accès aux ressources économiques. Des inégalités qui prennent leur origine à l'extérieur du secteur de l'éducation, notamment dans l'environnement économique et social. Cette remarque pose une question à la fois d'éthique et d'équité, telle que le rappelle la théorie de Rawls, énoncée par P. Parijs (1991, p. 3) « ... *les inégalités sociales et économiques doivent satisfaire deux conditions : elles doivent être (a) au plus grand bénéfice des membres les moins avantagés de la société ; et (b) attachées à des fonctions et positions ouvertes à tous dans des conditions d'égalité équitable des chances* ». Ce qui est loin d'être le cas au Sénégal encore moins à Diofior. Il ressort donc dans la recherche de solutions, que l'exposition au mentorat et à la formation au leadership peuvent aider à stimuler les aspirations des filles et des femmes à cultiver leurs capacités à réaliser leur potentiel et à planifier leur avenir (UNESCO, 2019). Pour ce faire, force est de reconnaître que le champ scolaire interfère avec et l'espace social au travers de la migration des filles à Diofior. Les enquêtes y confirment encore une fois que les trajectoires scolaires des filles sont marquées d'une relation intense entre histoire scolaire et histoire familiale et que comme le précise L. Proteau, (1996, p.14) : « *les enjeux de la consécration scolaire sont spécifiques*

aux différentes fractions sociales ». A sa suite S. Guth cité par E. Gérard, (1999, p. 155) souligne : « *l'institution scolaire s'intègre dans l'imaginaire social des parents et devient l'objet d'un "sacrifice social"* ». Dans cette perspective, de nombreux travaux (Daverne & Dutercq) ; (Henaf & Lange), (Moguerou, 2009) sur les réactions des familles face aux impératifs scolaires dans des contextes très différents (tant d'un point de vue éducatif que social, économique et culturel) mettent en lumière à la fois des constances et des fortes spécificités dans les rapports entre familles et École. Ainsi que le rappellent M-F Lange et M. Pilon (2009, p.15) :

« Les contraintes imposées par les systèmes éducatifs d'une part, les ressources mobilisables et mobilisées par les familles, d'autre part, diffèrent mais les réponses apportées, les stratégies mises en œuvre par les familles, au Nord et au Sud, présentent de similarités, notamment dans la reconnaissance d'une importance croissante de l'éducation scolaire ».

Le débat autorise aussi d'affirmer que Diofior offre le cas d'une légitimité de scolarisation non infléchie par l'offre scolaire qui arrive à s'en détacher sous le poids de facteurs économiques. La représentation de la fille comme force de travail y est entretenue par un contexte économique délétère qui tend à renforcer sa valeur utilitaire très tôt mobilisée au secours de la famille. Cette conception de la scolarisation des filles s'oppose à l'emprise de l'école sur les destins sociaux telle que vécue presque partout et de plus en plus entretenue par ce que M-F Lange et M Pilon (2009, p.8), citant L. Althusser (1970) qualifient de : « *représentation idéologique de l'École, qui rend aujourd'hui l'École aussi*

« naturelle » et indispensable-utile, et même bienfaitante à nos contemporains, que l'Église était « naturelle », indispensable et généreuse à nos ancêtres d'il y a quelques siècles ». C'est pourquoi, nous convenons que le savoir scolaire revêt plus une valeur symbolique qu'il ne pourrait prétendre au statut d'un quelconque capital distinctif aux yeux des populations de Diofior. La scolarisation conditionne moins l'intégration sociale. Après tout, l'article pose la question des inégalités scolaires et des mobilités sociales, une problématique déjà ancienne mais toujours à l'ordre du jour dans le Sud et qui installe l'analyste au cœur du « *questionnement eugénique sur l'ordre social aux interrogations sur la "qualification" scolaire et le "handicap socioculturel"* » (Thévenot, 1990, p. 1282 cité par N. Henaff, 2011). Un handicap d'ordre économique hérité et qui a un effet de disqualification des filles alors que leurs résultats scolaires ne sont pas en-deçà de ceux des garçons. Au terme de cette discussion loin d'être épuisée, force est d'admettre que dans la réalité, les filles de Diofior sont encore nombreuses à quitter précocement l'école, n'ayant pas accès à des conditions favorables au prolongement des études. C'est alors le signe qu'à l'échelle nationale des efforts de réduction de la précarité sociale et d'une meilleure redistribution des ressources communes sont urgents pour ériger le maintien des filles à l'école au rang de sur-priorité, non seulement en faire un facteur d'autonomisation de la femme mais aussi une voie de développement global et intra-générationnel. Enfin, prétendre clore le débat sur la sous-scolarisation des filles (phénomène caractéristique des systèmes scolaires africains) serait prétentieux dans le cadre de cet article ; ce qui incite à revenir aux propos de Moguérou, (2009, p.92) selon qui : « *la démocratisation de l'école ne*

pourrait être attestée que si les parcours scolaires s'avéraient moins dépendants du milieu social ».

CONCLUSION

La présente recherche s'est intéressée à l'influence de la migration des filles sur leur sortie précoce de l'école à Diofior. Elle a permis de retenir que l'abandon précoce de l'école par les filles dans cette commune est fondé sur la recherche de travail salarié. Sur la base de ce faible maintien à l'école, deux principales conclusions ont été retenues. D'une part, la perception positive de l'école et des avantages qu'elle procure, n'est pas une condition suffisante pour y maintenir les filles, aussi longtemps que les parents céderont aux sirènes de la rentabilité financière immédiate. En effet, la précarité économique dans laquelle vivent la plupart des familles, les conduit à trouver des stratégies internes d'adaptation dans une société Séréer où la suffisance et la fierté sont des valeurs capitales. D'autre part, le nouvel ordre scolaire mondial qui structure la politique éducative des pays du Sud est loin de s'imposer aux familles qui pratiquent un contournement ciblé qui met les filles au cœur du projet migratoire. L'on retiendra dès lors qu'en tant qu'institution sociale avec son système de cohérence et son autonomie, l'école n'en demeure pas moins une institution très liée aux autres institutions de la société. La famille reste la première institution à laquelle elle est fortement incrustée au point que les mutations de celle-ci rejaillissent sur ses formes. Autrement dit, les attentes des familles s'imposent comme principe organisateur d'une scolarisation durable et profitable des filles. Ce qui conforte l'idée qu'être « hors-école » relève des alternatives promises à un bel avenir à Diofior.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

AGENCE NATIONALE DE LA STATISTIQUE ET DE LA DEMOGRAPHIE [ANSD], 2021, Situation économique et sociale régionale de Fatick.

ASSANE-IGODOE Aïssata, 2018, *Scolarisation des filles et genre : influence des rapports sociaux de sexe sur la scolarisation des filles au Niger*, thèse de doctorat, Université Paris-Descartes.).

BONINI Nathalie, 2018, « L'enjeu sociétal de la scolarisation des filles de pasteurs Est-africains : confrontation des discours et des pratiques en présence ». *Presses de Sciences Po | « Autrepart »*. 2018/3 N° 87 | pages 143 à 160.

DAVERNE Carole et DUTERCQ Yves, 2013, *Les bons élèves. Expériences et cadres de formation*. Paris : PUF, 212 p. <https://doi.org/10.4000/rfp.4193>

FALL Abdou Salam, 1987, *La migration rurale-urbaine des Séréer du Sine vers Dakar et sa banlieue. Le cas des ressortissants de Niakhar, Ngayokhem et Sob*. Mémoire de maîtrise de Sociologie. Faculté des Lettres et Sciences humaines, département de Philosophie. Université cheikh Anta Diop de Dakar.

GAYE Ibrahima Diop, 2021, « Habiter Touba et payer l'école : l'éloge de la scolarisation ». *Revue Liens nouvelle série*, N° 31, vol 1- Juillet 2021.pp. 263 à 281.

GERARD Étienne, 1999, « Logiques sociales et enjeux de scolarisation en Afrique. Réflexions sur des cas d'écoles maliens et burkinabè ». *Politique africaine* Karthala |

1999/4 N° 76 | pages 153 à 163. DOI 10.3917/polaf.076.0153.

HENAFF Nolwen et LANGE Marie-France, 2011, Inégalités scolaires au Sud : transformation et reproduction. 2011, (59), p. 3-18 ISBN 978-2-7246-3218-7 ISSN 1278-3986.

HENAFF Nolwen, LANGE Marie-Françoise et Martin Jean-Yves, 2009, « Revisiter les relations entre pauvreté et éducation », Revue française de socio-économie, 2009/1, n° 3, pp. 187-194.

LANGE Marie-France et PILON Marc, 2009, « Famille et impératif scolaire ». Cahier de la recherche sur l'éducation et les savoirs. Revue internationale de sciences sociales. N° 8 I Z009.

LANGE Marie-France Lange, 2003, « École et mondialisation Vers un nouvel ordre scolaire ? » Cahiers d'Études Africaines. Vol. 43, Cahier 169/170, Enseignements (2003), pp. 143-166 (24 pages). Published By : EHESS.

LIMIKOU BIKIELA Alpin Dieu-Donné, (2014), Philosophie de la psychologie et psychanalyse chez Freud : enjeux épistémologiques contemporains. Thèse de Doctorat en philosophie, Université Charles de Gaulle - Lille 3.

MOGUEROU Laure, 2009, « La scolarisation des filles à Dakar au cours de la décennie 1990-2000 », Cahiers de la recherche sur l'éducation et les savoirs, 8 | 2009, pp. 191-209.

MUCCHIELLI Alex, 2006, Etude des communications : nouvelles approches. Paris : Armand Colin.

PARIJS Philippe Van, 1991, « La double originalité de Rawls : qu'est-ce qu'une société juste ? Introduction à la pratique de la philosophie politique », Revue Interdisciplinaire d'Etudes Juridiques (Bruxelles) 1982, pp. 69-94 http://www.ucl.be/cps/ucl/doc/etes/documents/QSJ.chapitre_3.pdf

PROTEAU Laurence, 1996, Ecole et société en Côte d'Ivoire : les enjeux des luttes scolaires (1960-1994). Thèse présentée en vue de l'obtention du Doctorat de Sociologie de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales sous la direction de Claudine Vidal, Directeur de recherche au CNRS.

SALL Stéphanie Angers, 2009, La scolarisation à l'échelle du Sénégal : vers une marginalisation des filles des zones rurales. Presses universitaires de Rouen et du Havre, 2009. <http://www.openedition.org/6540>.

THIOYE Ndeye Titine, 2015, La scolarisation des filles à l'ère des réformes éducatives au Sénégal. Mémoire de master 2 recherche EA. Université Paris 1 – Panthéon-Sorbonne UFR 11 - Science Politique. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01294503>

UNESCO, 2019, Education des filles et formation des femmes dans l'espace francophone. Défis, bonnes pratiques et pistes d'action. Conférence internationale N'Djamena, Tchad 18-19 Juin 2019.

http://apf.francophonie.org/IMG/pdf/12.1_programme_long_-.

EAUX DE BOISSON ET MALADIES HYDRIQUES À BUNIA (RD CONGO)

DRINKING WATER AND WATERBORNE DISEASES IN BUNIA (DR CONGO)

¹ HANGI NDUNGO Jonathan, ² DJIBIEKAPTCHOUANG Lionel, ³ EWOTI NOAH Olive, ⁴ TAKOUGANG Innocent, ..

¹ Université de Yaoundé I, Faculté de médecine et de sciences biomédicales, Département de santé publique

² Université de Dschang, Faculté des lettres et sciences humaines, Département de géographie

³ Université de Yaoundé I, Faculté des sciences, Département de biologie et physiologie animale

⁴ Université de Yaoundé I, Faculté de médecine et de sciences biomédicales, Département de santé publique

HANGI NDUNGO Jonathan, DJIBIEKAPTCHOUANG Lionel, EWOTI NOAH Olive et TAKOUGANG Innocent, Eaux de boisson et maladies hydriques à Bunia (RD Congo), *Revue Espace, Territoires, Sociétés et Santé* 5 (10), 147-158, [En ligne] Décembre 2022, URL: <https://retssa-ci.com>

Résumé

La présente étude a eu pour centre d'intérêt la qualité des eaux boissons et les maladies hydriques induites. Le travail a été fait à partir de l'analyse au laboratoire des paramètres bactériologiques et physico-chimiques des échantillons d'eau prélevés dans les différents points d'approvisionnement en 2020 et en 2021, et des données cliniques issues des structures

sanitaires de la ville de Bunia entre 2015 et 2019. La densité moyenne d'E. coli varie de $3,7 \pm 12,1$ UFC/100ml à $123,6 \pm 453$, 9UFC/100ml. La densité moyenne la plus faible des coliformes totaux $56,6 \pm 115,6$ UFC/100ml a été observée dans les eaux de forage. La présence des Salmonella sp a parfois été rare dans les puits et les sources aménagées. Il a été par ailleurs relevé un passage progressif de l'acidité vers la basicité des eaux consommées. Avec une maximale de 64,4 NTU des teneurs maximales en NO₂ et NO₃ de 0,35 mg/l et 4,72 mg/l respectivement. Un lien a été fait entre cette contamination des eaux de boisson et la présence à proximité des sources d'approvisionnement, des latrines et des décharges d'ordures. La principale résultante de cette situation est la prolifération des maladies hydriques telles que : la fièvre typhoïde, les diarrhées et les gastrites. Pendant la période d'étude, les maladies diarrhéiques ont été constamment supérieure à 40% et la fièvre typhoïde est passée de 21% à 41%. Il est donc urgent en améliorant la qualité des eaux de boissons, de lutter contre la prolifération des maladies hydriques à Bunia.

Mots clés : Eaux de boisson, qualité, maladies hydriques, Bunia

Abstract

The focus of this study was on drinking water quality and induced waterborne diseases. The work was done from the laboratory analysis of the bacteriological and physico-chemical parameters of the water samples taken from the various supply points in 2020 and 2021, and clinical data from the health facilities of the city of Bunia between 2015 and 2019. The average density of *E. coli coli* ranges from 3.7 ± 12.1 CFU/100ml to 123.6 ± 453 , 9UFC/100ml. The lowest average density of total coliforms 56.6 ± 115.6 CFU/100ml was observed in borehole waters. *Salmonella sp* has sometimes been rare in wells and managed springs. There has also been a gradual shift from acidity to the basicity of the water consumed. With a maximum of 64.4 NTU maximum NO₂ and NO₃ levels of 0.35 mg/l and 4.72 mg/l respectively. This contamination of drinking water has been linked to the presence of nearby sources of supply, latrines and garbage dumps. The main result of this situation is the proliferation of waterborne diseases such as : typhoid fever, diarrhea and gastritis. During the study period, diarrhoeal diseases were consistently over 40%, and typhoid fever increased from 21% to 41%. It is therefore urgent by improving the quality of drinking water, to fight against the proliferation of waterborne diseases in Bunia.

Keywords : Drinking water, quality, waterborne diseases, Bunia

INTRODUCTION

L'eau a toujours été pour l'homme, la source alimentaire la plus indispensable. Les eaux douces (souterraines ou superficielles) représentent environ 0,6% de l'eau de la planète, et sont les plus exploitées pour l'alimentation humaine (Banton et Bangoy, 1997). Pour l'équilibre des écosystèmes, et la pérennisation de l'espèce humaine, sa qualité doit être préservée (OMS, 2000). C'est donc une

thématique majeure sur laquelle se sont penchés de nombreux auteurs. En effet, des études antérieures ont montré que la qualité microbiologique des eaux dans les métropoles africaines reste sujette à réflexion. Elles révèlent que ces eaux sont acides, et faiblement minéralisées (Nola et al., 1998). Elles hébergent une microflore bactérienne variée constituée de bactéries fécales, de bactéries commensales, des bactéries pathogènes opportunistes, dont la dynamique d'abondance subit de variations spatio-temporelles (Nola et al., 1998). Le peuplement de ces micro-organismes est significativement influencé par les facteurs physico-chimiques tels les teneurs en gaz et certains ions dissous, et des facteurs météorologiques tels les précipitations et l'insolation (Nola et al., 2000 ; 2001 ; 2002). Ces études ont aussi montré qu'au cours de la recharge de l'eau souterraine de la région, les bactério-polluants des eaux d'infiltration utilisent la matière organique présente pour se multiplier, leur taux de reproduction variant avec les horizons de sol (Nola et al., 2004). Cependant, de par sa qualité disponible, elle peut être une source de morbidité, et de mortalité relative à la gestion, l'approvisionnement inadéquats et son inaccessibilité (BRGM, 2006). En effet, l'Afrique subsaharienne fait face au développement accéléré et incontrôlé des villes et les multiples naissances des quartiers à habitat spontané qui entraînent une prolifération des systèmes individuels d'assainissement constitués en majorité de latrines, des fosses septiques plus ou moins étanches (Nola et al., 2004), les municipalités locales ne parviennent pas à assurer une distribution optimale de l'eau potable aux populations. Ces dernières sont donc obligées à recourir aux eaux souterraines et de surfaces dans l'ignorance de leur qualité microbiologique (Moungang et al., 2021). En RD Congo par exemple, bien que le réseau hydrographique soit abondant, 55% de la population n'a pas accès à l'eau potable. De plus les hospitalisations de ces populations sont liées à 25% aux maladies hydriques à l'instar des gastroentérites, des diarrhées et aux fièvres

typhoïdes (Delmas et al., 2011 ; Stewart, 2015). Ces informations posent le problème de la qualité des eaux destinées à la boisson et des maladies hydriques induites. La présente étude menée dans la ville de Bunia (RD Congo) vise donc à analyser le rapport entre la qualité des eaux de boisson et la prolifération des maladies hydriques.

1. MÉTHODOLOGIE

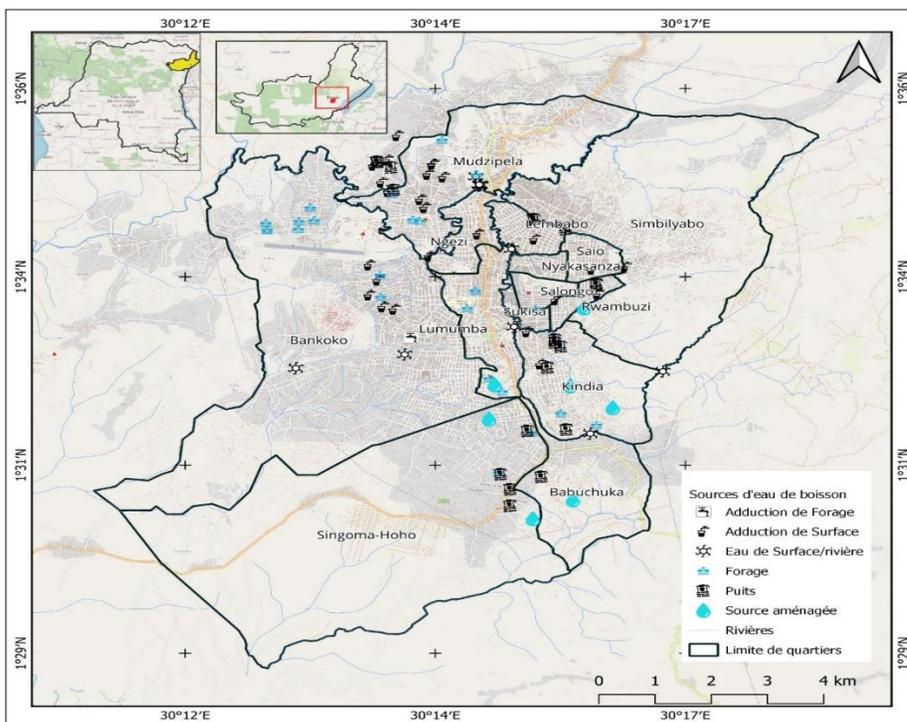
L'étude s'est déroulée dans la ville de Bunia, chef-lieu de la province de l'Ituri au Nord-est de la République Démocratique du Congo. Cette ville a pour coordonnées géographiques 1,559° de latitude, 30,252° de longitude et 1 265 m d'altitude. Son climat de type tropical a quatre saisons : une saison plus sèche de mi-décembre en mi-mars ; une saison chaude (dégagée) de mi-juin en mi-septembre, une saison fraîche de mi-septembre en fin novembre, et une saison pluvieuse, de mi-mars en mi-décembre. La Température annuelle varie de 17 °C à 30 °C et le climat est couvert de nuages toute l'année (Carte n°1).

1.1. Choix des points d'échantillonnage

La ville de Bunia a été choisie pour cette étude en raison des conflits armés et insécurité ayant entraîné la destruction des réseaux d'adduction d'eau, l'instabilité démographique, avec des mouvements des populations (déplacés des guerres). Les divers acteurs interviennent, sans coordination, dans la gestion de l'approvisionnement en eau, le secteur reste mal organisé, entraînant des déficiences dans l'approvisionnement en eau des ménages. La figure 1 présente la ville de Bunia et les points considérés dans l'étude. Au total, 85 points d'eau constitués des sources aménagées, des puits et des forages ont été considérés de façon à couvrir l'ensemble des communes de la zone d'étude.

Dans chaque commune, il a été fait : une identification des parties prenantes du système de gestion des eaux de boisson ; une détermination de la qualité physico-chimique et microbiologique des eaux de boisson de Bunia ; le profil de rapportage de maladies hydriques dans les formations sanitaires et du niveau d'association entre la qualité de l'eau et le profil de rapportage des maladies hydriques à Bunia.

Carte n°1 : Sources d'eau de boisson dans la ville de Bunia et points d'échantillonnage considérés



1.2. Analyses de la qualité physico-chimique et microbiologique des eaux de boisson de Bunia

1.2.1. Analyses de la qualité microbiologique

Les échantillonnages pour les analyses microbiologiques ont été effectués dans des flacons en verre stérile de 500 ml (Diagnostic Pasteur, 1987). Les microorganismes recherchés ont été les bactéries témoins de contamination fécale à l'instar des coliformes fécaux et précisément l'espèce *E. coli* (Marchal *et al.*, 1987). L'isolement de ces microorganismes a été effectué sur le milieu de culture Xylose Lactose Désoxycholate (XLD), suivant la référence normative NM 03.07.003 (Holt *et al.*, 2000). Après isolement des germes, le dénombrement du nombre de colonies a été effectué par la méthode de comptage direct (Holt *et al.*, 2000). En fonction du nombre de colonies et de l'espèce ou groupe de germes recherchés, les critères de jugement sont tels qu'un point d'eau considéré dans l'étude peut avoir un risque faible

(coloration verte), un risque intermédiaire (coloration bleue), un risque élevé (coloration jaune) ou un risque très élevé (coloration rouge) pour les populations qui la consomme.

1.2.2. Analyse de la qualité physico-chimique

Les échantillons d'eau pour les analyses physicochimiques, ont été prélevés dans deux lots de flacons en polyéthylène double bouchage de 1000 ml où l'eau a été introduite sans faire de bulles, destiné à la mesure au laboratoire des paramètres tels que l'oxygène dissous, la turbidité, la couleur entre autres ; de 250 ml dans lequel le CO₂ dissous est fixé sur le terrain avant d'être déterminé au laboratoire par la méthode de volumétrie. L'ensemble placé dans une enceinte réfrigérée et transporté au laboratoire. Les paramètres physicochimiques considérés dans cette étude ont été mesurés sur le terrain et au laboratoire suivant les techniques préconisées par Rodier *et al.*, (2009).

1.3. Détermination du profil de rapportage des maladies hydriques dans les formations sanitaires

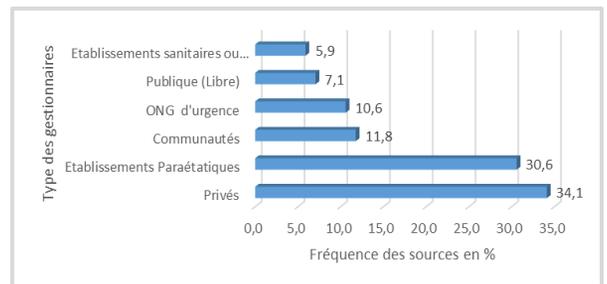
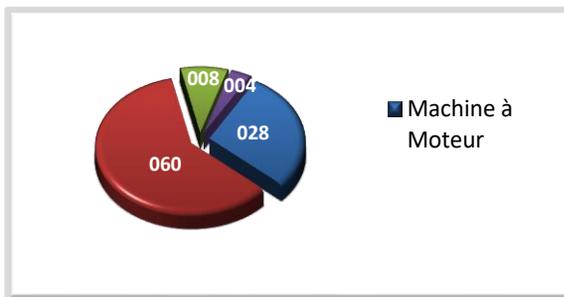
Le profil de rapportage des maladies hydriques dans les formations sanitaires dans la ville de Bunia a été effectué à l'aide de la recherche documentaire dans les registres de consultations de routine. Les patients touchés par les maladies hydriques pour la période allant de janvier 2015 à décembre 2019 ont été recensés.

2. RESULTATS

2.1. Identification des parties prenantes du système de gestion des eaux de boisson et outils utilisés pour l'approvisionnement en eau

Les gestionnaires de l'eau identifiés dans la ville de Bunia couvrent des zones d'intervention

Figure n°1 : Types de gestionnaires de sources d'eau potable (A) et d'outils utilisés pour installer les sources d'eau (B) (N = 85).



2.2. Qualité microbiologique et physico-chimique des eaux de boisson de Bunia

2.2.1. Qualité microbiologique et origine des germes

L'étude montre en général que l'ensemble des points d'eau considérés hébergent des microorganismes dont les densités varient en fonction du point d'échantillonnage et de la période de recherche. Sur l'ensemble des points d'échantillonnage, lors de la première campagne, il a été observé que les densités moyennes d'E.

coli varient de $3,7 \pm 12,1$ UFC/100ml à $123,6 \pm 453,9$ UFC/100ml. La densité moyenne la plus faible a été observée dans les eaux de puits alors que celle la plus élevée a été dans les eaux de surface. La densité moyenne la plus faible des coliformes totaux $56,6 \pm 115,6$ UFC/100ml a été observée dans les eaux de forage. La présence des *Salmonella* sp. a parfois été rare dans les eaux de puits et des sources aménagées quel que soit la campagne d'étude considérée (Tableau n°1). De même, les densités moyennes de coliformes fécaux et d'E. coli restent plus élevées dans les

eaux de surface (rivières) quel que soit la campagne d'étude.

Tableau n°1 : densités moyennes des microorganismes isolés par type de points

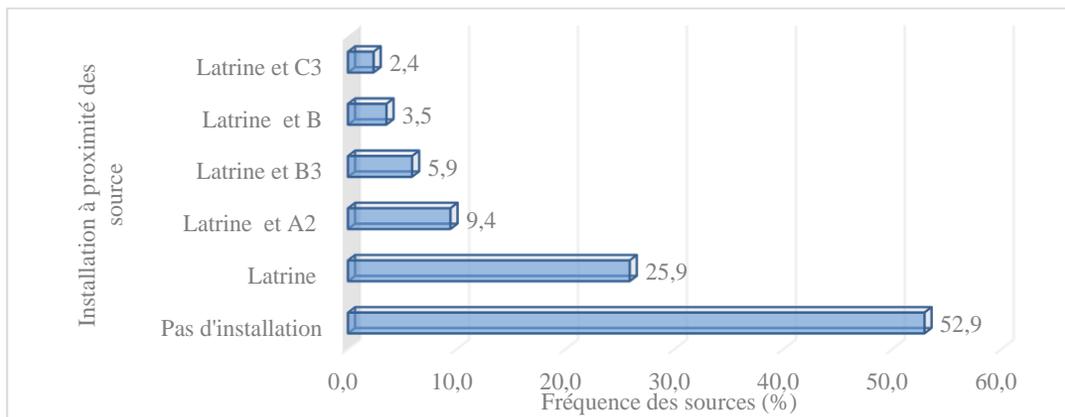
Type de sources d'eau	<i>E. coli</i> (UFC/100ml)	C.T. (UFC/100ml)	<i>Salmonella</i> (UFC/100ml)
1^{ère} campagne de recherche (année 2020)			
Adduction de Surface	123,6 ± 453,9	99,2 ± 471,3	0,8 ± 3,1
Eau de Surface/rivière	3196,7 ± 9427,7	13507 ± 37520,6	7,2 ± 18,8
Forage	10,5 ± 42,6	56,6 ± 115,6	1,1 ± 4,3
Puits	3,7 ± 12,1	86,1 ± 167,6	0 ± 0
Source aménagée	48,3 ± 100,1	120021,7 ± 205897,5	0 ± 0
2^{ème} campagne de recherche (année 2021)			
Adduction de Surface	7,6 ± 23,2	28,6 ± 63,1	3,8 ± 8
Eau de Surface/rivière	392775 ± 553408,6	1221250 ± 1076428	65 ± 98,4
Forage	18,9 ± 46,8	124,4 ± 174,2	2,2 ± 6,5
Puits	5,3 ± 20,7	197,3 ± 364,3	0 ± 0
Source aménagée	40 ± 80	6106,7 ± 14646,3	0 ± 0

C.T. : Coliformes totaux.

Pour vérifier l'origine des germes dans les eaux analysées, une prospection a été effectuée dans l'objectif de recenser les modes de gestion de déchets (solides et liquides), la présence et les types d'installations sanitaires construites aux alentours (± 50 mètres) des points d'approvisionnement en eau potable. Il ressort de l'ensemble que 48,8% des points d'adductions

d'eau de boisson disposent des toilettes (latrines) à proximité. Ces latrines peuvent être accompagnées de trou à ordure/placenta/lavage voitures (2,4%), de décharge brute (3,5%), de trou à ordure/placenta/décharge brute (5,9%), de trou à ordure/placenta (9,4%) ou être seules (25,9%) (Figure n°2).

Figure n°2 : Types de latrines construites à proximité des points d'eau de boisson dans la ville de Bunia (A2 : trou à ordure/placenta ; B : décharge brute ; B3 : trou à ordure/placenta/décharge brute ; C3 : trou à ordure/placenta/lavage voitures).



2.2.2. Qualité physico-chimique

Dans l'ensemble des eaux analysées, le pH minimal a été de 5,6 U.C alors que le pH le plus élevé est de 7,5 U.C. ce résultat montre un passage progressif de l'acidité vers la basicité des eaux consommées. De plus, la turbidité maximale de l'eau est de 64,4 NTU. Les teneurs les plus élevées en NO₂ et NO₃ ont été de 0,35 mg/l et 4,72 mg/l respectivement (Tableau n°2).

Un rapprochement des teneurs de turbidité et NO₂ des normes préconisées par l'OMS (0,4 NTU et 0,09mg/l respectivement) montre que les eaux de la ville de Bunia sont altérées lorsque l'on considère ces variables physicochimiques. En considérant par exemple la turbidité et le pH, 80,25% et 50,62% respectivement des points d'eau utilisée pour la boisson dans la ville de Bunia sont non potable (Tableau n°3).

Tableau n°2 : variation globale d'altération des paramètres physico-chimique des eaux de boisson (N = 81)

	Turbidité	pH	Nitrates (NO ₂)	Nitrates (NO ₃)
Unité de mesure	NTU	–	mg/l	mg/l
Minimum	0,5	5,6	0,001	0,02
Maximum	64,4	7,5	0,350	4,72
Médiane	6,3	6,5	0,006	0,15
Moyenne	8,9	6,6	0,027	0,63
Ecart type	11,0	0,4	0,049	1,12
Valeur normale/ acceptable	0,4	6,5 à 8,5	0 à 0,09	< 26

Tableau n°3 : Indicateur de la qualité physico-chimique des eaux de boisson (N = 81)

Indicateur de	Qualité optimale		Qualité acceptable		Eau non potable	
	n	%	n	%	n	%
Turbidité	/	/	16	19,75	65	80,25
pH	40	49,38	/	/	41	50,62
Nitrites (NO ₂)	74	91,36	7	8,64	/	/
Nitrates (NO ₃)	81	100	/	/	/	/

Note : / la barre oblique indique l'absence des données

2.3. Altération de la qualité physicochimique de l'eau en fonction du type de source dans la ville de Bunia

En fonction du type de source d'approvisionnement en eau de boisson, l'étude montre, lorsque l'on considère la turbidité, 100%

de sources non améliorées sont non potables contre 78,1% des sources améliorées. Toutefois, lorsque l'on considère le pH, 25% des sources non améliorées sont déclarées non potables contre 53,4% des sources améliorées (Tableau n°4).

Tableau n°4 : altérations physico-chimiques (Turbidité, pH et nitrites) des eaux de boisson en fonction de la qualité des Sources d'eau

Indicateurs d'altération	N	Qualité optimale		Qualité acceptable		Eau non potable		OR (IC à 95%)
		n	%	n	%	n	%	
Altération due à la turbidité								
Sources améliorées	73	/	/	16	22,0	57	78,1	
Sources non améliorées	8	/	/	0	0,0	8	100,0	

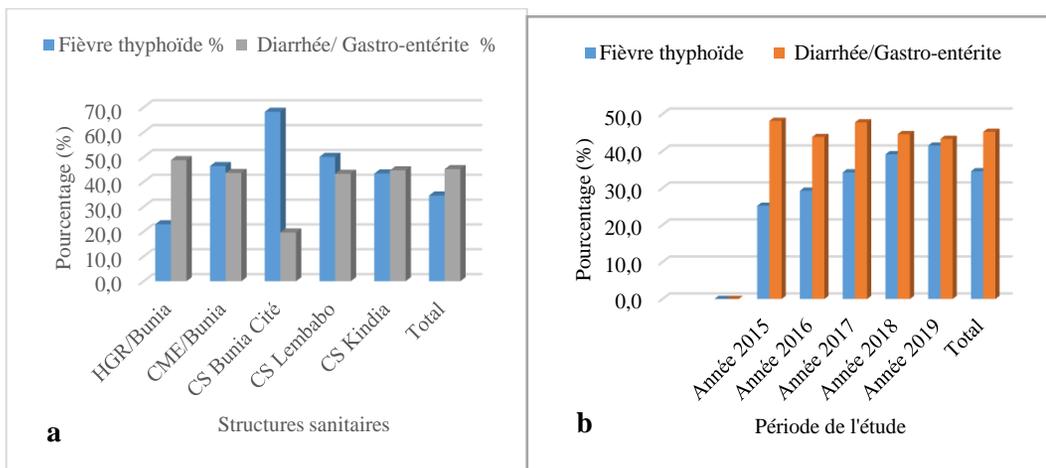
Indicateurs d'altération	N	Qualité optimale		Qualité acceptable		Eau non potable		OR (IC à 95%)
		n	%	n	%	n	%	
Total	81	/	/	16	20,0	65	80,3	
Altération due au pH								
Sources améliorées	73	34	46,6	/	/	39	53,4	
Sources non améliorées	8	6	75,0	/	/	2	25,0	0,29 (0,06 à 1,54)
Total	81	40	49,4	/	/	41	50,6	
Altération due aux nitrites								
Sources améliorées	73	69	94,5	4	5,5	/	/	
Sources non améliorées	8	5	62,5	3	37,5	/	/	10,35 (1,80 - 59, 60)
Total	81	74	91,4	7	8,6	/	/	

2.4. Profil de rapportage des maladies hydriques dans les formations sanitaires

L'analyse microbiologique des eaux échantillonnées a révélé la présence de plusieurs germes témoins de contamination fécales (coliformes), ou responsables des fièvres typhoïdes (*Salmonella* sp) et de gastrites (*E. coli*) (Figure n°4). Ainsi l'ensemble des formations sanitaires enquêtées déclarent la recrudescence de la fièvre typhoïde pouvant atteindre 65% de cas dans le Centre de Santé de la cité de Bunia

alors que les cas de diarrhées et gastro-entérites restent inférieurs à 50% quelle que soit la formation sanitaire considérée dans la ville de Bunia (Figure n°4a). Sur le plan évolutif, l'étude révèle une constance supérieure à 40% des cas des maladies diarrhéiques entre les années 2015 à 2019 dans la ville de Bunia (Figure n°4b). Au cours de cette période, on note une croissance des cas de fièvre typhoïde de 21% à 41%, le nombre de cas le plus élevé ayant été observé en 2019.

Figure n°4 : Profile de la morbidité hydrique dans les structures sanitaires de la Zone de Santé de Bunia (a) et évolution temporelle de la morbidité hydrique dans la Zone de Santé de Bunia : années 2015-2020 (b)



3. DISCUSSION

L'étude montre que les différents acteurs impliqués dans les systèmes de gestion des eaux de boissons dans la ville de Bunia sont les établissements sanitaires, les organisations non gouvernementales, les collectivités territoriales décentralisées, les établissements paraétatiques ou étatiques et les privés à fort revenu mensuel (Figures n°2 et 4). De plus, les outils d'adduction d'eau de boisson dans cette ville sont constitués de machines onéreuses à motricité ou manuelles. Ce résultat montre à suffisance une faible implication des populations locales ou autochtones dans la gestion de leur propre ressource. Toutefois, il est important de savoir que pour un projet de distribution d'eau de boisson pris sur le plan environnemental, la réussite d'un projet exige la participation pour une part importante des populations autochtones (Manning et al., 2018). Selon Lanmafankpotin (2013), l'objectif de la participation du public local est de permettre aux citoyens de se former sur la question environnementale et le développement durable ainsi que participer à la prise des décisions ayant un impact direct et réel sur leur propre vie. En effet, il a été défini que les populations locales possèdent des savoirs écologiques traditionnelles pertinents pouvant avoir une emprise sur les aspects fondamentaux de leur vie. Ces savoirs concernent entre autres les pratiques de recherche et d'utilisation des ressources en eau de boisson disponibles (Vermenten, 2022).

Il a été observé que le profil des maladies hydriques dans les formations sanitaires de la ville de Bunia est constitué d'une recrudescence des fièvres typhoïdes, des diarrhées et des gastrites. Ces maladies sont étroitement liées à la présence dans les eaux de boisson des

microorganismes des Salmonella et Escherichia dans toutes les eaux de boisson analysées (Tableau n°1). La recrudescence des maladies observées pourrait s'expliquer selon le BIT (2015) par l'effet de l'impact cumulatif. En effet, lorsque les populations autochtones ne sont pas associées aux projets d'étude d'adduction d'eau de boisson, il s'ajoute à l'effet produit des conséquences néfastes dues à l'incompréhension des populations autochtones et leur refus de collaboration (Usher, 2000). De plus, la présence des germes Salmonella et Escherichia pourrait s'expliquer par la proximité des toilettes construites des points d'adduction en eau de boisson (Figure n°3). Ce résultat corrobore ceux observés par Njiné et al., 2001 ; Nola et al., 2004. Ces auteurs sont d'avis que, dans la majorité des métropoles des villes dans les pays en voie de développement. Notre zone d'étude n'est pas épargnée de l'absence ou au dysfonctionnement de modes d'évacuation des eaux usées domestiques. Elles sont déversées directement dans la nature sans aucun traitement préalable. Ces eaux sont susceptibles de polluer le sol et le sous-sol, et par suite les eaux souterraines, en raison de leurs teneurs élevées en matières organiques biodégradables, et des concentrations en micro-organismes d'origine fécale atteignant parfois 6×10^7 UFC/100ml (Njiné et al., 2001). De plus, le développement accéléré et incontrôlé des villes et les multiples naissances des quartiers à habitat spontané entraînent une prolifération des systèmes individuels d'assainissement constitués en majorité de latrines, des fosses septiques plus ou moins étanches (Nola et al., 2004). Ce type de fosse est à l'origine de la contamination de la nappe souterraine lors de la recharge de cette dernière par les eaux d'infiltration (Nola et al., 2010). Les microorganismes infiltrés peuvent être de formes

variées, posséder ou non un flagelle et pathogène ou non (Noah Ewoti et al, 2021).

Les résultats montrent une détérioration de la qualité de l'eau sur plan physicochimique (Tableaux n°2, 3 et 4). Ces données pourraient s'expliquer par la nature des activités anthropiques effectuées par les populations riveraines à proximité des points d'approvisionnement en eau de boisson. Dans les pays en voie de développement, ces activités sont la plupart du temps dominées par la lessive, la vaisselle, le bain, le nettoyage des voitures et l'irrigation (Baleng et al., 2021). Elles sont susceptibles de transmettre à l'eau des résidus des substances actives susceptibles de rendre les microorganismes résistants aux antibiotiques (Manoure Njoya et al., 2021 ; Matsopkeng et al., 2019).

CONCLUSION

Il a été soulevée toute question dans cette analyse de se pencher sur la qualité de l'eau de boisson disponible à Bunia et les potentielles maladies hydriques y dérivant. Les échantillons d'eau ont été prélevés à partir de différents points d'approvisionnement en 2020 et en 2021, et les données cliniques ont été obtenues dans les centres de santé de Bunia pour la période 2015-2019. D'après les analyses des paramètres microbiologiques et physico-chimiques, les eaux consommées par les populations de Bunia sont souillées. En effet, la densité moyenne d'E. coli varie de $3,7 \pm 12,1$ UFC/100ml à $123,6 \pm 453,9$ UFC/100ml. La densité moyenne la plus faible a été observée dans les eaux de puits alors que celle la plus élevée a été dans les eaux de surface. La densité moyenne la plus faible des coliformes totaux $56,6 \pm 115,6$ UFC/100ml a été observée dans les eaux de forage. La présence des *Salmonella* sp a parfois été rare dans les eaux de

puits et les sources aménagées quel que soit la campagne d'étude considérée. Pour les paramètres physico-chimiques, il a été relevé un passage progressif de l'acidité vers la basicité des eaux consommées. De plus, la turbidité maximale a été de 64,4 NTU. Les teneurs les plus élevées en NO₂ et NO₃ ont été de 0,35 mg/l et 4,72 mg/l respectivement. Cette pollution des eaux de boisson en partie est liée à la présence des latrines, des décharges d'ordures près des sources d'approvisionnement. Il résulte de cette contamination une prolifération des maladies hydriques telles que : la fièvre typhoïde, les diarrhées et les gastrites. Dans l'ensemble des formations sanitaires, on note une recrudescence de la fièvre typhoïde. Pendant la période d'étude, les maladies diarrhéiques ont été constamment supérieure à 40% et la fièvre typhoïde est passée de 21% à 41%. Pour réduire l'incidence de ces maladies et améliorer la santé des populations de Bunia, des mesures doivent être prises, des stratégies développées pour améliorer et contrôler la qualité de l'eau consommée.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

BALENG Samuel Davy, NOAH EWOTI Olive Vivien, KOJI Ernest, TAMSA ARFAO Antoine, MOUNGANG Luciane Marlyse, TUEKAM KAYO Raoul Polycarpe., KOLKOSSOK BADOUANA Urich, POUTOUM YOGNE Yves, and NOLA Moïse, 2021, « Health impact linked to the use of water of questionable microbiological quality in the town of Nkolafamba (Center, Cameroon) », International Journal of Biological and Pharmaceutical Sciences Archive, 2021, 02 (02), 043–051. DOI: 10.53771/ijbpsa.2021.0095, DOI URL: <https://doi.org/ijbpsa.2021.2.2.0095>.

- BIT, 2015, Les peuples autochtones au Cameroun : guide à l'intention des professionnels des médias, Bureau International du Travail. 1ère édition. 41p.
- BANTON Olivier et BANGOY, Lumony M., 1997, Hydrogéologie, Multi science environnementale des eaux souterraines, PUQ/AUPELF.ed, Québec.
- HOLT John G., KRIEG Noel R., SNEATH Peter H. A., STALEY James T., and WHITMAN William Barny, 2000, Bergey's manual of determinative bacteriology. 9th ed., Lipponcott Williams and Wilkins, Philadelphia.
- LANMAFANKPOTIN Georges, 2013, « La participation publique dans l'évaluation environnementale en Afrique francophone », Institut de la Francophonie pour le Développement Durable (IFDD). 188p.
- MANNING Susan, NASH Patricia, LEVAC Leah, STIENSTRA Deborah et STINSON Jane, 2018, Renforcement des évaluations d'impact pour les femmes autochtones, Institut Canadien des Recherches sur les Femmes. 84p.
- METSOPKENG Claire Stéphane, LONTSI DJIMELI Chrétien, NOAH EWOTI Olive Vivien., MOUNGANG Luciane Marlyse, NANA Paul Alain, TAMSA ARFAO Antoine, NGO BAHEBECK Pierrette, SIMO-NGANDO Télespore and NOLA Moïse, 2019, « Morynga Oleifera Seeds Extract activity on Enteropathogenic Escherichia coli and Aeromonas hydrophyla cells in aquatic microcosm », Journal of Applied Biotechnology. 7 (2), 13-30. Doi: 10.5296/jab.v7i2.14917.
- HANGI NDUNGO Jonathan, DJIBIEKAPTCHOUANG Lionel EWOTI NOAH Olive, TAKOUGANG Innocent. (2022). *Revue Espace, Territoires, Sociétés et Santé*, 5 (10), 147-158
- MOUNGANG Luciane Marlyse, YOGNE POUTOUM Yves, NOAH EWOTI Olive Vivien, TAMSA ARFAO Antoine., TAMATCHO KWEYANG Pulchérie Blandine, METSOPKENG Claire Stéphane., NOLA Moïse, 2021, « Activities of Albizia Zygia (Fabaceae) Extracts on Salmonella Typhi Bacteria in Aquatic Microcosm: Influence of Some Abiotic Factors ». Journal of Biotechnology and Bioengineering. 5, (2), 1-11. DOI: <https://doi.org/10.22259/2637-5362.0502001>.
- NJINE Thomas, MONKIEDJE, Adolphe, NOLA Moïse et SIKATI FOKO V., 2001, « Evaluation de la charge polluante et de la charge bactérienne des rejets des stations d'épuration à boues activées à Yaoundé (Cameroun) », Cahiers santé, 11, P.79-84.
- NOAH EWOTI Olive Vivien, EBANG MENYE Daniel, TUEKAM KAYO Raoul.Polycarpe, MOUNGANG Luciane Marlyse, TAMSA ARFAO Antoine, BALENG Samuel Davy, POUTOUM YOGNE Yves, and NOLA Moïse, 2021, « Study on Adhesion of Bacterio-contaminants to Fragments of Rocks Immersed in Water: Impact of Some Chemical Properties of the Medium and Intrinsic to the Cells », Current Approaches in Science and Technology Research. Vol (12), Chapter 9, 21 pages. DOI: 10.9734/bpi/castr/v12/11397D.
- NOLA Moïse, NJINE, Thomas et BOUTIN Claude, 1998, « Variabilité de la qualité des eaux souterraines dans la région de Yaoundé (Cameroun) », Mém. Biospéol., 25, 193-91.
- NOLA Moïse, NJINÉ Thomas, DJUIKOM Emmanuel and SIKATI FOKO, V., 2000, "Bacterial indicator dynamics in wells as

influenced by well depth and well water column thickness, in Yaoundé (Cameroun)”. Afr. J. Sci. Technol., 1, P. 82-91. développement durable au Cameroun et en RDC. 20p.

NOLA Moïse, NJINÉ Thomas and SIKATI FOKO, V., 2001, “Distribution de *Pseudomonas aeruginosa* et *Aeromonas hydrophyla* dans les eaux de la nappe phréatique superficielle en zone équatoriale au Cameroun et relation avec quelques paramètres chimiques du milieu », Rev. Sci. Eau, 14, P. 35-53.

NOLA Moïse, NJINÉ Thomas, DJUIKOM, Emmanuel and SIKATI FOKO, V., 2002, “Faecal coliform and faecal streptococci community in the underground water in equatorial area in Cameroon (Central Africa): the importance of some environmental chemical factors”, Water Research, 36, P. 3289-3297.

NOLA Moïse, NJINE Thomas, BOUTIN Claude, MESSOULI, M., SERVAIS Pierre, FOTO MENBOHAN Samuel, NGO BIDJECK Lydie M., ZEBAZE TOGOUET Hubert Serge et KEMKA Norbert, 2004, « Rétention de *Escherichia coli* d'une eau d'infiltration en sol équatorial au Cameroun (Afrique centrale) : rôle de divers horizons de sol », Revue de l'Académie des Sciences du Cameroun, 2, P. 107-116.

RODIER Jean, LEGUBE Bernard, et MERLET Nicole, 2009, L'analyse de l'eau, 9e édition, DUNOD, Paris, P.1579.

USHER Peter J., 2000, « Traditional Ecological Knowledge in Environment assessment and management ». The artic Institute of North America. 53, (2) : P. 183-193.

VERMEULEN Cobus, 2022, Note de cadrage pour l'étude sur l'état des savoirs des populations locales et autochtones en matière de



CONFIANCE INSTITUTIONNELLE DANS LA GESTION DE LA COVID-19 ET RESPECT DES MESURES BARRIÈRES DANS LA VILLE DE SOKODE AU TOGO

INSTITUTIONAL CONFIDENCE IN THE MANAGEMENT OF COVID-19 AND COMPLIANCE WITH BARRIER MEASURES IN THE CITY OF SOKODE IN TOGO

¹ KANATI Lardja,..

¹ Enseignant-Chercheur, sociologie, Université de Kara, B.P. 43, Route de l'ENI, Kara, Togo, Laboratoire Pôle de Recherche et d'Expertise sur la Dynamique des Espaces et des Sociétés (PREDES), kanlardja@yahoo.fr

KANATI Lardja, Confiance institutionnelle dans la gestion de la COVID-19 et respect des mesures barrières dans la ville de Sokode au Togo, *Revue Espace, Territoires, Sociétés et Santé* 5 (10), 159-176, [En ligne] Décembre 2022, URL: <https://retssa-ci.com>

Résumé

Dès l'apparition des premiers cas de Covid-19 au Togo, le gouvernement a adopté des mesures visant à endiguer la propagation du virus. Nonobstant, ces mesures sont loin d'être observées à Sokodé suite à une crise de confiance en des autorités centrales, locales et scientifiques liées au contexte socio-politique qu'a connu cette ville. L'article part de l'hypothèse que le respect des mesures barrières dépend de la confiance en des leaders politiques. Il s'agit donc d'analyser l'impact de la crise de confiance politique sur le respect des mesures barrières dans cette ville. Une enquête est faite auprès de 120 personnes

âgées de 18 ans et plus choisies au hasard dans huit quartiers de Sokodé. La recherche combine les méthodes quantitative et qualitative. Les données quantitatives ont été analysées à travers les logiciels Excel et Google Form version 2021 et celles qualitatives ont été regroupées en thèmes semblables. Les résultats montrent que l'échantillon est majoritairement masculin, l'âge moyen se situe à 35 ans. La population enquêtée est moyennement scolarisée et majoritairement musulmane puis commerçante (n=45). 51,66% des enquêtés ne font pas confiance au préfet et 48,3% ne le font pas au maire de la ville. 51,67% se méfient de la force FOSAP et 63,34% des enquêtés n'ont pas confiance au comité scientifique. Au total, 94,1% des enquêtés connaissent les mesures barrières édictées mais elles sont jugées très excessives (34,2%). Toutefois, ces mesures sont respectées à l'exception du port régulier des masques (83,2%).

Mots clés : Sokodé, confiance, gestion, Covid-19, mesures barrières

Abstract

As soon as the first cases of Covid-19 appeared in Togo, the government adopted measures aimed at stemming the spread of the virus. Notwithstanding, these measures are far from being observed in Sokodé following a crisis of confidence in central, local and scientific authorities linked to the socio-political context experienced by this city. The article assumes that compliance with barrier measures depends on trust in political leaders. It is therefore a question of analyzing the impact of the crisis of political confidence on the respect of barrier measures in this city. A survey is carried out among 120 people aged 18 and over chosen at random from eight districts of Sokodé. The research combines quantitative and qualitative methods. Quantitative data was analyzed using Excel and Google Form version 2021 soft-ware and qualitative data was grouped into similar themes. The results show that the sample is predominantly male, the average age is 35 years. The surveyed population is moderately educated and mainly Muslim then commercial (n=45). 51.66% of respondents do not trust the prefect and 48.3% do not trust the mayor of the city. 51.67% distrust the FOSAP force and 63.34% of respondents do not trust the scientific committee. In total, 94.1% of respondents know the barrier measures enacted but they are considered very excessive (34.2%). However, these measures are respected with the exception of the regular wearing of masks (83.2%).

Keywords : Sokodé, trust, management, Covid-19, barrier measures

INTRODUCTION

Préservée pendant un temps plutôt court, l'Afrique est à son tour touchée. Avec environ 85% de pays atteints (OMS, 2020), le COVID-19 a dépassé le stade de menace pour devenir une triste réalité dans le continent. A la date du 21

avril 2020, quinze mil cinq cent cinquante-cinq (15 555) cas confirmés, 795 nouvelles contaminations et 704 morts sont enregistrés (OMS, 2020). Toutefois, contrairement aux prévisions "alarmistes" en début de pandémie, l'Afrique semble tirer son épingle du jeu, narguant ainsi les experts des pays développés et leurs prévisions (G. D. Lankoandé, 2020, p. 13). Au Togo, un premier cas concret de covid-19 a été enregistré le 07 mars 2020. Une dame qui aurait séjourné en France et transité par la Turquie et le Bénin avant de regagner la Capitale Lomé. On passe de l'imaginaire à la réalité. Depuis lors, les cas de contamination à la Covid-19 ont évolué passant de 422 cas confirmés le 27 mai 2020 à 13 167 cas confirmés le 11 mai 2021 pour atteindre 37 000 cas de contamination le 5 mai 2022 (A. A. Koffi, 2022, p.1.). Sokodé, ville située à 346 km de Lomé, connaît ses premiers cas de covid-19, le 25 mai 2020, avec 13 cas identifiés dans le village de Kouvon, situé à 15 km de Sokodé (Gouv Togo, 2020)

Le gouvernement togolais avait rapidement décrété l'état d'urgence sanitaire. Cet état habilite le gouvernement à prendre par ordonnance toutes les mesures relevant du domaine de la loi, mettant ainsi en berne le fonctionnement ordinaire de l'Assemblée Nationale. L'une des mesures phares est l'instauration des couvre-feux nocturnes de 20 heures à 6 heures après le bouclage de certaines villes (Lomé, Sokodé, Dapaong, Cinkassé) suivie de la fermeture des écoles et universités, des bars, des restaurants et des lieux de culte.

L'État a oublié que le bien-fondé de son action se mesure au degré de confiance des populations au nom desquelles les mesures sont prises. L'expérience d'Ebola informe qu'il est difficile de gagner la bataille contre le virus sans l'engagement, la responsabilisation et la confiance communautaires. Le respect des mesures gouvernementales ne saurait se faire sans une confiance du public envers les institutions impliquées. En effet, la confiance envers les institutions publiques reste l'une des ressources les plus essentielles pour élaborer les

réponses sociétales efficaces, mais elle fait défaut dans de nombreux pays africains (E. Gyimah-Boadi & C. Logan, 2020 ; S. Roché, 2016 cités par Afrobarometer, 2021, p. 1).

La confiance des citoyens envers les autorités togolaises reste assez mitigée, même si elle s'est améliorée depuis 2017 : la moitié (50%) des citoyens affirment qu'ils font « partiellement » ou « beaucoup » confiance en le Président de la République, la police, la gendarmerie et les forces de défense. Les leaders religieux (66%) et les chefs traditionnels (58%) bénéficient de plus de confiance publique (Afrobarometer, 2020, p.2). Certains événements ont contribué aux doutes du public sur la fiabilité des institutions impliquées dans la gestion de la réponse au COVID-19. Togbui Dagban Ayivon IV, un chef traditionnel de l'un des quartiers de Lomé, a sorti une note rendue publique dans laquelle, il fustige les mesures barrières du gouvernement contre la COVID-19 (Togo Infos, 2020, cité par Afrobarometer, idem). Du côté des médias, les actes supposés de corruption ne cessent d'être dénoncés en cette période de Covid-19. En effet, la riposte contre la pandémie a débouché sur des scandales de corruption liés à l'achat de respirateurs artificiels dont la qualité est douteuse. En plus, un projet de cinq millions de masques chirurgicaux aurait été détourné dans le cadre de la reprise partielle des cours dans les établissements scolaires (Afrobarometer, idem). Les résultats de l'enquête d'Afrobarometer au Togo révèlent que les autorités publiques sont impliquées dans des affaires de corruption. La perception que « toutes » ou « la plupart d'entre elles » sont corrompues concerne surtout les policiers/gendarmes (51%), suivis des officiels de la Présidence (45%) et des chefs traditionnels (30%). Les leaders religieux sont moins perçus comme étant corrompus (18%). En particulier, la majorité des Togolais (62%) manquent de confiance envers le gouvernement de publier des statistiques fiables sur la Covid-19 et d'assurer l'innocuité du vaccin (Afrobarometer, 2020, p.2).

Il faut remarquer que les couvre-feux instaurés avaient entraîné sur toute l'étendue du territoire,

des bavures policières avec la mort de plusieurs personnes (Ligue Togolaise des Droits de l'Homme, 2020). Ces couvre-feux en temps de crise sanitaire ont été introduits au Togo en général et à Sokodé en particulier, sans communication claire à l'endroit des populations, comme si tout le monde savait de quoi il allait s'agir. Elles ne savaient pas ce que c'est, pourquoi on le fait, comment ça se passe et combien de temps cela peut durer.

Peu avant la crise sanitaire liée à la covid-19, le Parti National Panafricain (PNP), parti de l'opposition avec à sa tête un fils de Sokodé organisait des marches de contestation du pouvoir.

Face à la crise de la COVID, les mesures barrières concernaient toute la population togolaise en vue de réduire l'impact sanitaire. Dans toutes les villes du pays, des hommes ont été forcés à respecter les mesures barrières (couvre-feu, interdiction de voyager, la mise en quarantaine, etc.). Mais force est de constater que les populations de Sokodé ont à tort ou à raison, interprété les couvre-feux comme des mesures de représailles. On pouvait constater la défiance des jeunes face aux forces de l'ordre et de la sécurité. Or, cette jeunesse qui défie les forces de l'ordre expérimente le couvre-feu en crise sanitaire pour la première fois.

Cet article a pour but d'analyser l'impact de la crise de confiance politique sur le respect des mesures barrières dans la ville de Sokodé. Il s'agit plus spécifiquement de décrire entre autres la situation sociopolitique et la crise de confiance en les autorités, de tester la connaissance des populations sur la pandémie et les mesures édictées par le gouvernement afin de faire ressortir leurs opinions sur la gestion de la COVID.

1. MÉTHODOLOGIE

La présentation d'un matériel et d'une méthodologie est une dimension incontournable. Il convient donc de présenter le cadre de la recherche avant d'aborder la méthode.

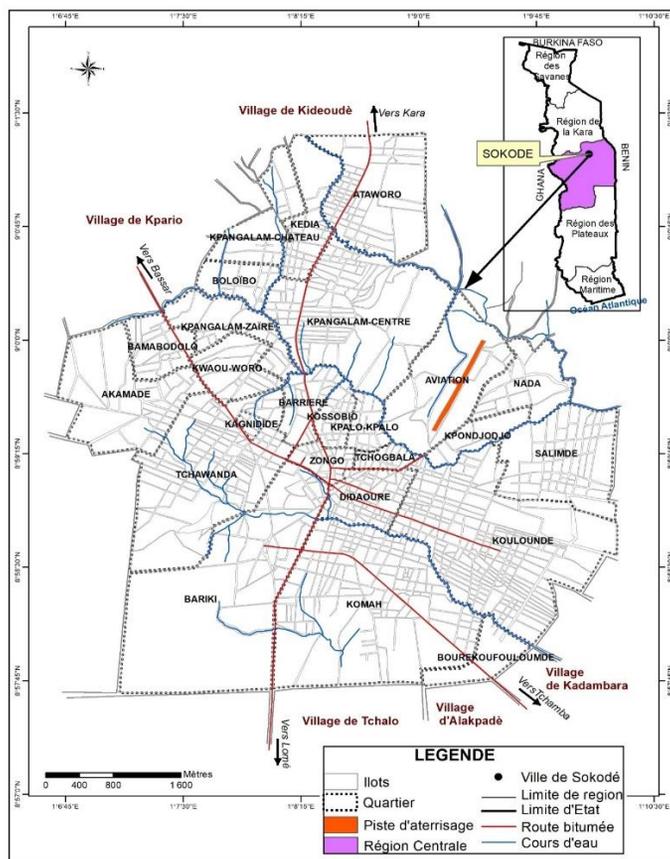
1.1. Présentation de la zone d'étude

La ville de Sokodé se situe au centre du pays à 346 km de Lomé et couvre officiellement une superficie de 87 km². Selon les résultats du RGPH-4, elle reste toujours la deuxième ville du Togo après la capitale Lomé. Sokodé est situé au carrefour d'importants axes de communication tels que la route nationale N°1 (Lomé-Cinkassé), l'axe Tchamba - Bassar qui relie le Togo à la République du Bénin à l'Est et à celle du Ghana à l'Ouest. Cette ouverture de la commune vers l'extérieur a fait de Sokodé un carrefour commercial dynamique. Situé avant la colonisation sur la route du cola, la position de carrefour commercial a été renforcée pendant la colonisation avec l'ouverture des différentes routes. La ville de Sokodé s'est étalée au fil du temps et ses limites sont : au Nord par le village

de Tchalanidè ; au Sud par la rivière Nâ-Fo (village de Kassena-Pont) ; à l'Est par la rivière Nâ (village de Kparatao) ; et à l'Ouest par le village de Sagbadei.

Sur le plan administratif, la ville de Sokodé qui est le noyau urbain de la préfecture de Tchaoudjo a été très tôt érigé en commune. Servant de chef-lieu aussi bien de la Région Centrale que de la préfecture de Tchaoudjo, elle fut la première commune de plein exercice des trois que compte la Région Centrale et même de tout le nord du Togo. Elle est constituée de 22 quartiers officiels et plusieurs sous-quartiers appartenant aux cantons de Komah et de Kpangalam. La ville de Sokodé, selon le recensement général de la population et de l'habitat de novembre 2010, compte 95 070 habitants alors qu'elle était de 46 660 en 1981.

Carte n°1 : Localisation de la ville de Sokodé



Source : Agbamaro, 2022

1.2. Données

Cette étude repose sur une revue de littérature, la collecte de données in situ dans la ville de Sokodé auprès des populations de huit quartiers (Didaouré, Komah, Kpalo-Kpalo, Kpangalam, Kouloundè, Salimdè, Tchawanda et Zongo), à travers des enquêtes par questionnaires semi-structurés, guides d'entretien semi-directif et grille d'observation. Trois variables de confiance institutionnelle ont été pris en compte dans le questionnaire qui porte sur la confiance institutionnelle à savoir : la confiance en l'autorité centrale (Président, membres de la majorité, préfets, membres de forces anti-covid ou forces de sécurité ; la confiance en l'autorité locale (les conseillers municipaux, maire, chefs de quartiers et chefs religieux) et la confiance en les experts (scientifiques et médecins). Le questionnaire sur le respect des mesures barrières portait sur les rubriques suivantes : caractéristiques sociodémographiques des répondants, leur connaissance sur la Covid-19, leur opinion quant aux diverses mesures prises par le gouvernement.

Lors de la pré-enquête en novembre 2020, l'absence de dénombrement de la population par quartier nous a amené à choisir aléatoirement un échantillon de 120 enquêtés. L'enquête proprement dite a été menée de février à mars 2021. L'échantillonnage aléatoire stratifié est constitué et chaque quartier de la ville de Sokodé définit une strate. Pour faire partie de l'échantillon, l'enquêté doit avoir au moins 18 ans et résider dans l'un des huit quartiers de la ville retenus pour l'enquête. Le questionnaire a été administré de façon indirecte (par

l'intermédiaire d'un enquêteur) aux enquêtés qui ne pouvaient pas le remplir eux-mêmes et de façon directe à ceux qui n'avaient pas de difficulté à le remplir.

Dans la même foulée, huit focus group hétérogènes ont été animés avec les populations desdits quartiers. Les participants sont au nombre de huit à savoir des chefs de quartiers, présidents des Comités de Développement des Quartiers (CDQ), des responsables politiques et religieux, des leaders des jeunes et des femmes et des Forces de Défenses et de Sécurité. Une analyse documentaire spécifique des rapports, articles, et mémoires sur le Covid-19 a été faite en vue d'apprécier la valeur scientifique des déclarations faites par les enquêtés.

1.3. Méthodes

Après la collecte des données sur le terrain, nous avons procédé au dépouillement des réponses. Les données ont été analysées à travers les logiciels Excel et Google Form version 2021. En vue de confronter l'hypothèse de départ à l'épreuve des faits, le tableau (tri à plat) et les graphiques (diagrammes circulaires et en histogrammes) retenus ont été analysés sur la base des pourcentages dans un commentaire suivant les résultats qu'ils présentent. Pour l'analyse qualitative, les idées principales ont été regroupées en thèmes semblables.

Pour l'analyse des données empiriques, nous nous appuyons sur l'individualisme méthodologique. C'est le postulat de l'individualisme méthodologique que d'aller aussi loin que possible dans cette direction, dans l'étude de comportements, des choix, des prises de risque, pour en suivre la composition, l'agrégation et les émergences. Un tel

postulat conduit à une tout autre attitude épistémologique en face des conflits sociaux. On peut reconnaître l'existence d'organisations ou d'institutions susceptibles de prendre des décisions collectives. En de tels cas, l'assimilation d'un groupe à un individu est justifiable. C'est le cas, par exemple, dans les conflits politico-militaires où l'on peut dire que l'État togolais prend telle décision, entendant par là un acteur non individuel mais polycéphale muni d'un instrument de décision qu'est son gouvernement. Il reste alors à comprendre comment un tel acteur recourt à une stratégie dans une situation particulière.

2. RÉSULTATS

2.1. Caractéristiques des répondants

La proportion d'hommes dans l'échantillon est de 57% (n=68) et 43% de femmes (n=52) ; l'âge moyen se situe à 35 ans. Les enquêtés qui ont respectivement l'âge compris entre 24 et 29 ans et 42 à 47 ans représentent 14% soit un cumul de 28%. Ceux qui ont l'âge compris entre 30 et 35 ans puis entre 36 et 41 ans font 19% (n=23). *Ces résultats montrent que la population enquêtée sans distinction de sexe, est majoritairement jeune.* Les musulmans sont les plus nombreux (n=88) soit 73% de répondants, les enquêtés adeptes du christianisme représentent 23% (n=27) et les animistes font seulement 04%. Il ressort de ces données que la ville de Sokodé est fortement islamisée.

Les enquêtés qui sont sans instruction se comptent parmi les musulmans et représentent 20% de la population

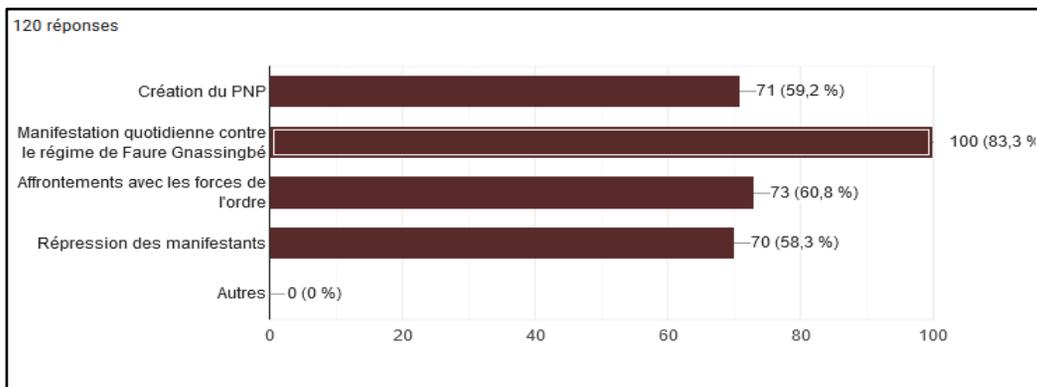
enquêtée et 28% de ce groupe religieux, 34% des répondants ont le niveau secondaire contre 26% qui ont fait le niveau primaire et seulement 09% ont le niveau études supérieures. La population enquêtée est moyennement scolarisée.

La majorité des enquêtés (n=45) est commerçante avec une large prédominance de résidence dans les quartiers Kpangalam et Zongo. Les artisans viennent en deuxième position avec 38%. Parmi les 25% qui sont sans activité professionnelle, 06% sont élèves et étudiants et seulement 10% sont fonctionnaires des deux secteurs (publics et privés). Le commerce est l'activité dominante au sein de la population enquêtée.

2.2. Situation sociopolitique dans la ville de Sokodé avant Covid-19

Un des événements politiques majeurs dans la ville de Sokodé a été la création du parti politique PNP par un des fils de cette ville. 59,2% des enquêtés mentionnent cette création. La ville de Sokodé était en proie à des manifestations politiques. Ainsi, 83,3% des interviewés citent les manifestations quotidiennes contre le régime de Faure Gnassingbé peu avant le covid-19. 60,8% de la population enquêtée soulignent que ces manifestations se dégénèrent en affrontements violents entre population et forces de l'ordre et de la sécurité. 58,3% évoquent la répression quasi-quotidienne des manifestants à Sokodé. Les statistiques ci-dessus montrent qu'il a prévalu dans la ville de Sokodé, une crise sociopolitique peu avant la pandémie de coronavirus comme l'indique le graphique 1 ci-dessous.

Graphique n° 1 : Situation sociopolitique avant la Covid-19 dans la ville de Sokodé

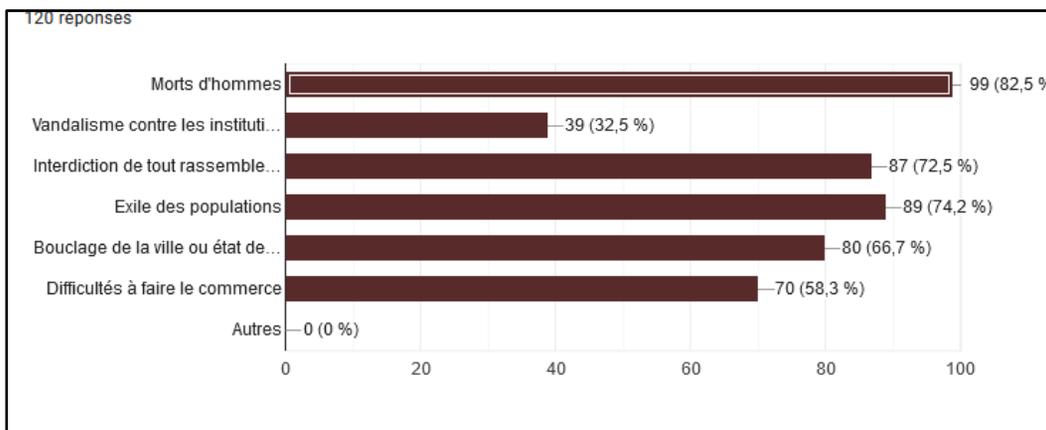


Source : Enquête de terrain, novembre 2021

Cette crise politique a marqué les esprits de la population à travers les conséquences qu'elle a eu aussi bien sur le plan social, physique, sécuritaire qu'économique. Au cours cette crise, il y a eu mort d'hommes comme l'affirment 82,5% ; près de 33% des interviewés parlent de vandalisme ; 72,5% évoquent l'interdiction de tout rassemblement dans la ville de Sokodé ; 74,2% (n=89)

mentionnent l'exil forcé des populations suites aux représailles contre la population ; 66,7% (n=80) citent le bouclage de la ville de Sokodé décrété par les pouvoirs publiques suite aux manifestations politiques et 58,3 pointent du doigt des difficultés de mener les activités commerciales. Telles sont les données contenues dans le graphique 2.

Graphique n° 2 : Conséquences de la crise sociopolitique sur la ville de Sokodé



Source : Enquête de terrain, novembre 2021

Il faut rappeler que la crise sociopolitique dans cette ville a impacté la confiance que la population accorde à ses leaders

politiques que ce l'autorité centrale ou l'autorité locale.

2.3. Confiance en l'autorité locale et scientifique

A la question faites-vous confiance en vos autorités locales et scientifiques dans la gestion de la crise sanitaire ? Il apparaît globalement que la population de Sokodé est moins disposée à suivre les recommandations des autorités. Les données de terrain laissent apparaître que 51,66% des enquêtés ne font pas confiance au préfet contre seulement 23,33%. Or, ce dernier est le président du comité de gestion de la crise au niveau préfectoral. De même, 48,3% des enquêtés n'ont pas confiance en le maire de la ville dans la gestion du covid-19 (n=58) contre 24,2%. De faibles taux de confiance sont également enregistrés concernant la force FOSAP (18,33% de confiance contre 51,67% de méfiance à son égard). En ce qui concerne la confiance placée en le comité scientifique dans la publication des chiffres sur le Covid-19, le score est aussi

faible que celui de la FOSAP. Ainsi, 63,34% n'ont pas confiance en le comité scientifique surtout dans la publication des chiffres sur le Covid-19 contre 19,16% car ce comité est supposé corrompu comme le dit un interviewé abordé dans le quartier Zongo : « walahi, les gens qui font partie du comité de gestion de covid-19 sont corrompus. Ils déclarent parfois des chiffres qui ne sont pas réels ».

2.4. Connaissances des mesures prises par le gouvernement

Les données contenues dans le tableau 1 nous renseignent que les enquêtés dans leur large majorité des enquêtés quel que soit leur niveau d'instruction, a connaissance des mesures prises par le gouvernement afin de lutter contre la pandémie. Au total, 94,1% des enquêtés ont connaissance de ces mesures comme le présente le tableau 1.

Tableau n°1 : Croisement entre niveau d'instruction et connaissance des mesures barrières

Modalité		Connaissance des mesures prises par le gouvernement dans la lutte contre le Covid-19				Total
		Oui	Non	Je ne sais pas	Refuse de répondre	
Niveau d'instruction	Non instruit	23 (92%)	0 (0%)	2 (8%)	0 (0%)	25
	Alphabétisé	12 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	12
	Primaire	28 (94%)	1 (3%)	1 (3%)	1 (3%)	31
	Secondaire	39 (93%)	0 (0%)	2 (5%)	0 (0%)	41
	Supérieur	11 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	11
Total		100%				120

Source : Enquête de terrain, novembre 2021

2.4.1. Liste des mesures édictées par le gouvernement

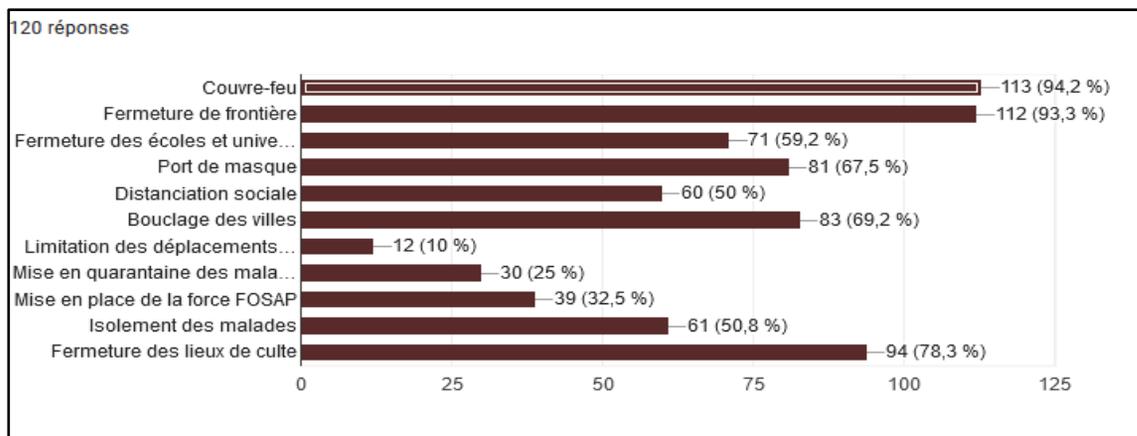
Les données collectées présentent les informations sur la connaissance que la population a sur les mesures prises par les autorités politiques afin de lutter contre le

Covid-19. Ainsi, 94,2% citent le couvre-feu, 93,3% la fermeture des frontières, 59, 2% la fermeture des écoles et universités, 67,5% le port de masque, 50% la distanciation sociale, 69,2% le bouclage des villes, 10% la limitation des

déplacements non utiles%, 25% citent la mise en quarantaine des malades, 32,5% la mise en place de la force FOSAP,

50,8% l'isolement des malades et 78,3% la fermeture des lieux de culte comme le montre le graphique 3.

Graphique n°3 : Connaissances des mesures prises par le gouvernement dans la ville de Sokodé



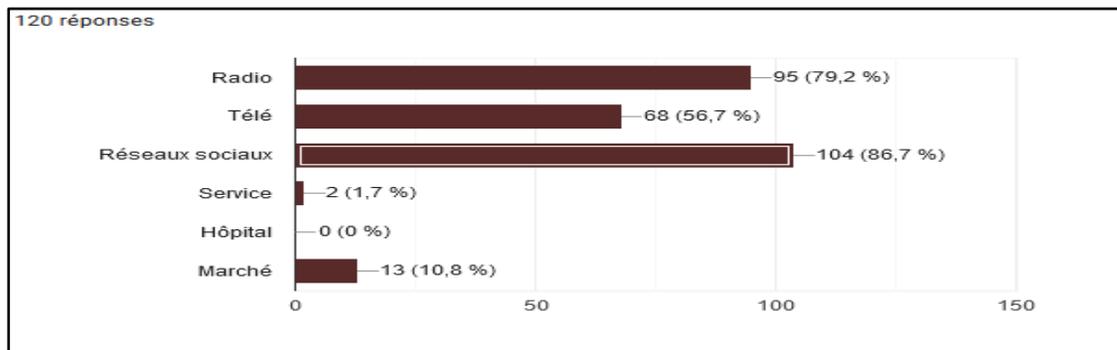
Source : Enquête de terrain, novembre 2021

2.4.2. Moyens de communication sur les mesures barrières

La confiance en l'autorité dépend en grande partie de la manière dont les populations accèdent à l'information sur les mesures barrières. 95,84% des enquêtés disent connaître les mesures prises par le gouvernement pour endiguer

la pandémie. Au moment de l'enquête, près de 87% des enquêtés ont été informés via les réseaux sociaux, 79,2% via la radio, 56,7% à la télévision et 10,8% au marché. Le constat qui se dégage est que les enquêtés sont plus informés à travers les réseaux comme l'indique le graphique 4.

Graphique n°4 : Distribution des enquêtés selon les moyens par lesquels l'information sur la Covid-19 est reçue



Source : Enquête de terrain, novembre 2021

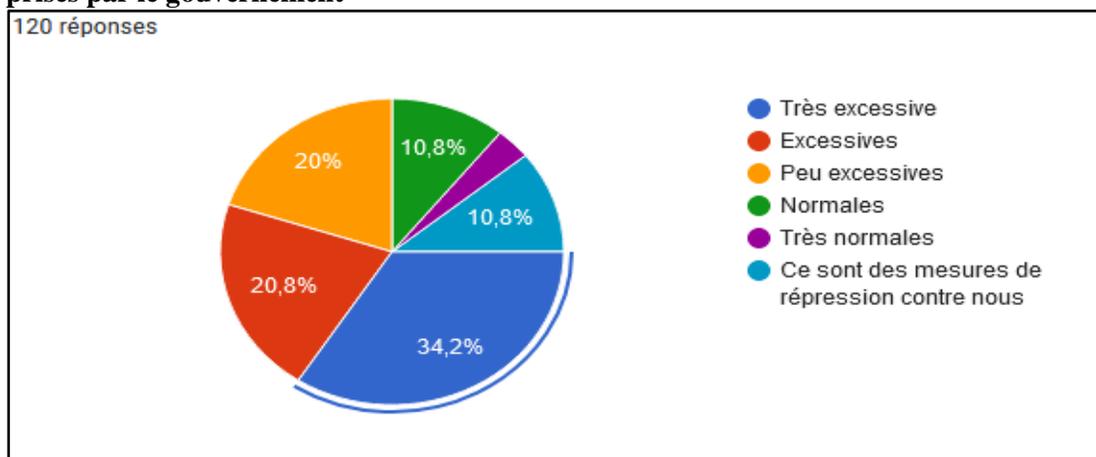
Si les populations de Sokodé ont accès aux informations sur le covid-19 via les canaux ci-dessus cités, comment apprécient-elles la gestion de cette pandémie par les autorités togolaises ?

2.4.3. Opinions sur la gestion de la pandémie par les autorités

L'appréciation des mesures prises par le gouvernement pour lutter contre le covid-

19 reste mitigée : 34,2% des enquêtés trouvent ces mesures très excessives ; 20,8% pensent qu'elles sont excessives. 20% les qualifient de peu excessives, 10,8% des enquêtés pensent que ces mesures prises sont une répression contre la population de Sokodé et 10,8% trouvent ces mesures normales contre seulement 3,3% qui estiment qu'elles sont très normales comme le montre le graphique 5.

Graphique n°5 : Distribution des enquêtés suivant leur appréciation des mesures prises par le gouvernement

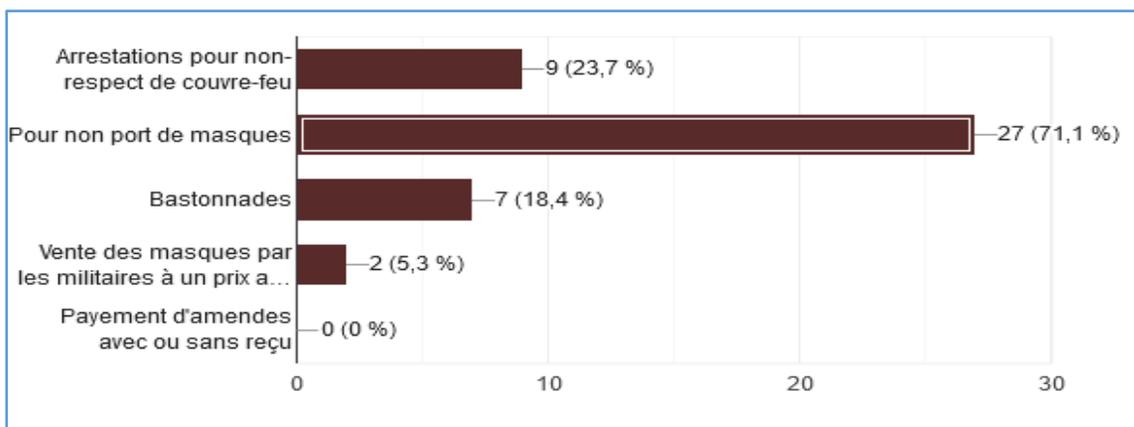


Source : Enquête de terrain, novembre 2021

L'opinion des enquêtés sur les mesures barrières est en lien avec les exactions commises par les forces de l'ordre et de la défense impliquées dans la gestion de la crise sanitaire. 23,3% des répondants ont été arrêtés pour non-respect de

couvre-feux, 71,1% pour non-port de masques, 18,4 ont été bastonnés et 5,3% ont été obligés d'acheter auprès des militaires, les masques au double du prix d'achat comme le présente la graphique 6.

Graphique n° 6 : Distribution des enquêtés en fonction des exactions commises par la FOSAP dans la gestion du Covid-19



Source : Enquête de terrain, novembre 2021

En dehors des exactions commises, il nous semble aussi que l'appartenance politique structure l'opinion des enquêtés

en matière de la gestion de covid-19 par les autorités comme nous le montre le tableau 2.

Tableau n° 2 : Répartition des enquêtés en fonction de l'appartenance politique et l'appréciation des mesures barrières

Appartenance politique	Appréciation des mesures prises par le gouvernement						Total
	Répression	Excès	Normale	Peu d'excès	Très d'excès	Très normal	
Alliance Nationale pour le Changement (ANC)	00	02	02	03	03	00	10
N'appartient à aucun parti	06	06	01	04	07	00	24
Parti National Panafricain (PNP)	07	16	02	12	30	02	69
Union des Forces de Changement (UFC)	00	1	00	01	01	00	03
Union pour la République (UNIR)	00	00	08	04	00	02	04
Total général	13	25	13	24	41	4	120

Source : Enquête de terrain, novembre 2021

Il ressort du tableau 2 que les mesures prises par les autorités politiques dans la gestion de la pandémie sont jugées excessives à 75% (n=90). Parmi les 90 personnes qui estiment ces mesures dans

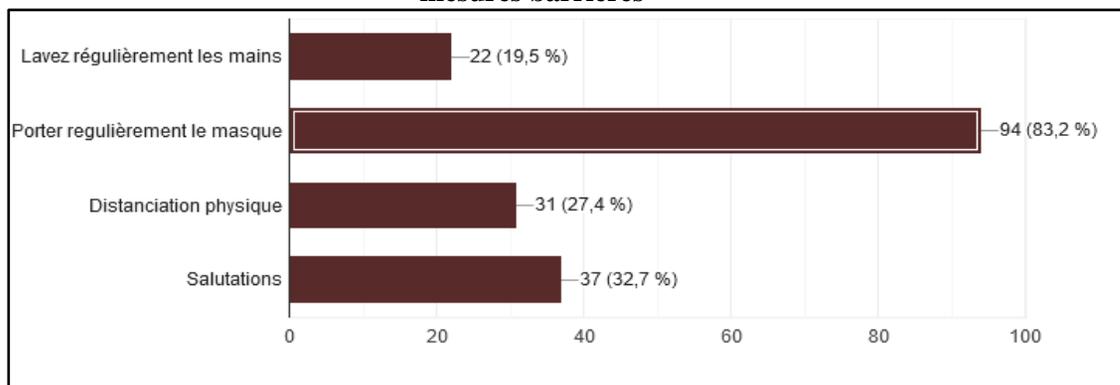
l'ensemble excessives, 41 les trouvent très excessives, 21 les qualifient de peu excessives et 25 les trouvent simplement excessives. Environ 11% de personnes interrogées pensent que les mesures

adoptées par le gouvernement ne sont que des repréailles contre la ville de Sokodé. Dans la répartition des réponses à la question en fonction des partis politiques, il ressort que se sont majoritairement les partisans de PNP à 48% (n=58) qui trouvent ces mesures excessives et répressives à 6%. Ils sont suivis par ceux qui n'adhèrent à aucun parti politique (excessives =14%, répression=05%). Les autres partis de l'opposition (ANC, UFC) et le parti au pouvoir (UNIR) se montrent moins critiques vis-à-vis des mesures prises. On comprend bien qu'on est dans le fief du PNP.

2.4.4. Attitudes vis-à-vis des mesures barrières

Le graphique n° 7 présente les difficultés que rencontrent les enquêtés dans l'observance des mesures barrières. 83,2% des interviewés ne respectent pas le port régulier des masques, 32,7% n'évitent pas de se serrer les mains lors des salutations, 27,4 % n'observent pas la distanciation physique et 19,5% ont de la peine à se laver régulièrement les mains. De tels comportements laissent voir l'inobservance partielle des mesures barrières surtout celles du port de masques dans la ville de Sokodé.

Graphique n° 7 : Distribution des enquêtés en fonction des difficultés de respect des mesures barrières

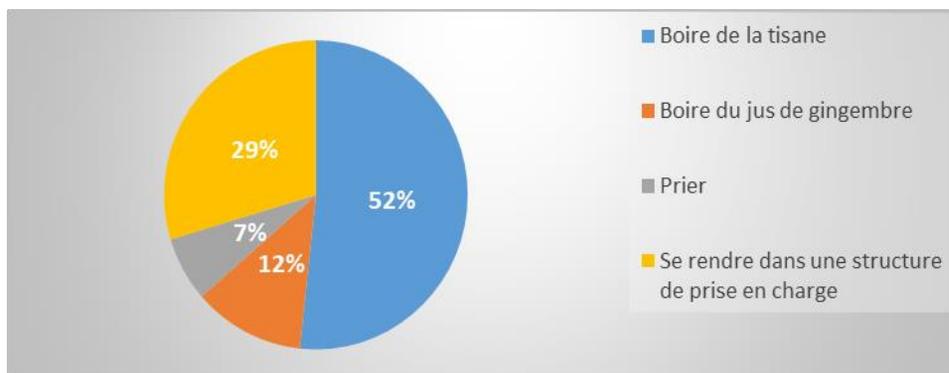


Source : Enquête de terrain, novembre 2021

A la question « Quelle attitude adoptez-vous lorsque vous soupçonnez que vous ou votre proche avez été en contact avec le virus de corona ? », le graphique 8 montre que 52% boivent de la tisane ; 29% disent se rendre dans une structure de prise en charge pour le diagnostic et éventuellement la prise en charge si la

contamination est confirmée ; 12% boivent du jus de gingembre lorsque le doute de l'infection à coronavirus s'installe et 7% déclarent s'adonner à la prière. Ces attitudes ne permettent pas de signaler les cas suspects ou de référer les malades vers les structures de prise en charge.

Graphique n° 8 : Répartition des enquêtés en fonction de leur réaction face au soupçon de contamination à coronavirus



Source : Enquête de terrain, novembre 2021.

3. DISCUSSION

3.1. Caractéristiques des répondants

A travers les données recueillies, la probabilité de se conformer aux directives des autorités est indépendante de l'âge (âge moyen de 35 ans), du sexe (ici à majorité masculine), de religion (à majorité musulmane), du niveau d'instruction (tableau1), de l'activité professionnelle (à majorité commerçante) et de résidence (8 quartiers de la ville) des répondants ; ce qui a également été trouvé par Mathonnat et *al.* (2021, p.33) qui montrent qu'on observe aucune différence de comportement entre hommes et femmes (le non-respect des mesures y est d'environ 29 %) alors que les femmes (51 % d'entre elles) sont plus nombreuses que les hommes (44 % d'entre eux) à avoir une représentation non rationnelle de la Covid. Par contre, les personnes sans niveau d'éducation sont plus nombreuses (34 %) que les autres (entre 23 et 30 %) à ne pas respecter les mesures alors qu'elles ne sont pas plus nombreuses (47 %) à avoir une représentation non rationnelle que les personnes ayant un niveau d'éducation

secondaire ou supérieure (48 %), voire moins nombreuses comparées à celles avec un niveau collège (52 %).

3.2. Situation sociopolitique dans la ville de Sokodé avant Covid-19

Dans la littérature, les conflits internes dans le monde sont souvent perçus comme une inefficacité de l'Etat et résulte de la conjonction de trois facteurs : « (...) *l'incapacité du gouvernement et de l'administration centrale (l'État) à dispenser les services de base ; (...) le manque de légitimité de l'État sur l'ensemble de son territoire à cause notamment de son incapacité à inclure l'ensemble de la population dans le processus de décisions publiques ; (...) l'incapacité de l'État à assurer la sécurité de ses concitoyens et à disposer du monopole de la violence* » (S. Feindouno et L. Wagner, 2020, p. 48). Or, l'on observe à Sokodé des marches du Parti National Panafricain (PNP) qui témoigne du manque de légitimité de l'Etat qui s'exprime par la contestation du régime en place. Ces manifestations ont pour conséquences : morts d'hommes, vandalisme, interdiction de tout rassemblement dans la ville de Sokodé, l'exil

forcé des populations, représailles et bouclage de la ville et arrêt d'activités économiques. Nos résultats se rapprochent de ceux de S. Feindouno et L. Wagner (2020, p.77).

3.3. Confiance en les autorités centrales et locales dans la gestion de covid-19

Les enquêtés ne font aucune confiance en l'autorité politique qu'elle soit centrale ou locale. Comme nous l'avons dit plus haut, l'action de l'État se mesure au degré de confiance des populations au nom desquelles les mesures sont prises. Comme le confirme Fred Eboko (2019, p.139), l'expérience d'Ebola informe qu'il est difficile de gagner la bataille contre le virus sans l'engagement, la responsabilisation et la confiance communautaires. Le respect des mesures gouvernementales ne saurait se faire sans une confiance du public envers les institutions impliquées. C'est ce que relèvent R. Blair *et al.* (2017, p.48) dans leur étude sur l'épidémie d'Ebola au Libéria. Par contre, le fait d'avoir confiance dans les autorités centrales, dans les médecins, d'anticiper des conséquences sanitaires graves favorise l'observance de ce qui est préconisé par les autorités. Plus spécifiquement, Blair *et al.* (Op. cit.) ont montré que durant l'épidémie d'Ebola au Libéria, ceux qui avaient peu confiance dans le gouvernement étaient moins susceptibles de respecter les mesures de précaution à domicile et les mesures de distanciation sociale.

Mathonnat *et al.* (2021, p.35) montrent que pour la confiance dans les autorités centrales et dans les médecins, les coefficients sont assez comparables. Ils varient entre 0,12 (confiance dans les médecins et anticipations de conséquences économiques graves) et 0,15 (confiance dans les autorités centrales et prudence dans la prise de risque). Il n'y a pas

d'impact clair de la confiance dans les autorités locales. Ceux qui font confiance dans les autorités centrales respectent mieux (indice de comportement) les mesures de prévention que ceux qui ne leur font pas confiance (80 % versus 69 %), et mieux que ceux qui ont confiance dans les autorités locales (80 % versus 64 %). De plus, l'enquête montre que ceux qui n'ont pas confiance dans les autorités locales ont un comportement plus respectueux des mesures gouvernementales que ceux qui leur font confiance (74 % contre 64 %).

3.4. Connaissance des mesures prises par le gouvernement

La population sans distinction du niveau d'instruction, est bien informée des mesures de barrières prises par les autorités (tableau 1). Ces mesures vont des couvre-feux à la fermeture des lieux de culte (graphique 3). La confiance en l'autorité dépend en grande partie de la manière dont les populations accèdent à l'information sur les mesures barrières. La communication politique au Togo laisse à désirer et nous n'en voulons pour preuve les tergiversations, les hésitations et l'arrogance des autorités politiques lorsqu'elles ont voulu communiquer sur les mesures barrières édictées par l'Etat. La population a pour sources d'information entre autres la radio, la télévision, les services et les marchés. Majoritairement, la population est informée sur la covid-19 à travers les réseaux sociaux (WhatsApp, Phoenix) qui véhiculent des informations de toutes sortes y compris de fake news.

3.5. Opinions sur les mesures barrières édictées par le gouvernement

Dans l'ensemble, la gestion de covid-19 par les autorités est jugée excessive (tableau 2).

Le Parti National Panafricain (PNP), est le parti politique qui fustige les mesures barrières adoptées par le gouvernement. Les autres partis de l'opposition à savoir l'Alliance Nationale pour le Changement (ANC), l'Union des Forces de Changement (UFC) et le parti au pouvoir Union pour la République (UNIR) se montrent moins critiques vis-à-vis des mesures prises. On comprend bien qu'on est dans le fief de PNP et l'on peut conclure que le covid-19 au moment de l'enquête est loin d'être la préoccupation majeure aux yeux de cette population car la crise sociopolitique dans ce milieu a plus marqué les esprits que la pandémie. En effet, la population de Sokodé avait peu avant le covid-19, été victime des exactions des forces de l'ordre et de la défense lors de la gestion de cette pandémie (graphique 6). Il apparaît également de manière générale que les gens sont moins disposés à suivre les recommandations des autorités. C'est l'exemple du refus de port de masques (graphique 7). Ces résultats montrent que les enquêtés ne sont pas satisfaits de la gestion de la pandémie par les autorités à qui il est reproché d'y accorder une trop grande importance alors que les questions économiques, de gouvernance, de corruption et d'exactions des forces de l'ordre et de la défense sur la population sont plus préoccupantes. Les résultats auxquels nous sommes parvenus sont corroborés par J. Mathonnat et al. (2021, p.27).

Par rapport à tout ce qui précède, quelles sont les attitudes de la population de Sokodé face aux mesures barrières ?

3.6. Attitudes vis-à-vis des mesures barrières

De toutes les mesures édictées par le gouvernement, le port de masques est la mesure la moins suivie dans la ville de

Sokodé (graphique 7). L'observance partielle semble s'expliquer par une contre-réaction aux représailles des forces de l'ordre et de la défense. Malgré les informations disponibles concernant les conduites à tenir en cas d'infection à corona, la population a une attitude irrationnelle face un soupçon d'une probable contamination au virus de corona (graphique 8). La confiance joue un rôle important dans la perception des risques et le comportement des ménages dans la lutte contre les épidémies, particulièrement lorsque les gens sont conscients qu'ils n'ont pas les connaissances nécessaires pour se forger leur propre opinion, (C. Siegrist and G. Cvetkovich, 2000 ; Caleo et al, 2018 ; Bavel et al, 2020 ; Ploh et Musil, 2020 cités par J. Mathonnat et al. (2021, p.38).

Des efforts doivent être faits pour intégrer les résultats des auteurs lus dans la discussion présentée.

CONCLUSION

La question de la Covid vient en tête des problèmes les plus importants pour le gouvernement togolais. Il ressort de l'étude que les mesures barrières adoptées par les autorités togolaises pour limiter la propagation de la pandémie sont partiellement respectées dans la ville de Sokodé. La plupart des mesures prises paraissent avoir été dans l'ensemble acceptées à l'exception du port de masques. Mais les membres des partis politiques sont partagés en trois groupes s'agissant du caractère des mesures prises par le gouvernement. Rappelons ici que l'enquête a été réalisée en novembre 2021, alors que les cas avérés de Covid étaient présents dans la ville de Sokodé. La grande majorité des répondants du PNP pensent que les mesures sont excessives voire répressives. Toutefois, cette perception n'est pas partagée par les

autres partis politiques de l'opposition et le parti au pouvoir. L'enquête montre également qu'une grande partie des répondants connaît bien les mesures anti covid-19 mais qu'en l'absence d'une confiance institutionnelle créée par la crise sociopolitique qu'a traversée la ville de Sokodé, ces mesures sont contestées en l'occurrence le port du masque.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

ALEGBE Achiraf, 2022, « Perception de la gestion politique de la gestion des mesures barrières et observance des mesures barrières dans la ville de Sokodé au Togo », mémoire de Master, Université de Kara, 103p.

ALTERNATIVE, 2020, « Pétrole-gate : Le CAR demande la lumière », URL : <https://www.togoactualite.com/petrole-gate-le-car-demande-la-lumiere/>.

AMESSOU Adaba Koffi, CORRECTEUR, 2021, « Manque de confiance, corruption et COVID-19, les Togolais néanmoins favorables à obéir

à leur gouvernement » Dépêche No. 450, Afrobarometer, URL : <https://www.27avril.com/blog/tag/detournements-de-fonds/page/3>

BAUQUET Nicolas, 2020, « L'action publique face à la crise du Covid-19 », Institut Montaigne, ISSN : 1771-6756, 33 p. URL : <https://www.institutmontaigne.org/ressources/pdfs/publications/note-laction-publique-face-la-crise-du-covid-19.pdf>

BAVEL Jay, BAICKER Khaterine, BOGGIO Paulo, CAPRARO Valerio, Cichocka Aleksandra, CIKARA Mina,

CROCKETT Molly, CRUM Alia, DOUGLAS Karen Marry, DRUCKMAN James, DRURY John, DUBE Oeindrila, ELLEMERS Naomi, FINKEL Eli, FOWLER James, GELFAND Michele, HAN Shihui, HASLAM Alexander, JETTEN Jolanda, KITAYAMA Shinobu, MOBBS Dean, NAPPER Lucy, PACKER Dominique, PENNYCOOK Gordon, WILLER Robb, 2020, « Using social and behavioural science to support COVID-19 pandemic response », *Natura Human Behavior*, 4:460-471, URL : <https://www.nature.com/articles/s41562-020-0884-z>

BLAIR Robert, MORSEB Benjamin, TSAI Lily, 2017, « Public health and public trust : Survey evidence from the Ebola Virus Disease epidemic in Liberia », *Social Science & Medicine*, Volume 172, p.89-97

CALEO Grazia, DUNCOMBE Jennifer, JEPHCOTT Freya, LOKUGE Kamalini, MILLS Clair, LOOIJEN Evita, THEOHARAKI Fivi, KREMER Ronald, KLEIJER Karline, SQUIRE James, LAMIN Manjo, STRINGE Beverleyr, WEISS Helen, CULLI Daniel, LUCA DI TANNA Gian et GREIG Jane, 2018, « The factors affecting household transmission dynamics and community compliance with Ebola control measures: a mixed-methods study in a rural village in Sierra Leone », *BMC Public Health* volume 18 (1) : 248, URL : <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-018-5158-6>

CLARK Shauna, MCMICHAEL Temet, POGOSJANS Sargis, KAY Meagan, LEWIS James, BAER Atar, KAWAKAMI Vance, LUKOFF Margaret, FERRO Jessica, BROSTROM-SMITH Claire, RIEDO Francis, RUSSELL Denny, HIATT Brian, MONTGOMERY Patricia, RAO Agam,

- CURRIE Dustin, CHOW Eric, TOBOLOWSKY Farrell, BARDOSSY Ana, OAKLEY Lisa, JACOBS Jessica, SCHWARTZ Noah, STONE Nimalie, REDDY Sujun, JERNIGAN John, HONEIN Margaret, CLARK Thomas, DUCHIN Jeffrey, 2020, « COVID-19 in a Long-Term Care Facility », URL : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7725515/>
- DHOLE Monika et KOLEY Tapas Kumar, 2020, « The COVID-19 Pandemic. The Deadly Coronavirus Outbreak », eBook ISBN 9781003095590, London, 174p, DOI, URL : <https://doi.org/10.4324/9781003095590>
- DRYHURST Sarah, SCHNEIDER Claudia, KERR John, FREEMAN Alexandra, RECCHIA Gabriel, MARTHE VAN DER BLES Anne, 2020, « Risk perceptions of COVID-19 around the world », *Journal of Risk Research*, Volume 23, 2020 - Issue 7-8: COVID-19 Special Issue, p. 994-1006, URL : <https://doi.org/10.1080/13669877.2020.1758193>
- DURBACH Nadja, 2004, « Bodily Matters: The Anti-Vaccination Movement in England », 1853-1907, Duke University Press, ISBN: 978-0-8223-3423-1 / Cloth ISBN: 978-0-8223-3412-5, 296p, URL : <https://www.dukeupress.edu/bodily-matters>
- EBOKO Fred et SCHLIMMER Sina, 2019, « COVID-19 : l'Afrique face à une crise mondiale », Dans *Politique étrangère*, 2020, 4, p.123 à 134
- FEINDOUNO Sosso et WAGNER Laurent, 2020, « Les conflits internes dans le monde : Estimer les risques pour cibler la prévention », FERDI, 104 p, URL : <https://ferdi.fr/publications/les-conflits-internes-dans-le-monde-estimer-les-risques-pour-cibler-la-prevention>
- GYIMAH-BOADI Emmanuel, & LOGAN Carolyn, 2020, « Global response to COVID-19 in Africa must protect lives, livelihoods, and freedoms. *Development Matters* », Organisation de Coopération et de Développement Économiques, URL : <https://oecd-development-matters.org/2020/04/08/global-response-to-covid-19-in-africa-must-protect-lives-livelihoods-and-freedoms/>
- LANKOANDE Gountiéni Damien, 2020, « Thèse du catastrophisme du COVID-19 en Afrique : ressentiment des africains ou réalité ? », GRAAD Working Paper n°003, Thèse de catastrophisme du COVID-19 en Afrique.pdf
- LEACH Melissa et FAIRHEAD James, 2007, « Vaccine Anxieties : Global Science, Child Health and Society, Earthscan, Publisher, London, ISBN: 978-1-84407-370-2; paperback, 224 p., DOI URL : <https://doi.org/10.4324/9781849773690>
- MATHONNAT Jacky, AUDIBERT Martine, NOSSEK Vincent, 2021, « Perception de la Covid et comportement des ménages au Burkina Faso. Une analyse sur données d'enquête », FERDI, 52 p., URL : <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-03174426/>
- RESNICK Andrew, RHEE Chanu, BAKER Meghan, VAIDYA Vineeta, TUCKER Robert, MORRIS Charles, KLOMPAS Michael, 2020, « Infectious Diseases Incidence of Nosocomial COVID-19 in Patients Hospitalized at a Large US Academic Medical Center », URL : <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/article-abstract/2770287>

ROCHÉ Sébastien, 2016, « De la police en démocratie », Paris, Grasset, 376 pages, URL : <https://doi.org/10.4000/champpenal.9452>

Addiction (2022) 20, p.1035-1045, URL : <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s11469-020-00424-8>.

SCHWARTZ Jason et MBE Am, 2012, « New Media, Old Messages : Themes in the History of Vaccine Hesitancy and Refusal », Journal of Ethics, 14(1), 50-55, URL : <https://doi.org/10.1001/virtualmentor.2012.14.1.mhst1-1201>.

SIEGRIST Michael et CVETKOVICH Serge, 2000, Perception of Hazards: The Role of Social Trust and Knowledge, 2002, URL : <https://doi.org/10.1111/0272-4332.205064>

SOCIAL SCIENCES IN HUMANITARIAN ACTION PLATFORM, 2020, « Examen rapide : hésitation vaccinale et renforcement de la confiance dans la vaccination contre la covid-19 », URL : https://opendocs.ids.ac.uk/opendocs/bitstream/handle/20.500.12413/15794/SHAPP_RCCE%20Vaccine%20Hesitancy_FR.pdf?sequence=13&isAllowed=y

TOGOINFOS, 2020, « Voici pourquoi Togbui Dagban est contre les mesures barrières de la Covid19 », 12 juin.

WOLFE Richard et SHARP Lisa, 2002, « Anti-vaccinationists past and present », BMJ, 325(7361), 430–432, URL : <https://doi.org/10.1136/bmj.325.7361.430>

YILDIRIM Murat, ARSLAN Gökmen et ÖZASLAN Ahmet, 2020, « Perceived Risk and Mental Health Problems among Healthcare Professionals during COVID-19

Pandemic: Exploring the Mediating Effects of Resilience and Coronavirus Fear », International Journal of Mental Health and



IMPACT DE LA CHIMIO-PRÉVENTION DU PALUDISME SAISONNIER SUR LA MORBIDITÉ PALUSTRE CHEZ LES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS DANS LA BÉNOUÉ (NORD-CAMEROUN)

IMPACT OF SEASONAL MALARIA CHEMOPREVENTION ON MALARIA MORBIDITY IN CHILDREN UNDER 5 YEARS OLD IN BÉNOUÉ (NORTH CAMEROON)

¹ KAPTCHOUANG Djibie Lionel, ² NDUNGO Jonathan, ³ TZETE Nathalie Sandrine, ⁴ TABUE Raymond, ⁵ NFOR Tata Julius,...

¹ Université de Dschang, Docteur/Ph.D département de géographie, ldjibie@gmail.com, 237693718150

² Université de Yaoundé I, Doctorant département de santé publique, ndungojonathan@gmail.com, 237653812007

³ Université de Dschang, Docteur/Ph.D département de géographie, tzetenatalie@gmail.com, 237696944674

⁴ Docteur/Ph.D Programme National de Lutte contre le Paludisme, tnraymon@yahoo.fr, 237697884933

⁵ Université de Dschang, Chargé de cours département de géographie, jtnfor2007@yahoo.com, 237675426969

KAPTCHOUANG Lionel Djibie, NDUNGO Jonathan, TZETE Nathalie Sandrine, TABUE Raymond, NFOR Julius Tata, Impact de la chimio-prévention du paludisme saisonnier sur la morbidité palustre chez les enfants de moins de 5 ans dans la Bénoué (Nord-Cameroun), *Revue Espace, Territoires, Sociétés et Santé* 5 (10), 177-186, [En ligne] Décembre 2022, URL: <https://retssa-ci.com>

Résumé

Le paludisme demeure une préoccupation majeure de santé publique en Afrique

subsaharienne, et particulièrement au Cameroun. La chimioprévention du paludisme saisonnier est l'une des méthodes de lutte préconisées par l'OMS. Il s'est agi en conséquence dans cet article de traiter de l'efficacité de cette méthode sur la réduction des cas de paludisme relevés chez les enfants de moins de 5 ans. L'analyse étant basée sur les données de 2016 et de 2017 des morbidités palustres et des données du nombre d'enfants traités par la chimioprévention pour chacun des districts de santé de la Bénoué, il a été calculé les proportions du paludisme, la fraction évitable des cas de paludisme grâce à l'application de cette mesure de prévention et enfin un test de corrélation. Il s'est avéré dans les différents districts de santé que cette mesure de prévention a favorisé de manière générale la réduction des cas de paludisme. A l'échelle du département, pendant les deux années de la durée de l'étude, la proportion du paludisme a été de 38,86% contre 46,45% en 2015. Ce qui traduit nettement l'efficacité de cette mesure de prévention. En revanche, le test de corrélation a montré qu'aucune relation significative au seuil

de 5% n'était existante entre le nombre d'enfant traité pendant la campagne de chimioprévention et la survenue des cas de paludisme. Pour une atteinte plus élargie de la cible, nous pensons que cette mesure devrait débuter au début de la saison pluvieuse, et prendre fin un mois après le début de la saison sèche. Nous pensons également que cette chimioprévention devrait être appliquée à toutes les couches de la population pour un recul conséquent du paludisme.

Mots clés : Bénoué, Impact, Chimioprévention, Paludisme, Enfants de moins de 5 ans,

Abstract

Malaria remains a major public health concern in sub-Saharan Africa, particularly in Cameroon. Seasonal malaria chemoprevention is one of the control methods recommended by WHO. This article has therefore dealt with the effectiveness of this method in reducing malaria cases in children under 5 years old. As the analysis is based on 2016 and 2017 malaria morbidity data and data on the number of children treated with chemoprevention for each of Bénoué's health districts, the proportions of malaria, the preventable fraction of malaria cases through the application of this prevention measure and a correlation test were calculated. In the various health districts, this preventive measure has been shown to have generally contributed to the reduction of malaria cases. At the departmental level, during the two years of the duration of the study, the proportion of malaria was 38.86% against 46.45% in 2015. This clearly reflects the effectiveness of this preventive measure. In contrast, the correlation test showed that there was no significant relationship at the 5% threshold between the number of children treated during the chemoprevention campaign and the occurrence of malaria cases. For a broader achievement of the target, we believe that this measure should start at the beginning of the rainy season, and end one month after the start of the dry season. We also believe that this

chemoprevention should be applied to all segments of the population for a significant reduction in malaria.

Keywords : Bénoué, Impact, Chemoprevention, Malaria, Children under 5,

INTRODUCTION

Le paludisme comme le relève un bon nombre d'étude est l'une des principales causes de morbidité et de mortalité dans le monde, et principalement dans les pays de l'Afrique au Sud du Sahara caractérisés par une urbanisation galopante non contrôlée (EDS 2004, p. 165 ; S. Khadime et al., 2017, p. 1). Le Cameroun est le reflet parfait de cette situation, en effet cette affection y est responsable de 40% à 45% des consultations médicales et de 30% des hospitalisations, en outre de 52% des motifs de consultations chez les enfants de moins de 5 ans, de 26% des absences au travail et de 40% des dépenses de santé des ménages (EDS, 2004, p. 165). En 2017 en revanche, le paludisme a représenté 24% des motifs de consultation, 45% des hospitalisations et 12% des décès survenus dans les centres de santé. Aussi, 32% des consultations chez les enfants de moins de 5 ans et 21% chez les femmes enceintes étaient dues au paludisme (EDS, 2018, p. 256). Mais, c'est une morbidité fortement disparate sur le plan national.

La région du Nord est l'une des plus affectées derrière la région de l'Extrême-Nord. Elles sont caractérisées par une transmission saisonnière très intense et les enfants de moins de 5 ans constituent l'une des couches les plus touchées (C. Djeutchouang, 2010, p. 32 ; L. Djibie et al 2021, p. 26). Outre la distribution des Moustiquaires Imprégnées à Longue Durée d'Action (MILDA) en routine et pendant les campagnes nationales, la chimio-prévention du paludisme saisonnier est appliquée dans ces zones depuis 2016. Cette stratégie est recommandée par l'OMS dans tous les pays du sahel depuis 2012 (UNICEF, 2015, p. 8 ; I.

Salissou et al 2016, p. 2711 ; Sermé et al 2018, p. 1 ; OMS, 2020, p. 12 ; 2021, p. 62). Elle consiste en l'application d'un traitement préventif chez les enfants de moins de 5 ans pendant la période où la transmission est des plus intenses. Il s'agit d'administrer un traitement constitué de sulfadoxine-pyriméthamine et d'amodiaquine pendant trois jours successifs aux enfants avec un mois d'intervalle durant toute la période d'intense transmission.

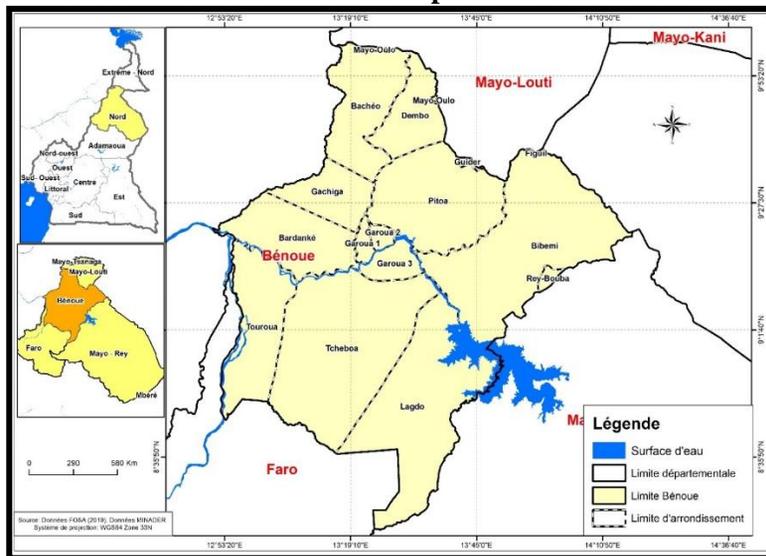
Cet article pose donc le problème de l'efficacité de la chimio-prévention du paludisme saisonnier sur la morbidité palustre chez les enfants de moins de 5 ans dans la Bénoué. Dès lors, quel est l'effet de la chimio-prévention du paludisme saisonnier sur les morbidités palustres enregistrées dans la Bénoué au Nord-Cameroun ? Ce travail a pour objectif de mesurer l'effet de l'application de cette stratégie de prévention sur la morbidité palustre chez les enfants de moins de 5 ans. Nous postulons d'emblée que cette stratégie préventive peut contribuer à la réduction des cas de paludisme enregistrés dans ce groupe cible.

1. Méthodologie

1.1. Localisation de la zone d'étude

L'étude se déroule dans le département de la Bénoué dont le chef-lieu est Garoua. Il s'agit de l'un des quatre départements de la région du Nord. Il est situé entre le $9^{\circ} 6' 15.214''$ de latitude Nord et le $13^{\circ} 43' 44.101''$ de longitude Est. Constitué de 12 arrondissements, de sept districts de santé et 153 aires de santé, et près 261 formations sanitaires (Rapport GTR-LP, 2017, p. 7), le département de la Bénoué couvre une superficie d'environ 13614 km² avec une population estimée à près 851 955 habitants (L. Djibie et al, 2021, p. 27). Le climat tropical de type soudanien régnant dans cette zone lui donne de constituer l'un des trois faciès épidémiologiques du paludisme au Cameroun. Notamment le faciès soudanien caractérisé par une transmission saisonnière longue (C. Djeutchouang, 2010, p. 32). Cette transmission est également entretenue par l'existence de nombreux Mayo qui s'assèchent pendant la saison sèche, et du fleuve Bénoué (Carte n° 1).

Carte n° 1 : Localisation du département de la Bénoué



1.2. Données et méthodes de collecte

Les données utilisées dans ce travail ont été obtenues au Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP). Elles concernent les morbidités palustres enregistrées chez les

enfants de moins de 5 ans, et la chimio-prévention du paludisme saisonnier de 2016 et 2017. Ces données sont réparties selon les différents districts de santé que compte la Bénoué.

Deux méthodes ont été utilisées pour traiter ces données. Notamment la méthode de calcul de la proportion et la méthode de calcul de la fraction préventive. Le calcul de la proportion a permis de déterminer le poids du paludisme dans ce groupe cible par rapports aux autres affections. Ensuite, le calcul de la fraction préventive a permis de déterminer la fraction de cas évitée grâce à l'action de la chimio-prévention. Mais ne disposant pas de l'effectif total de la population des enfants de moins de 5 ans, la fraction préventive a été déterminée en faisant la différence des cas de paludisme diagnostiqués d'une année à une autre. En l'occurrence la différence entre la morbidité enregistrée en 2016 et celle enregistrée en 2015 lorsque la chimio-prévention n'était pas encore appliquée. Enfin, pour déterminer le lien entre ces variables, il a été effectué un test de corrélation.

2. RÉSULTATS

Il est présenté dans cette section premièrement la proportion du paludisme par rapport aux autres pathologies et la fraction des cas évités par district de santé, deuxièmement la proportion et la fraction des cas de paludisme évités sur le plan global, et enfin le résultat du test de corrélation.

2.1. Etude de la proportion du paludisme et de l'impact de la chimio-prévention du paludisme saisonnier dans les districts de santé

La chimio-prévention du paludisme saisonnier s'est tenue au sein des différents districts de

santé d'août à octobre en 2016, et de juillet en octobre en 2017.

2.1.1. Dans le district de santé de Bibémi

La campagne pour l'administration de la chimio-prévention dans le district de santé de Bibémi a concerné 14 119 enfants âgés de 03 à 11 mois et 75 403 enfants âgés de 12 à 59 mois en 2016. Courant cette période, sur 3 212 consultations, 1 030 cas de paludisme étaient détectés soit une proportion de 32,06%. En revanche pendant la même période en 2015, sur 7 399 consultations 2 929 cas de paludisme étaient détectés soit une proportion de 39,58%. Par conséquent grâce à l'application de la chimio-prévention en 2016 il y a eu une baisse de la proportion du paludisme, et 1 899 cas en moins par rapport au niveau de 2015. Puis en 2017 la campagne a concerné 19 302 enfants âgés de 03 à 11 mois et 102688 enfants âgés de 12 à 59 mois. Pendant ces mois, sur 4 828 consultations effectuées, 1 390 cas de paludisme étaient diagnostiqués soit une proportion de 28,79%. Cependant en 2016 sur la même période, on enregistrait sur 4 929 consultations effectuées, 1 643 cas de paludisme pour une proportion de 33,33%. Alors, en 2017 on a obtenu 253 cas de paludisme en moins par rapport au niveau de 2016, et par ricochet une baisse de sa proportion par rapport aux autres affections.

2.1.2. Dans le district de santé de Garoua 1

L'administration de la chimio-prévention du paludisme saisonnier dans le district de santé de Garoua 1 a touché en 2016, 25 757 enfants âgés de 03 à 11 mois et 98 719 enfants âgés de 12 à 59 mois. En dépit de l'effectivité de cette mesure de prévention, nous avons observé une hausse des cas de paludisme en 2016 par rapport à 2015 à la même période. En effet, en 2016 on enregistrait sur 4 934 consultations 4 160 cas de paludisme, pour une proportion de

84,31%. Par contre en 2015, sur 5 669 consultations effectuées on relevait 3 728 cas de paludisme, pour une proportion de 65,76%. Ainsi, en 2016 on note une hausse de la proportion du paludisme par rapport aux autres maladies et 432 cas de plus comparés au niveau de 2015. Ensuite en 2017, la campagne avait permis de toucher 34 154 enfants âgés de 03 à 11 mois et 130 940 enfants âgés de 12 à 59 mois. Pendant cette période étaient détectés 3 541 cas de paludisme sur 6 663 consultations effectuées, soit une proportion de 53,14%. Par contre en 2016 on relevait 4 729 cas de paludisme sur 6 713 consultations, pour une proportion de 70,44%. Alors, par rapport au niveau de 2017, on note une baisse de 1 188 cas de paludisme et de sa proportion par rapport aux autres maladies.

2.1.3. Dans le district de santé de Garoua 2

La chimio-prévention dans le district de santé de Garoua 2 a touché 18 696 enfants âgés de 03 à 11 mois et 85 535 enfants de 12 à 59 mois en 2016. Pendant la même période, sur 4 424 consultations 2 223 cas de paludisme avaient été diagnostiqués, pour une proportion de 50,24%. Toutefois en 2015, on enregistrait sur 6 524 consultations, 3 982 cas de paludisme pour une proportion de 61,03%. Ainsi, on relève une baisse des cas de paludisme en 2016 par rapport au niveau de 2015 soit 1 759 cas. Mais cette baisse contraste avec la hausse de la proportion du paludisme par rapport aux autres maladies. En 2017, 19 627 enfants de 03 à 11 mois et 95 956 enfants de 12 à 59 mois ont été traités. Pendant la même période, sur 6110 consultations effectuées, 2 344 cas de paludisme ont été déclarés, soit une proportion de 38,36%. Par contre en 2016 on notait sur 5 965 consultations 2 913 cas de paludisme, pour une proportion de 48,83%. De ce fait, par rapport au niveau de 2016, en 2017 on note une baisse de la proportion du paludisme, soit une différence de 569 cas.

2.1.4. Dans le district de santé de Gashiga

Dans le district de santé de Gashiga, la chimio-prévention en 2016 a permis de traiter 12 376 enfants de 03 à 11 mois et 72 235 enfants de 12 à 59 mois. Durant cette période, 939 cas de paludisme étaient diagnostiqués sur 2041 consultations effectuées, pour une proportion de 46%. En revanche en 2015, on enregistrait sur 4 150 consultations 1 814 cas de paludisme soit une proportion de 43,71%. Ainsi, grâce à la chimio-prévention on a noté en 2016, 875 cas de paludisme en moins par rapport au niveau de 2015, mais avec une proportion par rapport aux autres maladies plus élevée. En 2017, 13 398 enfants âgés de 03 à 11 mois et 76 641 enfants âgés de 12 à 59 mois ont été traités. Durant cette période, 928 cas de paludisme ont été relevés sur 5 715 consultations effectuées, soit une proportion de 16,23%. Par contre en 2016 sur la même durée, on enregistrait 1 314 cas de paludisme sur un effectif de 2 961 consultations, pour une proportion de 44,37%. En somme en 2017, grâce à la chimio-prévention on a relevé 386 cas de paludisme en moins par rapport au niveau de 2016, de plus la proportion par rapport aux autres pathologies a considérablement baissé.

2.1.5. Dans le district de santé de Lagdo

Dans le district de santé de Lagdo en 2016, grâce à la chimio-prévention ont été traités 18 294 enfants de 03 à 11 mois et 94 179 enfants de 12 à 59 mois. Pendant la même période, 1 537 cas de paludisme étaient déclarés sur 3 632 consultations, soit une proportion de 42,31%. Par contre en 2015, on relevait sur 9185 consultations effectuées, 3 907 cas de paludisme, pour une proportion de 42,53%. En somme du fait de la chimio-prévention, on a enregistré en 2016 une légère baisse de la proportion du paludisme par rapport aux autres maladies, et 2 370 cas en moins par rapport au

niveau de 2015. Par ailleurs en 2017, 25 607 enfants âgés de 03 à 11 mois et 132 475 enfants de 12 à 59 mois ont été traités. Sur la même période, on enregistrait 2283 cas de paludisme sur 6 968 consultations, pour une proportion de 32,76%. En revanche sur la même période en 2016, on enregistrait 2 344 cas de paludisme sur 5 511 consultations effectuées, pour une proportion de 42,53%. Alors, par rapport au niveau de 2016, on note une baisse de la proportion du paludisme et une diminution de 61 cas en 2017.

2.1.6. Dans le district de santé de Ngong

La chimio-prévention dans le district de santé de Ngong a permis de traiter en 2016 26 866 enfants âgés de 03 à 11 mois et 135 693 enfants âgés de 12 à 59 mois. Sur la même période, de 3676 consultations, 1547 cas de paludisme étaient relevés, pour une proportion de 42,08%. En revanche en 2015, on notait sur 6 877 consultations réalisées 2913 cas de paludisme, soit une proportion de 42,35%. Ainsi du fait de la chimio-prévention, il a été noté une légère baisse de la proportion palustre, et 1 366 cas en moins par rapport au niveau de 2015. Puis en 2017, cette mesure a permis le traitement de 31 040 enfants de 03 à 11 mois et de 148 331 enfants âgés de 12 à 59 mois. Courant cette période, sur 5 292 consultations effectuées 1 417 cas de paludisme ont été diagnostiqués, pour une proportion de 26,77%. Par contre en 2016, on enregistrait 2 260 cas de paludisme sur 5095 consultations, pour une proportion de 44,35%. En définitive, grâce à la chimio-prévention on a relevé 843 cas de paludisme en moins en 2017 par rapport à 2016, et une baisse considérable de la proportion.

2.1.7. Dans le district de santé de Pitoa

La chimio-prévention du paludisme saisonnier dans le district de santé de Pitoa a été administrée à 13 917 enfants de 03 à 11 mois et 74 563 enfants âgés de 12 à 59 mois en 2016. Sur la même période, on notait sur 3199 consultations effectuées 1 466 cas de paludisme, soit une proportion de 45,82%. En revanche en 2015 on relevait 3 089 cas de paludisme sur 6 197 consultations effectuées, soit une proportion de 49,84%. Ainsi, la chimio-prévention a favorisé en 2016, une diminution de la proportion du paludisme, et 1623 cas en moins par rapport à 2015. En plus, 18 673 enfants de 03 à 11 mois puis 95012 enfants de 12 à 59 mois ont été traités en 2017. Sur cette période, on enregistrait 594 cas de paludisme sur 4 944 consultations, soit une proportion de 12,01%. Par contre en 2016 on relevait 1 991 cas de paludisme sur 4 693 consultations effectuées, pour une proportion de 42,42%. En somme, grâce à la chimio-prévention, on a relevé 1397 cas de paludisme en moins, et une baisse de la proportion en 2017 par rapport à 2016

2.2. Analyse comparative de la couverture de la chimioprévention au sein des districts de santé

La figure n° 1 donne de constater que dans tous les districts de santé, le nombre d'enfant traité par cette mesure de prévention a augmenté au cours de la deuxième année d'application : 2017. Ceci s'explique par le fait qu'en 2017 par rapport en 2016, la campagne d'administration de ce traitement a débuté un mois plus tôt.

Figure n° 1 : Evolution par district de santé entre 2016 et 2017 du nombre d'enfants traités par la chimioprévention



Source : PNLP 2017

En outre cette chimioprévention pendant la durée de l'étude s'est déployée de manière divergente dans les différents districts de santé, et par conséquent n'a pas atteint le même nombre d'enfant partout. La figure n° 2 permet de voir que le district de santé de Ngong a pu faire une large couverture et toucher le plus grand nombre d'enfants de zéro à 59 mois, soit 341 930 enfants. Il est suivi du district de santé de Garoua 1 où 289

570 enfants ont été traités, puis du district de santé de Lagdo où 270 555 enfants ont été traités. Ensuite le district de santé de Garoua 2 a couvert 219 814 enfants, le district de santé de Bibémi 211 512 enfants, et le district de santé de Pitoa 202 165 enfants. Et enfin, le district de santé de Gashiga est caractérisé par la plus faible couverture soit 174 650 enfants de moins de 5 ans traités pendant la période d'étude.

Figure n° 2 : Couverture de la chimioprévention dans les différents districts de santé



Source : PNLP 2017

2.3. Étude de la proportion du paludisme et de l'impact de la chimio-prévention du paludisme saisonnier à l'échelle du département

Dans le département de la Bénoué en 2016, la chimio-prévention a été administrée à 130 025 enfants de 03 à 11 mois et 636 327 enfants de 12 à 59 mois. Pendant cette période, 25 118 consultations avaient été réalisées, et parmi elles, 12902 cas de paludisme étaient relevés, soit une proportion de 51,36%. Cependant en 2015, on enregistrait sur 46 001 consultations 22 362 cas de paludisme, pour une proportion de 48,61%. En somme, on note 9 460 cas de paludisme en moins par rapport au niveau de 2015, mais une hausse de la proportion du paludisme par rapport aux autres pathologies. En 2017, la chimio-prévention était administrée à 161 801 enfants de 03 à 11 mois et 782 043 enfants de 12 à 59 mois. Courant la même période, sur 40 520 consultations, on relevait 12497 cas de paludisme soit une proportion de 30,84%. En revanche en 2016, on enregistrait sur 35 867 consultations 17 194 cas de paludisme, soit une proportion de 47,93%. Ainsi, cette mesure a permis de diminuer le poids du paludisme dans les motifs de consultations et d'obtenir 4 697 cas de paludisme en moins en 2017 par rapport au niveau de 2016.

Considérant les deux années de la période d'étude, la chimio-prévention a été administrée à 291 826 enfants de 03 à 11 mois et 1 418 370 enfants de 12 à 59 mois, soit 1 710 196 enfants de zéro à 59 mois. Pendant cette période, il y a eu 29691 cas de paludisme sur 76387 consultations effectuées, pour une proportion palustre de 38,86%. Contre 25 990 cas de paludisme relevés sur 55 950 consultations en 2015, pour une proportion de 46,45%. En somme, grâce à l'administration de la chimio-prévention, le poids du paludisme dans la morbidité totale a diminué

pendant les deux années de notre étude par rapport au niveau de 2015 où cette mesure de prévention n'était pas encore pratiquée. En dépit de cette conclusion, aucune relation statistiquement significative au seuil de 5% n'est effective entre nos variables. En effet, le test de corrélation effectué a donné un coefficient de 0,49 et une significativité bilatérale de 0,25. Ainsi, il n'existe aucun lien statistique entre les enfants de moins de 5 ans traités à la chimio-prévention du paludisme saisonnier et les cas de paludisme obtenus pendant les deux années de la période d'étude.

3. DISCUSSION

La chimio-prévention du paludisme saisonnier appliquée dans les différents districts de santé de la Bénoué a considérablement contribué à la régression des cas de paludisme chez les enfants de moins de 5 ans. Cette mesure a été appliquée pour la première fois en 2016 et la seconde en 2017. Ainsi, pendant la durée de l'étude, elle s'est déployée de manière disparate dans les différents districts de santé. L'analyse comparative du déploiement de cette mesure de prévention a permis de constater que c'est le district de santé de Ngong qui a traité le plus grand nombre d'enfants et que c'est le district de santé de Gashiga qui en a traité le moins. Bien que ne disposant pas des proportions réelles d'enfants traités dans ces districts de santé du fait de l'absence des données sur l'effectif total de ce groupe cible dans les districts de santé, nous pensons que cette analyse comparative renseigne même de manière implicite sur les difficultés éventuelles rencontrées dans le district de santé de Gashiga et, sur les bonnes stratégies appliquées dans le district de santé de Ngong. Dès lors, on connaît en avance le district de santé nécessitant le plus d'accompagnement pour une meilleure couverture de la mesure de prévention.

Dans le travail, nous avons déterminé la proportion du paludisme, puis la fraction évitable des cas de paludisme en faisant la différence entre les cas de paludisme relevé en 2016 par rapport au niveau de 2015 et en 2017 par rapport au niveau de 2016, enfin sur le plan global par rapport au niveau de 2015. De manière générale dans les districts de santé, on a relevé une diminution des cas de paludisme et de sa proportion après l'administration de la chimio-prévention. Sauf dans le district de santé de Garoua 1 où en 2016 par rapport au niveau de 2015 lorsque la chimio-prévention n'était pas encore effective, une hausse des cas et de la proportion du paludisme a été relevée. Concernant la mise en œuvre de cette mesure, elle a débuté plusieurs mois après la saison des pluies, précisément en 2016 au mois d'août et en 2017 au mois de juillet. Nous pensons que pour une large couverture et plus d'efficacité, cette campagne devrait débuter en mai avec l'avènement des pluies jusqu'en novembre c'est-à-dire un mois après la fin de la saison. Cette thématique a fait l'objet de recherches plurielles sur le continent. En l'occurrence, I. Salissou et al (2017, p. 690) par une étude de cas témoin ont pu estimer l'impact de la chimio-prévention au sein d'un échantillon d'enfants au Niger. Ainsi, ils ont mis en relief une réduction de l'ordre de 73% de l'incidence du paludisme et une corrélation moyenne entre cette mesure et la réduction constatée de l'incidence. Par contre dans notre étude, aucun lien significatif du point de vue statistique au seuil de 5% ne s'est avéré. De plus, Sermé et al. (2018, p. 1) trouvaient dans leur étude que la chimio-prévention avait favorisé la réduction des cas de paludisme au Burkina. Puis A. A. Oumar et al. (2020, p. 5) au Mali dans deux districts sanitaires mettaient en exergue une diminution des cas de paludisme en 2014 et en 2015 par rapport au niveau de 2013. Précisément, il s'agit d'une baisse des cas chez les moins de 5 ans, de l'ordre de 52%

en 2014 et 49% en 2015 par rapport au niveau de 2013 dans le district de santé de Kangaba d'une part, et d'une baisse de 57% en 2014 et 40% en 2015 dans le district de santé de Kolokani d'autre part. Et enfin M. Kefbene (2020, p. 81) a, par le biais d'une étude réalisée au Tchad à partir des données cliniques de huit districts de santé, mis en évidence que la chimio-prévention a favorisé une augmentation de l'incidence clinique des cas simples de paludisme, qui contraste avec une réduction de l'incidence des cas graves. Ces résultats confortent particulièrement la hausse des cas de paludisme et de sa proportion obtenue dans le district de santé de Garoua 1 en 2016 par rapport au niveau de 2015. Et globalement la réduction des cas et de la proportion du paludisme observée pendant la durée de l'étude.

CONCLUSION

Au long de ce travail, nous nous sommes attelés à évaluer l'impact de la chimio-prévention du paludisme saisonnier sur l'occurrence des cas de paludisme chez les enfants de moins de 5 ans. Il en résulte que la chimio-prévention dans les districts de santé n'a pas eu le même impact en termes d'enfants traités. Le plus grand nombre d'enfants traités pendant la période de l'étude a été enregistré dans le district de santé de Ngong et le plus petit dans celui de Gashiga. Cependant, de manière générale cette mesure a favorisé une réduction considérable des cas de paludisme dans tous les districts de santé. En plus à l'échelle du département, pendant les deux années de la durée de l'étude, la proportion du paludisme a été de 38,86% contre 46,45% en 2015. Ce qui traduit à suffisance l'efficacité de cette mesure de prévention. Par contre, le résultat du test de corrélation a montré qu'aucune relation significative au seuil de 5% n'était existante entre le nombre d'enfants traités pendant la campagne de chimio-prévention et la survenue des cas de paludisme. Pour une atteinte

plus élargie de la cible, nous pensons que cette mesure devrait débuter un peu plus tôt avec le début de la saison pluvieuse, et prendre fin un mois après la fin de cette saison. Nous pensons également que cette chimioprévention devrait être appliquée à toutes les couches de la population pour un recul conséquent du paludisme.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

DJEUTCHOUANG SAYANG Colins, 2010, "Intérêt de l'utilisation des tests de diagnostic rapide du paludisme sur le coût et l'efficacité de la prise en charge des patients fébriles à Yaoundé, Cameroun" Thèse de Doctorat Université de la Méditerranée, Faculté de Médecine de Marseille.

DJIBIE KAPTCHOUANG Lionel, TSAMO Louis Merlin et NFOR TATA Julius, 2021, Influence de la variabilité climatique sur l'incidence palustre dans la Bénoué (Nord-Cameroun), *Revue Espace, Territoires, Sociétés et Santé*, 4 (7), 25-40.

GTR-LP, 2018, Rapport d'activités techniques du groupe technique régional de lutte contre paludisme, 2017, Equipe cadre du GTR-LP.

Kebfene Moundiné, 2020, Modélisation et paramétrage géomatique de l'impact de la Chimioprévention du Paludisme Saisonnier sur la morbidité et la mortalité dues au paludisme chez les enfants de moins de cinq (5) ans dans deux provinces du Tchad : Hadjer Lamis et Chari-Baguirmi, Thèse de Doctorat en Biologie-Santé, Université Aix-Marseille.

Khadime Sylla, Kouly Tine Roger Clément, Sow Doudou, Ndiaye Magatte, Sarr Aïssatou, Tshibola Mbuyi Marie Louise, Diouf Ibrahima, Colé Lô Amy, Abiola Annie, Cheikh Seck Mame, Mouhamadou Ndiaye, Sadikh Badiane, A N'Diaye Jean Louis, Ndiaye Daouda, Faye Oumar, Dieng Thérèse, Dieng Yémou, Ndir Oumar, Gaye Oumar et Faye Babacar, 2017, Effect of Seasonal Malaria Chemoprevention (SMC) with SulfadoxinePyrimethamine (SP) and Amodiaquine (AQ) on the Acquisition of antiAMA1 and anti-

MSP1_42 Antibodies among Children under 10 Years Living in the Southern part of Senegal (Velingara), *Malar Chemoth Cont Elimination*, an open access journal ISSN: 2470-6965.

OMS, 2020, Rapport 2020 sur le paludisme dans le monde, Organisation mondiale de la santé.

OMS, 2021, Lignes directrices de l'OMS sur le paludisme, Genève :

Organisation mondiale de la Santé ; 2021 (WHO/UCN/GMP/2021.01). Licence : CC BY-NC SA 3.0 IGO.

Oumar Aboubacar Alassane, Ba, Diallo Dramane, Sanogo Moussa, Ousmane, Diawara, Guindo, Malan, Traore et Diop, 2020, Impact de la chimioprévention du paludisme saisonnier chez les enfants de 3 à 59 mois dans les districts sanitaires de Kangaba et de Kolokani entre 2013 à 2015, *Rev Mali Infect Microbiol*, Tome 15, p : 54-60.

Salissou Issa, Moustapha Mahaman Lamine, Alkassoum Ibrahim, Hadiza Djakou et Ibrahim Maman Laminou, 2017, Estimation de l'impact en santé publique de la chimioprévention du paludisme saisonnier au Niger, *J. Biol. Chem. Sci.* 11(2), p : 685-693, ISSN 1997-342X (Online), ISSN 1991-8631

Salissou Issa, Moustapha Mahaman Lamine, Yerima Bako, Alkassoum Ibrahim, Hadiza Djakou et Ibrahim Maman Laminou, 2016, Perception de la chimioprévention du paludisme saisonnier au Niger, *Int. J. Biol. Chem. Sci.* 10(6) : 2710-2715.

Sermé, Bicaba, Ly, Bila, Druetz Thomas. et Haddad, 2018, Comprendre le succès de l'implantation et l'expansion de la chimioprophylaxie saisonnière du paludisme au Burkina Faso, Partenariat de recherche en santé maternelle et infantile, SERSAP, Université Laval.

UNICEF, 2015, Atteinte de la cible des OMD pour le paludisme : inversion de la tendance entre 2000 et 2015, Organisation Mondiale de la Santé.



ANALYSE SOCIOLOGIQUE DES DETERMINANTS DE L'ABANDON ET DU RENONCEMENT A LA CONSULTATION PRENATALE (CPN) PAR LES FEMMES MULTIPARES EN MILIEU IFE AU CENTRE DU BENIN

SOCIOLOGICAL ANALYSIS OF THE DETERMINANTS OF ABANDONMENT AND RENUNCIATION OF PRENATAL CONSULTATION (PNC) BY MULTIPAROUS WOMEN IN IFE ENVIRONMENT IN THE CENTER OF BENIN

¹ MELIHO Codjo Pierre, ² OTTOKOU Codjo Adam,..

¹ Université Nationale d'Agriculture (UNA, Porto-Novo),
Laboratoire des Sciences Animales et Halieutiques (LaSAH),
Bénin, BP : 207 Cocotomey (République du Bénin), Tél. : 00229
95 05 48 15 / 97 38 53 84, WhatsApp : 00229 96 22 95 66 ; e-mail
: pmeliho@gmail.com

² Université d'Abomey-Calavi (UAC-Bénin), Département de
Sociologie-Anthropologie, Bénin, Tél. : 00229 66356513, e-mail :
adamottok@gmail.com

MELIHO Codjo Pierre et OTTOKOU Codjo Adam,
Analyse sociologique des déterminants de l'abandon et du
renoncement à la consultation prénatale (CPN) par les
femmes multipares en milieu IFE au centre du Bénin,
Revue Espace, Territoires, Sociétés et Santé 5 (10), 187-206, [En
ligne] Décembre 2022, URL: <https://retssa-ci.com>

Résumé

Cette recherche analyse les facteurs explicatifs de la satisfaction des femmes multipares et leur influence sur la consultation prénatale dans l'aire culturelle Ifè à Doumè dans la Commune de Savalou au centre du Bénin. La démarche méthodologique utilisée au cours de cette

recherche est fondamentalement qualitative, ce qui a permis d'utiliser les techniques d'observation directe et de l'entretien semi-directif. Au total 19 informateurs ont été approchés par l'échantillonnage à choix raisonné pour collecter des matériaux empiriques primaires triangulés dans la perspective de l'analyse de contenu appuyée par l'approche compréhensive et le modèle systémique de soins préventifs. Les résultats montrent que divers facteurs expliquent le renoncement et l'abandon des CPN par les femmes multipares. Ils sont classés par trois niveaux. Primo, il y a les facteurs individuels (illness) marqués par le faible niveau d'instruction, la perception de l'accueil et le profil socio-économique des femmes multipares. Secundo, la recherche met en exergue les facteurs collectifs représentatifs de l'environnement social des femmes sous la forme expressive du pouvoir de décision d'aller à la CPN détenu par l'époux, les ascendants et autre personne influente faisant partie du groupe organisateur de la thérapie, le genre et la perception sociale de la grossesse (sickness). Tertio, il est noté le rapport à la relation aux soins

Analyse sociologique des déterminants de l'abandon et du renoncement à la consultation prénatale (CPN) par les femmes multipares en milieu IFE au centre du Bénin, (disease) soutenu par la sous information des mères multipares sur la CPN. Ce dernier facteur est renforcé par la complicité, la construction des relations parallèles et l'accueil sur fond de relation patrimoniale, amicale et du clientélisme entre soignant et soigné.

Mots clés : Renoncement, satisfaction, clientélisme, CPN, femme multipare, Ifè

Abstract

This research analyzes the explanatory factors of the satisfaction of multiparous women and their influence on the prenatal consultation in the Ifè cultural area in Doumè in the Commune of Savalou in central Benin. The methodological approach used during this research is fundamentally qualitative, which made it possible to use the techniques of direct observation and semi-structured interview. A fine 19 informants were approached by the technique of reasoned choice to have triangulated empirical data from the perspective of content analysis supported by the comprehensive approach and the systemic model of preventive care.

The results show that various factors explain the renunciation and abandonment of ANC by multiparous women. They are classified by three levels. First, there are the individual factors (illness) marked by the low level of education, the perception of reception and the socio-economic profile of multiparous women. Secondly, the research highlights the collective factors representative of the social environment of women in the expressive form of the decision-making power to go to the ANC held by the husband, the ascendants and other influential person who is part of the organizing group of therapy, gender and social perception of pregnancy (sickness). Thirdly, it is noted the relation to the relation to care (disease) supported by the under-information of multiparous mothers on the PNC. This last factor is reinforced by the complicity, the construction of parallel

relationships and the reception against the background of a heritage relationship, friendship and clientelism between caregiver and patient.

Keys words : Renunciation, satisfaction, clientelism, CPN, multiparous woman, Ifè

INTRODUCTION

En Afrique, les mythes, valeurs et croyances autour de la grossesse influencent significativement le comportement de la femme dans le recours aux soins pré et post natals. Cette réalité enchâssée dans la culture, induit parfois les acteurs du monde social et ceux de l'arène médicale dans un conflit de relation au cours du suivi de la grossesse. Ainsi, l'écart qui résulte de ce conflit entre les deux arènes trouve son origine à partir de l'étape où les femmes s'inscrivent dans une logique d'interruption ou d'abandon du suivi médical (S. Carillon, 2010, p. 2) pendant la grossesse. En effet, questionnant les femmes sur la façon dont elles parviennent ou non à s'approprier la médicalisation de la vie (P. C. Méliho, 2015, p. 132) en rapport avec la maternité, il s'est avéré que « la grossesse aujourd'hui si elle n'est pas pathologique, elle est médicalisée » (J. Béatrice, 2007, p. 2). Cette conception laisse croire que les prescriptions et recommandations de la santé publique s'imposent à la femme comme condition dont dépend le suivi de sa grossesse. Autrement, la médecine clinique considère la consultation pré natale comme un fait universel, qui doit se détacher de l'individualisme des femmes, voire des acteurs de l'environnement socio familial. Or, le rôle joué par les acteurs de l'environnement social de la femme dans le suivi de la grossesse est capital et non négligeable, reposant donc sur des connaissances, savoirs, expériences et croyances qui ont un fond patrimonial. C'est dire qu'on observe « une division sociale dans le suivi de la femme enceinte dans la communauté » (A. Laly, 2016, p. 84).

En réalité, cette divergence de regards autour de la CPN met en relief l'inobservance thérapeutique, qui anime le débat actuel en éthique de santé publique. Pour A. M. Louchez (2017, p. 75) « la thématique de l'observance nous amène à nous questionner sur notre système de santé et son adaptation à ces nouveaux enjeux » sociaux et conjecturels. On comprend donc que cette problématique de l'inobservance rime avec la notion d'interruption, d'abandon et de renoncement à la consultation pré natale. Elle fait partie des objets de recherche en sciences sociales, notamment en sociologie et en anthropologie de la santé afin de permettre une mesure objective de ses causes, de ses conséquences et de ses solutions (A. M. Louchez, 2017, p. 74). Malgré l'engagement de la politique sanitaire globale et des efforts de tous les acteurs d'aider la femme à conduire sa grossesse à une issue heureuse, des irrégularités liées au suivi de la grossesse sont constatées. Celles-ci sont rassemblées dans le panier de l'inobservance des normes médicales relatives au suivi de la grossesse. Ce qui renforce les complications répétées, causes de la mortalité maternelle et infantile pendant que les sciences médicales mettent tout en œuvre pour les éviter. Il se dégage à cet effet que l'observance du suivi médical de la grossesse, ne dépend pas uniquement du fonctionnement de la structure sanitaire, mais aussi et surtout de l'individu (la femme enceinte) et de la relation de soins (S. Carillon, 2010, p. 2) sans ignorer l'influence du corps social d'appartenance.

Au continuum de la réflexion de S. Carillon (2010), cet article restitue une contribution de la sociologie au débat actuel sur l'inobservance des normes relatives à l'éthique de santé publique en matière du suivi de la grossesse en milieu ifè de Doumé dans la Commune de Savalou au centre du Bénin. Il s'agit bien d'un contexte où la réduction de la mortalité maternelle et infantile préoccupe tant les politiques nationales qu'internationales de santé publique ainsi que les acteurs de l'arène périphérique. Aussi, la réflexion sur l'inobservance des CPN est-elle appréciée du fait que les services de maternité

démontrent comment le personnel soignant s'intéresse à l'évolution de la grossesse et en l'occurrence l'état de santé du couple mère-enfant. En fait, l'anthropologie médicale, après avoir démedicalisée la maladie en intégrant dans les objets de recherche les représentations sociales et les logiques thérapeutiques y afférentes en contexte large (P. C. Mèliho, T. T. Dikpo, 2019, p. 110), développe aujourd'hui ses outils pour questionner les systèmes et politiques de santé dont l'observance des CPN est un aspect fondamental abordé ici. Ainsi, partant de l'hypothèse que, « le recours au suivi médical de la grossesse est fonction de la satisfaction des femmes multipares des services à elles offerts », leurs perceptions sociales et celles de leur entourage sur la CPN sont interrogées pour expliquer les marges observées en milieu ifè à Doumé dans la Commune de Savalou. L'objectif général de cette recherche est d'analyser les déterminants liés à la satisfaction des femmes multipares et leur influence sur le suivi de la grossesse en contexte clinique. L'intérêt scientifique de la présente recherche repose sur le fait qu'avoir une bonne compréhension du sens de la grossesse en milieu ifè à Doumé va favoriser une meilleure acceptation des réponses apportées par les matériaux de terrain pour illustrer le drille de la consultation prénatale par renoncement et abandon des femmes expérimentées de l'environnement médical d'accouchement. En conséquence, la présente recherche apporte des informations à travers lesquelles les professionnels de la santé maternelle et reproductive sont invités à prendre en compte les comportements subjectifs des femmes multipares pour mieux s'occuper d'elles en cas de suivi pré et post natal. Pour y parvenir il a été proposé une méthodologie inspirée de l'approche sociologique.

1. Matériels et méthodes

L'armature méthodologique a porté sur deux aspects, notamment la présentation et la

Analyse sociologique des déterminants de l'abandon et du renoncement à la consultation prénatale (CPN) par les femmes multipares en milieu IFE au centre du Bénin,) justification du cadre de la recherche et l'organisation de la collecte des matériaux.

1.1. Présentation et intérêt du choix de *Doumè*

L'exposé sur la présentation et les raisons justifiant le choix du milieu *ifè* à *Doumè* dans la Commune de Savalou a documenté trois points. D'abord, la situation géographique, population, l'histoire de *Doumè* et les données sociolinguistiques. Ensuite, les dynamiques socio-culturelles et leur influence sur le suivi de la grossesse dans ce contexte précis ont été abordées. Enfin, le regard a été porté sur la couverture sanitaire pour situer le système de santé périphérique dans l'offre des services de maternité au Bénin.

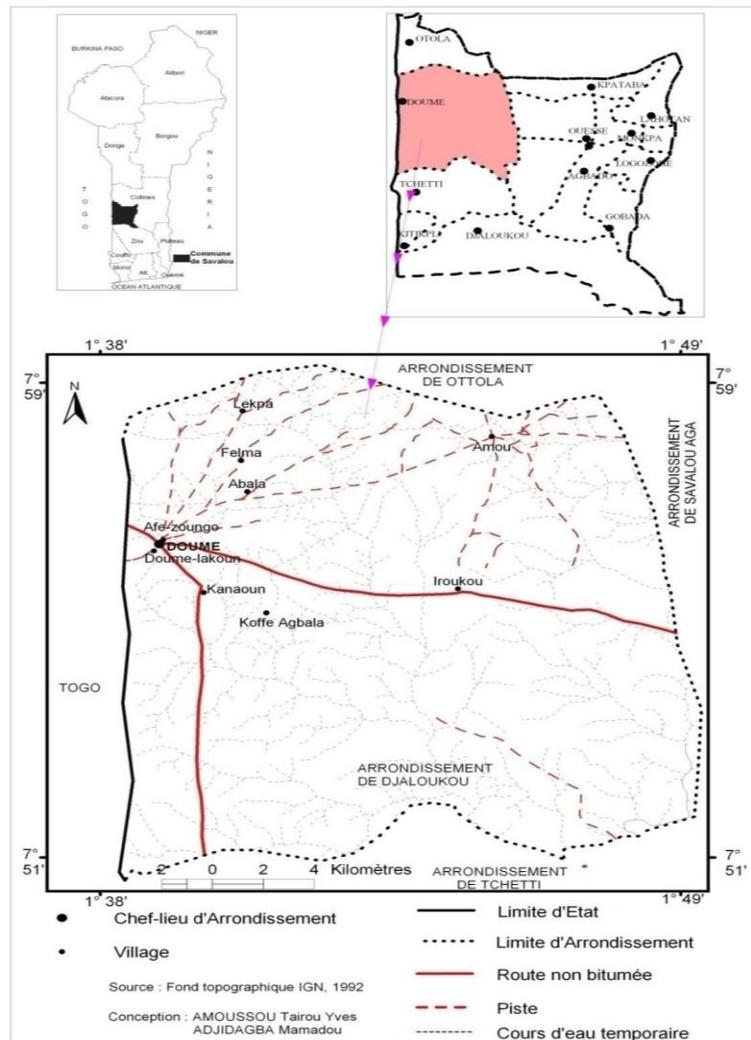
1.1.1. Situation géographique, population et socio-histoire de *Doumè*

Du point de vue géographique, *Doumè* est un arrondissement plus étendu en termes d'occupation de l'espace physique de la Commune de Savalou. Il est situé à l'Ouest, le

long de la frontière Bénin-Togo. *Doumè* est limité au Nord par l'Arrondissement d'*Ottola*, au Sud par *Tchetti*, à l'Est par *Aga* et à l'ouest par la République du Togo.

L'Arrondissement de *Doumè* est compris entre 1°38 et 1°49 de latitude Nord d'une part et 7°51 et 7°59 de longitude Est d'autre part. Il partage ses frontières avec les arrondissements d'*Ottola*, de *Tchetti*, d'*Aga* puis les localités limitrophes de la République du Togo. *Doumè* présente beaucoup d'atouts défavorables à une meilleure accessibilité aux services publics, notamment ceux de santé maternelle. Certains villages de l'Arrondissement de *Doumè* tels que *Iroukou*, *Bèbiani*, *Amou*, *Adanwé*, *Kpékpélou* et *Lekpa* sont difficiles d'accès. Ce qui engendre une forte distanciation géographique lorsque les populations ont besoin des services du centre de santé de *Doumè*. Cette situation est tributaire de la distance qui sépare ces villages du chef-lieu d'Arrondissement et les pistes rurales dégradées, en l'occurrence pendant la saison pluvieuse. La carte ci-dessous montre la localisation géographique de *Doumè*.

Carte n°1 : Situation et localisation géographique de l'arrondissement de *Doumé*



Source : documentation, Février 2018

En effet, avec un taux d'accroissement annuel de 3,7 l'Arrondissement de *Doumé* compte 11970 hommes contre 12591 femmes pour une population totale de 24561 habitants (INSAE, RGPH4, 2013). Cette population est répartie dans dix-huit villages et quartiers de villes que sont : Abbala, Abè-Okouta, Adjégoulè, Affé-Zongo, Agan, Aroudé, Amou, Bèbiani, Coffé-Agballa, Doumé-Lakoun, Ekpa, Felma, Iroukopu, Kannaoun, Kpékpélou, Lekpa, Mangowèssi, et Olouwakèmi.

Sur le plan historique, *Doumé* a été fondé à partir des migrations des populations *Ifè* parties de la localité d'*Iléifè* au Nigeria pour s'y installer après avoir pris par Grand-Popo, Tchetti, et Kannaoun. Il a donc connu à l'origine le phénomène de peuplement à la défaveur du dépeuplement de la localité d'*Iléifè*. Comme toute communauté endogène, la population *Ifè* du Nigeria s'est déplacée avec sa divinité *Dahdoumè*, d'où son toponyme *Doumé* par éludation du préfixe *Dah*. Cette divinité joue le

Analyse sociologique des déterminants de l'abandon et du renoncement à la consultation prénatale (CPN) par les femmes multipares en milieu IFE au centre du Bénin.)

rôle protecteur à tous les fils et filles de *Doumè* en cas d'une situation critique (malheur, mésaventure, événement tragique, infertilité, grossesse, ...).

En ce qui concerne la sociolinguistique, actuellement *Doumè* est étendu vers l'actuel territoire de la République du Togo, ce qui justifie la présence massive des *Ifè* dans ce pays limitrophe à la République du Bénin. Ainsi, au-delà des populations autochtones, on rencontre à *Doumè* d'autres groupes sociolinguistiques qui ont contribué à son peuplement et à sa population. Les principaux groupes sociolinguistiques qui se partagent le territoire sont : *Ife*, *Fon*, *Adja*, *Peulh*, *Mina*, *Cabillaire*, *Itcha*, *Idaacha*, et *Mahi*. Les femmes issues de ces groupes sociolinguistiques installés à *Doumè* font recours à différentes pratiques culturelles, religieuses, sociales et sanitaires etc. qui enrichissent leur itinéraire du suivi de grossesse. Ces groupes sociolinguistiques participent ainsi à la dynamique socio-culturelle à *Doumè*.

1.1.2. Dynamiques socio-culturelles et leur influence sur le suivi de la grossesse

Décrire les dynamiques socio-culturelles en rapport avec le suivi de la grossesse revient à montrer ici les liens intrinsèques entre l'appartenance à une organisation sociale et le recours aux acteurs et divinités du milieu de vie considéré à l'échelle d'un espace thérapeutique. Pour le faire, il est abordé l'organisation socio-politique et l'univers religieux qui sont sollicités en cas de suivi de la grossesse.

En matière d'organisation socio-politique, la tradition existe encore à *Doumè* comme dans la plupart des localités du Bénin. Aujourd'hui, règne sa majesté *Oyébalé*, Roi de *Doumè* et garant de la tradition. Ce dernier est assisté d'autres rois dans plusieurs villages et quartiers de *Doumè*. Le Roi et sa suite, dans la mesure de leur possibilité, participent au règlement des différends, à la gestion des problèmes de santé dont le suivi de la grossesse est un aspect en observation ici ; ce qui contribue au

développement harmonieux de l'arrondissement. Dans cette perspective, le Roi accompagne l'organisation socio-politico-administrative dont le chef d'Arrondissement est l'autorité politique et administrative travaillant sous la tutelle du Maire de la Commune de Savalou, lui-même sous la tutelle du Préfet du Département des Collines. Le Chef d'Arrondissement de *Doumè* est l'autorité hiérarchique compétente à la tutelle des Chefs de villages et quartiers de ville. C'est dire que le Conseil Communal et le Maire sont des acteurs du système décentralisé qui co-produisent le service public élémentaire de la santé dont faite partie la maternité et les soins infantiles avec le soutien des chefs de villages et de quartiers. Les activités phares dans lesquelles on retrouve ces acteurs concernent les campagnes de vaccination contre la poliomyélite par exemple. Toutefois, il n'est jamais organisé de campagne sur la Consultation pré natale, c'est une faiblesse du système de santé entre les échelles globales et locales.

Au plan religieux, il existe des croyances endogènes et des divinités auxquelles font recours les hommes et les femmes à la recherche de remède à leurs multiples problèmes de santé, et en l'occurrence le suivi de la grossesse. Ils reposent sur l'adoration des dieux à travers plusieurs divinités. D'après les croyances populaires, le panthéon religieux à *Doumè* est composé de : *Ayera* (dieu du tonnerre ou de la foudre), *Chankpannan* (dieu de la terre ou de la variole), *Ogou* (dieu du fer ou de la guerre), et *Dahdoumè* (dieu de la protection). Dans ce panthéon, chaque divinité joue un rôle et ceci dans un domaine spécifique comme l'indique leur nom. Riche de diverses pratiques et de rituels, ce panthéon constitue un recours à la femme pour ses problèmes de grossesse et de fécondité / fertilité. Ainsi, en cas d'infertilité, les femmes vont implorer la grâce des divinités pour tomber enceinte. Lorsque leur demande est fructueuse, et dans ce cas précis, la confiance et la fidélité à la divinité qui a donné la grossesse oblige un suivi en contexte large au détriment du centre de santé. Le *vodun*, dans la religiosité

patrimoniale des *Ifè* se pratique par les adeptes appelés *Arouwin*. De ce fait, on pourrait formuler l'hypothèse à vérifier d'un drille de la consultation pré natale par une femme adepte de divinité. Puisqu'étant en réclusion pour des rites et rituels elle ne peut aller suivre une grossesse au centre de santé. La justification, c'est qu'il y a une durée d'internement pendant laquelle l'adepte est préparé à changer de statut dans sa communauté d'appartenance. Pendant cette période, il / elle n'est pas autorisé(e) à rencontrer des acteurs du monde profane, et les agents de santé maternelle et infantile en constitue un groupe soutenu par le *disease*, mieux l'étiologie de la santé publique à l'opposé de l'étiologie *Ifè*. Ainsi, dans le clan *Arouwin* de *Doumè*, l'animal totem est le porc comme le *python* chez les *Xwla de Grand-Popo* (P. C. Mêliho, B. Sènouvo, C. A. Kpatchavi, 2019, p. 84). Les *Arouwin* ne doivent pas manger la viande du porc. Aussi, le porc est-il proscrit en élevage à *Doumè*, car il est considéré comme un animal capable de susciter ou de renforcer la vulnérabilité des communautés ; surtout à certaines maladies (rougeole, variole, etc.), notamment chez la femme enceinte et les enfants. A l'opposé des religions endogènes, certains acteurs pratiquent les religions exogènes dont le christianisme et l'islam. Les femmes enceintes font aussi recours aux acteurs de ces religions qu'elles soient pratiquantes ou non en cas du suivi de grossesse. C'est dire que ces religions et l'organisation sociale influencent l'accès au service public de santé maternelle et infantile dont dépend la couverture sanitaire à la périphérie.

1.1.3. Couverture sanitaire à *Doumè*

La couverture sanitaire est constituée de l'ensemble des documents de politiques d'orientation, des ressources matérielles, humaines, financières et technologiques réunies pour assurer une offre de service optimale aux populations dans le secteur de la santé. A ce titre, la politique sanitaire du Bénin définit un système de santé à base pyramidale à trois niveaux à savoir le niveau central ou national, le niveau

intermédiaire ou départemental et le niveau périphérique (zone sanitaire). C'est à ce dernier niveau (zone sanitaire) qu'appartient le centre de santé d'Arrondissement de *Doumè*. Ce niveau apparaît comme le niveau local, le plus décentralisé de l'organisation du système de santé.

En réalité, à l'échelle de zone sanitaire, la pyramide sanitaire, et ce, en ce qui concerne l'offre de soins est constituée des centres de santé de commune, d'arrondissement, et des unités villageoises de santé, l'ensemble étant rattaché à un hôpital de zone qui couvre une à trois communes actuellement. Ainsi, *Doumè* dispose d'un Centre de Santé d'Arrondissement (CSA) qui dépend du point de vue hiérarchique dans l'offre de soins de l'hôpital de zone de Savalou / Bantè, cette zone sanitaire couvre deux communes.

En effet, l'Arrondissement de *Doumè* qui a servi de cadre de référence empirique (P. C. Meliho, 2014, p. 69) à cette recherche, est le plus peuplé de la Commune de Savalou. Il compte 18 villages et ne dispose qu'un seul centre de santé du premier recours situé dans le quartier *Affé-Zongo*. Rappelons que l'Arrondissement de *Doumè* compte 24561 (INSAE, RGPH4, 2013). Le CSA de *Doumè* offre à cette population les services sanitaires à savoir : le dispensaire, les services de vaccination et la maternité. La présente recherche a été menée au service de maternité. La supervision des activités dans ce centre de santé est sous la responsabilité d'un infirmier diplômé d'Etat, reconnu sous le nom de *Major*. Hiérarchiquement, le service de la maternité est sous la responsabilité d'une sage-femme diplômée d'Etat. La couverture en personnel de santé au service de maternité au CSA de *Doumè* en 2018 montre : une Sage-femme ; une Matrone et trois Aides-soignantes / filles de salle. Au total, cinq agents de santé assurent les différents services offerts à la maternité, notamment : le suivi de grossesse, l'accouchement et le suivi post natal. Il en résulte que le nombre de personnel de santé disponible ne répond pas aux normes de l'OMS (25 pour 10.000 habitants), cité par le ministère de la santé

Analyse sociologique des déterminants de l'abandon et du renoncement à la consultation prénatale (CPN) par les femmes multipares en milieu IFE au centre du Bénin, au Bénin (MS, 2013, p. 251). Cet état de fait, est susceptible d'engendrer de dysfonctionnement au service de maternité à *Doumè*, ce qui est un facteur favorable à l'inobservance des CPN par les femmes multipares dont a rendu compte les données primaires collectées.

1.2. Organisation de la collecte et du traitement des données

Cette recherche de nature qualitative a été menée à partir d'une immersion de deux mois en milieu *ife* à *Doumè* dans la Commune de Savalou, Département des Collines au centre du Bénin. Ainsi, par l'échantillonnage à choix « raisonné », une vingtaine d'entretiens ont été réalisés avec les différents groupes cibles. Il s'agit de cinq agents de santé, neuf femmes multipares (car considérées comme gestionnaires discrètes de leur début de grossesse, expérimentées dans la garde et l'entretien de grossesse et attachées à certaines restrictions alimentaires) et cinq personnes de l'entourage. Dans l'ensemble, les guides d'entretien administrés respectivement à eux sont articulés autour de :

- ♣ Perception de la grossesse ;
- ♣ Suivi social de la grossesse ;
- ♣ Suivi de la grossesse en contexte clinique ;
- ♣ Perception autour de l'accueil à la CPN ;
- ♣ Comportement des femmes vis-à-vis des CPN ;
- ♣ Séance d'information pendant les CPN ;
- ♣ Opinions autour du suivi social de la grossesse ;
- ♣ Motifs de l'inobservance des CPN ;
- ♣ Interdits alimentaires et comportementaux ;
- ♣ Motif de ne pas fréquenter ou de ne pas être régulier à la CPN ;
- ♣ Gestion des signes de complication de la grossesse ;
- ♣ Préparation des femmes enceintes à l'accouchement ;
- ♣ Analyse genre en ce qui concerne la prise de décision d'aller à la CPN.

En fait, l'option de l'échantillonnage à « choix raisonné » s'explique par l'avantage qu'il présente, en permettant de sélectionner les enquêtés, détenteurs d'informations utiles.

Parallèlement, ces entretiens ont été complétés par une série d'observations directes réalisées chaque vendredi et échelonnées sur une période de deux mois à la maternité du centre de santé de *Doumè*. Le choix de la journée de vendredi est justifié par le fait que c'est ce jour qui accueille le plus grand nombre de femmes à la CPN. Ainsi, ces observations ont permis de noter le type d'accueil réservé aux femmes en lien avec le protocole optimal, leur temps d'attente, les discours des femmes et leur collaboration avec le personnel soignant.

Les données issues de l'enquête de terrain ont été analysées au regard du modèle systémique des soins préventifs (J. M. Walsh et S. J. Mcphee, 1992, p. 170). A travers ce modèle, le comportement préventif est présenté comme la résultante de l'action combinée de l'utilisateur et du soignant. Puisque tous deux sont influencés par des facteurs prédisposant et facilitant Beker (1975) dont les facteurs organisationnels, les activités préventives et les facteurs situationnels. En conséquence, si les acteurs, mieux les femmes enceintes font recours à plusieurs registres de soins ou sont irréguliers à la CPN, il y a des intentionnalités qui les sous-tendent que la démarche compréhensive de M. Weber (1967, p. 293) a permis d'élucider. L'intérêt étant de comprendre les significations des acteurs sociaux sur leurs comportements. Car, toute action exercée par l'acteur social a un sens subjectif, mieux une signification (A. Ottokou, 2019, p. 26). A cela, nous avons associé l'analyse de contenu et la combinaison de ces approches a permis de présenter cinq résultats.

2. RÉSULTATS

La restitution des résultats aborde l'intérêt de la consultation prénatale pour les femmes multipares, leurs perceptions et vécus de l'accueil à elles réservé, la construction du rapport genre autour de la prise de décision d'aller à la CPN, le statut de la femme et le niveau de vie du ménage sans occulter la préparation à l'accouchement médicalisé.

2.1. Connaissance de l'intérêt de la consultation prénatale (CPN) par les femmes multipares

En ce qui concerne la connaissance des femmes enceintes enquêtées lors de cette recherche, plus de la moitié ne maîtrise pas le calendrier de la consultation prénatale (CPN), le nombre exact de CPN à faire et les complications au premier trimestre devant leur permettre de recourir aux services de la maternité. Dans l'imaginaire populaire en milieu *ifè* à *Doumè*, la femme ne doit aller à la CPN que lorsqu'il y a un mal qui la dérange. Il n'est pas souvent rare d'entendre au cours du séjour d'immersion ethnographique, les expressions comme « elle ne sent rien, pourquoi va-t-elle aller à l'hôpital ! » ou « mon souhait, c'est de ne pas souffrir d'une maladie qui va m'amener à l'hôpital ! ». Ces propos laissent transparaître le souhait de pouvoir éviter tout contact avec les services de santé maternelle pendant la grossesse. Mais on peut venir y accoucher ou pas (les matrones sont là). Tout porte à croire que les acteurs de l'environnement social sont sous informés de l'importance de la CPN. Chez les *ifè* à *Doumè*, il y a un dispositif, lequel permet de suivre la femme enceinte en contexte global. Car la femme enceinte est vue comme un être sacré du fait de l'objet social qu'elle porte. Il en résulte que les gestantes et leur entourage socio familial, font toujours la confusion entre recevoir les soins et aller faire consulter la grossesse dont la nosographie en milieu *Ifè, éfoun wiwo* (regarder la grossesse) ou *lamba bibou fou abéfoun* (faire suivre la grossesse). Ce qui justifie que l'assertion selon laquelle « la grossesse n'est pas une maladie, pourquoi vais-je recourir à l'hôpital ? » reste une réalité dans l'imaginaire populaire, notamment l'émique *ifè* à *Doumè*.

Un agent de santé corrobore cette perception éémique.

« Faire les CPN n'est pas synonyme de recevoir les soins pour le suivi de la grossesse. Les sage-femmes leur expliquent qu'elles peuvent venir ici recevoir les soins à tout moment sans

rendez-vous. Il y a beaucoup de nos femmes qui ne comprennent pas cela. Elles attendent une complication avant de se rendre au centre de santé (CS). D'où les évacuations répétées et les césariennes nombreuses » (Extrait de l'entretien en français réalisé le 13/04/2018 avec un responsable du CS de *Doumè*).

A travers ce verbatim, on retient que les facteurs explicatifs du renoncement à la CPN ont pour corollaire le retard du recours à la maternité en cas d'accouchement. Pour les femmes multipares fréquentant le CSA de *Doumé*, la prise en charge de la grossesse est influencée par trois problèmes. Premièrement, le manque d'argent est un facteur prépondérant. Dans un second temps, la prise en charge de la grossesse repose sur l'automédication. En troisième lieu, elle résulte de la mauvaise connaissance du dispositif médical par les femmes et au non maîtrise du discours délivré *via* les CPN. Ce qui montre qu'en cas de maladie au cours de la grossesse, la femme utilise d'abord les ressources disponibles dans son environnement familial. C'est lorsque le mal persiste qu'elle fait recours au CSA. Cette réalité est soutenue par le fait que « les soins domestiques constituent un volet essentiel des systèmes ethnomédicaux et les femmes sont, dans la plupart des sociétés, sinon dans toutes, celles qui développent, dispensent et transmettent les pratiques et les savoirs qui leurs sont reliés » (F. Saillant, 1999, p. 2). Aussi, l'inobservance des CPN, ne se limite-t-elle pas à la connaissance des femmes multipares des services de santé délivrés, l'accueil à elles réservé par le personnel soignant en dépend.

2.2. Perception et vécu des femmes multipares autour de l'accueil à la CPN

De l'ensemble des informations collectées, il ressort de cette recherche que l'accueil est un facteur de renoncement, d'abandon ou du non observance des CPN chez les femmes multipares en milieu *Ifè* à *Doumè*. En effet, à la maternité de *Doumè* où la présente recherche a été réalisée, on se rend compte que l'admission à la salle de CPN

Analyse sociologique des déterminants de l'abandon et du renoncement à la consultation prénatale (CPN) par les femmes multipares en milieu IFE au centre du Bénin,) suit un protocole d'accès complexifié par l'ingérence des acteurs, qui le rend parfois assez long. D'abord, les femmes à leur arrivée, chacune dépose son carnet de suivi selon l'ordre chronologique. Cela permet à l'aide-soignante de les ranger suivant l'ordre d'arrivée. C'est cet ordre que la sage-femme suit pour inviter les femmes à la salle de consultation. Mais les séances d'observation ont permis de constater des contournements du protocole comme restitué en encadré 1.

Encadré 1 : séquence d'observation de l'accueil au centre de santé de Doumè

C'était le vendredi trois avril 2018. Nous nous sommes rendus très tôt au CS de Doumè. Il sonnait neuf heures du matin quand une femme enceinte est venue pour la CPN. Arrivée à la véranda de la maternité, elle salua les femmes enceintes et aussitôt elle est rentrée dans la salle de consultation. Après une discussion de cinq minutes environ avec la sage-femme, elle est ressortie pour se diriger vers la pharmacie. Par la suite, elle est revenue avec un sachet en main pour s'asseoir à côté des femmes en attente. Dix minutes après, la sage-femme sort de la salle de CPN pour demander à cette femme de lui acheter de la bouillie à côté. A son retour, elle est revenue avec le bol de bouillie et son sachet en main ; puis elle est allée voir la sage-femme dans la salle de consultation. Elle y a passé une vingtaine de minutes, puis elle est ressortie avec une autre femme qui était à la consultation. Les deux ont pris la route de leur maison respective. Les femmes en attente ont commencé par bourdonner après son départ. De leurs bourdonnements on pourrait entendre « c'est parce qu'elle est l'enfant de son propriétaire de location, nous autres nous n'allons pas dormir ici ! » A ce moment précis, la sage-femme est ressortie pour les supplier et leur expliquer que la femme en question avait un programme de voyage sur Savalou, ce qui fait qu'elle était pressée. Après nous avoir rapproché de ces femmes, à la fin de la scène, certaines parmi elles nous ont fait comprendre que la dame en question est l'enfant du bailleur de la sage-femme.

Source : données d'observation, centre de santé de Doumè, trois avril 2018

De l'analyse de ces données d'observation, on en déduit que malgré l'existence du protocole d'accès à la CPN qui puisse limiter la construction des relations parallèles, certaines femmes arrivent à briser les contraintes et ceci avec la complicité des sage-femmes. Ainsi, la relation sociale de proximité est un facteur d'influence sur l'accueil à la CPN. Cet état de fait

décourage les femmes puis les amène à prendre le *dégoût de l'hôpital*. C'est bien un déterminant de l'accouchement à domicile. On comprend donc que le mode de fonctionnement et l'organisation des activités dans les formations sanitaires aussi constituent des facteurs explicatifs du comportement des femmes enceintes à suivre ou non leur grossesse dans un dispositif médical. Ce sont des pratiques qui ne respectent pas la bonne gouvernance dans le secteur de la santé et qui induisent la faible fréquentation des formations sanitaires publiques. Au regard du Plan National de Développement Sanitaire (2018-2020) du Bénin, c'est une situation qui perturbe le bon fonctionnement des centres de santé et ne permet pas aux gestantes de se faire suivre réellement au centre de santé. L'accueil à la CPN, reste valablement un facteur explicatif de l'abandon et du renoncement des soins doublé du rapport au genre comme « rapport social de pouvoir » (E. Macé, 2017, p. 499).

2.3. Rapport genre dans la décision du recours à la CPN

Au cours de cette recherche en milieu *Ifè* à Doumè, l'influence des époux dans la décision du recours à la CPN vient en première position dans les discours. En réalité, l'initiative de recourir à la CPN est très souvent prise par la femme enceinte elle-même, mais il demeure que son effectivité n'est possible, très souvent, qu'avec l'accord des proches qui sont le conjoint et quelques fois les beaux-parents ou les parents directs (ascendants). En milieu *Ifè* à Doumè, c'est le conjoint qui autorise, la plupart du temps, le recours au centre de santé, car c'est lui qui assure les dépenses de soins. Dans ces conditions, certaines femmes assistent à des CPN tardives ou n'y recourent pas du tout. Le cas échéant, elles

ne perçoivent pas la nécessité d'y aller à temps comme l'explique une interlocutrice.

« Chez nous ici, c'est le mari qui te donne l'argent pour aller faire les consultations à l'hôpital. Même pour faire les dépenses d'autres soins, la tâche lui revient. Pour le suivi de ta grossesse, si le jour du rendez-vous d'une CPN est venu, s'il ne te donne pas l'argent, tu restes jalousement à la maison. Dans ce cas, lorsque tu souffres de quelque chose, si toi-même tu as d'argent tu l'utilises et le mari te le rembourse après, s'il veut être gentil » (extrait de l'entretien avec A. B., 35 ans, mère de cinq enfants, Lekpa, le 02/03/2018).

Une autre informatrice renchérit.

« C'est lui l'auteur de la grossesse et responsable du foyer. S'il n'autorise pas d'aller à la consultation, tu vas faire comment ? Même si toi-même tu as d'argent, il faut que tu prennes son avis. Sinon, tu seras auteur de tout ce qui peut survenir après, lorsque tu ne respectes pas ses consignes. Comme cela, tu es obligée de rester à la maison ; sinon il va te traiter autrement » (Extrait d'un entretien avec M. A., 32 ans, femme enceinte, Ekpa, le 09/03/2018).

Au regard de ces deux verbatims, on retient clairement qu'en milieu *Ifè à Doumè*, les rôles relatifs au genre autour du suivi de la grossesse au centre de santé prennent deux tournures. D'une part, la garde de la grossesse que l'homme a donné par la femme, c'est son rôle social. D'autre part, le mari tient la décision du recours à la CPN à travers son pouvoir d'argent. Dans ces conditions, sans l'avis motivé du mari il ne peut y avoir de CPN. Le système est autant enraciné

qu'il est remplacé parfois par d'autres acteurs (parents proches, ascendants et autres) en cas d'absence ou d'indécis. Le mari est donc le dernier recours qui prend la décision d'aller aux soins même s'il ne donne pas d'argent. Au cas où l'idée d'aller à la CPN vient de la femme, il revient au mari de donner son avis favorable en tant que chef du ménage. Ce respect de l'autorité du mari occasionne parfois un retard ou un abandon de la CPN qui a pour conséquence la fréquence des complications de grossesse et la mortalité maternelle, infantile ou encore les deux, mieux la fistule obstétricale au cas où la femme survie. Il convient de retenir une *domination masculine* (P. Bourdieu, 1998) dans le recours à la CPN, telles que les inégalités entre hommes et femmes dans les instances décisionnelles. Ce résultat confirme celui de S. Agbo et al. (2018, p. 732) qui montre que « *les rapports genre quelque peu spécifique dans les ménages apparaissent comme influençant l'adhésion aux soins de santé médicaux* » et alternatifs. Ainsi, le rapport genre et les inégalités de sexe influencent le suivi médical de la grossesse par une domination masculine dans le recours à la CPN en milieu *Ifè à Doumè*. Mais cela n'occulte pas le statut de la femme et le niveau de vie du ménage comme des facteurs explicatifs prépondérants au recours à la CPN.

2.4. Statut de la femme et niveau de vie du ménage comme facteurs d'influence à la CPN

Le statut de la femme et le niveau de vie du ménage sont primordiaux dans le recours à la consultation prénatale. En effet, il est noté que les femmes enceintes, en fonction de leurs expériences de maternité (primipares ou multipares) n'ont pas toujours les mêmes raisons de l'inobservance des CPN. Les femmes multipares, en ce qui les concerne, se voient dotées d'une certaine expérience à propos du

Analyse sociologique des déterminants de l'abandon et du renoncement à la consultation prénatale (CPN) par les femmes multipares en milieu IFE au centre du Bénin, suivi et de la *garde de la grossesse*. Elles ont une

tendance à croire que les anciennes expériences et les leçons des précédentes vécues de la gestion de la grossesse sont utiles pour conduire le nouveau projet de donner vie à un nouveau-né à nouveau. De ce point de vue, l'expérience de la maternité fait que les femmes n'ont pas les mêmes raisons de non observance des CPN, puisque, chaque maternité, a ses risques et ses réalités. Pour un personnel de santé « *les multipares se comportent comme des anciennes, c'est-à-dire des femmes expérimentées. Ce qui fait qu'elles négligent les CPN. Les primipares, au contraire, ont peur des complications ; ce qui fait qu'elles sont plus attachées à la CPN* » (extrait de l'entretien avec un personnel du CS de Doumè, le 13/04/2018). C'est un *comportement idéal* qu'on retrouve également chez certains écoliers, élèves et étudiants, qui, reprenant une classe se considèrent comme " anciens, connaisseurs, sachants ou savants et expérimentés dans la classe où ils redoublent ". Ce qui les rattrape parfois dans un double redoublement subit. Ils sont donc étonnés de leur rejet par leurs établissements, source de décrochage parfois.

Revenons aux opinions restituées ci-dessus pour dire qu'il est perceptible que la notion d'expérience s'observe dans les comportements reliés à la santé chez les femmes multipares. Dans ces conditions, plus le nombre de grossesse que porte la femme augmente, plus elle est dotée de certaines attitudes et connaissances dans l'entretien, la gestion et la garde de la grossesse (*efoun bibanin* en *ifè* signifie qu'elle tient la grossesse). Ayant donc une bonne expérience pacifique du suivi de grossesse antérieure, les femmes multipares ne trouvent pas la raison de faire suivre leur grossesse à la maternité une nouvelle fois et à la bonne date.

Aussi, l'absence des problèmes de santé revient-elle dans les causes de non observance des CPN chez ces femmes multipares. « *Je n'ai même pas fait beaucoup de dépenses cette fois-ci, comme tout va bien à mon niveau. A moins qu'un malaise m'arrive, sinon, je souhaite ne plus repartir là-bas encore avant mon accouchement* » (entretien 5 avec M. A., 48 ans, Lekpa le 06/04/2018). De l'analyse de l'opinion de cette femme multipare, on comprend que le recours à la CPN se fait lorsque la femme se trouve confrontée à une maladie ou un problème de santé particulier. Ce qui occasionne parfois des irrégularités à la CPN chez les femmes surtout les multipares. Même si elles connaissent le calendrier des CPN, elles ne s'inscrivent pas dans une même logique de prévention des complications de grossesse comme l'envisage les professionnels de santé. Ce qui peut d'ailleurs amener les personnes de l'espace social et celles de l'arène médical à vivre une dissonance dans la relation aux soins.

En fait, les femmes multipares rencontrées au cours de cette recherche en milieu *ifè* à Doumè ont évoqué des facteurs explicatifs assez récurrents. Elles évoquent, entre autres, le problème d'argent. Elles sont nombreuses (soit la majorité) à évoquer le problème financier lié au coût indirect (frais de transport, de repas, etc.) et direct (paiement des médicaments, analyses, échographie, frais de consultation, carnets et autres) liés à la CPN. On peut formuler l'hypothèse que les femmes adoptent des comportements de rationalité économique. Ce facteur rime bien avec la réflexion de l'OMS selon laquelle, le non accès à des services de santé de base est essentiellement lié à la pauvreté qui est la pire des malédictions dont souffre l'humanité (OMS, 2000, p. 54). S'il est vrai que les femmes driblent la CPN pour diverses

raisons, comment gère-t-elle le plan d'accouchement en fin de grossesse ?

2.5. Nécessité d'une préparation des femmes multipares à l'accouchement médicalisé

Les informations nécessaires à la préparation à l'accouchement médicalisé concernent, entre autres, la date probable, le massage pour préparer le corps, la gestion de l'accouchement assisté, le choix du lieu, la sage-femme compétente identifiée et l'accompagnant retenu dans l'environnement familial. L'objectif de ce protocole à la préparation de l'accouchement est d'informer, de rassurer et d'expliquer aux femmes comment l'accouchement va se dérouler. De façon pratique, la préparation consiste pour la future maman d'apprendre à respirer, à relaxer et à pousser pour être enfin prêts pour le moment venu (Document de travail exploité à la maternité du centre de santé de *Doumé*, avril 2018). Certaines réflexions précédentes confirment ces informations.

« L'instauration de cours de préparation à la naissance est un moyen de donner un lien de libre parole aux femmes enceintes, leur permettant d'aborder des sujets autres que les questions strictement médicales. C'est également un lieu de diffusion des modèles dominants et de normalisation des pratiques » (J. Menuel, 2012, p. 8).

Au-delà du protocole de préparation de l'accouchement médicalisé ci-dessus évoqué, il existe encore différentes alternatives relatives à la préparation de l'accouchement, mais les techniques courantes sont celles énumérées plus haut. Bien qu'elles relèvent des normes médicales, comment le plan d'accouchement (PPA) est géré à la maternité par les intervenants en santé ?

Les agents de santé, après avoir reçu une femme enceinte pour la consultation, commencent à partager des informations utiles à elle, à ce sujet. Ces informations portent sur le bilan des diagnostics, ce qui est très nécessaire, les instructions sur l'utilisation des médicaments, les conduites à adopter et *les aliments prescrits versus ceux proscrits* (P. C. Mèliho, B. Sènouvo et A. C. Kpatchavi, 2019), c'est-à-dire à éviter ou à manger. Les agents de santé enquêtés à la maternité avouent qu'elles transmettent ces informations aux femmes à chaque séance de CPN. Également, elles déclarent avoir expliqué aux femmes enceintes que l'accouchement à domicile (AAD) n'est pas une bonne pratique tout en leur énumérant ses risques et conséquences. Les femmes multipares, pour leur part, estiment n'avoir pas eu ces informations sur le plan d'accouchement. Il adviendrait que les gestantes n'ont pas une connaissance de la préparation à l'accouchement même si celle-ci est mise en œuvre directement ou indirectement. Comme le disait une enquêtée, « *Ahooooo ! On ne nous dit rien sur les choses comme cela* » (entretien avec une femme enceinte, 30 ans, Iroukou, le neuf avril 2018). Il s'instaure par conséquent une mauvaise gestion de l'information qui n'est pas sans effet sur le déroulement de la grossesse (entre le début et la fin) discutée ci-dessous.

3. DISCUSSION

Le débat autour de la santé maternelle est préoccupant et actuel. Il intègre selon certains auteurs quatre composantes. Il s'agit de la consultation prénatale avec un accent particulier sur le retard de prise en charge de la grossesse, la prévention de la transmission mère-enfant du VIH/Sida (PTME), l'assistance à l'accouchement médicalisé et la planification

Analyse sociologique des déterminants de l'abandon et du renoncement à la consultation prénatale (CPN) par les femmes multipares en milieu IFE au centre du Bénin, familiale (N. L. Niang et A. Niang-Diène, 2019, p. 263). Dans ce débat récent, la consultation prénatale préoccupant à travers cet article est indispensable pour lutter contre la mortalité maternelle et néonatale (M. Niang, 2014, p. 201). D'ailleurs, elle constitue un des quatre piliers du programme de l'OMS pour une maternité sans risque afin de favoriser un accouchement dans de très bonnes conditions d'hygiène et de sécurité et les soins obstétricaux d'urgence (OMS, 2006, p. 66) aux femmes.

Pour en débattre, notre point d'entrée a été de scruter autour de la connaissance de l'intérêt de la CPN par les femmes multipares. Au nombre des connaissances des femmes multipares décrites dans la présente recherche, il est retenu celle relative au calendrier de suivi de grossesse, aux différents risques encourus par la femme multipare au cours d'une nouvelle grossesse et leurs connaissances relatives à la prévention des complications liées à la grossesse et aux avantages du premier trimestre. Au regard des données présentées, les résultats obtenus montrent à l'instar d'autres auteurs qu'il apparaît que les paramètres sous-jacents de l'utilisation non optimale des services de CPN sont aussi bien individuels, familiaux, organisationnels et systémiques (R. Bonono et P. Ongolo-Zogo, 2012, p. 14). Pour ces mêmes auteurs, les facteurs individuels sont le niveau d'instruction de la femme et du conjoint, le statut matrimonial, les revenus du ménage, l'âge et la parité, les antécédents obstétricaux de la femme. Par contre, les facteurs familiaux et collectifs sont, entre autres, la religion qui interfère aussi bien avec les croyances, les perceptions et pratiques socio-culturelles. Les facteurs organisationnels et systémiques peuvent être rangés autour de ceux liés à l'offre de CPN dont l'accueil, la disponibilité, la qualité et l'accessibilité, qu'elle

soit physique, géographique, culturelle et financière. Ces facteurs sont critiques pour une utilisation effective (R. Bonono et P. Ongolo-Zogo, 2012, p. 14) de la consultation prénatale. N. L. Niang et A. Niang-Diène (2019, p. 270) restituant leurs résultats de recherche à propos du retard de la première consultation prénatale évoquent l'accessibilité géographique et le niveau de vie comme des variables ayant un lien significatif avec le retard des visites prénatales. Ces deux variables ont aussi une influence remarquable dans cette recherche, car les voies d'accès à la maternité sont dégradées surtout en période de pluie et les ménages ont un faible niveau de vie.

Sous cet angle, cette recherche a contribué à la description de certains facteurs sous-jacents et de leur implication dans le suivi de la grossesse en contexte social. En effet, les perceptions et vécus des femmes multipares autour de l'accueil telles que documentées par les données présentées ci-dessus, ont montré que la CPN se fait sur un fond des relations sociales de proximité permettant l'accès fluide à la consultation par les femmes. C'est bien un accès sur fond de favoritisme, de relation patrimoniale et de clientélisme dont les agents de santé construisent un environnement de complicité. Dans le cas d'espèce, la facilité à l'accès fluide à la consultation prénatale prend parfois la forme d'une *redevabilité mutuelle* (P. C. Méliho et Ch. Martins, 2019, p. 35 ; P. C. Méliho, 2019, p. 38 ; P. C. Méliho, 2018, p. 43) à un service rendu auparavant ou simultanée, voire assujetti à la CPN. Ce qui a été observé montre une sollicitation des femmes enceintes à rendre un service urgent aux personnels de santé à l'instant, et ce, soutenu par des relations antérieures à la CPN. C'est un bien alibi forgé par la sage-femme pour introduire frauduleusement des proches en bousculant le protocole à la CPN.

Cet acte est réputé pour susciter le dégoût à la CPN chez les femmes multipares ne faisant pas partie de réseau social construit à travers les amitiés, les *relations de parenté ou de paternité* (E. A. Akpi et al., 2019, p. 187), ou n'ayant pas de relation particulière avec les professionnels de santé dans cette aire de santé, mieux cette unité territoriale de la santé (N. L. Niang et A. Niang-Diène, 2019, p. 263).

En outre, si « *la consultation prénatale est un acte médical préventif permettant de dépister et de traiter d'éventuelles complications survenues autour de la grossesse* » (S. Maïga, 2008, p. 10), elle est aussi influencée par les rapports du genre en milieu culturel *ifè*. Puisque, les résultats de cette recherche s'appuient sur les conclusions de plusieurs études qualitatives à l'instar de celles de V. Adjwanou (2013, p. 21). Ces études indiquent que le « *contexte véhicule des normes sociales et de genre qui ont le double effet de renforcer les inégalités de genre au niveau du ménage en même temps que de freiner le recours aux soins de santé maternelle chez les femmes* » (V. Adjwanou, 2013, p. 21). En cas de non-respect de l'autorité masculine par exemple, garant de la décision d'aller ou non à la CPN, la femme *Ifè* est exposée à des menaces socioculturelles sanctionnées par des naissances à domicile avec les risques néfastes. Ces résultats recourent et interfèrent les réflexions antérieures de N. L. Niang et A. Niang-Diène (2019, p. 272) qui ont mis l'accent sur les considérations financières, l'accessibilité géographique, la qualité des soins, la disponibilité du personnel de santé qualifié et le temps d'attente imposé aux parturientes en tant que principaux facteurs de l'accouchement à domicile. Dans d'autres contextes, cette réalité est vécue autrement. S. Becker et al. (2005) ont prouvé que le fait pour certaines femmes de laisser au mari le dernier

mot ou « *final say* » n'équivaut pas nécessairement à l'absence de pouvoir de décision.

L'analyse des résultats a également démontré que le statut de la femme et le niveau de vie du ménage sont des facteurs d'influence sur la CPN. Le dispositif d'accueil et les représentations des personnes de l'entourage de la femme, ont tout de même leur influence sur le parcours de la femme enceinte. Cette tendance avait été déjà confirmée par la contribution de S. Carillon (2010, p. 2). Des résultats de ses recherches, on retient que « *les logiques sous-jacentes aux ruptures de suivi médical sont à rechercher à trois niveaux : au niveau individuel, au niveau de la relation de soin et celui de la structure de prise en charge* » (S. Carillon, 2010, p. 2). En conséquence, cette contribution replonge le lecteur dans le débat autour du *sens du mal* ou de la maladie (M. Augé et Cl. Herzlich, 1984) dont les trois concepts en anthropologie médicale *anglo-saxon* reviennent. D'abord, le suivi prénatal décidé par l'individu, ici la femme enceinte (garde grossesse) ou son mari (donneur de grossesse, auteur de grossesse), (*illness*). Ensuite, la prise en charge dans une structure de santé (*disease*) en arrimage avec les recommandations de la santé publique, mieux l'éthique médicale. Et enfin, la relation de soin dont les acteurs font partie du contexte social large (*sickness*), mieux les accompagnants ou groupe organisateur de la thérapie. Ce décryptage montre la relation intrinsèque entre *illness*, *sickness* et *disease* pour matérialiser la socialisation de la grossesse à l'instar de la maladie signifiée, socialisée ou médicalisée. Ce qui renoue nos propos avec les réflexions, considérations et objets patrimoniaux de l'anthropologie médicale portés par A. Young (1982 ; F. Saillant et S. Genest, 2005) d'une part et l'anthropologie de la maladie (M. Augé, 1986 ;

Analyse sociologique des déterminants de l'abandon et du renoncement à la consultation prénatale (CPN) par les femmes multipares en milieu IFE au centre du Bénin.)

A. Zempleni, 1985, 1988 ; R. Massé, 1995 ; S. Fainzang, 2000), etc., d'autre part. Cette tendance s'explique par le fait que le contexte social joue un rôle central dans le recours ou non des femmes à la CPN sans occulter leurs propres expériences individuelles. C'est bien ce qui justifie le choix des femmes multipares bien expérimentées dans la gestion de la grossesse et de l'accouchement dans cette recherche.

La discussion des résultats de la présente recherche s'achève sur la préparation des femmes multipares à l'accouchement médicalisé, c'est-à-dire l'accouchement dans une institution hospitalière, et non pour la césarienne au besoin. Puisque, *le soleil ne doit jamais se lever deux fois sur une grossesse, lorsque la femme est en travail, il faut éviter un défaut de césarienne qui peut être considéré comme principale cause de la fistule obstétricale* (M. D. R. Domingo, P. C. Mèliho, et A. C. Kpatchavi, 2020, p. 45). Pour preuve,

« À l'opposer de la conception populaire qui soutient que la durée de la douleur de l'accouchement marque l'ascension sociale de la femme, le modèle biomédical la perçoit comme un danger pour la santé de la femme et de l'enfant et dont l'une des conséquences tangibles est la fistule obstétricale » (M. D. R. Domingo, P. C. Mèliho, et A. C. Kpatchavi, 2020, p. 45).

C'est bien ce qui justifie que la préparation des femmes multipares à l'accouchement médicalisé se fasse dans un double contexte : social et médical. La première repose sur le modèle sociologique et les dimensions spirituelles de l'acte de l'accouchement au regard de l'émique *ifè*. Celui-ci consiste aux choix de la date probable de l'accouchement, le massage pour

préparer le corps, le choix du lieu, la sage-femme compétente identifiée et l'accompagnant retenu dans l'environnement familial. La seconde consiste dans le fait d'apprendre à la future maman à respirer, à relaxer et à pousser pour être enfin près pour le moment venu selon les recommandations en santé publique. Dans l'un ou dans l'autre cas, ces deux contextes se prolongent, s'interfèrent, s'entremêlent pour une bonne délivrance.

En conséquence, la nécessité d'optimiser le recours à la CPN en milieu *ifè* à *Doumè* se pose à l'issue de cette discussion. Dans la droite ligne du plan intégré de communication pour la survie de la mère, du nouveau-né et de l'enfant au Bénin, il est nécessaire d'encourager les politiques collaboratives, notamment les interactions entre les communautés et les prestataires de santé. Cette politique a déjà porté ses fruits dans les communautés du sud Bénin, en occurrence dans la zone sanitaire Covè - Zagnanado - Ouinhi sur un financement de l'USAID en 2018.

CONCLUSION

Cette recherche à portée qualitative est une contribution de la sociologie au débat actuel sur l'inobservance des CPN. Dans un contexte socioculturel spécifique à la femme *Ifè*, les préoccupations relatives à l'abandon et au renoncement, voire au drille des CPN, sont mises en débat pour explorer les facteurs explicatifs de cet enjeu à la fois local et global. Ainsi, grâce à l'échantillonnage à choix raisonné, la présente recherche a mobilisé le personnel soignant, les femmes multipares et les personnes de leur entourage qui ont pris part, chacun à un entretien semi-directif au moyen d'un guide. Ces entretiens sont complétés par des séries d'observations directes à base d'une grille. Les données issues de la phase empirique sont tri-

thématisées et analysées au regard de l'approche compréhensive et du modèle systémique des soins préventifs.

Les résultats issus des matériaux de terrain, montrent qu'il y a une convergence de facteurs explicatifs de l'observance des CPN par les femmes multipares en milieu Ifè à Doumè. De façon générale, il s'agit des facteurs individuels, collectifs et reliés à l'environnement de soins. En termes de facteurs individuels on retient les opinions/vécus des femmes de l'accueil à la CPN, leur statut et le niveau de revenu du ménage. A propos des facteurs collectifs, il y a le pouvoir de décision sous influence du rapport au genre et du pouvoir de l'argent. Dans le contexte socioculturel Ifè, la recherche a permis de retenir que le parcours du suivi de la grossesse est influencé par les acteurs de l'arène social et ceux de l'espace médical. Ceci à travers les croyances, pratiques, comportements, perceptions d'une part et organisations des soins et capacité d'achat des médicaments d'autre part. En conséquence, et ce, pour aborder le dernier facteur, la consultation prénatale comme étant un des moyens les plus sûrs et efficaces pour contribuer à la réduction de la mortalité maternelle et infantile au regard des normes de santé publique est marginalisée et négligée sous influence des logiques individuelles, collectives et la relation aux soins. Ainsi, l'étude des facteurs liés à la satisfaction des femmes au cours des services de CPN constitue une source de connaissance nécessaire à l'élaboration des futures programmes/stratégies de lutte contre la mortalité maternelle et infantile. Prenant en compte ces considérations, il paraît nécessaire que les différents acteurs en interaction pour le suivi de la grossesse doivent rester dans une relation de complémentarité en vue de la prévention des complications liées à la grossesse pour un accouchement sans risque, respectant les normes de l'éthique médicale (disease) en interaction avec celles de l'éthique Ifè (sickness) et l'éthique sociale (illness). Enfin, la consultation prénatale, est un long processus dont dépend l'effectivité du recours à une relation d'alliance gestante - entourage - socio

famille - prestataires de soins au regard des enjeux locaux et des défis globaux de santé maternelle et infantile. Il est donc important, de prendre en compte le contexte social et l'arène médicale pour mieux assurer le mécanisme du suivi de grossesse en vue d'un accouchement médicalisé réalisé avec succès pour l'atteinte des ODD relatifs à l'effectivité / efficience et la jouissance d'une bonne santé à la femme et à l'enfant dans leur relation grossesse-accouchement-survie. Ceci a un intérêt pour la marche vers le développement durable qui a commencé depuis la Conférence de Bucarest en 1992.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

ADJIWANOU Vissého, 2013, Contexte de genre, autonomie des femmes et utilisation des services de santé maternelle en milieu rural africain : analyse par modèles d'équations structurelles, Thèse de doctorat, Faculté des Arts et des Sciences, Université de Montréal, 117 p.

AGBO Sonagnon Inès Elvire, AKPI Eric, AMOUZOUVI Dodji, JOHSON Roch Christian, 2018, « Enjeux de négociation en santé communautaire : cas des relais communautaires/membres du groupe de soutien dans la lutte contre l'ulcère de buruli à Sèdje-Houègoudo (sud-Bénin) », Cahiers du CBRSI, N° 13 Juin 2018, Cotonou, pp. 725-752

AUGE Marc , HERZLICH Claudine, 1984, Le sens du mal : anthropologie, histoire, sociologie de la maladie, Paris, Archives Contemporaines, 287 p.

AUGE Marc, 1986, « L'Anthropologie de la maladie », In : L'Homme, tome 26, n°97-98, L'anthropologie : état des lieux, pp. 81-90, doi : <https://doi.org/10.3406/hom.1986.368675>

https://www.persee.fr/doc/hom_0439-4216_1986_num_26_97_368675

Analyse sociologique des déterminants de l'abandon et du renoncement à la consultation prénatale (CPN) par les femmes multipares en milieu IFE au centre du Bénin.)

AKPI Eric Ayedjo, MELIHO Pierre Codjo, KPATCHAVI Codjo Adolphe, LAYEYE Anatole, 2019, « Citoyenneté culturelle au prisme des conflits de paternité chez les Aïzo d'Abomey-Calavi : une contribution anthropologique », in *Revue Echanges Ethnité et citoyenneté en Afrique*, N° 012, juin 2019, pp. 180 – 198

BECKER Saul, Mullany, B., Hindin, M., 2005, "Can women's autonomy impede male involvement in pregnancy health in Katmandu, Nepal?", *Social science & medicine*, 61(9), pp. 1993-2006

BENINGUISSE Gervais, 2004, « L'accessibilité culturelle : une exigence de la qualité des services et soins obstétricaux en Afrique », *Etude de la population africaine*, pp. 25-64

BONONO Renée Cécile et ONGOLO-ZOGO Pierre, 2012, Optimiser l'utilisation de la consultation prénatale au Cameroun, Centre pour le Développement des Bonnes Pratiques en Santé - Hôpital Central, Yaoundé, 14 p.

BOUKOUAN Eugène, 2011, « Déterminants de la faible proportion des femmes vues en première consultation prénatale au premier trimestre de la grossesse dans le district sanitaire de Tenkodogo (Burkina-Faso) », *Recherche en épistémologie*, 205 p.

BOURDIEU Pierre, 1998 (préface 2002), *La domination masculine*, Paris, Editions du Seuil, 174 p.

CARILLON Séverine, 2010, « Rupture de suivi médical de la grossesse en milieu africain : l'ex de Kayes (Mali) », *Transcriptases no143*, 5è conférence francophone VIH/Sida de Casablanca organisée par Solthis, Ceped, pp. 2-10

DOMINGO Marie-Damicella Rufine, MELIHO Pierre Codjo et KPATCHAVI Codjo Adolphe,

2020, « Taxinomie versus itinéraires thérapeutiques des femmes porteuses de fistule obstétricale soignées au CHU-MEL à Cotonou », in *Revue Ivoirienne de Sociologie et des Sciences Sociales (RISS)*, Vol. 1, N° 2, juin 2020, pp. 39 - 51

FAINZANG Sylvie, 2000, « La maladie, un objet pour l'anthropologie sociale », in *Revue Ethnologie comparées*, *Revue électronique semestrielle*, n° 1, 18 p.

FAINZANG Sylvie, 2014, « L'influence des cultures et des croyances sur le rapport au médicament », *Journal Ordre National des Pharmaciens*, 153 p.

INSAE, 2016, *Effectifs de la population des villages et quartiers de ville du Bénin RGP4*, 2013, 85 p.

JACQUES Béatrice, 2007, *Sociologie de l'accouchement*, Paris, PUF, coll. « Partage du savoir », 208 p.

JAFFRE Yannick et OLIVIER de Sardan Jean-Pierre, 2003, *Une médecine inhospitalière Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*, Paris, Karthala, 462 p.

JEROME Lucile, 2010, *La grossesse chez les adolescentes Étude rétrospective réalisée au CHU d'Angers du 1er janvier 2006 au 31 décembre 2008*, Diplôme d'Etat de Sage-Femme, Université d'Angers, 51 p.

LALY Ambroise, 2016, *Gestion sociale de la grossesse en milieu Ayizo de Toffo*, Mémoire de DEA, Faculté des Lettres, Arts et Sciences Humaines (FLASH), Université d'Abomey-Calavi (UAC), 84 p.

LOUCHEZ Aniss Marie, 2017, *L'observance thérapeutique - présentation du concept, moyens de promotions et évaluation d'inégalités d'accès*

à L'ETP, Faculté des sciences pharmaceutiques et biologiques de Lille, Université de Lille 2, 75 p.

MACE Éric 2017, « Le genre comme rapport social de pouvoir », Entretien inédit pour le site de Ballast. <https://www.revueballast.fr/eric-mace-genre-rapport-social-de-pouvoir>, 499 p.

MAÏGA Souleymane, 2008, Consultations prénatales au centre de santé de référence de la Commune I du district de Bamako, Thèse de médecine, Faculté de médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie, Université de Bamako, 81 p.

MASSE Raymond, 1995, Culture et santé publique, Montréal – Paris, Gaëtan Morin, Éditeur, 499 p.

MELIHO Pierre Codjo, 2015, « Représentations et pratiques de l'automédication dans l'univers domestique en milieu Ayizɔ (Sud-Bénin) Expériences de la plurithérapie des soins de l'angine chez les enfants Vers une anthropologie de l'autothérapie », in Carine Baxerres, Véronique Guienne, Roch Hounghin, Charlie Marquis, L'automédication et ses déterminants : Actes des Rencontres scientifiques Nord/Sud à Cotonou, Cotonou, pp. 132 – 142

MELIHO Pierre Codjo, 2018, « Regard sociologique de la recevabilité mutuelle par la société civile et les élus dans la gouvernance sanitaire au Bénin », in LES CAHIERS DE L'ACAREF, Vol. 1 Numéro 1/ DEC. 2018, pp. 43 – 59

MELIHO Pierre Codjo, 2019, « Usages de la contraception en contexte de redevabilité sexuelle chez les adolescents scolaires au Bénin », in Revue Della, Vol. 1, N° 4, septembre 2019, pp. 34 – 63

MELIHO Pierre Codjo et DIKPO Thélesphore Toliton, 2019, « Représentations de la thérapie de l'angine chez les enfants à l'interface du social

et du biomédical à Zè », in Annales de la FASHS Nouvelle édition, Vol. 2, N° 002, novembre 2019, pp. 110 - 132

MELIHO Pierre Codjo, SENOUVO Brigitte et KPATCHAVI Codjo Adolphe, 2019, « Mangeable versus proscrit à la mère allaitante Entre émique Xwla (Grand-Popo) et étique santé publique-Anthropologie », in Sapientia Hominis, décembre 2019, pp. 77 – 89

MELIHO Pierre Codjo, MARTINS Christian, 2019, « Vers une responsabilisation sociale des défis globaux et des enjeux locaux de santé au Bénin », in LES CAHIERS DE L'ACAREF, Vol. 1 Numéro 2, Sciences sociales et développement durable : regards sur l'Afrique, Géographie, Anthropologie, Sociologie, pp. 28 - 51

MENUEL Julie, 2012, « Devenir enceinte Socialisation et normalisation pendant la grossesse : Processus, réceptions, effets », In Dossiers d'études, n° 148, janvier CNAF, 8 p.

MINISTERE DE LA SANTE, 2018, Plan national de développement sanitaire (2018-2020), 82 p.

MINISTERE DE LA SANTE, 2013, Stratégie coopérative de l'OMS avec les pays, 25 p.

NIANG Mariétou, 2014, Le non-recours aux services de soins prénatals : expériences de femmes vivant dans la commune rurale de Kokologho au Burkina Faso, Maîtrise en santé communautaire, Laval University, 201 p.

NIANG Ndèye Léna, NIANG-DIENE Aminata, 2019, « Santé maternelle : les déterminants de l'utilisation des structures publiques de soins dans le district sanitaire de Kaffrine (Sénégal) », in Anoh Kouassi Paul, Tuo Péga, Ymba Maïmouna Espace, territoires, sociétés et santé, Côte-d'Ivoire, Editions Universitaires de Côte-d'Ivoire (EDUCI), pp. 261 - 275

Analyse sociologique des déterminants de l'abandon et du renoncement à la consultation prénatale (CPN) par les femmes multipares en milieu IFE au centre du Bénin.)

OLIVIER de Sardan Jean-Pierre, Moumouni Adamou, Souley Aboubacar et Vangeenderhuysen Charles, 1997, Recherche socio-anthropologique sur les complications de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum Représentations et pratiques populaires au Niger, Niamey, 64 p.

Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 2000, Rapport sur la santé dans le Monde, 2000 Pour un système de santé plus performant, 248 p.

Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 2006, Rapport sur la situation dans le monde 2006 : travailler ensemble pour la santé, 243 p.

OUMAR Mallé Samb, 2014, La gratuité des soins et ses effets sociaux : entre renforcement des capacités et du pouvoir d'agir (empowerment) au Burkina Faso, Thèse de doctorat, Université de Montréal, p. 4

SAILLANT Francine, 1999, « Femmes, soins domestiques et espace thérapeutique Présentation Vers une anthropologie des soins », *Anthropologie et Sociétés*, 23 (2), pp. 15 - 9

SAILLANT Francine et Genest Serge (dir.), 2005, *Anthropologie médicale Ancrages locaux, défis globaux*, Les Presses de l'Université Laval, 493 p.

SARRADON-ECK Alain, 2007, « Le sens de l'observance Ethnographie des pratiques médicamenteuses de personnes hypertendues », *Sciences sociales et santé*, 31 p.

SORGHO Emile, 2017, Déterminants du non recours aux services de soins prénatals : cas du centre de santé et de promotion sociale (CSPS) de Zitenga du District Sanitaire de Ziniaré, Mémoire du master II, Institut de Formation et de Recherche Interdisciplinaires en Science de la Santé et de l'Éducation (IFRISSE), 166 p.

UNATED STATES AGENCY IN INTERNATIONAL DEVELOPMENT (USAID), 2018, « L'engagement des communautés augmente les consultations prénatales à Covè-Zagnanado-Ouinhi, Bénin », No. 117, Programme d'amélioration de la santé de la reproduction, du nouveau-né et de l'enfant, Cotonou, 2 p.

WALSH Judith Marie, & MCPHEE Stephen J., 1992, "A systems model of clinical preventive care: An analysis of factors influencing patient and physician", *Health Education Quarterly*, 19, pp. 157-175

WEBER Max, 1904, Traduction, 1964, *L'éthique protestante et l'esprit du capitalisme*, Paris, Plon, 2ème édition, 1967, 293 p.

WORD HEALTH ORGANIZATION (WHO), 2000, Rapport sur la santé dans le monde 2000 Pour un système de santé plus performant, Genève, Organisation mondiale de la santé, 237 p.

YOUNG Allan, 1982, "The Anthropologies of Illness and Sickness", *Ann. Rev. Anthropol*, 11, pp. 257-285

ZEMPLENI Andras, 1985, « La maladie et ses causes : introduction », in *Causes, origines et agents de la maladie chez les peuples sans écriture, l'Ethnographie*, n° 96-97, pp. 13-44

ZEMPLENI Andras, 1988, "Entre sickness et illness De la socialisation à l'individualisation de la maladie, *SW. 5, Merl, Vol. 27. No. II*, pp. 1171-1182



DEVELOPPEMENT DE RELAIS INFORMELS A LA COLLECTE ET AU RECYCLAGE DES DECHETS SOLIDES A DOUALA (CAMEROUN) : L'EXEMPLE DES WASTE COLLECTORS DE MAKEPE MISSOKE

DEVELOPMENT OF INFORMAL SOLID WASTE COLLECTION AND RECYCLING RELAYS IN DOUALA (CAMEROON): THE EXAMPLE OF THE WASTE COLLECTORS OF MAKEPE MISSOKE

¹ NSEGBE Antoine De Padoue..

¹ Chargé de Cours, Faculté des Lettres et Sciences Humaines,
Université de Dschang, ansegebe2001@gmail.com

NSEGBE Antoine De Padoue, Développement de relais informels à la collecte et au recyclage des déchets solides à Douala (Cameroun) : l'exemple des waste collectors de Makepè Missokè, *Revue Espace, Territoires, Sociétés et Santé* 5 (10), 207-228, [En ligne] Décembre 2022, URL: <https://retssa-ci.com>

Résumé

La croissance démographique doualaïse est responsable de l'augmentation de la production des déchets. Seulement moins de 50 % de ces derniers sont enlevés, ce qui exacerbe la problématique de leur gestion. A Makèpe-Missoke, un secteur informel du recyclage s'est développé, le détritit ayant acquis une valeur économique. Face aux difficultés des municipalités à les gérer efficacement, et en raison de la récréation d'une valeur marchande autour du déchet, quelles plus-values peuvent découler de ce secteur en développement ? Pour y répondre, nous positionnons les acteurs de ce secteur

comme des relais à la gestion des déchets, à travers une analyse fonctionnelle des filières et une mise en exergue des chaînes de valeur de chaque branche. Il s'agit de montrer que par le développement de ces activités, les plus pauvres sont plus résilients face à leurs difficiles conditions de vie. Nous y parvenons à travers une enquête qualitative effectuée auprès des acteurs du recyclage. L'analyse qui en découle montre que l'enlèvement des détritits n'est plus simplement une activité liée à l'hygiène. La récupération à des fins lucratives connaît une croissance du nombre d'acteurs et du nombre d'unités de recyclage. Les filières constituées connaissent une expansion et les déchets récupérés une diversification. Ces derniers renforcent les segments industriels qui s'orientent vers les déchets comme alternative d'approvisionnement en matières premières. Enfin, en récupérant et en triant le déchet, les pickers assurent leur survie, tout comme ils participent à la soustraction dans l'espace urbain des détritits qui auraient dû être enlevés par la municipalité.

Mots clés : Recyclage, déchets, relais informels, filière, Makepè-Missoke

Abstract

Population growth in Douala is responsible for the increase in waste production. Only less than 50% of these are removed, which exacerbates the problem of their management. In Makèpe-Missoké neighbourhood an informal recycling sector has developed, and waste has been given economic value. Faced with the difficulties of municipalities to manage them effectively, and due to the re-creation of market value around waste, what added value can arise from this developing sector? To respond to this, the actors have been placed in this sector as relays for waste management, through a functional analysis of the sectors and highlighting the value chains of each branch. The aim is to show that by developing this activity, the poorest are more resilient relative to their difficult living conditions. This paper is realised through a qualitative survey of recycling stakeholders. The result from the study shows that litter removal is no longer simply a hygienic activity, because benefits from the activity are significant among the stakeholders involved in the recycling units. The established channels are gradually expanding and the recovered waste is progressively diversified. These have strengthened the industrial segments that are moving towards waste as an alternative source of raw materials. Finally, in the process of recovering and sorting the waste, the pickers ensure their survival in participating in the removal process from the urban space, work that was supposed to be done by the municipality.

Keywords : Recycling, waste, informal relays, sector, Makepè-Missokè

INTRODUCTION

La gestion des déchets représente un défi à la fois environnemental, social et économique pour tous les pays du monde. Dans les métropoles d'Afrique sub-saharienne, ce défi est d'autant plus important que les moyens sont limités et les quantités de déchets produites s'accroissent de plus en plus rapidement. D'après le rapport de la Banque Mondiale sur les déchets solides (2018, p. 20), l'Afrique sub-saharienne a généré 174 millions de tonnes de déchets en 2016 et cette production devrait tripler pour 2050. Cette croissance, la plus rapide à l'échelle planétaire, est alimentée par la croissance démographique, l'urbanisation, l'augmentation des niveaux de vie et la transformation des habitudes de consommation.

En effet au Cameroun, la taille des villes qui le composent s'est fortement accrue et certaines sont devenues de véritables agglomérations dans lesquelles le développement urbain se fait à un rythme rapide (A. de P. Nsegbe, 2021, p. 11). A Douala singulièrement, cette croissance démographique rapide s'accompagne d'une part par un étalement qui rend difficile la gestion de l'environnement urbain. D'autre part, elle stimule les changements dans les modes de consommation, augmente la production des déchets et aggrave le problème de leur collecte et de leur élimination. Face à de telles contraintes, la ville s'est engagée dans la mise en place de services de gestion des déchets. Ces services sont construits sur la base de modèles hygiénistes importés des villes du Nord, et visent en priorité leur collecte ainsi que leur évacuation vers une décharge finale souvent mal organisée et en très rapide dépassement de ses capacités. En effet, dans le cadre d'un marché passé en 2007 par la Communauté

Urbaine de Douala (CUD), il est attendu du prestataire, la Société Hygiène et Salubrité du Cameroun (HYSACAM), la collecte de 1.100 Tonnes/jour de déchets sur une production totale estimée à environ 2.625 tonnes T/jour (L. B. Tchuikoua, 2010, p. 13). Ce volume contractuel ne correspond qu'à 42 % de déchets à enlever tous les jours, les 58 % restant devant se retrouver soit sous forme de dépôts sauvages dans les espaces publics, dans les cours d'eau, les décharges sauvages créées au sein des quartiers, soit encore dans les canaux de drainage des eaux usées (L. B. Tchuikoua, 2010, p. 13). De plus, seules les grandes artères, les voies les plus accessibles et les quartiers résidentiels sont desservis par les services de collecte. Les quartiers précaires, les moins tramés et par ailleurs les plus pauvres ne bénéficient pas de ces services.

Cette situation a amené les pouvoirs publics à envisager une diversification de l'offre de services de ramassage des ordures ménagères. Cette offre s'est avérée infructueuse en raison du faible intérêt porté par les opérateurs économiques à ce secteur. De plus, la décentralisation longtemps évoquée comme solution tarde à se concrétiser, ce qui tend à compliquer d'avantage le problème plus global de la gestion des déchets solides à Douala. Face aux difficultés des pouvoirs publics et des collectivités territoriales décentralisées à adresser efficacement cette question des ordures ménagères, quel est l'apport des relais informels dans le processus de soustraction de l'espace public de ces détritiques ? L'échec des administrations à faire face à la gestion intégrée des ordures dans la ville a permis un développement parallèle d'une multitude d'activités plus ou moins informelles (de la pré-collecte au recyclage en passant par la récupération) autour du déchet dans le quartier MakepèMissokè.

Ainsi, contribuant au ramassage des déchets ménagers, ces nouveaux intervenants considérés comme des relais informels de la collecte et du recyclage des ordures ménagères participent avec les municipalités au nettoyage de la ville (E. Phillipot, 1998, p.105). Ces relais informels assurent tout aussi des revenus aux acteurs essentiellement issus de la population démunie. En raison de leur capacité à redonner de la valeur aux déchets, quelles plus-values peuvent découler de ce secteur en développement ? Qu'ils soient appelés Waste collectors, rag pickers ou waste pickers, ils possèdent leur propre fonctionnement et s'insèrent dans l'économie urbaine en répondant à une véritable logique de marché (F. Todor, 1996, p. 15). En outre, ces gens qui font partie de ce que E. Phillipot (1998, p. 105) appelle l'énorme armée de pauvres urbains, font ce que les agents gouvernementaux n'ont pas fait jusqu'ici en réussissant à créer toute une chaîne d'activité basée sur le recyclage.

L'exemple de ces relais à la collecte et au recyclage des déchets est particulièrement intéressant pour rendre compte de ce qu'ils parviennent à débarrasser des détritiques dont l'enlèvement relève de la compétence des collectivités. Nous proposons par ailleurs une analyse fonctionnelle des activités développées, à partir d'une approche filière qui met en exergue la chaîne de valeurs de chacune des branches, En récupérant et en triant les vêtements usagés, les déchets plastiques et la ferraille, les Waste collectors ils redonnent une valeur économique à des détritiques qui n'en avaient plus pour leurs utilisateurs, permettant ainsi à de nombreuses familles de se soustraire du cercle vicieux de la pauvreté.

1. MATERIELS ET METHODES

A travers leur activité, les Waste collectors sont parvenus à s'insérer dans l'économie urbaine en développant leur propre fonctionnement pour répondre à une véritable logique de marché (F. Todor, 1996, p. 15). Le suivi de leurs activités a orienté notre choix de démarche vers l'enquête transversale ou « cross sectional survey » qui étudie à un moment donné le groupe de population auquel on s'intéresse dans un environnement donné (A. De P. Nsegbe, 2021, p. 6). Pour se faire, trois parcours ont été retenus : la caractérisation de la zone d'étude, une enquête qualitative effectuée auprès des acteurs intervenant dans le processus de recyclage des vêtements usagés et de la ferraille, une approche filière qui permet de mettre l'accent sur une analyse fonctionnelle de l'activité et la chaîne de valeurs développée par ces relais de la collecte et du recyclage des déchets.

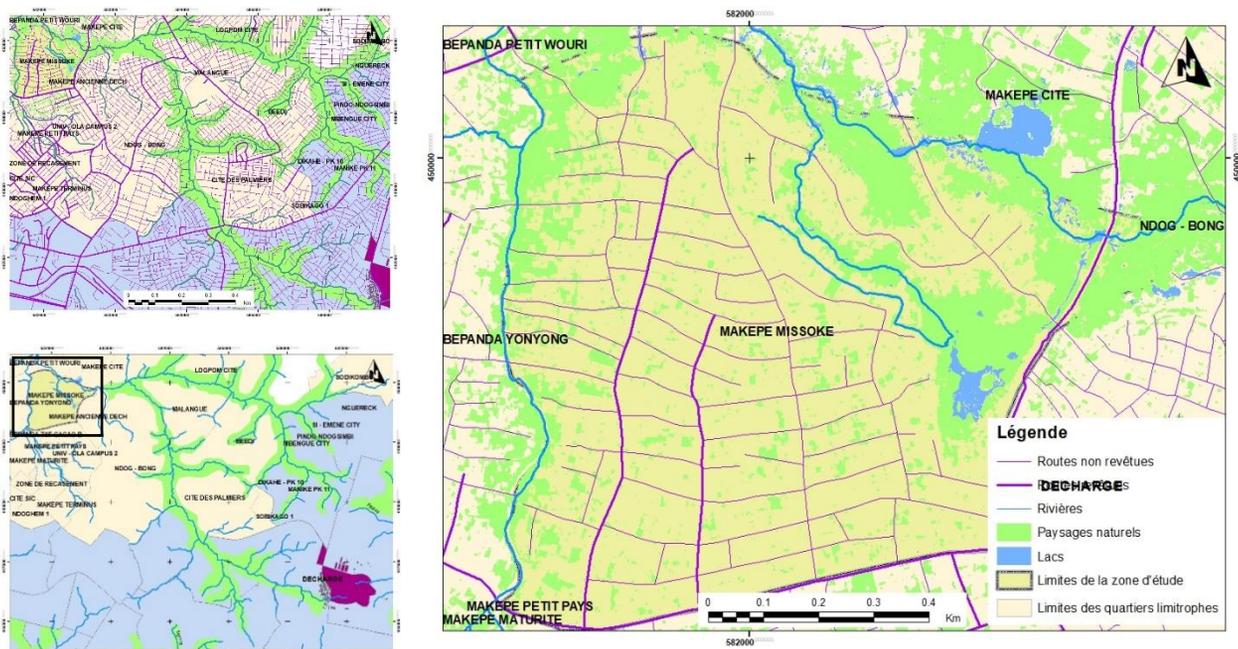
1.1. Caractérisation de la zone d'étude

Douala est une ville dont le développement urbain est de loin le plus important du Cameroun, avec des surfaces urbanisées estimées en 1983 à 6.500 ha contre 25. 700 ha en 2021 (A. de P. Nsegbe, 2021, p. 21). L'urbanisation de la ville se caractérise par le développement de nouveaux quartiers, très souvent dans les zones hostiles à l'implantation humaine (A. de P. Nsegbe,

2021, p.11). Au rang des zones identifiées comme telles, il y a les bas-fonds marécageux, les anciennes décharges et les zones inondables (A. de P. Nsegbe, 2019, p.47). Ces trois caractéristiques traduisent à suffisance l'identité du quartier Makèpe-Missoke situé dans le bassin versant de la rivière Tongo Bassa. Le relief est assez monotone et marqué par des pentes très douces de part et d'autre de la vallée dessinée par la rivière Ngongue, principal cours d'eau du sous bassin qui porte son nom (Carte n°1). Ce cours d'eau est mis à contribution pour le lavage et la désinfection des vêtements à recycler essentiellement récupérés dans la décharge du Génie militaire

Le réseau hydrographique très dense est constitué de plusieurs cours d'eau dont les débits sont très variables annuellement en fonction des saisons. Ces cours d'eau servent aussi au charriage des déchets issus du fonctionnement de la ville, déchets très souvent déversés à l'occasion d'averses. La production des déchets à Douala est consécutive à une croissance démographique dont le taux moyen annuel est de 5,8 %, soit plus de deux fois la moyenne nationale (J. M. Olinga Olinga, 2021, p. 6). En quarante ans, sa population a été multipliée par 100, passant de 26 000 habitants en 1970 à près de 2 500 000 habitants en 2011. Aujourd'hui, cette population est constituée d'environ 436 500 ménages (RGPH, 2010). Elle représente 76 % de la population de la Région du Littoral, 20 % de la population urbaine nationale, et 11 % de la population nationale.

Carte n°1 : Présentation de la zone d'étude



Source des couches de base : CUD, 2018 ; mises à jour, septembre 2022

De par sa position géographique, le quartier Makepe-Missoke est devenu un lieu d'interactions multiples. Il s'agit d'abord d'un réceptacle (R. J. Assako Assako, 2004, p.77) vers lequel sont drainés les déchets issus du fonctionnement d'infrastructures situées en amont du bassin versant auquel il appartient. Il s'agit ensuite d'un lieu de résidence de 27 508 habitants répartis dans environ 6 494 ménages (RGPH, 2010). Ce quartier se caractérise par un déficit de services de base, en l'occurrence le service de ramassage des ordures ménagères. La population y est dans l'ensemble pauvre et exerce essentiellement dans l'informel. La plupart des activités qui s'y pratiquent tournent autour de l'agriculture maraichère, l'élevage porcin et de la volaille, les activités de récupération et de recyclage des déchets, en particulier la ferraille, les déchets plastiques et les déchets vestimentaires.

1.2. Données mobilisées dans le cadre de l'enquête qualitative

Les données disponibles sur le secteur informel de la récupération des déchets sont rares, partielles et souvent peu fiables. Elles le sont d'autant plus que le secteur est en constante évolution. En effet, les opérateurs sont en perpétuelle adaptation à l'évolution du marché des matériaux de récupération, changent de lieux de travail en fonction de l'évolution de la pression foncière et des mesures de répression envers leurs activités. La première étape a consisté en l'identification des acteurs de la filière, leurs rôles et responsabilités, leurs interactions, leurs intérêts, leurs rapports de force. Pour cette étape, nous avons privilégié les lieux de dépôt pour la ferraille et les déchets plastiques, les lieux de récupération, de

lavage et/ou de séchage pour les vêtements usagés au sein du quartier, afin d'identifier et rencontrer les différents acteurs. La deuxième étape a porté sur leur *tracking*, l'idée étant de les suivre afin de comprendre leur organisation ainsi que les segments de l'activité. Ce processus nous a conduits à la décharge du Génie militaire à Pk 12, principal pôle d'approvisionnement, notamment pour le recyclage des vêtements usagés. Ces deux catégories de lieux (centres de stockage et décharges) peuvent réunir ou être le point de passage d'un grand nombre d'acteurs. C'est au sein de chacun de ces pôles que les entretiens ont été menés avec les différentes parties prenantes. Réaliser les enquêtes sur ces lieux permet d'une part de discuter autour d'éléments concrets, et d'autre part de contribuer à libérer la parole. De plus, cela permet de s'adapter aux emplois du temps des enquêtés, qui bien souvent ne peuvent se permettre de manquer une journée de travail.

1.3. L'approche filière pour l'analyse fonctionnelle et l'identification des flux

L'exigence d'intégrer l'identification et l'organisation dans l'analyse des activités informelles de recyclage des déchets a fort logiquement conduit au choix de l'approche filière, un outil neutre d'analyse mettant en évidence l'existence de circuits de distribution pour différentes catégories de biens. Plus précisément, on entend par filière de production « *l'ensemble des agents (ou fractions d'agent) économiques qui contribuent directement à la production, puis à la transformation et à l'acheminement jusqu'au marché de réalisation d'un même produit* » (L. Bockel et F. Tallec, 2005, p. 5). La filière dans le cas d'espèce est composée d'une suite d'opérations, d'une suite d'agents et donc d'une suite de marchés, à la fois en termes de flux physiques et de leur contrepartie monétaire. L'étape suivante a

consisté en l'analyse de la chaîne de valeur pour inventorier les activités inhérentes à la filière. En effet, l'analyse de la chaîne de valeur a permis de décrire l'ensemble des activités nécessaires pour mener les déchets, de leur récupération à travers différentes phases, à leur distribution aux consommateurs finaux (M. Porter, 1986, p. 52). La « production », en tant que telle, est seulement l'une des étapes permettant de créer de la valeur ajoutée. Il existe un ensemble d'activités dans la chaîne, toutes liées les unes aux autres (L. Bockel et F. Tallec, 2005, p. 5). L'intérêt de cette approche est de décomposer l'activité en séquences d'opérations élémentaires et d'identifier les sources d'avantages concurrentiels potentiels.

L'identification de la nature des flux physiques et des agents impliqués conduit ainsi à une analyse fonctionnelle de la filière qu'il a été possible de formaliser, à la fois sous la forme de tableaux et de modèles faisant correspondre :

- les principales fonctions, c'est-à-dire les étapes de la transformation et de l'acheminement ;
- les agents (ou fractions d'agents) conduisant ces fonctions ;
- les produits de la filière concernée: c'est-à-dire le produit principal sous les diverses formes en lesquelles il est progressivement transformé.

Enfin, le repérage des contours a permis d'identifier les flux et les opérations. L'exemple du linge usagé montre que le produit récupéré servant souvent à dénommer la filière (filrière linge usagé), indique de partir de la production primaire via la récupération au niveau des récupérateurs. Elle suggère ensuite de suivre le produit en aval au travers des divers circuits de commercialisation et des divers stades de transformation jusqu'aux marchés de

réalisation. Enfin, l'idée directrice qui oriente l'analyse économique des filières est de « mettre à plat » l'ensemble des activités de tous les acteurs qui concourent à la production et/ou à la transformation du déchet. Pour ce travail de « mise à plat », il a fallu repérer les flux qui relient les agents entre eux, ce qui a permis de dresser les comptes économiques correspondants aux activités des agents au sein de la filière.

Une fois la structure de la filière dessinée et l'instrument acquis, il a fallu raisonner en valeur monétaire c'est-à-dire, tenter tant bien que mal d'avoir une idée des revenus engrangés par ces activités. L'essentiel du travail de préparation à l'analyse a consisté à quantifier les opérations observées, c'est-à-dire réduire des faits et opérations à leur valeur monétaire.

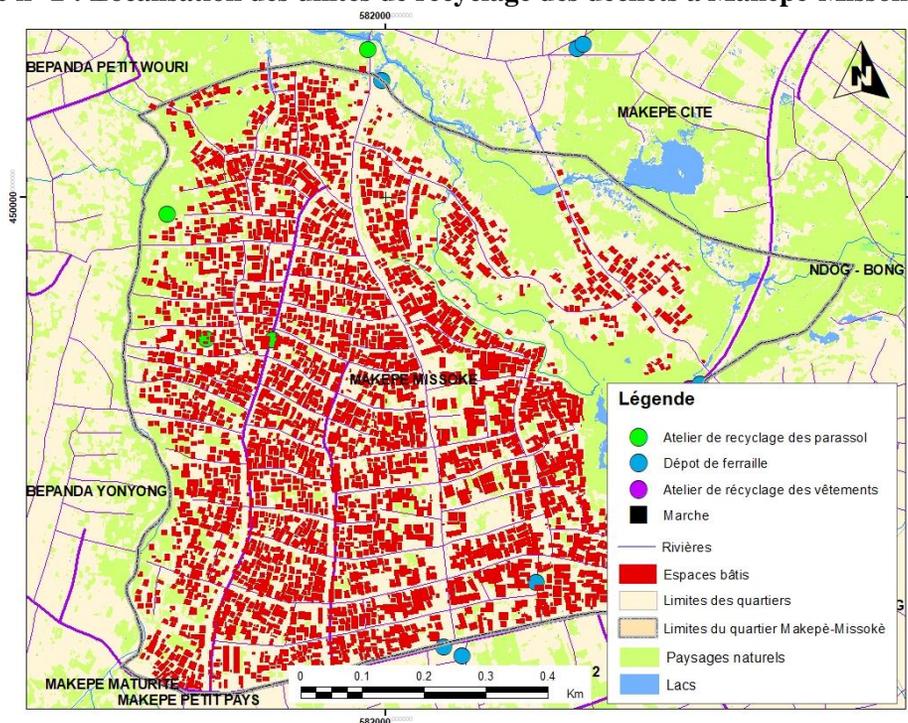
2. RÉSULTATS

2.1. Une montée en puissance du secteur informel du recyclage des déchets

Comme dans tous les pays d'Afrique, la récupération et la valorisation des déchets divers constituent des activités corrélées à la pauvreté des acteurs qui les pratiquent. Pourtant, la valorisation des déchets a commencé par prospérer dans le domaine de la culture. En effet, dans plusieurs pays d'Afrique notamment, les artisans sont parvenus à développer une forme d'art basée sur la récupération et la valorisation d'objets

récupérés dont le recyclage conduit à la fabrication de monuments dont certains font l'identité de grandes métropoles africaines. Des exemples existent à profusion. C'est le cas du monument de la « Nouvelle liberté » situé à la Place de la jeunesse, au lieu-dit « rond-point Déido » à Douala. Ce monument réalisé par l'artiste plasticien Joseph-Francis Sumégné en 1996, est devenue aujourd'hui le symbole de la Ville. Rappelons aussi que la récupération des déchets à des fins lucratives est très tardive au Cameroun. Mais depuis les années 1990, cette pratique a connu une montée en puissance à travers un processus de diversification des déchets récupérés, processus qui s'est récemment renforcé à la faveur du développement de certains segments industriels qui se sont orientés vers les déchets comme alternatives en matière d'approvisionnement en matières premières. De plus, les problématiques relatives à la protection de l'environnement restent l'un des catalyseurs majeurs de ces transformations. Cette conjoncture a donc fait passer les objets récupérés du stade de déchet à celui de bien économique, faisant par voie de conséquence de la récupération de ces déchets, un véritable métier qui nourrit des familles. Le cas de Missoke Missokè est illustratif avec en bonne place des activités de récupération et de recyclage très spécifiques (Carte n° 2) dont la pratique a développé de nombreuses filières qu'il est important d'étudier ici.

Carte n° 2 : Localisation des unités de recyclage des déchets à Makepè-Missokè



Source des couches de base : CUD, 2018 ; données, enquêtes de terrain, 2022

Il s'agit notamment du développement d'ateliers de réparation des parasols, des ateliers de recyclage du linge usagé qui se développent essentiellement le long des cours d'eau. Il s'agit aussi des ateliers de stockage de la ferraille dont les activités s'étendent au-delà du quartier.

2.2. Analyse de la filiere du linge usagé

2.2.1. Identification des flux et analyse fonctionnelle de l'activité de recyclage de linge usagé

La décharge HYSACAM de Pk 12 (Génie militaire) est le point de départ de l'activité de recyclage du linge qui s'est développée au quartier Makèpè-Missok  autour de deux sites prioritaires, le lieu-dit *Pont cassé* et le Bloc 10. L'activité est organisée autour

d'acteurs dont le rôle et les niveaux d'intervention s'intègrent dans l'approche filiere envisagée, en raison de la segmentation des processus et de la diversité des intervenants.

La récupération ou chiffonnage sur décharge est la première opération de la filiere. Elle se présente en effet souvent comme un édifice pyramidal, avec des regroupements successifs de lots de matières et une cascade d'intermédiaires. Tout part des opérations de collecte des déchets par les camions qui sillonnent les quartiers de la ville et qui viennent d poter à la décharge de Pk 12 (planche photographique né 1). Ainsi, en amont de la chaine, les ramasseurs marginaux ou de base (*tukang mulung* ou le *pamulung en indonésien*) qui vendent le produit de leur collecte à des intermédiaire semi-grossistes

(*penampung* ou *tukang loak*). L'on dénombre environ 50 récupérateurs (des hommes pour la plupart) de linge usagé sur la décharge. La décharge est en effet le lieu de travail de ce

groupe d'acteurs répertoriés par les responsables d'HYSACAM desquels ils ont reçu l'autorisation d'exercer sur le site.

Planche photographique n°1 : dépotage des déchets par les camions dans la décharge de Pk 12



Les camions collectent dans les quartiers de la ville. Dès leur entrée dans la décharge de Pk 12 (Génie militaire), ils sont pesés et dirigés vers les sites de dépotage où les attendent les collecteurs. Et comme on peut le voir, le tri commence avec la levée de la benne, en raison de la concurrence rude, mais respectueuse de la solidarité qui structure la vie à la décharge. Crédits photos Tiokou Ngassa, Juillet 2022.

Les semi-grossistes revendent à leur tour à des grossistes ou à des négociants (*bandar* ou *bandar besar dans la même langue*). Il arrive que les ramasseurs se retrouvent à la fois en amont et en aval du processus lorsque ces derniers ne disposent pas d'un capital conséquent. Des employés de la société HYSACAM chargés de la collecte ordinaire récupèrent eux aussi, soit à leur compte, soit en tant que ramasseurs marginaux. La récupération est organisée en spécialités en fonction des centres d'intérêt de chaque acteur. Le tri est donc simultané et rythmé au gré du ballet incessant des camions. Aussitôt dépoté, les camions cèdent la place aux collecteurs qui fouillent à la recherche de tout déchets qu'ils pourraient rendre utile (planche photographique n° 2). A la suite de la collecte, le linge dans sa diversité (pantalons, chemises, Tee-shirt et polo, culottes, robes, etc.) est conditionné en ballots et sécurisé dans des espaces dédiés (planche photographique n° 2) qui feront

office de marché, zone où s'effectuent les ventes aux enchères entre ramasseurs marginaux, intermédiaires et grossistes. Le linge récupéré est donc mis en vente dans la décharge. C'est la deuxième étape du processus. Nous recensons trois groupes venant de Makèpè-Missokè. Le premier est composé de 05 acheteurs organisés au sein du bloc 10 du quartier. Il s'agit en effet de 05 chefs de famille engagés dans l'activité depuis une dizaine d'années. En fonction de l'article récupéré, ces « opérateurs économiques » déboursent en moyenne entre 100 et 600 FCFA par pièce lors de la transaction à la décharge, en fonction de l'état de l'article.

Le deuxième groupe, le plus important en effectif et en volume de marchandises compte une quinzaine d'acteurs basés au lieu-dit « Pont cassé ». Cette activité s'y est mise en place et s'est développée au fil des temps, avant de connaître cet éclatement qui se justifie par son caractère lucratif. Rappelons

par ailleurs que l'activité connaît un développement ces dernières années avec l'entrée en scène des pré-collecteurs.

Planche photographique n° 2 : Scènes de tri et conditionnement des déchets récupérés



Les déchets déposés sont remués et retournés par les ramasseurs à la recherche de la pièce précieuse ainsi que nous pouvons le voir avec les hommes à gauche (A) et les femmes à droite (B). Le linge récupéré entre dans sa phase de pré-valorisation par son conditionnement dans les ballots dédiés. Ces ballots sont stockés dans des espaces terrassés (C), et feront ensuite l'objet de transactions entre ramasseurs, intermédiaires et grossistes (D).

Crédits photographique Tiokou Ngassa, Juillet 2022.

Ceux-ci assurent la collecte auprès des ménages et des récupérateurs – acheteurs. Ces derniers achètent aux ménages des déchets de valeur déjà triés. Cette catégorie dont les actions prennent de l'envergure collecte, trie et vend à un groupe récemment constitué d'une quinzaine de jeunes qui sont approvisionnés directement dans le quartier, le long des berges de la rivière *Ngongue* utilisée pour la lessive. Mais à la différence de ceux qui s'approvisionnent à la décharge, ces jeunes doivent parfois payer deux fois plus cher les articles de même valeur obtenus à moitié prix à la décharge. De plus, le chiffre d'affaires qu'ils mobilisent ne leur permet

pas encore de constituer des quantités comparables à celles vendues par les « opérateurs économiques » mieux organisés et plus anciens dans la profession.

La lessive est la troisième étape du processus. La marchandise achetée à la décharge est conditionnée en ballots, puis transportée vers Makèpè-Missokè où elle était jadis confiée aux « laveurs ». Cette catégorie d'acteurs a quasiment disparue en raison des coûts supplémentaires engendrés, mais surtout à cause de leur incapacité à faire convenablement la lessive. C'est la raison pour laquelle plusieurs acteurs ont fait de l'activité une affaire de famille, impliquant

les différentes unités de consommation du ménage dans la lessive et le conditionnement des vêtements. La lessive est faite sur site (planche photographique n° 3). Les vêtements ainsi lavés sont séchés par catégorie (planche photographique n° 4), repassés pour certains, mis en sachet par petits paquets et l'ensemble mis en ballot. La dernière étape est la commercialisation du linge lavé. Le linge conditionné est transporté

soit vers les marchés de la ville, très souvent vers les marchés de la région de l'Ouest-Cameroun via les agences de voyages. Il s'agit prioritairement des départements de la Menoua (Dschang, Baleveng) et des Bamoutos (Bafounda, Mbouda, Babadjou) où les marchés sont périodiques et programmés suivant un principe de rotation des jours de vente hebdomadaire.

Planche photographique n° 3 : Scènes de lessive sur les berges de la rivière Ngongue



Le linge acheté à la décharge est stocké aux abords du cours d'eau (A), puis lavé en priorité par les femmes, plus nombreuses que les hommes ainsi qu'on peut le voir sur ces scènes de blanchisserie (B) Crédits photographiques, Tiokou Ngassa, Juillet 2022.

La vente est spéculative et se fait très souvent au détail, les principaux clients étant les populations résidentes, mais aussi celles des villages environnants. La vente se fait aussi en gros. En effet, les grossistes sont des vendeurs à la sauvette, mais aussi des commerçants venant des villages voisins dans lesquels ils assurent la distribution, soit en vendant directement aux populations, soit en vendant eux aussi en gros aux détaillants. La préparation du voyage dure un mois, le temps de mobiliser en moyenne 750 Kg de

linge (lorsque le marché a été fructueux), 500 Kg à l'inverse, ce qui représente respectivement des dépenses (achat des vêtements récupérés et frais de blanchisserie) d'environ 60.000 à 300.000 FCFA. De la maison au marché à l'Ouest, le transport, tous frais confondus, très variable coûte en moyenne entre 9.000 et 45.000 FCFA. Le prix de vente des vêtements est quant à lui évalué à environ 650.000 pour 700 Kg contre environ 450.000 pour 500 Kg.

Planche photographique n° 4 : Modalités de séchage des vêtements lavés au bloc 10 et au lieu-dit « Pont cassé »



Ainsi lavé, le linge est séché, par catégorie. Ce tri est la particularité des acteurs du bloc 10 qui utilisent les cordons pour sécher les meilleures pièces (A et B). Au lieu-dit « pont cassé », le linge est étalé sur les herbes, mais aussi sur les gardes fous du pont (C et D). Clichés Tiokou Ngassa, Juillet 2022.

L'organisation de la filière garantit un profil de carrière aux différents acteurs dans les différents corps de métier. Ainsi, tous les « opérateurs économiques » du bloc 10 ont commencé comme récupérateurs à la décharge. Ce changement de grade se fait cependant par cooptation.

2.2.2. Analyse fonctionnelle de l'activité du recyclage du linge usagé

L'identification de la nature des flux physiques et des agents impliqués conduit à une analyse fonctionnelle de la filière qu'il est souhaitable de formaliser sous la forme d'un tableau. Ce dernier doit faire correspondre les étapes de la transformation et de l'acheminement, les activités retenues comme faisant partie de la filière, les agents

(ou fractions d'agents) conduisant ces fonctions ainsi que les produits de la filière. Le tableau d'analyse fonctionnelle (Tableau n° 1) de la filière permet d'établir une distinction entre deux types de récupérateurs/ramasseurs : ceux exerçant en groupe organisé à la décharge, mais aussi ceux qui collectent auprès des ménages, les pré-collecteurs. De la même manière, la distribution des revenus des autres segments ou sous-ensemble diffère de celle des autres acheteurs. De plus, les marchés du linge usagé sont différents. Cette distinction permet d'évaluer plus précisément ce qui peut changer dans l'augmentation des revenus entre les différents marchés, puisqu'ils sont sur différents segments distincts de la filière.

Tableau n°1 : Analyse fonctionnelle de la filière récupération et recyclage du linge usagé

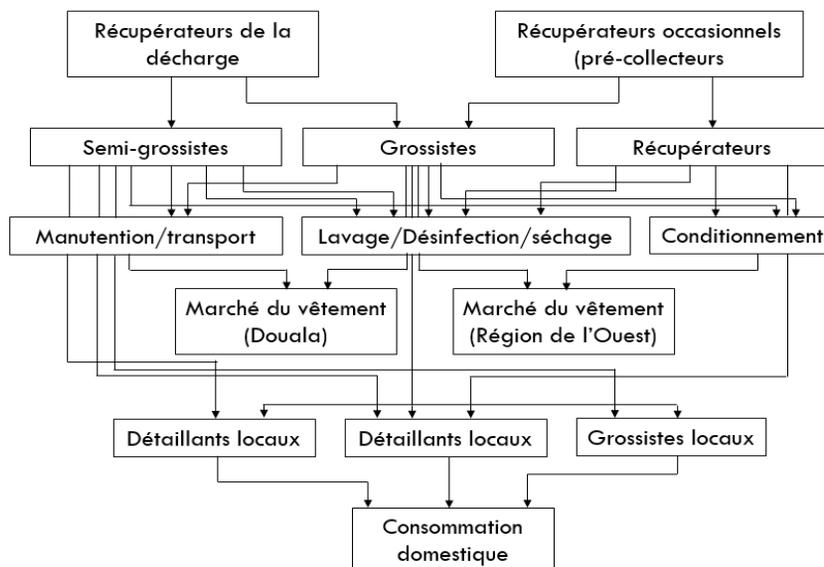
Stade de la filière	Fonction	Agent	Produit
« Production »	Collecte/Récupération	<ul style="list-style-type: none"> Récupérateurs professionnels de la décharge (grands producteurs) Récupérateurs occasionnels ou pré-collecteurs (petits producteurs) 	Linges divers
Commercialisation primaire	Commercialisation	Collecteurs/Récupérateurs	Linge vendu aux semi-grossistes
Commercialisation secondaire	Commercialisation	Semi-grossiste	Linge vendu aux grossistes
Lavage et conditionnement	<ul style="list-style-type: none"> Lavage et désinfection Séchage Repassage Conditionnement 	<ul style="list-style-type: none"> Laveurs Récupérateurs Semi-grossistes 	<ul style="list-style-type: none"> Pantalons Chemises et T-shirts Robes Draps Etc.
Commercialisation tertiaire	<ul style="list-style-type: none"> Transport Vente finale 	<ul style="list-style-type: none"> Grossistes Semi-grossistes Collecteurs/récupérateurs Détaillants locaux 	

Source : Enquête de terrain, Juillet 2022

Une fois les agents concernés identifiés, la présentation sous forme de modèle de la figure n°1 permet d'une part de mettre en évidence la complexité du tissu

économique qu'implique cette activité. D'autre part, elle permet de visualiser la structure économique induite par l'activité.

Figure n°1 : Mise en évidence de la complexité du tissu économique induit par la filière



Source : Enquêtes de terrain, Juillet 2022

2.3. Flux et analyse fonctionnelle des filières ferraille et déchets plastiques

2.3.1. Le déchet plastique : entre alternative et stabilisation des revenus

Lorsque l'on aborde la question de la récupération de la ferraille, il demeure constant que le recyclage de tels déchets tend à être dissocié d'avec celui des déchets plastiques, et même d'avec le linge usagé. Rappelons ici que ces différentes activités sont intimement liées. En effet, les activités de récupération et de recyclage des déchets intègrent aussi la notion de diversification, une option envisagée pour rendre les acteurs de la filière plus résilients, en raison des difficultés à mobiliser régulièrement les quantités souhaitées de ferraille pour répondre à la fois à la demande des entreprises de transformation locale et aux exportateurs de ces « produits ». La récupération des déchets plastiques est donc, en général, une activité secondaire pour les acteurs de la récupération du linge, autant qu'elle l'est pour les spécialistes de la ferraille. Il s'agit en règle générale pour les premiers, de diversifier, de stabiliser et d'« arrondir » leurs revenus. Pour les seconds en revanche, il s'agit de mobiliser en permanence les financements nécessaires pour l'approvisionnement en ferraille. En raison du caractère secondaire de l'activité pour ces deux catégories

d'acteurs, ces déchets achetés au jour le jour sont tout aussi vendus au jour le jour.

Dans le segment du déchet plastique, Makèpe-Missoke constitue un marché pour le réseau de récupérateurs qui se densifie tous les jours. Dans l'ensemble, le bloc 10 constitue pour cette catégorie d'acheteurs le principal marché des seaux, chaises en plastique, casiers, bouteilles d'eau minérale vides, bouteille de produits cosmétiques, etc. Y sont aussi associées les bouteilles en verre dont les principaux pourvoyeurs sont les agents de la société HYSACAM qui opèrent un tri systématique et qui ont développé à Makèpè-cité un point de vente en gros de bouteilles en verre. Le tableau ci-dessous ainsi que la planche photographique n° 7 présentent les catégories de produits, les prix à l'achat ainsi que leur prix de vente.

Tableau n°2 : Typologie des bouteilles vendues par les « opérateurs économiques » du secteur du linge récupéré

Type de déchet	Prix d'achat (en FCFA)	Prix de vente (en FCFA)	Acheteurs courants
Bouteilles de 1,5 l	10	20-25	Détailants des huiles de table
Bidons de 5 l	50-100	200-250	
Bidons de 20 l	500	800-1000	

Source : Enquêtes de terrain, juillet 2022

Planche photographique n° 5 : Bidons et bouteilles en matière plastique récupérés et réinsérés dans le circuit de consommation par le recyclage



Les déchets plastiques achetés sont triés et conditionnés par catégorie : bidons de 5 l (1), bidons de 20l (2) ainsi que des bouteilles d'eau minérale usagées d'une capacité d'un litre et demi (3).
Crédits photographique Tiokou Ngassa, Juillet 2022.

Des acheteurs se recrutent aussi par-delà les détaillants d'huile de table. Il y a des intermédiaires entre entreprises spécialisées dans la fabrication d'ustensiles en matières plastiques et les vendeurs qui achètent en Kg. Certains d'entre eux disposeraient d'unités de pré conditionnement, notamment des broyeurs de la matière première. Mais à ce stade, il est difficile d'en dire plus, en raison de la difficulté à accéder à plus d'informations.

2.3.2. Récupération de la ferraille, une activité en plein essor

La récupération de la ferraille est l'une, sinon l'activité de recyclage la mieux structurée, la mieux traçable et la plus rentable de toutes les activités de recyclage à Makèpè-Missokè. En effet, nous avons dénombré et identifier sept (07) unités de stockage de la ferraille dont la taille est très variable (Figure n° 1). L'unité de récupération la plus importante est située près du « pont cassé ». Il s'agit d'une sorte de Groupe d'Initiative Commune (GIC) qui emploie 16 personnes, toutes travaillant dans la récupération, première opération de l'activité. Il s'agit de jeunes qui opèrent

avec des portes-tout, les « attaquants » qui entrent dans le capital du GIC moyennant une contribution de 10.000 FCFA. Cette contribution s'apparente à une prise d'action dans le capital, mais en réalité le système est plus complexe. Il s'agit simplement d'une condition à remplir pour être recruté. Après le versement de cette somme, le responsable du groupement met à la disposition du récupérateur (deuxième niveau de collecte) un porte-tout ainsi que la somme correspondant à sa contribution. Ce capital dédié à l'achat de la ferraille doit être restitué en fin de journée. Ce fonds de commerce est renouvelé tous les jours et permet au collecteur de s'approvisionner auprès des petits collecteurs, premier niveau de collecte et des « ramasseurs » qui se recrutent dans toutes les catégories : enfants de tous âges, jeunes scolarisés ou non, employés d'HYSACAM qui se mobilisent pour créer des micro-points de collecte dans l'ensemble des quartiers de la ville de Douala. Au-delà de ces micro-points de collecte, les ménages constituent aussi des points de pré-collecte aux portes à portes privilégiés qui vendent le Kg de ferraille à 150 FCFA environ.

En fait, au-delà de la prise de part du collecteur, il s'agit simplement d'un commissionnaire qui tire son revenu de sa capacité à collecter la ferraille. A titre d'exemple, lorsqu'un collecteur rentre à la base, sa cargaison est pesée et répertoriée. Il restitue alors la somme de 10.000 FCFA encaissée, somme qui lui sera restituée le lendemain pour une nouvelle journée de travail. Il tire donc son revenu de sa capacité à négocier sur le terrain pour espérer tirer des marges de cette négociation ; et c'est le montant des excédents qui fait son salaire de la journée, un salaire journalier très variable et difficile à estimer (3 000 FCFA, parfois moins, très souvent plus). Les collecteurs développent des réseaux d'approvisionnement à travers des contacts noués dans l'ensemble de la ville. Il est donc courant qu'un collecteur de premier ordre appelle celui de second ordre lorsqu'une certaine quantité de marchandise est disponible.

Ce schéma d'approvisionnement/distribution s'applique aux déchets plastiques qu'il est une fois encore impossible de dissocier d'avec la ferraille, quoi que les prix et les clients potentiels soient différents. S'agissant de la ferraille, certaines unités de collecte et de stockage traitent, en règle générale, directement avec les entreprises

de transformation basées à Douala. D'autres par contre privilégient l'exportation de la ferraille via les négociants chinois. Dans ce cas, les transactions ne sont envisagées que lorsque les quantités stockées tournent autour de huit tonnes de ferraille. Ainsi à l'achat, la tonne qui coûte la somme de 75.000 FCFA est revendue à environ 120 000 FCFA. Une dernière catégorie de collecteurs appelés « creuseurs » intervient dans l'approvisionnement.

Makèpè-Missokè est en effet une ancienne décharge, et à ce titre, les fouilles effectuées par ces jeunes permettent de découvrir des métaux enfouis qu'ils se chargent de nettoyer. Cette forme de mobilisation de la ferraille est la spécialité de « Père Black », acteur du secteur depuis 25 ans et basé au bloc 10. Son réseau de creuseurs est estimé à 25 jeunes qui font la collecte exclusivement par fouille de la ferraille sur le site de l'ancienne décharge. Ce réseau s'étend à un autre groupe de 11 collecteurs qui sillonnent la ville à la recherche de la ferraille. Mais ce dernier groupe travaille plutôt à la décharge de Pk 12. Le tableau n° 3 présente les volumes collectés par mois ainsi que les prix pratiqués à la tonne dans les principales unités de recyclage de Makèpè-Missokè.

Tableau n°3 : Typologie des produits collectés par mois par les acteurs les plus importants du secteur de la récupération de la ferraille

Sites	Localisation	Quantité (en tonnes)	Type de déchet	Prix d'achat (en FCFA/Tonne)	Prix de vente (en FCFA/Tonne)
Entrepôt 1	Pont cassé	8	Ferraille	75 000	120 000
		Non déterminée	Déchets plastiques	150 000	180 000
Entrepôt 2	Bloc 10	8	Ferraille	80 000	120 000
Entrepôt 3	Bloc 10	8	Ferraille	50 000	120 000
Entrepôt 4	Bloc 10	20	Ferraille	50 000	120 000

Source : Enquêtes de terrain, juillet 2022

Comme nous l'avons relevé plus haut, la filière plastique constitue un instrument de diversification de l'activité qui garantit au secteur de la ferraille une certaine résilience. Elle présente cependant quelques particularités en aval. La première est qu'elle semble plus fragmentée que la filière ferraille dans ce sens que les entreprises, destinataires finaux de la filière ne sont en contact avec les vendeurs qu'indirectement. Ce sont les démarcheurs recrutés par ces entreprises qui sont chargés par ces dernières d'acheter les

déchets plastiques. Chaque entreprise dispose ainsi d'un réseau d'intermédiaires. Cette fragmentation de la filière plastique s'explique aussi par la diversité des produits collectés. En effet, l'essai d'une typologie des déchets plastiques a permis d'en identifier deux grandes catégories, les Polypropylènes et les Polyéthylènes (Planche photographique n° 6). La ferraille est tout aussi diversifiée dans sa composition (planche photographique n° 7).

Planche photographique n° 6 : Catégories de déchets plastiques recyclés à Makepè-Missoke



A La Polypropylène est une substance plastique dont les formes les plus courantes collectées sont les chaises (A) et les pots de peinture usagés (B). Au-delà des Polypropylènes, la plus grande quantité de déchets collectés comprend Polyéthylène basse densité que sont les bassines et les paniers en plastiques (C), mais aussi les Polyéthylène haute densité que sont les casiers et assimilés (D).
Crédits photographiques, Téné Hermione, Juillet 2022.

Planche photographique n° 7 : Déchets de ferraille stockés dans quelques entrepôts du quartier Makèpe-Missokè



La ferraille est récupérée et acheminée par les collecteurs de deuxième niveau, employés et/ou actionnaires du dépôt de ferraille dont le moyen de transport utilisé est le porte-tout ou pousse-pousse (A). La ferraille est très diversifiée : fers à béton usagés, vieilles brouettes, portes tout, gèntes de véhicules, vieux vélos, moteurs de ventilateurs dont les câbles de cuivre sont tout aussi exploités (B, C et D). Les fragments les plus petits sont constitués en colis et conditionnés dans des sacs dont le poids varie. Crédits photographiques, Tiokou Ngassa, Juillet 2022

A la différence de la ferraille dont les charges de transport, du dépôt à l'entreprise cliente

sont à la charge du vendeur, les déchets plastiques sont achetés sur site par les

démarcheurs, avant dernier maillon de la filière.

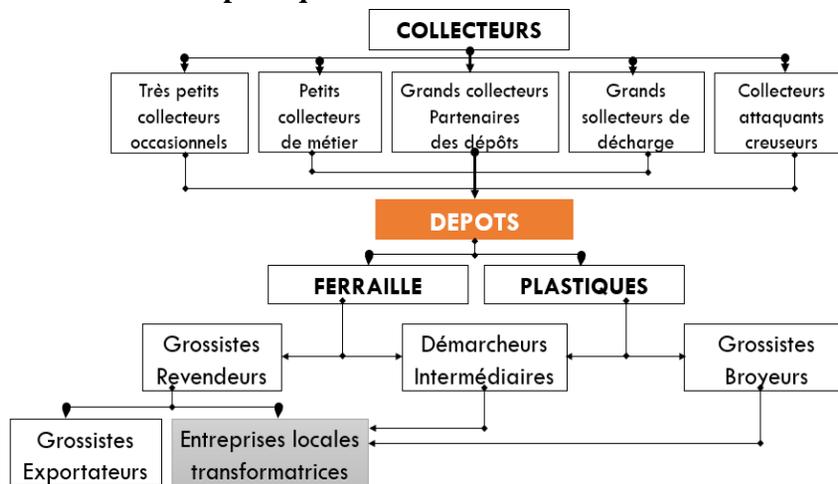
Deux autres produits phares sont collectés et vendus, l'aluminium et le cuivre, même si les quantités à mobiliser dans ces deux cas sont plus difficiles à collecter. C'est la raison pour laquelle il est plus difficile pour les vendeurs de reconstituer les gains, et donc les quantités vendues. Toujours est-il que, s'agissant de l'aluminium, les sommes à déboursier sont plus importantes : 300.000 FCFA la tonne achetée, 350.000 à 375.000 FCFA la tonne revendue, essentiellement sur site aux fabricants de marmites. Mais la mobilisation de la tonne d'aluminium reste difficile, c'est la raison pour laquelle la vente au détail reste

privilegiée, ce qui rend par ailleurs difficiles à tracer les revenus ainsi générés.

2.3.3. Conception d'un graphe de la filière

Une fois les agents concernés identifiés, une présentation sous forme d'organigramme permet de visualiser la structure économique induite par l'activité (Figure n°2). La complexité du tissu économique impliqué est alors bien mise en évidence. Outre sa fonction d'élément de présentation synthétique, le graphe de la filière se révèle être un véritable outil de réflexion et d'analyse au cours des étapes du travail.

Figure n°2 : Mise en évidence de la complexité du tissu économique induit par la filière ferraille et déchets plastiques



Source : Enquêtes de terrain, Juillet 2022

3. DISCUSSION

Aujourd'hui, la question des déchets urbains se pose avec acuité dans un contexte général de croissances urbaine et démographique, mais aussi en raison de l'évolution rapide des modes de production et de consommation qui génèrent davantage de restes (C. Cirelli et B. Florin, 2015, p. 17). Le secteur des déchets

est complexe, en constante évolution, et au cœur des enjeux locaux, nationaux et internationaux. Dans les pays en développement, les déchets enlevés prennent généralement plusieurs directions : les bennes municipales, les points de regroupement spécifiques ou dépôts sauvages rencontrés dans les marchés publics, les axes routiers, les ravins, les berges des cours d'eau, les espaces d'entreposage valorisables, entre autres. Ce

parcours classique et connu des déchets connaît des mutations en raison de la montée en puissance des activités de récupération qui restent mal connues, tant des pouvoirs publics nationaux et locaux que des organisations d'accompagnement. Les travailleurs informels jouent un rôle essentiel dans ce secteur, dans les différentes étapes de la filière, et leur rôle est essentiel pour contribuer à assurer la durabilité de celle-ci. En effet, dans de nombreuses villes latino-américaines, africaines ou asiatiques, et ce depuis longtemps, les chiffonniers, cartoneros, catadores, recicladores, pepenadores, scavengers, streetpickers, wastepickers ou waste collectors fouillent les dépotoirs ou les poubelles à la recherche de matières qu'ils peuvent revendre ou recycler (C. Cirelli et B. Florin, 2015, p. 18). Il s'agit dans le cas d'espèce du linge usagé, des déchets plastiques et de la ferraille récupérés par ces collecteurs informels. Le quartier choisi se singularise par le statut social commun à ces acteurs, mais surtout par le fait qu'ils se connaissent, ont très souvent la même origine ethnique ou géographique, mais surtout habitent ensemble. Ces caractéristiques corroborent celles relevées par G. Bertolini (2000, p. 32) et M. Safar Zitoun (2015, p. 111) dans le cas d'Oued Smar à Alger. F. Todor (1996, p. 12) et E. Phillipot (1997, p. 105) établissent pour tous les pays d'Afrique, une corrélation entre ces activités de récupération et la pauvreté des acteurs qui les pratiquent. Mais contrairement au reste du monde où les travailleurs des déchets considèrent qu'ils exercent une activité sale et dégradante, à Makepè-Missoke, ils se considèrent comme des « opérateurs économiques » ayant investi un secteur en plein essor. Cette posture suscite un autre regard du déchet, le faisant passer du stade de détritrus à celui de bien économique (E. Phillipot, 1997, p. 105), faisant par voie

de conséquence de la récupération de ces déchets, un véritable métier qui nourrit des familles.

Les activités de recyclage mobilisent donc des groupes d'individus socialement défavorisés ou paupérisés pour qui la décharge et la récupération sont une composante structurelle d'une économie informelle dont dépend toute une famille (C. Q. Yao-Kouassi, 2022, p. 18). Le recyclage s'organise ainsi autour d'acteurs dont le rôle et les niveaux d'intervention sont complexes. Cette complexité est comparée comme un édifice pyramidal par L. Bockel et F. Tallec (2005, p. 6), structure qui s'intègre bien dans l'approche filière que la présente recherche mobilise. Ainsi, face à des situations de pauvreté ou d'accentuation des inégalités, de plus en plus d'individus récupèrent des déchets qui deviennent des ressources indispensables à leur survie. On passe donc du détritrus devenu inutilisable pour son utilisateur au bien économique autour duquel se développent de nombreuses filières. Ces filières peuvent se décomposer en autant d'appareils productifs qui intègrent de plus en plus d'entreprises pour lesquelles le déchet est devenu une opportunité d'approvisionnement en matière première. Les déchets prennent en effet de la valeur, font des acteurs du secteur des agents qui participent à l'économie urbaine selon les types de matières et selon les transformations effectuées. Déterminée par le secteur informel puisque ce sont les vendeurs qui fixent les prix (C. Q. Yao-Kouassi, 2022, p. 19), la valeur attribuée aux déchets et aux produits issus de la valorisation est très variable. Cette variabilité est fonction des matières recyclées, mais les prix restent relativement uniformes pour tous les commerçants travaillant pour la même matière.

Recycler le déchet revêt enfin une dimension environnementale, même si cela ne constitue pas le projet pour lequel les récupérateurs se sont mobilisés. En effet, c'est l'incapacité des municipalités à y faire face, au-delà de la diversification des moyens de subsistance des populations les plus démunies, qui favorise le développement des activités de recyclage. Ces activités deviennent alors ce que C. Q. Yao-Kouassi (2022, p. 19) appelle une menace pour l'environnement, en même temps qu'elles contribuent à résorber certaines problématiques socio-environnementales. De plus, autour des activités de recyclage, de nombreux métiers se sont développés pour subvenir aux besoins de quelques familles résidentes.

CONCLUSION

La problématique de la gestion des déchets dans les villes d'Afrique noire continue de préoccuper à la fois les décideurs et les populations. L'axe prioritaire choisi dans la plupart de ces villes repose sur leur collecte et leur évacuation vers une décharge finale. Ce modèle s'avère inopérant, les municipalités n'étant pas capables d'enlever la moitié des déchets produits tous les jours. Face aux difficultés des municipalités à adresser efficacement cette question des déchets ménagers, un secteur informel du recyclage s'est développé, le prétexte à cette nouvelle forme d'intervention étant économique pour le cas du quartier Makepè-Missokè. En effet, la montée en puissance de ce processus de création d'une valeur marchande autour du déchet s'est traduit par la croissance permanente du nombre d'acteurs impliqués dans les opérations de recyclage, du nombre d'unités de recyclage

créée, de la diversification des déchets visés, mais aussi de l'étendue des filières constituées autour du linge usagé, de la ferraille et des déchets plastiques, filières pour lesquelles une analyse fonctionnelle a permis d'observer que l'enlèvement des détritiques n'est plus simplement une activité liée à l'hygiène. La récupération des déchets à des fins lucratives connaît ainsi une montée en puissance à travers la diversification des déchets récupérés. Ces derniers renforcent certains segments industriels qui s'orientent de plus en plus vers les déchets comme alternatives en matière d'approvisionnement en matières premières.

Ainsi en partant du déchet comme bien et des acteurs du secteur comme agents économiques, cette réflexion a choisi une entrée par la filière, en tant que mode de découpage et de représentation de l'appareil productif développé autour du déchet. Il s'agit plus d'un concept d'analyse et non pas nécessairement d'un type d'organisation existant ou que l'on chercherait à promouvoir. Cette entrée a été utilisée pour formaliser dans un premier temps un modèle simple d'explication de l'organisation des flux de déchets et des revenus qui en découlent. Elle a ensuite pris en compte les acteurs centrés sur les relations d'interdépendances et les modes de régulation. Cela a ainsi permis de modéliser la succession des opérations et des agents qui, partant en amont du déchet comme matière première, aboutit en aval, après plusieurs stades de valorisation, à un ou plusieurs produits finis au niveau du consommateur.

Le secteur informel des déchets demeure difficile à appréhender de l'extérieur comme nous l'avons indiqué plus haut. Les acteurs impliqués dans ce secteur sont nombreux et diversifiés. C'est un secteur qui cache une multiplicité de situations qu'il serait intéressant d'approfondir

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

ASSAKO ASSAKO René Joly, 2004, « Problématique de l'estimation de la qualité de vie dans un front d'urbanisation en Afrique : le cas du Bois des Singes à Douala (Cameroun) » in Actes Colloque La qualité de vie au quotidien : cadre de vie et travail, tenu à Marseille (France), les 8, 9 et 10 juillet 2002.

BANQUE MONDIALE, 2018, Quel gaspillage 2.0. Un instantané mondial de la gestion des déchets solides jusqu'en 2050, Washington, 295 p.

BERTOLINI Gérard, 2000, Décharges : quel avenir ? Société Alpine de Publications, Grenoble/ Paris, 107p.

BOCKEL Louis et TALLEC Fabien, 2005, L'approche filière : analyse fonctionnelle et identification des flux, Rome, EASYPoL, 23 p.

CIRELLI, Claudia (dir.) ; FLORIN, Bénédicte (dir.), 2015, Sociétés urbaines et déchets : Éclairages internationaux. Nouvelle édition. Tours : Presses universitaires François-Rabelais, 455 p.

MALFAIT Jean-Jacques et MARTIN Jean-Christophe, « Identification des filières économiques à partir des modèles entrées-sorties : l'exemple de la filière bois en France », Revue d'économie industrielle [En ligne], 158 | 2e trimestre 2017, mis en ligne le 15 juin 2019, consulté le 06 septembre 2022 ; URL : <http://journals.openedition.org/rei/6564> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/rei.6564>

NSEGBE Antoine de Padoue, 2021, « Pressions urbaines et état de santé de l'environnement a Makepe-Missoke, un ancien front d'urbanisation dans l'arrondissement de Douala 5ème (Cameroun) », in Kambire et Yassi (dir), Mutations des cadres de vie et risques sanitaires, Abidjan, Revue Espace, Territoires, Sociétés et Santé, Vol. 4, N° 7, 11-26

NSEGBE Antoine de Padoue, 2019, « Vulnérabilité sanitaire dans les espaces urbains défavorisés et à forte croissance à Douala (Cameroun): analyse des conditions d'exposition et de développement du choléra dans les quartiers de l'arrondissement de Douala 4ème » in nká' Lumière, Revue interdisciplinaire de la Faculté des lettres et sciences humaines de l'Université de Dschang, N°20, PP. 47-70

OLINGA OLINGA Joseph Magloire, 2021, Renforcer la résilience urbaine par une approche intégrée de gestion du risque d'inondation : cas du bassin versant du Tongo Bassa (Cameroun), Thèse de Doctorat (Ph.D), Université de Douala, 341 p.

PHILLIPOT Emmanuelle, 1997, « Gestion et pratiques des déchets solides à Pondichery. Dynamiques et dégradations des espaces en milieu urbain », in Bley et al. (dir), Villes du Sud et environnement, Marseille, Editions de Bergier, pp. 100-109.

informelles de collecte et de récupération des déchets à Abidjan, Côte d'Ivoire, mémoire, Université du Québec, Montréal, 121 p.

PORTER Michael, 1986, L'avantage concurrentiel des nations, InterEditions, Paris, 883 p.

YAO-KOUASSI Quonan Christian, 2022, « La décharge de Daloa (Côte d'Ivoire), un espace attractif de récupération et de valorisation multiforme des déchets », Revue Espaces Africains (En ligne), 1 |2022, ISSN : 2957 - 9279, p.8-21, mis en ligne le 05 septembre 2022.

SAFAR ZITOUN Madani, 2015, « La reconversion économique des récupérateurs de la décharge d'Oued Smar (Alger) ou le dilemme communautaire », in CIRELLI, Claudia (dir.) ; FLORIN, Bénédicte (dir.), Sociétés urbaines et déchets : Éclairages internationaux. Nouvelle édition. Tours : Presses universitaires François-Rabelais, pp. 101-123.

TCHUIKOUA Louis Bernard, 2010, Gestion des déchets solides ménagers à Douala au Cameroun : opportunité ou menace pour l'environnement et la population ? Thèse de Doctorat, Université de Douala, Université Michel de Montaigne, Bordeaux, 413 p.

TODOR Félicia, 1996, La contribution du secteur informel à l'offre des services publics. Etude de cas sur les activités



DIAGNOSTIC DES CONNAISSANCES TRADITIONNELLES ET PRATIQUES D'UTILISATION DES PLANTES PESTICIDES CHEZ LES PRODUCTEURS DU MARAÎCHER DE KORHOGO (COTE D'IVOIRE)

DIAGNOSIS OF USE PRACTICES AND TRADITIONAL KNOWLEDGE OF PESTICIDE PLANTS AMONG MARKET GARDENERS IN KORHOGO

¹ SILUE Donakpo, ² ETTIEN Ablan Anne-Marie, ³ SORO Tchingbehele Naminata,...

¹ Université Peleforo GON COULIBALY, Département de Sociologie, Côte d'Ivoire, sdo-nakpo@yahoo.fr, BP 1328 Korhogo

² Université Peleforo GON COULIBALY, Département de Sociologie, Côte d'Ivoire, sdo-nakpo@yahoo.fr, BP 1328 Korhogo

³ Université Peleforo GON COULIBALY, Département de Sociologie, Côte d'Ivoire, sdo-nakpo@yahoo.fr, BP 1328 Korhogo

SILUE Donakpo, ETTIEN Ablan Anne-Marie, SORO Tchingbehele Naminata, Diagnostic des connaissances traditionnelles et pratiques d'utilisation des plantes pesticides chez les producteurs du maraîcher de Korhogo (Côte d'Ivoire), *Revue Espace, Territoires, Sociétés et Santé* 5 (10), 229-244, [En ligne] Décembre 2022, URL: <https://retssa-ci.com>

Résumé

L'objectif de cette étude est de faire le diagnostic des connaissances traditionnelles et pratiques d'utilisation des plantes pesticides chez les producteurs du maraîcher

de Korhogo. Elle a permis de collecter et rendre disponibles des informations devant interpellier les acteurs du secteur agricole à promouvoir les plantes pesticides pour une agriculture durable et un environnement sain. Pour ce faire, une étude socio-anthropologique a été menée à l'aide de l'approche qualitative. Les entretiens individuels, les focus groups et l'observation directe ont permis de recueillir les données de terrain du 25 Janvier au 17 Mars 2022 dans le département de Korhogo précisément dans les quartiers Nathio, Petit-Paris, Torgokaha, Ponvogo et Nouveau quartier (DHI). La technique de choix raisonné a été retenue pour l'échantillonnage qui a mobilisé 98 personnes.

Les principaux résultats révèlent que la majorité des enquêtés ont connaissance de deux catégories de plantes servant de pesticides en langue locale. L'une porte sur des plantes qui sont en langue vernaculaire le 'napansanni', le 'gnimitigue', le 'coudjiégui' (respectivement nommées scientifiquement le *chromolaena odorata*, le neem, l'*ocimum gratissimum*) et l'autre sur les résidus de certaines cultures. Les enquêtés les utilisent

pour la fertilisation du sol, la protection des cultures potagères et la conservation des récoltes. Ceux qui les utilisent jugent leurs effets très faibles par rapport aux pesticides chimiques. Toutefois, ces enquêtés en majorité des femmes reconnaissent que leur usage ne cause pas de céphalées, d'irritations de peau et de pollution environnementale ; soit un effet favorable de ces plantes.

Mots clés : Diagnostic, pratiques d'utilisation, connaissance traditionnelle, plantes pesticides.

Abstract

The objective of this study is to diagnose the traditional knowledge and practices of the use of pesticide plants among the market gardeners of Korhogo. It has made it possible to collect and make available information that should encourage actors in the agricultural sector to promote pesticide plants for sustainable agriculture and a healthy environment. To this end, a socio-anthropological study was conducted using a qualitative approach. Individual interviews, focus groups and direct observation were used to collect field data from 25 January to 17 March 2022 in the department of Korhogo, specifically in the districts of Nathio, Petit-Paris, Torgokaha, Ponvogo and Nouveau quartier (DHI). The technique of reasoned choice was used for the sampling which involved 98 people. The main results reveal that the majority of respondents are aware of two categories of plants used as pesticides in the local language. One category is 'napansanni', 'gnimitigue', 'coudjiégui' (respectively the scientific names *chromolaena odorata*, neem, *ocimum gratissimum*) and the other is the residues of certain crops. The respondents use them for soil fertilisation, for the protection of

vegetable crops and for crop conservation. The few who use them consider their effects very weak compared to chemical pesticides. However, these respondents, the majority of whom were women, acknowledged that their use did not cause headaches, skin irritation or environmental pollution ; in other words, a favourable effect of these plants.

Keywords : Diagnosis; use practices, traditional knowledge, pesticide plants

INTRODUCTION

La sécurité alimentaire et la réduction de la pauvreté sont de véritable préoccupation pour les pays en développement avec une population qui s'accroît très rapidement dans les zones urbaines. La nécessité d'avoir une production en quantité suffisante tout en s'assurant un revenu décent, a conduit la plupart des producteurs, souvent analphabètes, à utiliser abusivement des insecticides chimiques de synthèse (N.M. Koffi, 2016, p. 39). Cette utilisation incontrôlée des pesticides expose à des risques sanitaires et environnementaux (R. Bommarco et al., 2011, p.786 ; N.M. Koffi, 2016, p. 41). A cet effet, une revue documentaire et une analyse des contenus de ces documents sur les pesticides, permettent de constater que le monde entier s'interroge de plus en plus et s'inquiète de l'ampleur des problématiques sanitaires et environnementales actuelles. Au nombre de ces problèmes l'on note la pollution des ressources indispensables à la vie tel que l'air, la pollution de l'eau et la contamination des aliments dus aux pesticides synthétiques. Ces problématiques font la une et soulèvent de plus en plus des inquiétudes.

Les estimations de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) se chiffrent à 2 000 000 de personnes qui sont tuées chaque année dans

le monde suite à des intoxication ou empoisonnements par les pesticides chimiques (S. Belmain et al., 2013, p.17 ; P. Anjarwalla et al., 2013, p.11). Les pesticides contrairement à d'autre polluants sont délibérément relâchés dans l'environnement avec comme premier objectif de tuer les agresseurs de cultures. Ces pesticides ne sont cependant pas sans effets pour les autres organismes non ciblés incluant les êtres humains (L. Marie-Claude, 2007, p.28). De ce fait, le relâchement de ces produits phytosanitaires contaminant l'eau, l'air, et aliments ont des conséquences sur l'environnement et la santé humaine. Bien qu'en Afrique l'utilisation de pesticides synthétiques ne compte que 2 à 4% du marché mondial, leurs coûts s'élèvent à 31 milliards dollars (\$) US (P. Anjarwallala et al. 2015, p.10).

Pour faire face à cette situation, l'utilisation des plantes pesticides devient alors une des alternatives pour obtenir des produits agricoles bio et parvenir à une agriculture durable. L'usage de ces plantes pesticides permet d'avoir une agriculture pourvoyeuse de moyens de subsistances durables, ainsi qu'à réduire la pollution environnementale. Les extraits de plantes qui ont été abandonnés au profit des pesticides de synthèses, ont joué un rôle important très tôt dans les activités agricoles de l'humanité et sont à la base de plusieurs observations anciennes qui ont structuré les disciplines naissantes de la biologie au XVIIIe et le début du XIXe (R. Bernard, 2006, p.1). Ces plantes pesticides peuvent être normalement utilisées et manipulées en toute sécurité, plus que les pesticides synthétiques (P. Adjawalla et al., 2016). D'une façon générale, les extraits des plantes pesticides sont moins dangereux que les pesticides de synthèses.

En Côte d'Ivoire, en vue de promouvoir ces plantes pesticides pour une agriculture

durable, une formation s'est tenue dans la zone de l'Agence d'Appui au Développement Rural (ANADER) de Katiola le 24 juillet 2021 avec pour participants un groupement féminin et les agents de l'ANADER sur la fabrication de biopesticides et insecticides répulsifs naturels. Cette formation a mis l'accent sur l'utilisation d'intrants naturels notamment les minéraux et les produits dérivés de plantes, par la renonciation aux engrais synthétiques (T. Yéo, 2021, p.1). Dans le nord de la Côte d'Ivoire précisément à Korhogo, les maraîchères ne restent pas en marge de cette prise de décision et ses initiatives. Cependant, Beaucoup de plantes reconnues localement pour avoir une action pesticide sont rarement utilisées. Si certaines plantes pesticides sont abondantes, comprenant des exotiques indigènes et certaines mauvaises herbes, d'autres sont moins largement disponibles et leur utilisation peut mettre des espèces en danger de surexploitation et avoir un impact négatif sur la biodiversité de l'écosystème. Il s'agit de se questionner sur la connaissance et les pratiques d'usage de ces plantes pesticides par les agriculteurs de maraîchers de Korhogo dont certains considèrent que leur utilisation est trop contraignante. C'est dans ce sens que cette étude se donne pour objet de faire l'état des connaissances et les pratiques d'usage des plantes pesticides chez les maraîchères de Korhogo. En d'autres termes, quelle est l'état de connaissances traditionnelles des maraîchères de Korhogo des plantes pesticides et quelles en sont les pratiques d'utilisation et les différentes perceptions de ces productrices ?

1. MATERIELS ET METHODES

1.1. Champ géographique

Cette étude s'est déroulée du 25 Janvier au 17 Mars 2022 dans la ville de Korhogo (Côte d'Ivoire). Situé à 632 Km d'Abidjan au Nord de la Côte d'Ivoire, la ville de Korhogo est le chef-lieu de District des Savanes et de la Région du Poro (D. Konaté, 2021, p. 253).

Le choix de cette localité est la conséquence d'une combinaison de plusieurs variables et critères. Il s'agit notamment des variables démographiques, de la forte dominance de l'activité agricole, son attractivité économique et touristique avec sa dimension cosmopolite de la zone. Sa population majoritairement Sénoufo et cultivateur, est fortement attachée à sa culture et ces croyances. La ville de Korhogo regorge en son sein plusieurs sites pour la culture du maraîchage. La collecte des données s'est effectuée sur ses sites qui sont dans les quartiers de Sinistré, Nathio, Petit-Paris, Torgokaha, Ponvogo et Nouveau quartier (DHI) où les groupements des producteurs de maraîcher sont régulièrement constitués.

1. 2. Champ sociologique

La population qui fait l'objet de cette étude est constituée des producteurs de maraîchers de la ville de Korhogo. En effet, ces populations sont composées d'une majorité de femmes et d'une minorité d'hommes. Selon l'ANADER, au 30 juillet 2021, l'on enregistrait dans la ville de Korhogo 412 femmes productrices de maraîchers sur un total de 426 producteurs. C'est à cause de cette forte dominance de productrices que

cette étude ne prend en compte que les femmes et trois responsables de structures de l'ANADER, du Programme Alimentaire Mondial (PAM) et une unité productrice de bio-pesticides et engrais bio, travaillant avec les productrices de maraîchers.

1. 3. Méthode et outils de collecte utilisés

La méthodologie s'est basée essentiellement sur une approche socio-anthropologique qualitative qui a mobilisé les trois principales techniques suivantes : les entretiens semi-directifs, les focus group et l'observation directe (non participante). Dans le premier cas, l'outil de collecte utilisé est le guide d'entretien. Ce même outil qui a été utilisé pour animer les focus groupes a été renforcé par des questions de relance à partir des réponses reçues. Ceci a permis d'approfondir les échanges et de clarifier certains aspects du sujet. Quant à la dernière technique, l'outil utilisé pour rendre compte de l'observation directe a été le Smartphone qui a servi d'appareil photo et de caméra. Dans nos investigations, la technique de choix raisonné a été retenu pour l'échantillonnage et l'étude a mobilisé à saturation des informations, (98) personnes dont (95) maraîchères, 1 agents du PAM, 1 responsable d'une unité de production de bio-pesticides et engrais à base des plantes locales et 1 responsables de l'Agence Nationale d'Appui au Développement Rural (ANADER) voir le tableau.

Tableau de la répartition des enquêtés par structure ou sites d'enquêtes

Structure ou sites des enquêtés	Nombre des enquêtés	Sexe des enquêtés
ANADER	1	Homme
PAM	1	Homme
Unité de production de bio-pesticides et engrais à base plantes locales	1	Homme
Groupement de producteurs de maraîchers de Sinistré	15	Femme
Groupement de producteurs de maraîchers de Nathio	22	Femme
Groupement de producteurs de maraîchers de Petit-Paris	13	Femme

Structure ou sites des enquêtés	Nombre des enquêtés	Sexe des enquêtés
Groupement de producteurs de maraîchers de Torgokaha	14	Femme
Groupement de producteurs de maraîchers de Ponvogo	19	Femme
Groupement de producteurs de maraîchers de Nouveau quartier (DHI)	12	Femme
TOTAL	98	

Source : Données de l'étude, 2022

Aussi, la différenciation du nombre de femmes enquêtées d'un groupement à un autre, s'explique par la disponibilité (présence) de celles-ci sur les sites pendant la période de l'enquête.

1.4. Méthodes d'analyse des données

Pour l'analyse des données, nous avons eu recours à l'analyse thématique. C'est ce type d'analyse qui convient quand la collecte des données a été faite à l'aide d'un guide d'entretien. Dans ce cas, les intitulés des guides deviennent en même temps les thèmes de l'analyse.

Cependant, en raison de la nature de l'étude, à savoir une recherche appliquée et au regard de l'importance de la thématique, l'analyse de contenu a été combiné à, l'analyse thématique. En d'autres mots, chaque thème de l'étude a fait l'objet d'une analyse de contenu dont la spécificité est de faire une analyse fouillée qui ne laisse aucune information de côté. C'est donc dans le but de combler les insuffisances de l'analyse thématique que nous avons associé l'analyse de contenu.

2. RÉSULTATS DE L'ETUDE

Les résultats de cette étude ayant pour objet de faire l'état des pratiques d'utilisation et connaissances traditionnelles des plantes pesticides par les maraîchères de Korhogo, se sont articulés autour de trois points. Il s'agit

des connaissances traditionnelles des maraîchères en matière de plantes pesticides, puis les pratiques et la perception d'utilisation de ces plantes chez les femmes de la zone de Korhogo.

2.1. Profil sociologique et connaissances traditionnelles des plantes pesticides

Dans cette partie, il a été question de décrire les caractéristiques sociologiques des enquêtées devant permettre de comprendre l'état des connaissances traditionnelles des plantes pesticides.

2.1.1. Profil sociologique des enquêtées

Au niveau du profil sociologique des enquêtés, il faut retenir que les ethnies dominantes sont le « Tiébara » et le « Nafanra » originaires de la localité d'étude. L'observation directe révèle que les femmes constituent la majorité des personnes rencontrées sur les sites de production dans les 5 localités d'enquête. Ce qui permet de dire que les femmes en zone urbaine s'intéressent beaucoup plus au maraîchage que les hommes. Dans l'exercice de cette activité, les jeunes femmes appartenant à la tranche d'âge de 20 à 34 ans rivalise avec les adulte dont l'âge varie entre 35 à 49 ans. Ces jeunes femmes maraîchères, avec une expérience de 2 à 5 ans, pratiquent généralement la culture du piment et des

aubergines sur des surfaces relativement plus grandes. Quant aux femmes adultes qui ont au moins une expérience de 10 ans, elles pratiquent plusieurs cultures sur de petits espaces de moins de 150 m². Ces dernières qui sont la plupart veuves et chefs de ménage, prennent en charge en moyenne 6 personnes. Les principales cultures pratiquées par ces maraîchères, sont composées des légumes feuilles tels que les laitues, les choux, l'épinard, le persil, le dâh, l'oignon et le « Tchonron » une spécialité du terroir sénoufo. On y rencontre aussi des légumes fruits tels que le gombo, les aubergines, le piment, la tomate et les cucurbitacées.

Pour ce qui est de l'acquisition des parcelles qu'elles occupent, plusieurs d'entre elles ont hérité des parcelles de leurs parent(e)s comme l'indiquent quelques-unes :

Moi j'ai eu cette parcelle parce qu'elle appartenait à ma grande mère maternelle et elle m'a dit c'est la propriété de la famille maternelle qu'elle avait obtenue de ses oncles (S. A. 33 ans niveau primaire des Sites de Natio) ;

... ici le champ et basfond étaient à mon défunt père et c'est lui qui me l'a donné quand j'ai perdu mon mari c'est l'héritage de leur famille (Y. K. 49 ans analphabète du site de Ponvogo)

Certaines ont acquis leurs parcelles par l'appui de l'Agence Nationale d'Appui au Développement Rural (ANADER) et du Programme Alimentaire Mondial (PAM). En effet, dans le cadre de la politique d'autonomisation de la femme rurale, l'ANADER et le PAM font des

regroupements de 50 femmes à l'hectare. Chacune de ces productrices reçoit la responsabilité et l'usufruit d'une parcelle de 200 m² de terre. Cela justifie le fait que certaines maraîchères se retrouvent sur des sites différents comme l'indique S.Z. *J'ai la parcelle que mes parents m'ont donnée et celle du champ collectif que le projet nous a permis d'obtenir* (S.Z 36 ans niveau primaire). Toutefois le mode d'acquisition des parcelles pour la majorité reste le système des squats sur la base d'une entente avec le propriétaire terrien comme le témoignent les propos suivants d'une maraîchère :

« ...ici l'acquisition des terres comme suit : si tu vois un basfond ou un coin d'eau où il n'y a pas quelqu'un tu t'installes mais dans le cas où il y a des productrices avant toi alors tu leur demandes de te céder une place dans le cas contraire, tu vois le propriétaire terrien ».

Sur l'ensemble des sites de productions visités, aucune exploitante du maraîchage ne loue sa parcelle, elles héritent des parents ou empruntent les terres. De même l'acquisition des connaissances des plantes pesticides reste tributaire de la famille et des structures d'encadrement.

2.1.2. Connaissances traditionnelles des plantes pesticides

Les enquêtées ont indiqué deux catégories de plantes servant de pesticides dans le cadre des connaissances traditionnelles de ces plantes. L'une porte sur des plantes qui sont le *chromolaena odorata*, le neem et l'*ocimum gratissimum*, appelés respectivement en langue locale 'napansanni', 'gnimitigue', 'coudjiégui' et l'autre sur les résidus de

certaines cultures. Toutefois, chez les maraîchères de Korhogo on note deux origines de la connaissance des plantes pesticides dont les usages dans la production agricole datent de plusieurs générations. S'agissant de la première origine, ces connaissances ont souvent été acquises par ces maraîchères dans l'exercice de cette activité auprès de leurs parents. C'est ce qu'indiquent les propos suivants lors d'un focus groups à Ponvogo : « *C'est ma mère qui m'a montré ces plantes pesticides* » S.D (34 ans, primaire) ; « *Moi c'est ma belle-mère qui m'a appris cela* » Y.K (26 ans, primaire) ; « *Je voyais ma tante et ses camarades utiliser ces plantes et j'ai appris auprès d'eux* » O.K (40 ans, primaire)

Quant à la seconde, les connaissances sont transmises lors des formations faites par des organismes Etatiques, humanitaires et ONG. C'est ce qu'expliquent deux responsables, l'un d'ANADER et l'autre du PAM qui prônent une agriculture durable en formant les femmes de ces 6 sites de production maraîchère. Ainsi, nous avons la description des plantes pesticides suivantes :

- **Le 'napansanni' soit le chromolaena odorata**

Le chromolaena odorata qui est appelé en langue sénoufo « *napansani* » est une plante au vertu répulsive des ravageurs des cultures maraîchères. Elle se présente comme l'indique la photo n°1 :

**Photo n°1 du chromolaena odorata
« napansanni »**



Source : D. Silué, 2022

Utilisée selon les répondants pour chasser les moustiques, cafards, salamandres et autres parasites de maison, le 'napansanni' est une plante à odeur répulsive.

Des enquêtées ayant un âge de 40 ans et plus, venant en majorité du groupement des maraîchères de Ponvogo, parlent de 'napansanni' une plante anciennement utilisée pour chasser insectes et chenilles. Plusieurs d'entre elles comme l'indique D.G. et SD ;

Dans mon ethnie on appelle ça 'Napansanni' c'est une plante médicament qu'on utilise contre les moustiques, les puces et les cafards dans nos maisons. L'odeur des feuilles et des tiges chasse les insectes. Surtout quand elles sont séchées et qu'on les brûle, l'odeur de leur fumée tue les insectes volants. (D.G. 42 ans niveau primaire à Ponvogo)

Certaines comme S.G. (49 ans, primaire) et S.D. (47 ans, secondaire) indiquent que :

« Les agriculteurs utilisaient ces plantes par le passé surtout lors des invasions des criquets ou des chenilles, pour protéger leurs cultures ».

Cependant, elles notent presque toutes, que ces plantes sont en train de disparaître du fait de certaines cultures comme le coton faisant usage d'herbicides.

- Les grains de 'gnimitigué' connu sous le nom de neem

Le neem appelé en sénoufo 'gnimitigué' est une plante dont les feuilles et grains servent à la fabrication de pesticides traditionnels. Des grains récoltés sont présentés à la photo n°2

Photo n°2 : Grains de neem



Source : D. Silué, 2022

Les grains et feuilles de neem ont été plus indiqués par les maraîchères appartenant aux groupements bénéficiant de l'appui de l'ANADER et du PAM qui, dans leur politique d'autonomisation de la femme rurale proposent l'usage des biopesticides.

- Le 'Coudjiégui' en sénoufo est l'ocimum gratissimum

Les enquêtés ont connaissance de l'ocimum gratissimum qu'ils appellent 'coudjiégui'

présenté par la photo n°3. Les femmes pratiquant le maraîcher sur certains sites comme Ponvogo et Nathio, reconnaissent au-delà de l'aspect pesticide de cette plante, des qualités thérapeutiques.

Photo n°3 : Ocimum gratissimum



Source : D. Silué, 2022

Le 'coudjiégui' dont parlent les maraîchères est une plante au vertu anti parasites et utilisée même pour la conservation des récoltes surtout les céréales. Elles insèrent des couches de feuilles sèches de 'coudjiégui' dans les dunes de conservation des patates et tubercules. Elles reconnaissent que son odeur repousse certains insectes.

2.2. Pratiques d'utilisation et perception des maraîchères sur les plantes pesticides

2.2.1. Pratiques d'usage des plantes pesticides

A la question comment faites-vous pour protéger ces cultures, trois grandes tendances se dégagent des différentes réponses que donnent les enquêtées. Il s'agit de la sécurisation du site de culture, de la protection des semis ou pépinières et de l'entretien des plants des cultures et du sol.

- Lors de la sécurisation des sites de production

Pour maximiser leurs productions, les maraîchères sécurisent souvent leurs sites de production contre les animaux et le vent. Elles utilisent les résidus des cultures et certaines tiges d'herbes dont l'odeur repousserait les insectes ou animaux. Elles ont des clôtures de 1 à 2 m de haie comme le révèlent les verbatim et photos n°4 suivants :

« ... ici dans cette zone de Natio les animaux surtout les porcs, font trop de dégâts dans les champs, pour cela si tu veux bien faire ton jardin en paix il faut le clôturer. Pour faire cette clôture, moi j'utilise en plus des tiges de coton

ou de la paille, des plants épineux pour circonscrire mon champ »

« Pour bien réussir une bonne production, il faut entourer ton jardin ; d'autres utilisent les tiges de sorgho ou de coton. Moi j'utilise les tiges de mil ou des tiges des herbes "Napansanni" qui sentent mauvais ».

En effet, la majorité des productrices du maraîcher de ces sites utilisent les résidus des cultures comme barrières naturelles pour repousser certains ravageurs des cultures. Tel est le cas des tiges de mils pour leur démangeaison au contact et des herbes nommées en langue sénoufo "Napansanni" dont l'odeur repousse certains animaux et insectes.

Photos n°4 : Une clôture faite de résidus de cultures (mille, coton et d'herbes)



Source : D. Silué, 2022

- – La protection des pépinières

Pour ce qui concerne la protection des pépinières et ou semis, les enquêtées utilisent les résidus de cultures et la paille comme moyen de protection. Comme le signifie cette pratiquante de plus de 35 ans

« Moi je protège souvent mes pépinières avec le "son" de riz ou avec la paille de riz ou de l'herbe sèche »

Certaines font recours aux produits chimiques pour empêcher les insectes et oiseaux de détruire les pépinières de leurs cultures. Selon S.K. moins de 35 ans :

« Pour ne pas que les insectes, les perdrix ou d'autres oiseaux ravagent les pépinières, je mélange le poison aux grains des cultures avant de les mettre en terre ou avant de les couvrir avec la paille de riz ou les herbes »

En somme, c'est pour conserver l'humidité et la fertilité du sol, que ces agricultrices des cultures maraîchères dans le département, utilisent les pailles des cultures ou de l'herbes et les résidus des récoltes comme le son ou les glumelles de riz.

- Pour l'entretien des plants des cultures et du sol

Elles ont beaucoup parlé du neem appelé 'gnimitigué' dont les grains et les feuilles sont utilisés pour faire les pesticides comme l'indique Y.P.

Pour fabriquer le produit pour traiter les plantes, les feuilles sont pilées puis mélangées à quelques litres d'eau auquel mélange ont ajouté du savon ensuite on laisse reposer le tout pendant 24h avant l'utilisation (Y.P. 38 ans, niveau secondaire de nouveau quartier).

Ces maraîchères savent aussi que les grains du neem sont utilisés pour la fabrication d'huile servant de pesticides.

Par ailleurs, plusieurs parmi elles, connaissent et ont même déjà utilisé l'ocimum gratissimum qu'elles ont dénommé en sénoufo 'Coudjiégui' ou fleure. Selon les propos suivants : *« On utilise cette plante Coudjiégui' qu'on nous a montré de la même manière que le neem. Elle a les mêmes vertus que le neem »* (S.E. 47 ans de niveau secondaire).

Pour la protection des plants, certaines enquêtées ont estimé que l'association des cultures sur une même parcelle et la présence de certaines herbes dans le champ, protègent les cultures contre les insectes ravageurs tels que l'indiquent les propos de S.P et la photo n°5.

« Lors d'une formation j'ai appris que quand tu as plusieurs plantes de diverses espèces comme les épices ou piments, oignon, choux, certaines herbes et autres, on diminue les bio-ravageurs des cultures les unes sur les autres » (S.P.45 ans niveau secondaire Petit-Paris).

Photo n°5 : Quelques herbes et associations des cultures jouent le rôle de pesticides



Source : D. Silué, 2022

Pour l'entretien des sols, presque la quasi-totalité des productrices du maraîcher dans le département utilise les engrais d'origine végétale et animale simplement comme l'indiquent T.N. et S.G. en ces propos :

« J'utilise les mélanges des déchets de bœuf, de porc et la fiente de poulet. Cela permet d'obtenir un bon engrais

naturel pour le sol parfois plus riche que les engrais chimiques » (T.N. 43 ans niveau primaire de Nathio. Ou « *Moi, pour ma part je complète tout cela par les résidus des récoltes et les produits phytosanitaires chimiques* » (S.G. 46 ans analphabète à Nathio).

Certaines de ces enquêtées qui ont subi une formation, mélangent les deux types, origine animale et végétale comme le présente la Photo n°6 ci-dessous qui est un mélange de grains de neem écrasés dans du fumier. Cet engrais testé par certaines maraîchères, a été jugé efficace et au responsable de l'unité de production d'ajouter quand il est bien fait il a autant de qualité que le chimique.

Photo n°6 : Mélange de grains de neem écrasés dans le fumier pour faire de l'engrais



Source : D. Silué, 2022

Parfois les maraîchères mélangent les résidus des cultures et ou d'animaux avec les engrais chimiques. Aussi, la majorité des maraîchères enquêtées dispose d'un bassin pour produire l'engrais d'origine végétale ou animale qu'elles jugent très nécessaire et indispensable pour la restauration des terres.

Elles alimentent ces bassins avec les résidus des cultures ou les déchets de volailles et ou d'animaux.

2.2.2 Perception des maraîchères sur l'usage des plantes pesticides

La perception des maraîchères sur l'usage des plantes pesticides est fondée sur le retour d'expérience des effets secondaires, l'accessibilité du coût d'obtention, la cherté de la vie, leur efficacité jugée lente et inférieure à celle des pesticides de synthèse.

- Le retour d'expérience des effets secondaires des pesticides chimiques induit l'usage des plantes pesticides

Il ressort des entretiens que des maraîchères sont victimes d'irritations de la peau (photo n°7), de toux et d'autres maux qui sont des effets secondaires de l'usage des pesticides chimiques. Certaines de ces femmes enquêtées dans les différents sites, estiment que l'usage de ces pesticides chimiques peut avoir des effets secondaires non seulement sur la nature mais, surtout sur leur état de santé. Tel est le cas de S.R. et Y.J qui témoignent :

« Sincèrement pour moi, je reconnais que les produits chimiques que nous utilisons ont des effets sur l'environnement et nous-même, mais on n'a pas le choix (Y.J. 38 ans, analphabète à Nahi). Moi aussi, avant le travail du maraîchage, la peau de ma main était lisse. Mais depuis que j'utilise les produits chimiques pour l'entretien des cultures, la peau de mes mains est devenue comme ça » (S.R. 40 ans de niveau primaire).

Photo n°7 : Effets secondaires de l'usage des pesticides chimiques



Source : D. Silué, 2022

D'autres productrices du maraîcher sont conscientes des effets secondaires de l'utilisation des pesticides de synthèses sur leur état de santé et souhaitent utiliser des biopesticides qu'elles estiment moins dangereuses. A ce titre, plusieurs enquêtées recourent à des pesticides à faibles effets secondaires. Pour elles, utiliser les plantes ou l'engrais végétal et animal, conduit à éviter les effets néfastes des produits de synthèse sur la santé et l'environnement.

- L'accessibilité et cherté de la vie

Un autre élément qui fonde la perception des maraîchères sur l'usage des plantes pesticides et outils endogènes de préparation, reste leur disponibilité et coûts d'obtention. Les enquêtées ont diverses opinions. Pour certaines, l'utilisation des plantes pesticides locales constitue une alternative aux coûts élevés des engrais et pesticides chimiques. Selon elles, c'est le manque de moyens financiers qui sont à la base de l'utilisation des engrais et plantes pesticides locaux. Elles

décrient la cherté des engrais et pesticides de synthèse.

Pour d'autres productrices du maraîcher, elles estiment que même si les plantes pesticides sont trouvées localement, le coût de production de la substance nécessaire à l'entretien des plants et sol reste élevé et sensiblement égal et parfois supérieur aux produits de synthèse. Elles parlent de la rareté des unités de production de bio-pesticides capables de satisfaire une demande locale. A ce sujet, S.M. (42 ans, secondaire) révèle « dans la ville de Korhogo, seule l'unité de production du docteur Fofanan nous fournit des bio- pesticides qui parfois sont plus cher et en quantité insuffisante » De plus elles évoquent le problème de la disparition des plantes pesticides limitant leur usage en tout temps et en quantité. L'une d'elles interviewée raconte « du fait des cultures extensives comme le coton, l'anacarde et l'usage des herbicides par les agriculteurs, les plantes pesticides disparaissent » T.N (32 ans, primaire)

- L'efficacité des plantes pesticides parfois sous-évaluée à celle des pesticides chimiques

Le niveau observé dans la perception des maraîchères sur les plantes pesticides est la reconnaissance de leur efficacité relative à celle des pesticides chimiques. Certaines jugent leurs efficacités bonnes, cependant la mesure de la quantité soit le dosage nécessaire fait défaut. D'autres enquêtées estiment leurs effets lents et demandent assez de temps. Pendant que quelques-uns révèlent que ces plantes ne tuent pas tous les insectes.

Elles ont des expériences différentes en fonction desquelles, elles ont les témoignages suivants :

« Tu sais chacun a son expérience. Pour moi, les plantes pesticides sont bonnes parce que j'ai une fois utilisé et ça très bien marché. Cependant le nombre de traitement requis est difficile » (C.M. 42 ans, niveau primaire). *« Moi j'ai utilisé leur engrais c'est bon. Mais leurs effets pour l'entretien des plantes sont parfois lents et elles ne tuent pas tous les insectes »*. *« ... les plantes pesticides n'éliminent pas la totalité des ravageurs »* (G.M. 39 ans, niveau secondaire).

Elles vont même plus loin en stipulant que même si les engrais faits à base de plantes ou de résidus végétaux et animaux sont d'efficacité parfois égale aux engrais chimiques, dans le cas de l'entretien des cultures maraîchères, les plantes pesticides sont encore loin d'égaliser les pesticides de synthèse dans le cadre de l'entretien des plants de cultures.

3. DISCUSSION

Les résultats de l'étude abordent d'entrée la question des connaissances traditionnelles et pratiques d'utilisation des plantes pesticides chez les maraîchères de la ville de Korhogo. A ce titre, ils montrent d'une part que les maraîchères ont une connaissance traditionnelle des plantes pesticides au point que certaines en ont entendu parler et d'autres l'ont apprise par la production du maraîcher.

D'autre part, les résultats ont révélé des pratiques d'utilisation de ces plantes pesticides par ces maraîchères des 6 groupements enquêtés comme l'ont indiqué aussi les études de S. Sourabie et al., (2020) qui parlent des connaissances traditionnelles des plantes locales utilisées contre les bio-agresseurs des cultures et produits agricoles chez le peuple Turka au Burkina Faso. Par ailleurs, l'analyse de ces connaissances traditionnelles et pratiques d'utilisation chez ces maraîchères laisse entrevoir des limites qui peuvent être observées comme suit :

3.1. Connaissances traditionnelles limitées

L'examen de l'état des connaissances des plantes pesticides chez les maraîchères de Korhogo révèle trois formes de limites. D'abord au niveau des origines d'acquisition des connaissances, nous notons deux types de transmission de la connaissance. L'une émane des parents des pratiquantes dans le domaine du maraîcher et l'autre provenant du groupement ou des structures d'encadrement. S'agissant de connaissance acquise auprès d'un parent ou la famille, elle est souvent transmise oralement lors de l'exercice de l'activité de maraîchage par un aîné. Pour celles appartenant à des groupements ou encadrées par des structures d'appui à l'agriculture, elles doivent leurs connaissances à ces derniers. Mais du fait que ces maraîchères sont analphabètes en partie, la connaissance leur est transmise aussi oralement. Ce caractère oral de l'acquisition de la connaissance des plantes pesticides chez les maraîchères de la zone, constitue une limite à la pérennisation de celle-ci comme

pouvaient le démontrer les études sur « *les savoirs paysans : nature et fonctionnalités* » de A. Traoré (2010, p.7).

Ensuite, en plus du caractère oral limitant la transmission de la connaissance des plantes pesticides, il y a la rareté de certaines plantes comme l'*Ocimum gratissimum* connues pour leurs effets pesticides. En effet, certaines plantes pesticides utilisées en agricultures sont en train de disparaître si bien que pour les avoir en quantité suffisante pour le traitement des cultures devient difficile. Les causes de cette rareté des plantes pesticides sont entre autres la pratique de certaines cultures extensives, l'utilisation des herbicides et les effets du changement climatique.

Enfin, l'absence de promoteurs des plantes pesticides, surtout l'initiative privée, limite leurs connaissances au niveau des nouvelles productrices des maraîchers. Aussi, ces résultats expliquant l'état des connaissances en matière des plantes pesticides chez les maraîchères de Korhogo, corroborent ceux de l'étude de Pierre et al, (2017, p. 5) qui estiment que le développement des pesticides végétaux est également freiné par la disponibilité et la diffusion des connaissances. Ainsi, la connaissance des plantes pesticides chez les maraîchères de Korhogo ne peut être optimale que si l'action d'équipes de promoteurs est forte.

3.2. Limites à l'usage des plantes pesticides

Les enquêtées ayant connaissance des plantes pesticides, indiquent qu'elles sont moins

dangereuses pour la santé en raison de l'absence même d'effets secondaires selon certaines productrices. Cependant, l'analyse des observations et des entretiens laisse entrevoir chez ces maraîchères de Korhogo une utilisation aux diverses limites. Il s'agit de limites en liens avec la perception des productrices du maraîcher, à l'absence d'unités de production et de promotion des plantes pesticides.

S'agissant de l'usage limité par la perception des productrices du maraîcher, il s'agit du dosage ou mesures nécessaires, le temps de préparation des extraits et du nombre de traitement requis à l'aide de plantes pesticides. En effet, ces femmes productrices du maraîcher bien que connaissant la partie des plantes pesticides à utiliser, elles ignorent les quantités nécessaires pour un traitement optimal si bien qu'elles ont le sentiment que l'utilisation de ces plantes est de fois inefficace. Ainsi, dans leur entendement elles estiment que ces pesticides végétaux demandent trop de temps comme l'indiquaient les études de Boni et al, (2017, p. 302), et qu'il faut plusieurs traitements comme le stipulait l'étude sur les plantes pesticides au secours des cultures de Pierre et Pierre (2017, p. 4).

Pour ce qui concerne la limite d'usage en lien avec l'absence d'unités de production ou de promoteurs au niveau des maraîchères de Korhogo, nous relevons une insuffisance d'unités de production des pesticides végétaux ce qui explique de très faibles quantités en circulation limitant leur disponibilité. Nous en notons dans la localité une unité de production qui est plus focalisée sur d'autres produits bio que les bio-

pesticides en raison des coûts d'opportunité. De même, la majorité des promoteurs qui sont des structures d'encadrement, est généralement tourné vers les engrais végétaux.

CONCLUSION

Cette étude s'était donnée pour objet de faire le diagnostic de connaissance traditionnelles et des pratiques d'utilisation des plantes pesticides chez les producteurs du maraîcher de Korhogo. Au terme de notre analyse, il ressort que les maraîchères de Korhogo ont une connaissance des plantes pesticides, dont les usages dans la production agricole datent de plusieurs générations. Des femmes en majorité, utilisent plus ces plantes et résidus de cultures pour la fertilisation du sol que pour la protection des cultures potagères. Celles qui les utilisent pour les entretiens des cultures, jugent leurs effets très faibles par rapport aux pesticides chimiques. Toutefois, ces enquêtées reconnaissent que l'usage de ces plantes ne causait pas de maladies respiratoires, n'irritait pas leur peau et polluait moins la nature. Soit un effet favorable de ces plantes sur la santé et l'environnement, quand bien même que la réduction des activités agricoles du fait de la rareté des terres cultivables au profit de l'urbanisation galopante, réduit la disponibilité de ces plantes et donc leur utilisation. Aussi, les modes d'utilisation jugés trop complexes et les effets lents malgré leur efficacité limite leur utilisation au profit des pesticides chimiques. Pour encourager et promouvoir des plantes pesticides, il faut un

renforcement des capacités des productrices basées sur un changement de comportement, l'information et la formation sur la fabrication de biopesticides et insecticides répulsifs naturels dans la perspective de promouvoir une culture de qualité au secours d'une agriculture durable.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

ANJARWALLA Parveen, BELMAIN Steven, SOLA Phosiso, JAMNADASS Ramni, STEVENSON Philip, 2016, Guide des plantes pesticides, World Agroforestry Centre (ICRAF), Nairobi, Kenya.

ANJARWALLA Parveen, OFORI Daniel, JAMNADASS Ramni, MOWO Jeremias & STEVENSON Philip, 2013, Proceedings of the training workshop on sustainable production of, harvesting & conservation of botanical pesticides, World Agroforestry centre (ICRAF), Nairobi Kenya.

ANJARWALLA Parveen, BELMAIN S, SOLA Phosiso, JAMNADASS Ramni, & STEVENSON Philip, 2015, Proceedings of the training workshop on optimisation of pesticidal plants : Technology, innovation, outreach & Networks (OPTIONS), World Agroforestry Centre (ICRAF), Nairobi Kenya.

BELMAIN Steven, HAGGAR Jeremy Philip & STEVENSON Philip, 2013, Managing legume pests insubSaharan Africa: Challenges and prospects for improving food security and nutrition through agro-ecological intensification. Chatham Maritime (United Kingdom): Natural Resources institute, University of Greenwich. P11-34.

BERNARD Russell, 2006, « Research Methods in anthropology. Qualitative and

quantitative approches » Altamira press, lanham, Vol 5n°11, p. 2-20.

BOMMARCO Riccardo, MIRANDA Freddy, BYLUND Helena, and BJÖRKMAN Christer, 2011, « Insecticides suppress natural enemies and increase pest damage in cabbage », *Journal of Entomology*, 104(3), p. 782-791.

BONI Barthélémy Yarou, PIERRE Silvie, FRANÇOISE Assogba Komlan,

ARMEL Mensah, TAOFIC Alabi, FRANÇOIS Verheggen, FREDERIC Francis, 2017, « Plantes pesticides et protection des cultures maraîchères en Afrique de l'ouest (synthese bibliographique) », *Biotechnology, Agronomy, society and environment* 21(4), p. 288-304.

JUC Liliana, 2007, Etude des risques liés à l'utilisation des pesticides organochlorés et impact sur l'environnement et la santé humaine. Thèse. L'université Claude Bernard - LYON 1N° d'ordre 226-2007.

KOFFI N'Guessan Martin, 2016, Maraichage urbain à Korhogo (Nord de la Côte d'Ivoire) : utilisation des intrants agricoles chimiques et risques sanitaires associés. Mémoire de Master, UFR des Sciences de la Terre et des Ressources Minières, Université Felix Houphouët-Boigny, Abidjan, Côte d'Ivoire. 45 p.

KONATE Djibril, 2021, « Les nouveaux quartiers de Korhogo : des quartiers issus des lotissements villageois », *DaloGéo*, revue scientifique spécialisée en Géographie, Université Jean Lorougnon Guédé, numéro 005, décembre 2021, p. 251-266.

Laurin Marie-Claude, 2007, « Études biologiques et toxicologiques de pesticides

utilisés en pomiculture québécoise sur le prédateur acarien *anystis baccarum*(L.) et analyse critique des dispositifs d'évaluation canadien et américain de la toxicité des pesticides » Mémoire. Montréal (Québec, Canada), Université du Québec à Montréal, Maîtrise en sciences de l'environnement

PIERRE Silvie & PIERRE Martin, 2017, « Les plantes pesticides au secours des cultures », récupéré sur (<http://agritop.cirad.fr>), P. 1-5

SILUE Donakpo, SORO Nahoua Adaman, KONE Siata, 2020, « Risques sanitaire et nécessité de formation chez les maraîchères de Ferké en Côte d'Ivoire », *Revue Africaine des sciences sociales et de la santé publique* p. 59-71.

SOURABIE Soumaïla, ZERBO Patrice, YONLI Djibril et BOUSSIM Joseph, 2020, « Connaissances traditionnelles des plantes locales utilisées contre les bio-agresseurs des cultures et produits agricoles chez le peuple Turka au Burkina Faso », *Int. J. Biol. Chem. Sci.* 14(4) p. 130-140.

TRAORE Aurokiatou, 2010, « Les savoirs paysans : nature et fonctionnalité. Contribution au débat sur l'utilité des savoirs locaux » "ISDA 2010, Montpellier : France", www.isda2010.net

YEO Tcheregnimin, 2021, « Agriculture bio : la zone ANADER de Katiola forme un groupement féminin sur la fabrication de bio-pesticides et insecticides répulsifs naturels », ANADER -Actualités A la Une Direction Régionale Nord, www.anader.ci/actu_drnorth_agriculture_bio_la_zone_anader_katiola_forme_un_groupement_feminin_sur_la_fabrication_de_bio_pesticides_et_in.



EMIGRATION DANS LE VILLAGE DE KOUKOUE : IMPACTS DEMOGRAPHIQUE, SOCIO-ECONOMIQUE ET TERRITORIAL

EMIGRATION IN THE VILLAGE OF KOUKOUE: DEMOGRAPHIC, SOCIO-ECONOMIC AND TERRITORIAL IMPACTS

¹ TCHALLA Kokou, ² ATCHOLE Eyanah,...

¹ Maître-Assistant ; Université de Kara (Togo), Département de Géographie ; Laboratoire de Recherches et Etudes en Linguistique, Psychologie et Sociétés (LaRELIPS) ; Axe 3 : Population et développement durable
koktchalla@gmail.com

² Maître-Assistant ; Ecole normale supérieure (ENS) ; Université de Lomé (Togo) edouardatchole@gmail.com

TCHALLA Kokou et ATCHOLE Eyanah, Emigration dans le village de Koukoude : impacts démographique, socio-économique et territorial, *Revue Espace, Territoires, Sociétés et Santé* 5 (10), 245-256, [En ligne] Décembre 2022, URL: <https://retssa-ci.com>

Résumé

Le village de Koukoude, au Nord du Togo, subit le phénomène d'émigration. Les données de recensement indiquent que les effectifs de sa population ont diminué de 1008 habitants en 1970 à 313 h en 2010, soit un taux de décroissance de -2,9%. Dans le même temps, les densités sont passées de 70 hbts/km² à 22 hbts/km². Les raisons jadis évoquées pour justifier l'émigration, notamment les déplacements forcés imposés par le colon ou encore la recherche des terres arables ne

semblent plus d'actualité. Quelles seraient donc les nouvelles motivations des émigrations à Koukoude et quels sont les effets de ce phénomène sur le village ? L'article décrit le phénomène d'émigration dans ce village et analyse ses impacts sur les évolutions des effectifs de population, sur les conditions de vie du milieu et sur les enjeux de mutations environnementales. La démarche méthodologique est basée sur des enquêtes auprès des chefs de ménage ayant au moins un émigré au moment de l'enquête. Les résultats indiquent que les effets de l'émigration se manifestent par une forte érosion démographique, une paupérisation des populations et une dégradation de l'environnement. L'aspect visible en est une forte proportion de personnes âgées et un habitat en ruine, envahi par la végétation et les animaux sauvages.

Mots-clés : Togo, village de Koukoude, émigration, population, environnemental

Abstract

The village of Koukoude, in northern Togo, is undergoing the phenomenon of emigration.

Census data indicates that its population numbers decreased from 1008 hbts in 1970 to 313 hbts in 2010, a decrease rate of -2.9%. At the same time, the densities went from 70 hbts/km² to 22 h/km². The reasons formerly mentioned to justify emigration, in particular the forced displacements imposed by the colonist, or the search for arable land no longer seem relevant. What would be the new motivations for emigration to Koukoudè and what are the effects of this phenomenon on the village ? The article describes the phenomenon of emigration in this village and analyzes its impact on the evolution of population numbers, on the living conditions of the environment and on the issues of environmental change. The methodological approach is based on surveys of heads of household having at least one emigrant at the time of the survey. The results indicate that the effects of emigration are manifested by a strong demographic erosion, an impoverishment of the populations and a degradation of the environment. The visible aspect is a high proportion of old people and a ruined habitat, overgrown with vegetation and wild animals.

Keywords: Togo, village of Koukoudè, emigration, population, environmental

INTRODUCTION

L'émigration des populations dans la partie septentrionale du Togo a commencé principalement avec la colonisation allemande. Le but était de mettre en valeur les terres du Centre et du Sud du pays, qui étaient restées jusqu'alors non-occupées. Les populations d'ethnie kabyè qui vivaient depuis longtemps en autarcie sur les massifs du même nom, ont été les plus touchées par ces déplacements forcés. L'administration coloniale aurait trouvé aux kabyès un réservoir d'hommes où elle a puisé pour la mise en valeur du pays notamment dans la construction des routes.

Le phénomène s'est poursuivi et s'est même intensifié au lentement de la colonisation jusqu'à

ce jour. Marguerat dira qu'au Togo, les groupes « migratoires » les plus importants sont les kabyè suivis des ouatchi du Sud du pays. Selon lui, l'exode est une nécessité vitale pour ces peuples car leurs terres sont surpeuplées et surexploitées (A. Amavi et Y. Marguerat Y., 1983, p. 9). Ces déplacements de population ont fortement touché plusieurs villages dans le nord du Togo, dont Koukoudè qui a été lourdement affecté.

Koukoudè est un village du canton de Lama Dessi, dans la préfecture de la Binah, dans l'extrême Nord-Est de la région de la Kara au Togo. C'est une localité rurale qui a subi une véritable « hémorragie » démographique. En effet, en 1968, ce village comptait déjà près de 226 émigrants à la recherche du numéraire (A. Tedihou, 1997, p.21). Un fait rare, les données des différents recensements indiquent que les effectifs de sa population ont régressé de façon significative durant les 40 dernières années. Ils seraient ainsi passés de 1 008 habitants au recensement de 1970 à 313 habitants au dernier recensement en 2010, soit un taux de croissance annuel négatif de près de -3%. Au cours de la même période, les densités ont suivi la même régression, passant de 70 hbts/km² à 22 hbts/km².

Les raisons jadis évoquées pour justifier l'émigration, notamment les déplacements forcés imposés par le colon pour coloniser les terres de l'intérieur du pays, ou encore la recherche des terres arables, ne semblent plus d'actualité. Quelles seraient alors les nouvelles orientations des émigrés et quels sont les effets de ce phénomène sur le village ? L'article décrit ainsi le phénomène d'émigration dans un contexte propre à ce village et analyse les impacts de ce phénomène sur les évolutions des effectifs de population, sur les conditions de vie du milieu et sur les enjeux en termes de mutations environnementales. Elle est conduite par l'hypothèse selon laquelle : l'émigration dans le village de Koukoudè a pour but la recherche des meilleures conditions de vie provoquant le dépeuplement du village, l'indigence de la population et une dégradation de l'espace de vie des habitants.

1. Démarche méthodologique

Les données utilisées pour les résultats de cette étude sont de nature à la fois quantitative et qualitative. Les données quantitatives sont issues de deux sources principales. D'une part, la collecte des données secondaires sur les statistiques démographiques du village de Koukoudè, fournies principalement par les résultats des recensements de la population et de l'habitat au Togo. D'autre part, la collecte des données primaires, basée sur le principe des enquêtes de terrain effectuées auprès des chefs de ménage. D'après les résultats du dernier recensement général de la population et de l'habitat en 2010 au Togo, le village de Koukoudè compte 313 habitants en raison de 4,4 individus par ménage (DGSCN, 2012). Sur la base de ces données, on estime à 71 le nombre total des ménages dans le village. Vu leur effectif réduit, tous les ménages ont été retenus pour les enquêtes. Le critère de choix des répondants a privilégié ceux des ménages ayant enregistré au moins un émigré, âgé de 15 ans et plus, depuis au moins un an au moment de l'enquête. En raison de ce critère, les enquêtes par questionnaire ont été effectuées auprès de 56 chefs de ménage. Les individus interrogés ont donc fourni un témoignage sur les motivations et les orientations des émigrés, les relations des émigrés avec le village. La méthode pour les données qualitatives a procédé par l'observation directe, une stratégie méthodologique idéale pour apprécier l'impact territorial du phénomène migratoire dans le village.

2. RÉSULTATS

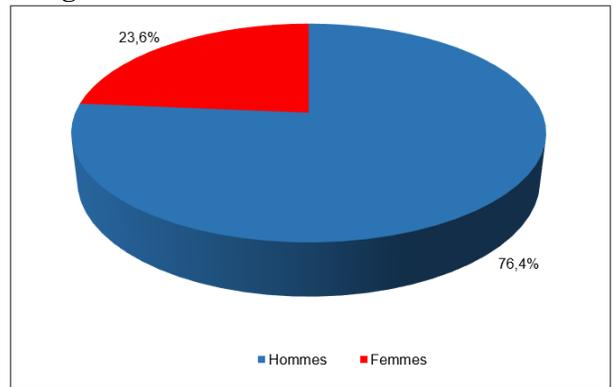
L'analyse des données porte sur les caractéristiques des émigrants, leurs motivations et leurs destinations, ainsi que les effets du phénomène d'émigration sur le village de Koukoudè.

2.1. Caractéristiques sociodémographiques des émigrés du village de Koukoudè

D'après les résultats des enquêtes auprès des ménages ayant enregistré au moins un départ d'individu au cours de ces douze derniers mois, environ un total de 653 émigrés de 15 ans et plus ont été recensés dans le village de Koukoudè. Les candidats à l'émigration dans le village de Koukoudè présentent des profils socio-démographiques assez diversifiés.

Les résultats des enquêtes montrent que l'émigration dans ce village concerne aussi bien les hommes que les femmes, dans des proportions respectives d'environ 76% et 24% des enquêtés (Graphique n°1).

Graphique n°1 : Répartition des émigrés du village de Koukoudè selon le sexe



Source : Enquête de terrain, 2021

Les émigrés âgés de 15-29 ans sont les plus représentés, avec un total de 522 individus, soit 80% des individus. Il est clair que l'émigration concerne beaucoup plus les tranches les plus jeunes, avec un pic de 38% chez les 20-24 ans (Tableau n°1).

Tableau n°1 : Répartition des émigrés par tranche d'âge dans le village de Koukoudè en 2015

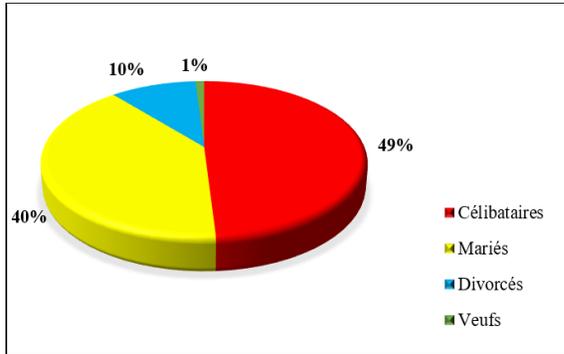
Tranches d'âge	Effectifs	%
15-19 ans	130	20
20-24 ans	247	38
25-29 ans	145	22
30-34 ans	46	7
35-39 ans	19	3
40 ans et plus	66	10
Total	653	100

Source : Enquête de terrain, 2021

Le recul de l'aménagement et occupation de l'espace dans la ville de savè (Bénin)

Presque la moitié des émigrés sont des célibataires (49%) ; alors que 40% d'entre eux sont mariés et 10% sont divorcés (Graphique n°2).

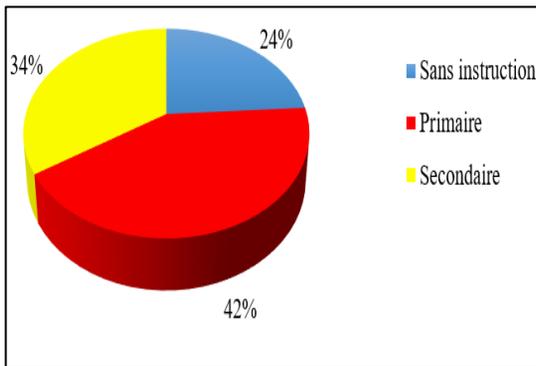
Graphique n°2 : Répartition des émigrés suivant le statut matrimonial



Source : Enquête de terrain, 2021

Selon les résultats des enquêtes, 42% des émigrés ont un niveau d'étude primaire, contre 34% qui ont atteint le niveau du collège, alors que près du quart n'a pas fréquenté l'école (Graphique n°3).

Graphique n°3 : Répartition des émigrés suivant le niveau d'instruction



Source : Enquête de terrain, 2021

Les caractéristiques démographiques et socio-professionnelles conditionnent en partie les causes des émigrations dans le village de Koukoudè.

2.2. Causes des émigrations dans le village de Koukoudè

Les causes de l'émigration des populations du village de Koukoudè sont diverses et variées.

2.2.1. Un environnement physique peu favorable à la mise en valeur agricole

Le village de Koukoudè se trouve dans un ensemble de la chaîne des monts kabyè dans le Nord-Est du Togo. L'observation de la zone indique un relief de plateau élevé, d'environ 350 m, difficile d'accès avec des versants très raides par endroit. Par exemple, le versant à l'Ouest de Koukoudè présente un escarpement que les populations désignent par la toponymie de « *ptika* » qui signifie littéralement « là où les roches sont superposées l'une sur l'autre » (Photo n°1).

Photo n°1 : Aperçu du versant Ouest du plateau du village de Koukoudè, appelé « *ptika* »



Cliché : Atchole E. ; novembre 2021

Ce relief est un handicap pour le développement local dans la mesure où il rend très difficile les possibilités de développement agricole, principale activité économique du village.

La photo n°2 montre la technique de la « culture en terrasse » pratiquée par les populations sur les versants raides. Cette technique consiste à entasser les pierres sur les flancs du plateau pour ainsi bloquer l'érosion et avoir de la terre arable.

Photo n°2 : Espace aménagé de la culture en terrasse à Koukoudè



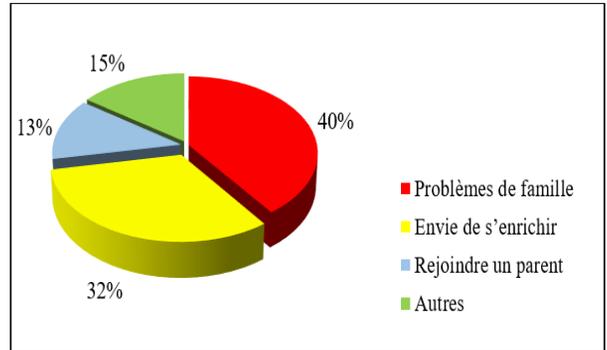
Cliché : Atcholé E. ; novembre 2021

Mais de nos jours, cette technique de culture n'est plus maîtrisée par les jeunes. L'on peut ainsi voir sur les versants de la montagne de très vastes espaces laissés en friche ; et les murettes témoins de la culture en terrasse sont rompues et sont devenues des vestiges. La nature argileuse des sols en contrebas de la montagne et la disposition chaotique des roches en altitude, concourent à rendre l'établissement humain très difficile.

2.2.2. Des motifs d'ordre socio-économique et culturel

Selon les témoignages des enquêtés, le motif principal évoqué par les émigrés est relatif aux problèmes familiaux, notamment les accusations de sorcellerie, les conflits d'héritage, les divorces, l'envie et la jalousie (plus de 40%). Le second motif est la recherche des meilleures conditions (32%). Une proportion non négligeable de 13% a mentionné le regroupement familial. D'autres raisons évoquées par 15% des émigrés portent sur la recherche de terre cultivable ou pour faire des études, suivre une formation ou apprendre un métier (Graphique n°4).

Graphique n°4 : Proportion des enquêtés selon les causes de l'émigration dans le village de Koukoudè



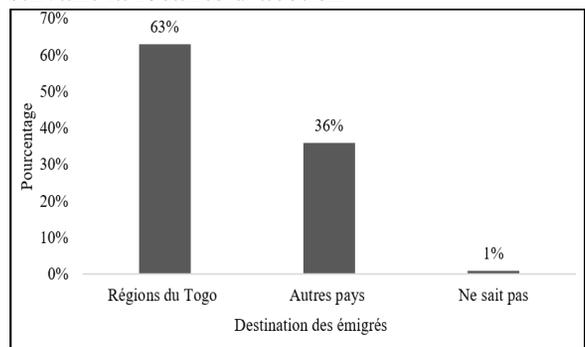
Source : Enquête de terrain, 2021

Selon les motifs d'émigration, les émigrés prennent des trajectoires diverses.

2.3. Zones d'accueil des émigrants du village de Koukoudè

Le phénomène de migration dans le village de Koukoudè revêt un caractère international. En effet, d'après les enquêtés, si 63% des émigrants se sont installés dans d'autres régions du pays, une proportion importante de 36% d'entre eux sont partis hors du pays pour aller vers les pays de la sous-région ouest africaine, notamment le Bénin et le Nigéria principalement (Graphique n°5).

Graphique n°5 : Répartition des émigrés suivant la localité d'accueil



Source : Enquête de terrain, 2021

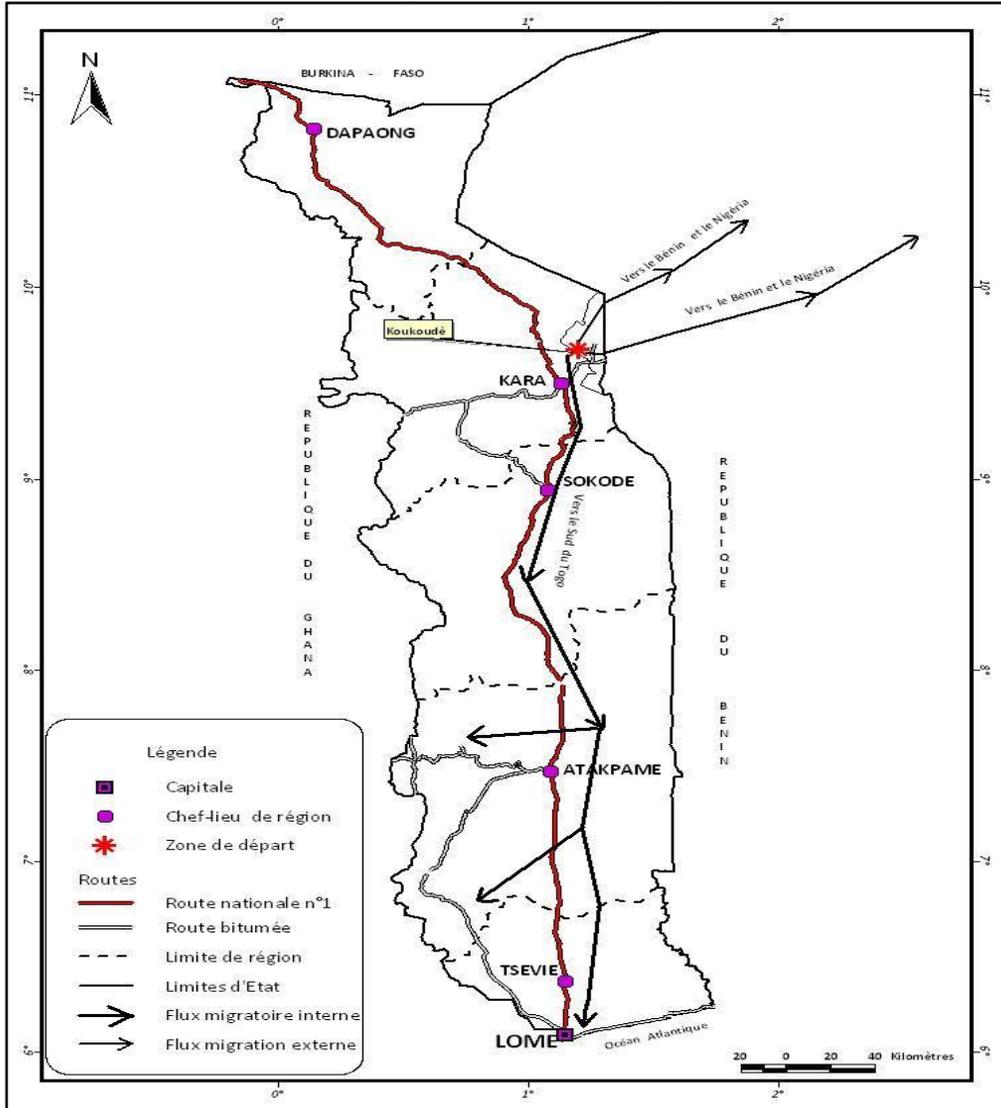
Les émigrés internationaux concernent en majorité des jeunes de moins de 25 ans qui choisissent de se rendre au Bénin ou au Nigéria, pour le métayage pendant une durée allant de deux à cinq ans avant de revenir saluer juste les parents pour repartir.

Le recul de l'aménagement et occupation de l'espace dans la ville de savè (Bénin)

La carte n°1 suivante présente la carte des flux des émigrants du village de Koukoudè. L'on observe la vague la plus importante de l'émigration orientée de la localité de Koukoudè en direction du Sud-Sud-Ouest à l'intérieur du

pays, vers la Région des Plateaux et la capitale Lomé. Une deuxième vague est celle des migrants qui ont traversé la frontière la plus proche pour se diriger vers le Bénin, et éventuellement continuer jusqu'au Nigéria.

Carte n°1 : Flux migratoire dans le village de Koukoudè

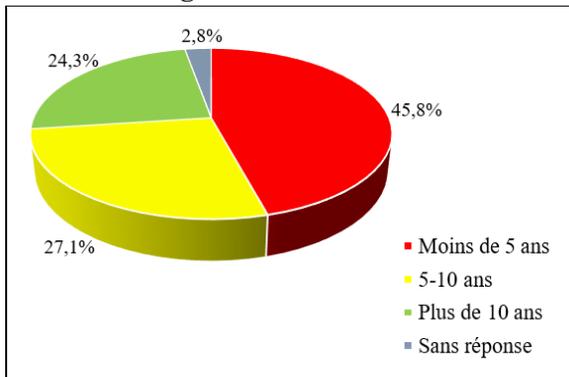


Source : Fond cartographique de la DGSCN, 2013 ; modifié par K. Tchalla

En considérant la durée de l'émigration, il ressort que le phénomène s'intensifie de nos jours. En effet, d'après les témoignages des enquêtés, près de 46% des émigrants seraient partis il y'a moins de cinq ans. Environ 27% des émigrés auraient passé entre cinq et dix ans ; alors qu'un peu plus

de 24% d'entre eux ont passé plus de dix ans. Les quelques 3% dont les enquêtés ne se souviennent pas de la durée de leur départ peuvent être considérés comme ceux ayant passé une très longue durée, induisant ainsi une perte de mémoire chez les interviewés (Figure n°7).

Figure n°7 : Proportion des enquêtés selon la durée de la migration



Source : Enquête de terrain, 2021

Ces flux d’émigration ont eu des répercussions importantes sur le village de Koukoudè.

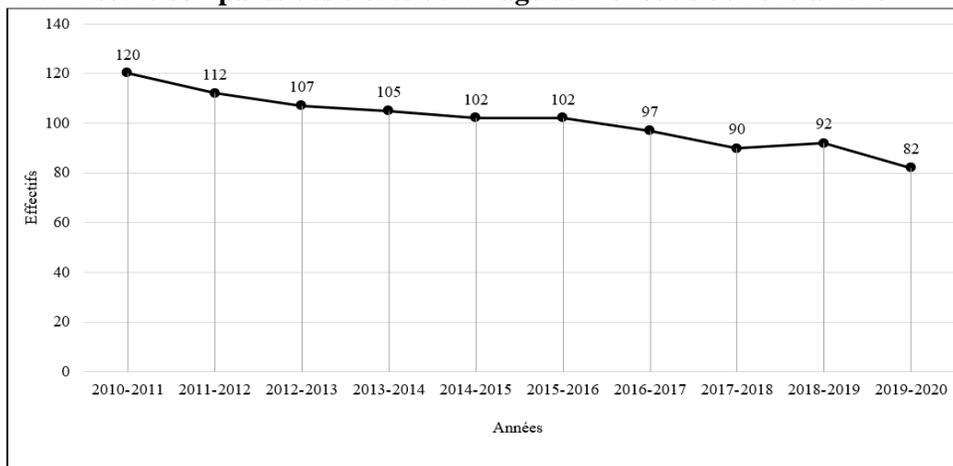
2.4. Impacts du phénomène d’émigration sur le village de Koukoudè

La méthodologie déployée a permis de relever trois types d’impacts majeurs, portant sur le peuplement du village, les activités économiques et le milieu physique.

2.4.1. Impact démographique : le dépeuplement du village de Koukoudè

D’après les données de la Direction Générale de la Statistique et de la Comptabilité Nationale

Figure n°2 : Effectifs comparés des élèves du village de Kokoudè de 2010 à 2020

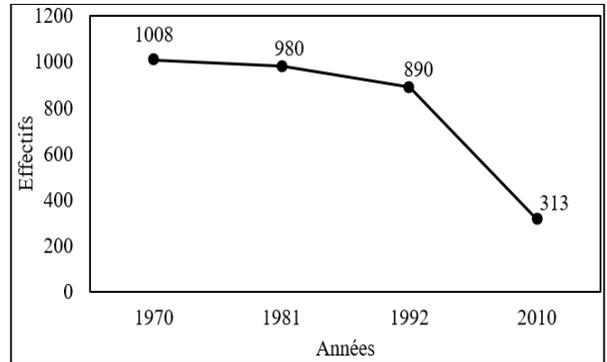


Source : Enquête de terrain, 2021

Le dépeuplement du village se traduit également par des maisons en ruine, signe d’un abandon plus ou moins récent ou encore des habitats en

(DGSCN, 2012 ; Gozo K., 1989), le village de Koukoudè a subi une chute importante de sa population qui a vu ses effectifs passer de 1008 individus en 1970 à quelques 313 individus en 2010 (Figure n°1).

Figure n°1 : Evolution de la population de Koukoudè de 1970 à 2010



Source : K. Tchalla, d’après les données de la DGSCN, Lomé, 2012

Koukoudè subit une véritable « érosion » démographique, avec des coupes claires dans les populations d’âges les plus productifs. La régression des effectifs scolaires de l’établissement du village en est une preuve de ce dépeuplement (Figure n°2)

état de ruine, envahis par les herbes (Planche photos n°1).

Planche photos n°1 : Des concessions abandonnées dans le village de Koukoudè



Cliché : Atcholé E. ; octobre 2021

Le paysage de Koukoudè laisse également apparaître des concessions complètement désertes ou parfois habitées par seulement une ou deux parents âgés. D'après les témoignages, les maisons totalement en ruine ou complètement détruites sont généralement celles des habitants qui ont quitté le village pour des problèmes de sorcellerie ou de problèmes de famille. En général, ces derniers partent avec toute la maisonnée pour ne plus jamais revenir.

2.4.2. Impact socio-économique de l'émigration dans le village de Koukoudè

Parmi les raisons de l'émigration dans le village de Koukoudè figure en bonne place le besoin d'enrichissement (32%). Dans cette optique, les émigrants devraient contribuer par leurs apports au développement de leur village, notamment la modernisation de l'habitat, l'installation des petits commerces, etc. Mais tel n'est pas le cas dans le village de Koukoudè où aucune réalisation des émigrés n'est perceptible dans le paysage du village.

L'agriculture est en régression et les rendements sont de plus en plus faibles donnant naissance à des longues périodes de soudure atteignant quatre mois (d'avril à juillet). L'on note une

régression des champs lointains visibles de part et d'autre de la montagne. Même, les champs de case connaissent des jachères dans la montagne avec les murettes des cultures en terrasses détruites fermant par endroit des sentiers qui eux-mêmes sont abandonnés (Photo n°3).

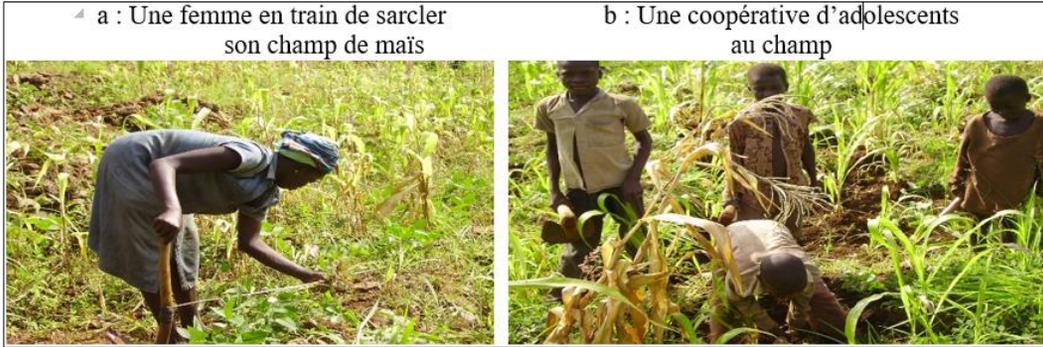
Photo n°3 : Vue d'une parcelle de champ abandonnée



Cliché : Tchalla K. ; août 2021

Le dépeuplement du village a entraîné une pénurie de la main d'œuvre agricole. Les femmes et les enfants sont désormais mis à contributions dans les travaux champêtres (Planche photos n°2).

Planche photos n°2 : Travaux champêtres des femmes et enfants



Cliché : Tchalla K. ; août 2021

La régression voire l'abandon des activités économiques par certains villageois se traduit par l'abandon de la place du marché (Photo n°4) qui ne s'anime plus depuis un long temps, faute d'approvisionnement, mais aussi de clientèle.

Photo n°4 : Vue de la place du marché abandonnée et envahie par les herbes



Cliché : Tchalla K. ; août 2021

D'après les témoignages recueillis, le village de Koukoudè était doté d'un marché qui s'anime tous les jeudis de la semaine. Les femmes en particulier allaient y vendre des produits agricoles locaux. On y trouvait des produits des champs tels que l'igname, le sorgho, le haricot, le voandzou, les légumes, etc. Koukoudès jadis était une des zones pourvoyeuses des produits d'élevage dans sa région : poulets, chèvres et porcs principalement. Le marché de Koukoudè donnait l'occasion aux femmes surtout de vendre leurs produits de transformation locale, notamment la bière locale *tchoukoutou*, une des spécialités des femmes de Koukoudè. C'était également le lieu où on pouvait trouver des produits de cueillette, notamment les graines des

fruits de baobab et de néré recherchées pour leurs vertus alimentaires.

2.4.3. Impact environnemental de l'émigration dans le village de Koukoudè

Les effets environnementaux du dépeuplement et de la régression des activités économiques, surtout l'agriculture se caractérisent par la destruction des aménagements. La Photo n°5 indique que la nature reprend ses droits dans les zones jadis aménagées.

Photo n°5 : Vue d'un champ laissé en jachère en pleine reconstitution



Cliché : Tchalla K. ; août 2021

Les résultats ont permis d'apporter un éclairage sur les impacts de l'émigration dans le village de Koukoudè. Les effets de la forte émigration dans cette localité se manifestent par une forte érosion démographique, une paupérisation des populations ; un abandon et une dégradation de son environnement. L'aspect visible en est un habitat en ruine, envahi par les herbes et les animaux sauvages.

3. DISCUSSION

Les résultats des enquêtes ont montré que les émigrants du village de Koukoudè ont des motivations diverses.

Du point de vue physique, le relief constitue un handicap à l'installation humaine et à la mise en valeur agricole dans le village de Koukoudè. Ceci corrobore les propos de O. David (2004, p.47) : « *la présence de reliefs joue directement sur les possibilités de développement agricole. L'importance du relief et les formes topographiques associées est un obstacle majeur à la mise en valeur des terres et à l'extension des surfaces agricoles* ». Autrefois, un lieu de refuge sûr contre les razzias et les envahisseurs, ce milieu assez médiocre est aujourd'hui impropre à l'installation humaine et aux aménagements agricoles. Parlant justement du pays kabyè dont auquel appartient le village de Koukoudè, B. Lucien-Brun et A.-M. Pillet-Schwartz (1987 ; p. 78), affirment que très tôt, le Commissaire de la République du Togo Bonnetarère, adressée au Ministre des colonies A. Maginot, parlait d'une région surpeuplée dont la population agricole manquait d'espace et de terre arable.

En effet, les jeunes quittent le village en direction des autres régions du Sud du pays dans le but de trouver de meilleures terres agricoles ou de faire le métayage. Certains s'y installent définitivement et d'autres ne reviennent au village que pendant la saison sèche, correspondant aux périodes des fêtes ; mais repartent aussitôt lorsque les premières pluies s'annoncent.

Les causes économiques ont été citées par plusieurs auteurs pour expliquer l'émigration des ruraux vers les milieux urbains, ce qu'on a appelé communément l'exode rural. Contrairement à cela, les causes socioculturelles semblent prédominées dans le village de Koukoudè. Dans ce village c'est prioritairement les mobiles d'ordre socio-culturel et familial qui sont à la base des flux d'émigration. Dans le même sens, N. Yabouri (2004, p.32) avait établi les facteurs socioculturels comme causes principales de la

migration des Moba-Gourma vers la zone de Notsè, dans le Sud du pays. En effet, les accusations de sorcellerie et les querelles entre parents, les ruptures d'union sur fond de haine justifient en grande partie des départs massifs. Comme le disait P. Katch (2010, p. 41) : « *la sorcellerie décime au maximum les jeunes du village par des envoutements, des maladies très bizarres par conséquent, les jeunes se méfient de leur village* ». La sorcellerie est un problème très crucial en pays kabyè ; car elle est source de conflit dans les familles et entre différentes familles. Elle caractérise les départs précipités et définitifs des familles entières, avec destruction des maisons.

En parcourant le village, on note plusieurs maisons en ruine qui indiquent clairement que le village est vidé et surtout que les gens ont quitté avec toute leur famille. Les données ont montré qu'en quarante ans la population a diminué presque de moitié, passant de 1008 habitants en 1970 à 575 habitants en 2010. Tédihou A. (1997, p. 13) avait déjà signalé le dépeuplement du village à partir de la baisse des densités qui sont passées de 70 hbts/km² en 1970 à 30 hbts/km² en 2010. Il est manifeste que le village de Koukoudè se vide de ses habitants et que bientôt « il ne restera plus que des vieux pour garder les lieux et objets sacrés et quelques jeunes chargés d'assurer leur subsistance ». En effet, à la suite des divers auteurs, le village de Koukoudè se caractérise par une prédominance de personnes âgées, et un habitat ancien et en ruine. Selon (A. Sauvy, 1971, p. 521), cet état de fait cause plus généralement le vieillissement. Ainsi, sur le vieillissement mécanique, et instantané, provoqué par l'exode des plus jeunes, viendra inéluctablement se greffer un vieillissement induit par la baisse de la natalité. Ce vieillissement sera alors d'autant plus important que l'émigration aura plus que proportionnellement concerné des femmes jeunes et contraint les populations masculines restantes au célibat (A. Parant et M. Thevenin, 1999, pp. 235-249 ; Th. Eggerick et M. Poulain, 1999 : pp. 327-338).

La primauté des ménages de deux personnes, composés essentiellement de vieux couples sans enfants (parents vivant seuls après le départ des enfants) est symptomatique d'un vieillissement avancé, favorisé par l'exode des jeunes, [...] (A. Ayerbe, 1999, pp. 375-380). Il apparaît que l'émigration est un phénomène sélectif, tant la corrélation entre âge et migration est flagrante : entre 20 et 40 ans, la propension au départ des jeunes actifs est plus forte (B. Robert, 1968, p. 124 ; O. David, 2004, p. 19). Un interviewé de 52 ans se demandait ce que deviendrait le village de Koukoudè s'il ne reste que ces vieillards qui n'attendent qu'à mourir ?

D'après un rapport d'étude des Associations Villageoises des Jeunes en Activité pour le Développement et l'Epanouissement (A.V.J.A.D.E) menée en 1994, Koukoudè était jadis l'un des premiers producteurs d'arachide, de petit mil, d'igname et de sorgho dans sa région, ceci grâce à la maîtrise de la technique de culture en terrasse (A.V.J.A.D.E, 1994, p. 44). Parlant de l'agriculture dans l'ensemble du pays kabyè dont appartient le village de Koukoudè, B. Lucien-Brun et A.-M. Pillet-Schwartz (1987, p. 84) disaient que « le recul des cultures est nettement visible. Sur les hauteurs des jachères sont apparues. Parfois des pans entiers de montagne qui portent des traces de gradins ne sont plus utilisés... ». Les champs lointains, longtemps abandonnés se sont reconstitués et sont devenus de la brousse. Et même très proche des maisons on voit l'apparition de très longues jachères.

Envahi par la brousse, Koukoudè est constamment sous la menace des singes qui ravagent les champs et les récoltes. A ce sujet, un interviewé de 57 ans raconte en ces termes : « *Ces monstres en nombre très important s'abattent sur les champs de maïs, d'ignames, de sorgho, de haricot et au bout de quelques minutes tout le champ est détruit* ». Et à une femme de 32 ans d'ajouter : « l'on peut être en train de semer et devant soi, les singes vont commencer par sortir ses semences de terre et pour les produits, à peine mûrs, on peut retrouver tout un champ dévasté ». On voit donc que les

singes constituent une menace sérieuse pour la vie des paysans au village. Un vieux nous disait : « *les singes vont nous sortir de notre village ; leurs actions constituent également, je peux même dire, la première cause de départ de certains jeunes. Il y a 20 ans au moins nous ne voyions pas de ces choses, ces monstres, mais aujourd'hui nous partageons nos maisons, récoltes et fruits avec eux ; je doute que ce soit de vrais singes...* ». Ce fléau est tellement récurrent que les paysans commencent à se décourager de produire certaines cultures telles : le maïs, le sorgho, l'arachide, le manioc et le wandzou.

CONCLUSION

Les investigations réalisées auprès des ménages des émigrés et les entretiens conduits dans le village de Koukoudè ont permis de mesurer l'importance du phénomène d'émigration et de dégager ses causes, avant de relever les effets de ce phénomène sur le village. Les résultats révèlent que le village de Koukoudè est caractérisé par un phénomène d'émigration très important. Le phénomène concerne aussi bien les jeunes hommes que les jeunes femmes, ayant des caractéristiques sociodémographiques variables. Les causes les plus citées pour justifier cette émigration massive sont d'ordre physique et socioculturel, notamment le relief et le manque des espaces cultivables, la pauvreté et les problèmes sociaux. Il ressort également que le village de Koukoudè est sujet à de multiples envahissements de singes qui dévastent les champs des villageois à peine matures.

Les conséquences qui découlent de cette forte émigration sont de trois ordres. D'abord le dépeuplement du village marqué par la diminution des effectifs de la population. Ensuite une forte régression des activités économiques, faute d'une main-d'œuvre valide. Et enfin, la dégradation du cadre de vie du village, caractérisée par les maisons abandonnées et en ruine, mais aussi par l'envahissement du village par les singes en particulier.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

ASSOCIATIONS VILLAGEOISES DES JEUNES EN ACTIVITE POUR LE DEVELOPPEMENT ET L'EPANOUISSEMENT, 1994, Etude du milieu pour contrôle de connaissance des Associations Villageoises des Jeunes en Activité pour le Développement et l'Epanouissement Rapport d'étude, Binah, 76 p.

AMAVI Ayikoé et MARGUERAT Yves, 1983, Analyse des résultats provisoires du recensement de 1981: la population de Lomé, 46 p.

AYERBE Alain, 1999, « Démographie et aménagement touristique dans la vallée pyrénéenne. Le cas de la vallée d'Aure », Actes du XIe Colloque national de démographie, Strasbourg, 5, 6 et 7 mai 1999, pp. 375-380.

DAVID Olivier, 2004, La population mondiale : répartition, dynamique et mobilité, Col. Armand Colin, 194 p.

DGSCN, 2012, Recensement général de la population et de l'habitat (06 au 21 novembre 2010). Résultats définitifs, Lomé, 44 p.

EGGERICK Thierry et POULAIN Michel, 1999, « Une « logique démographique » pour le suivi du développement durable de la société, dans un cadre local », Actes du XIe Colloque national de démographie, Strasbourg, 5, 6 et 7 mai 1999, pp. 327-338.

GOZO Kodjo, Analyses des données du Recensement général de la population et de l'habitat 9-22 novembre 1981. Document-analyse n°2 : Composition et distribution géographique de la population togolaise, Direction générale de la statistique et de la comptabilité nationale, Lomé, 104 p.

KATCH Patrick, 2012, Le fantôme de Dékoukou, Editions Kip Koul, France, 121p.

LUCIEN-BRUN Bernard et Anne-Marie PILLET-SCHWARTZ, 1987 : Les migrations rurales des kabyè et des losso (Togo), Éditions de l'ORSTOM, Institut Français de Recherche Scientifique pour le Développement en Coopération, Collection Travaux et Documents n°202, Paris, 391 p. + annexes.

PARANT Alain et THEVENIN Marc, 1999, « Ages et territoire », Actes du XIe Colloque national de démographie, Strasbourg, 5, 6 et 7 mai 1999, pp. 235-249.

ROBERT Bernard, 1968, « Conséquences de l'exode rural sur la composition par sexe des populations des campagnes », Relations industrielles / Industrial Relations, 23(1), 123-144.

SAUVY Alfred, 1971, « L'exode rural, suivi de deux études sur les migrations. Présentation d'un cahier de l'I.N.E.D. », Population, 26^e année, n°3, 1971. pp. 519-524 ; doi : 10.2307/1529141

TEDIHOU Abigaïl, 1997, Ngbe & Hara ou coopératives traditionnelle rurale en pays kabyè, Les offset de l'imprimerie la Fontaine, Lomé, 131 p.

YABOURI Namiyate, 2004, Les mobiles de la migration des moba-gourma vers la zone de Notsè, mémoire de maîtrise, FLESH, Université de Lomé, 132 p.



LE PARADOXE DES "MÉDICAMENTS DE LA RUE" À DOUALA (CAMEROUN)

THE PARADOX OF "STREET DRUGS" IN DOUALA (CAMEROON)

¹ TCHEUNTEU SIMO Joël Simplicé...

¹ Docteur de Science politique, Université de Ngaoundéré (Cameroun), Faculté des Sciences juridiques et politiques
Département de Science politique, sityjoe@yahoo.fr

TCHEUNTEU SIMO Joël Simplicé, Le paradoxe des "médicaments de la rue" à Douala (Cameroun), *Revue Espace, Territoires, Sociétés et Santé* 5 (10), 257-276, [En ligne] Décembre 2022, URL: <https://retssa-ci.com>

Résumé

À Douala comme dans la quasi-totalité des centres urbains camerounais, les produits pharmaceutiques se vendent davantage dans les rues et places marchandes que dans les officines agréées. Qualifiées de "médicaments de la rue", ces solutions sont perçues par les pouvoirs publics comme des substances falsifiées et par conséquent dangereuses pour la santé de la population. D'où la prohibition de leur commercialisation sur l'étendue du territoire national. Paradoxalement, ces remèdes issus des trafics illicites sont très prisés des malades qui y trouvent entière satisfaction. De ce fait, les points de vente de ces substances prolifèrent graduellement dans la ville. Les autorités peinent à éradiquer ce fléau du fait de la corruption. L'incertitude sur la qualité et la fiabilité de ces

remèdes est préoccupante. Les médicaments vendus dans les marchés et artères de la capitale économique du Cameroun sont-ils thérapeutiques ou nocifs pour la santé ? Cette étude vise dans un premier temps à faire l'état des lieux des "médicaments de la rue" à Douala et à évaluer ensuite la perception des populations sur les effets sanitaires de ces produits. La méthodologie s'appuie sur l'approche participative et la recherche documentaire. Les résultats obtenus vérifient l'hypothèse selon laquelle, les "médicaments de la rue" à l'instar des médicaments vendus en pharmacie, peuvent être soit un remède soit un poison. Tout est fonction de leur origine, leur qualité, la prescription médicale et le respect de la posologie.

Mots-clés : Douala, "médicament de la rue", paradoxe, officines agréées, effets sanitaires

Abstract

In Douala, like in nearly all the towns in Cameroon, pharmaceutical products are sold more in streets and markets than in pharmacies. Considered as "street drugs", these solutions are taken by the public authorities as wrong drugs and therefore can make the population sick.

Hence, they are forbidden to be sold all over in Cameroon. Paradoxically, these wrong medicines are very used by the majority of the population who said they are satisfied by them. As a result, these wrong drugs are more and more sold in the town. Because of corruption, the authorities face difficulty fighting against this scourge. Uncertainty about the quality and reliability of these drugs is worrying. The question to know whether drugs sold in markets and in the streets of the economic capital of Cameroon are therapeutic or harmful to health remains topical. This study aims firstly at informing us deeply about "street drugs" in Douala and then to analyze the point of view of the populations about sanitary effects of these products. The methodology is based on the participatory approach and documentary research. The result verifies the hypothesis that "street drugs", like drugs sold in pharmacies can be good or bad for the health of the population. All depends on their origin, quality, medical prescription and respect of posology.

Key words : Douala, "street medicines", paradox, authorized pharmacies, sanitary effects

INTRODUCTION

La récession économique que connaît le Cameroun depuis la fin de la décennie 1980-1990, a généré une paupérisation d'une frange de la population (ONU-Habitat, 2004, p.7). Selon le Bureau International du Travail (BIT), le taux de chômage en 2005, est de 4,4 % et croît avec le niveau d'instruction au fil des ans. Ce phénomène est principalement urbain (10,7 %) en raison de l'exode rural. Très sollicitées par les populations de l'hinterland (l'arrière-pays), les métropoles Yaoundé et Douala affichent les taux les plus élevés avec respectivement 14,7 % et 12,5 %. Les jeunes (10 à 29 ans) sont les plus touchés avec un taux de chômage de 6,5 %, contre 3,1 % pour les 30 à 49 ans et 1,2 % pour les 50 ans et plus (C.R. Evina, 2009, p. 37). De ce fait, 80% de la population revêt un profil de

consommation de pauvre. Cela entraîne une faible capacité de recours aux soins et donc des dépenses de santé effectives très faibles (P. Pouhe Nkoma, 2015, p. 12). La décision de consulter un médecin dès l'apparition de la maladie est largement tributaire des moyens financiers disponibles (G. Etame Loe et al., 2017, p. 1463-63). Plus grave, le ratio de pharmacien par habitant varie de 01 pour 6920 à 01 pour 177051 habitants avec répartition inégale entre le milieu rural et urbain (MINSANTE, 2016, p. 73). À Douala, cette conjoncture contraint les jeunes à se tourner vers des activités informelles parfois répréhensibles dans le cadre de la lutte pour la survie (ONU-Habitat, op. cit.). C'est dans ce contexte que les équipements marchands et les axes de circulation de cette ville d'affaires sont pris d'assaut par d'innombrables vendeurs de remèdes vulgairement appelés "médicaments de la rue".

Les "médicaments de la rue" sont tout produit pharmaceutique vendu en dehors d'une pharmacie agréée (J. S. Tcheunteu, 2021, p.157). Il n'est pas aisé de vérifier l'authenticité de ces médicaments à l'œil nu, car leurs étiquetages et emballages sont identiques à ceux des produits que l'on trouve dans les officines (J. Sambira, 2013, p. 4).

Ces produits sont très prisés par les malades, pourtant, leur commercialisation est prohibée par les pouvoirs publics, qui les perçoivent comme des médicaments falsifiés c'est-à-dire ne garantissant pas les critères de qualité, d'efficacité et de sécurité et sont susceptibles de causer des torts à la santé humaine (J. Robert, 2013, p. 18). Sauf qu'avec cette prohibition, la vente de ces médicaments prend de l'ampleur dans la ville du fait de la forte demande de la population. Les agents en charge de la répression sont confrontés à la corruption. Ils préfèrent percevoir la prébende et laisser faire. De ce fait, le fléau perdure, les autorités s'inquiètent, alors qu'une importante frange de la population se réjouit.

De cet imbroglio se dégage la problématique de l'ambiguïté de la qualité et de l'efficacité des "médicaments de la rue". La question qui en

découle est celle de savoir si les médicaments vendus hors des officines agréées à Douala sont de bons ou de faux remèdes ? Autrement dit, ces substances sont-elles thérapeutiques ou nocives pour la santé humaine ?

Il s'agira dans cette recherche, de faire un état des lieux du trafic illicite des "médicaments de la rue" à Douala et d'évaluer la perception des effets sanitaires de ces produits pharmaceutiques informels.

1. Donnée et méthodes

L'analyse de ce paradoxe est basée sur l'approche participative à travers la collecte des données effectuée sous diverses formes à savoir : la recherche documentaire et les techniques vivantes (les sondages, les entretiens et les interviews).

La recherche documentaire a consisté à explorer différents travaux portant sur le trafic des médicaments dans le monde en général et au Cameroun en particulier. Pour ce faire plusieurs Revues, Ouvrages, Rapports, Journaux et Sites internet ont été consultés.

Des méthodes quantitatives et qualitatives ont été appliquées pour tenter d'apprécier la qualité et la fiabilité des "médicaments de la rue" à Douala. Pour ce faire, un sondage aléatoire simple a été mené auprès de 250 vendeurs de ces médicaments dont 150 dans 11 équipements marchands de la ville répartis comme suit : Marché de "Lagos" ou Marché central et assimilés (*Kassalafam*, *Gazon*, *Ngonsoa*) (40), Marché *Mbopi* (15), Marchés de *Ndokoti* (15) Marché de *New-Déido* (10), Marché de "Madagascar" (10), Marché de la Cité des palmiers (10), Marché de *Bonamoussadi* (10), Marché de *Logbessou* ou PK 14 (10), Marché de *Ndogpati* III (10), Marché du lieu-dit Grand hangar-*Bonabéri* (10), Marché de *Bépanda* Double-balle (10). Cet échantillonnage assure une couverture géographique de la ville et repose sur le fait que ces plates-formes commerciales sont les plus importantes de Douala. Les différents quotas attribués prennent en compte

l'étendue de l'espace marchand et l'ampleur de la vente des médicaments dans cette enclave. 100 autres vendeurs dont 5 par quartier choisi en fonction des aires de santé ont fait l'objet de ce sondage au niveau de chaque Arrondissement continental : Douala I (*New-Déido*, *Akwa-nord*, *Bessengué*, *Bonadibong*) ; Douala II (*New-bell*, *Bonaloka*, lieu-dit "Bois des singes", *Makéa*) ; Douala III (*Logbaba*, *Yassa*, *Songbikako*, *Ndogpati* II), Douala IV, *Ngwélé*, *Sodiko*, *Manbanda*, *Ndobo*), Douala V (*Mbanguè*, Cité-SIC, *Makèpè*, *Ndogbong*). Le critère d'éligibilité des marchands reposait essentiellement sur l'achalandage de leur point de vente.

Les informations glanées auprès de ces vendeurs renseignaient sur l'origine de leurs marchandises ; les produits les plus demandés ou vendus ; la comparaison de leurs médicaments et ceux livrés en pharmacie ; le mode de conservation adopté ; leurs qualifications professionnelles, les rapports avec les autorités notamment, les Ministères de la santé publique, du Commerce, des Finances, de l'Industrie et du Développement Technologique et la Mairie ; la relation avec la clientèle ; les risques du métier et le sentiment qui les anime dans l'exercice de cette activité illicite qualifiée de "crime pharmaceutique"

1000 personnes, soit 100 abordées dans la rue et 900 patients rencontrés dans les centres sanitaires publics de la ville ont été interviewées au sujet de ces médicaments suivant la répartition ci-après : Hôpital Laquintinie (300), Hôpital Général (100), Hôpital Gynéco-obstétrique (50), Hôpital de District de *Déido* (50), Hôpital de District de *Bonassama* (50), Hôpital de District de *Logbaba* (50), Hôpital de District de la Cité des palmiers (50), Hôpital de District de *New-bell* (50), Hôpital de District de Nylon (50), Hôpital de District de Mbanguè (50), Centre médical d'Arrondissement de *Kotto* (25), Centre Médical d'Arrondissement de *Bonamoussadi* (25), Centre Médical d'Arrondissement de la Cité-SIC (25), Centre Médical d'Arrondissement de "Congo" (25). L'objet de ces échanges portait essentiellement sur la perception et les

expériences qu'ils ont des "médicaments de la rue".

Une autre partie des données est issue des entretiens avec les acteurs en charge de la répression ou de la lutte contre la vente de ces remèdes au niveau de l'Administration et avec l'Ordre National des Pharmaciens du Cameroun (ONPC).

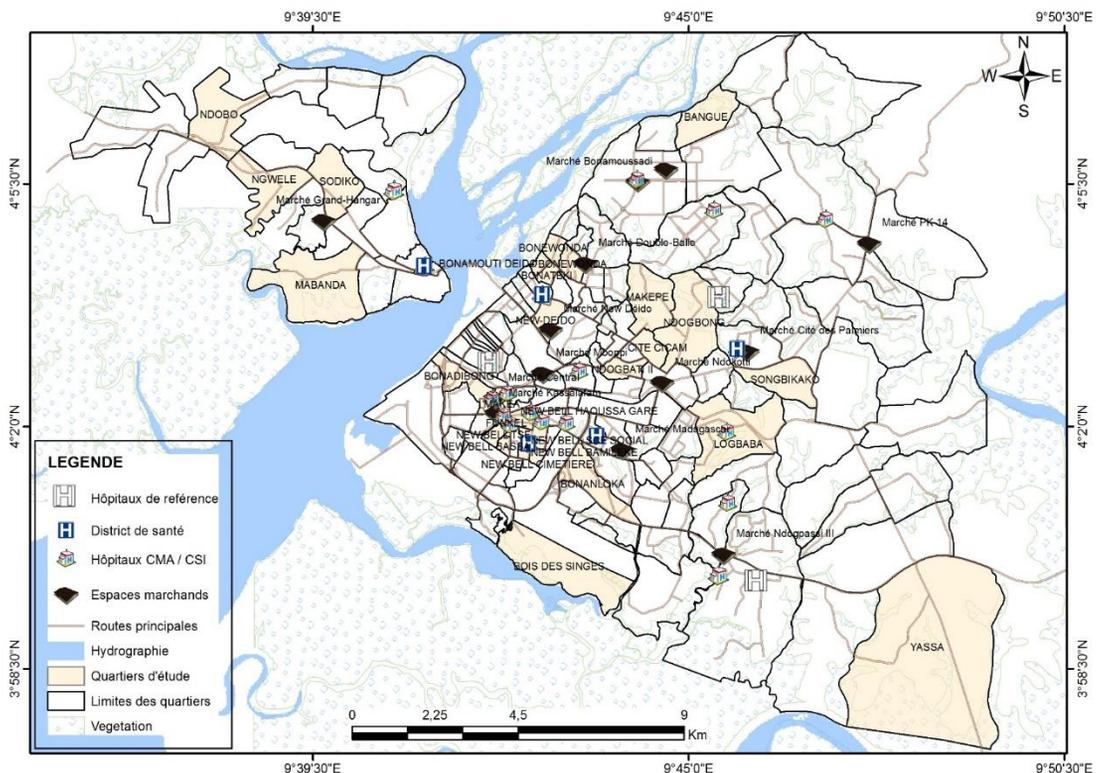
Quelques responsables des établissements pharmaceutiques de fabrication (Africure Pharmaceutical Cameroon S.A. et Cinpharm) et des structures de distribution des produits pharmaceutiques (Laborex S.A., Pharmacam S.A) ainsi que de la Centrale Nationale

d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels et Consommables Médicaux (CENAME) et du Laboratoire National de Contrôle de Qualité des Médicaments et d'Expertise (LANACOME) ont été abordés.

Enfin les données rasters acquis par extraction des couches d'informations des images satellitaires (Landsat ETM+ multispectral, 2006), ont servi à la spatialisation des différents lieux d'enquêtes (Carte n°1).

Toutes les données fournies par ces investigations sont loin d'être exhaustives. Néanmoins, elles sont assez significatives.

Carte n°1 : Spatialisation des lieux de collecte des données



Réalisateur : Clément Mbeugang, Septembre 2022

Fond de carte : Communauté Urbaine de Douala (CUD).

2. RÉSULTATS

Le paradoxe des "médicaments de la rue" à Douala s'articule autour de quatre facteurs ambivalents : l'approvisionnement du marché en

bons et faux médicaments ; les mauvaises conditions de la conservation et d'exposition-vente ; la dualité entre la répression et la prolifération des points de vente, et la perception controversée des effets sanitaires de ces médicaments.

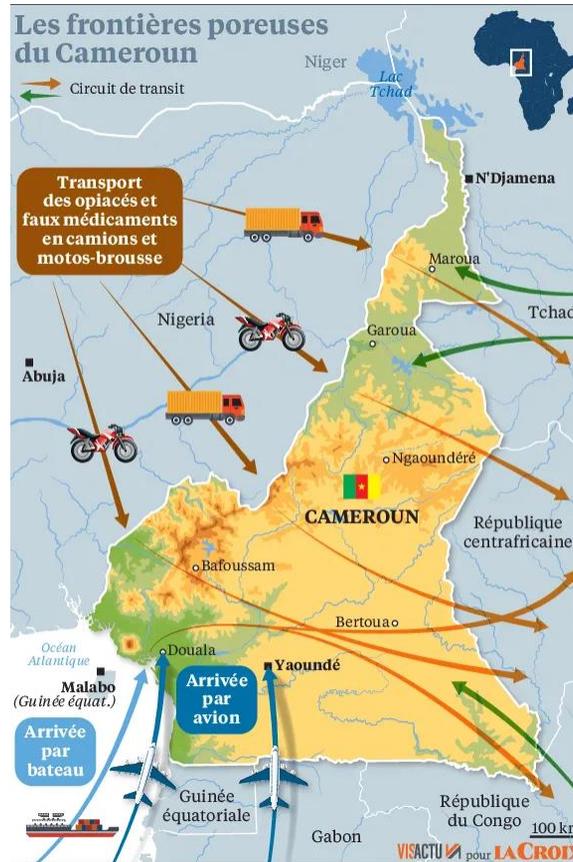
2.1- L'approvisionnement du marché en médicaments

2.1.1- Le trafic des médicaments falsifiés

À l'échelle de Douala, une importante part de produits pharmaceutiques disponibles sur le

marché provient du Nigéria. 83% de vendeurs de "médicaments de la rue", avouent se ravitailler aussi au Nigeria ou auprès des importateurs s'approvisionnant dans ce pays voisin. La carte ci-dessous illustre à suffisance ce flux transfrontalier (Carte n°2).

Carte n°2 : Illustration des flux transfrontaliers illicites des médicaments



Source : Journal LACroix, janvier, 2020

Après chaque voyage, certains importateurs viennent parfois faire des livraisons auprès de leurs clients qui les attendent à leurs points de vente respectifs. L'essentiel des remèdes en provenance de cette puissance économique sont réputés falsifiés. Les notices écrites en français démontrent à qui veut en douter que la fabrication est bel et bien d'un pays anglo-saxon. À côté de ce constat, il y a également celui de la composition du produit : un même produit peut

avoir six ou sept copies différentes et chacune ayant un prix spécifique. Ceci est sans doute la preuve d'une concurrence assez rude entre les contrefacteurs pour qui cette activité criminelle est très florissante¹.

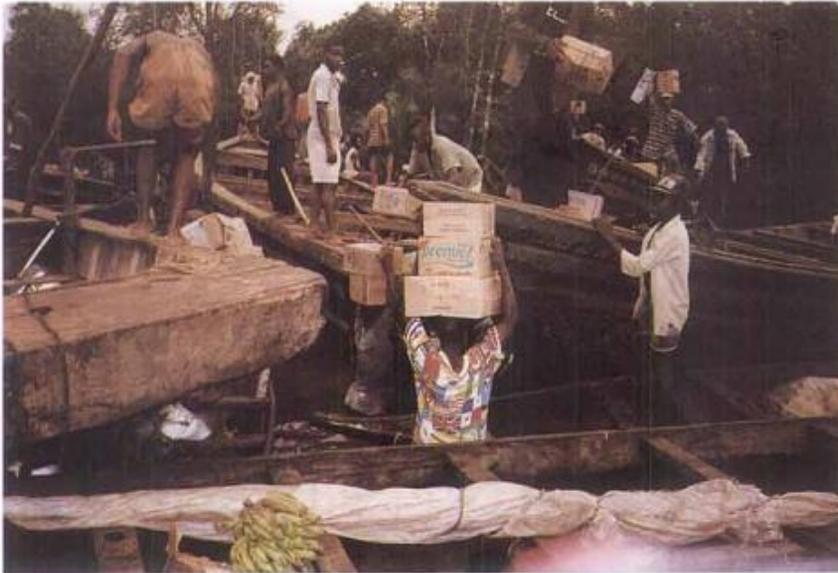
La carte n°2 montre également qu'en plus du Nigéria, les médicaments falsifiés commercialisés à Douala proviennent également du Gabon et de la Guinée Équatoriale.

¹ Lire le Journal "Mutation" du 12 février 2004.

En fait, les échanges commerciaux illicites entre le Cameroun et les pays voisins sont un phénomène très ancien qui perdure malgré le fait que l'impérialisme européen est venu modifier les relations d'antan entre les peuples de ces États. Longtemps avant la colonisation les différents groupes ethniques qui peuplaient ces

vastes territoires se mouvaient librement et entretenaient diverses relations sans aucun contrôle. (D. ABWA et A.P. TEMGOUA, p. 243). Les voies de désenclavement et routes informelles facilitent aujourd'hui encore ces échanges commerciaux transfrontaliers illicites (K. Bennafla, 2003, p. 41). (Photo n°1).

Photo n°1 : Débarquement des produits manufacturés nigériens à l'arrivée d'Ekondo-titi beach



Crédit photo : J. Herrera, 1998

De façon générale, le Cameroun contrôle difficilement les importations de médicaments via les ports ou ses 4 600 km de frontières terrestres (L. Soustras et S. Charon, 2020, p.1). La porosité de ses frontières favorise la contrebande des produits manufacturés au rang desquels les médicaments. Lorsque les marchandises passent par le bureau de Douane, il arrive que de faux médicaments se frayent un chemin. Selon Nana Franck, le Président du Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens du Cameroun (CNOPC), le circuit illicite pèse plus de 25 % du marché du médicament national.

Tandis que 40 % des médicaments de la rue proviennent de la contrebande.

2.1.2. Le trafic illicite du bon médicament

À Douala, le point focal d'approvisionnement en "médicaments de la rue" est le Marché Kassalafam, un prolongement par continuité du Marché Central. Cette place marchande, vulgairement appelée Marché de la Gare, compte plusieurs dizaines de boutiques spécialisées dans la vente en gros et détails des produits pharmaceutiques (Photos n° 2&3).

Photo n°2 : Secteur de vente en gros des médicaments au Marché Kassalafam



Photo n°3 : Vue intérieure d'une boutique de médicaments Au Marché Kassalafam



Planche photographique n°1 : Le point focal d'approvisionnement de "médicaments de la rue" à Douala

Crédit photo : SIMO Anicet

Dans cet espace commercial, il est rare qu'un client ne trouve pas son compte. Les circuits d'approvisionnement sont variés. Chaque grossiste a plusieurs fournisseurs. Ce qui évite d'avoir des ruptures de stocks. Les origines de ces médicaments sont multiples, variées et connues des vendeurs et de quelques consommateurs. Il s'agit pour la plupart des produits "made in" Cameroon, Nigéria, China, France, India, Canada, England etc. identiques aux remèdes vendus en officine. Plusieurs entreprises pharmaceutiques spécialisées soit dans la fabrication soit dans la distribution des médicaments sont implantées à Douala. Il est cependant difficile de leur faire endosser la responsabilité de cette informalité. Toutefois, deux vendeurs² de médicaments interrogés dans cet équipement marchand évoquent sans commentaire un approvisionnement par ces filiales via leurs grossistes et délégués médicaux. Ils se lient de complicité avec certains personnels des firmes pharmaceutiques et c'est auprès de ces

derniers qu'ils se ravitaillent en médicaments à des prix relativement bas pour ensuite les revendre à des prix raisonnables. Les responsables des sociétés pharmaceutiques abordés dans le cadre de cette étude avouent pourtant exercer leur mission dans le strict respect de la réglementation en vigueur. Ils ignorent le trafic illicite de leurs produits, lesquels pullulent pourtant sur le marché.

Cette pratique est la conséquence de la corruption qui mine le secteur de santé au Cameroun et du faible traitement salarial du personnel des entreprises de fabrication ou des structures de distribution des produits pharmaceutiques, ce qui les incite à avoir une inclination pour l'informalité.

Les échantillons de médicaments gratuits, que les délégués médicaux remettent, ou sont censés remettre aux médecins, sont aussi commercialisés dans ce Marché. Ce qui suppose

² Il n'est pas vraiment aisé de mener une enquête dans ce marché. Les commerçants ici sont réfractaires à tout interrogatoire relatif à leur mode d'approvisionnement.

que le personnel médical participe aussi à cette informalité.

Par ailleurs, 15% de vendeurs de médicaments interrogés ont souvent été ravitaillés par des familles endeuillées. À la suite du décès d'un malade soumis aux soins médicaux appropriés, les proches du défunt optent parfois pour la revente auprès de ces marchands du reste de remèdes de la personne décédée.

2.2. Les mauvaises conditions de conservation et d'exposition-vente des médicaments

Les médicaments vendus dans les rues et places marchandes de Douala ne bénéficient pas de

Photo n°4 : Exposition-vente des médicaments à Mbopi



Planche photographique n° 2 : Mode d'exposition-vente des "médicaments de la rue" à Douala

Cliché : Tcheunteu Joël, septembre 2022

Les médicaments vendus dans de telles conditions, qu'ils soient authentiques ou falsifiés, connaîtront à coup sûr une altération de leur qualité. La lumière du soleil, la température, l'humidité et l'air ne font l'objet d'aucune surveillance. Pourtant, ces paramètres climatiques sont susceptibles d'altérer le médicament. Selon l'OMS, les médicaments ne doivent pas être exposés à la lumière directe, en particulier les solutions.

mode de conservation et d'exposition-vente approprié. Au contraire, ils sont exposés aux intempéries. Les points de vente sont des kiosques ou boutiques dépourvus pour l'essentiel des voies d'aération. Les étals installés sur la voie publique disposent d'un parasol dont le rôle est davantage de protéger le vendeur de l'ensoleillement plutôt que les médicaments des radiations lumineuses (Photo 4 & 5). Il est pourtant mentionné sur l'essentiel des notices et emballages de ces remèdes : "doit être conservé dans un endroit frais et sec. Protéger de la lumière et de l'humidité...". Dommage, c'est tout le contraire chez les détaillants de Douala.

Photo n°5 : Exposition-vente des Médicaments au "Gazon"



Crédit-photo : Simo Anicet

Lors d'une exposition à la lumière du soleil, une décomposition des médicaments peut survenir. La photodégradation d'un médicament peut conduire à une diminution de l'efficacité thérapeutique et parfois à la formation de corpuscules à l'origine d'effets indésirables ou toxiques³. La conséquence principale de la dégradation est une diminution de l'activité thérapeutique, ce qui entraîne des conséquences plus ou moins graves à l'échelle individuelle ou collective⁴.

³ Lire le "CAPP-INFO", Bulletin d'information du CAPP, N°38, Janvier 2006, p.1.

⁴ Consulter Interagency Guidelines for Safe Disposal of Unwanted Pharmaceuticals in and after emergencies, OMS/99.2.

En fin de journée, les marchands ambulants se servent des cantines ou caisses hermétiquement closes pour conserver le reste de médicaments. Ce mode de conservation des produits pharmaceutiques n'est pas commode aux vues des lignes directrices de conservation de médicaments édictées par les laboratoires pharmaceutiques.

2.3- La dualité entre la répression et le développement de ce secteur d'activités

2.3.1- La lutte contre la vente des "médicaments de la rue"

Dans la capitale économique du Cameroun, les produits pharmaceutiques échappent encore à la réglementation censée restreindre leur vente libre et sont vendus comme des marchandises banales par des personnes non assermentées. Pourtant, selon la législation fixant les conditions de commercialisation des produits pharmaceutiques, la vente des médicaments au Cameroun est du ressort des pharmaciens. En tant que professionnel de la santé, le pharmacien est garant de la qualité des produits qu'il remet aux patients dans le cadre de la vente de médicaments avec ordonnance. Cette réglementation est encadrée par la Loi n°90-035 du 10 août 1990, portant exercice et organisation de la profession de pharmacien. Elle dispose en son Article 13 que :

"Sont réservées aux pharmaciens la préparation

- Des objets et médicaments destinés à l'usage de la médecine humaine ;
- Des objets de pansements et tous articles présentés comme conformes à la pharmacopée ;
- Des insecticides et acarides destinés à être appliqués sur l'homme ;

- Des produits destinés à l'entretien ou à l'application des lentilles oculaires de contacts ;
- Des produits et réactifs conditionnés en vue de la vente au public et qui, sans être visés à l'article 15, sont cependant destinés au diagnostic médical ;

La vente en gros, la vente au détail et toute délivrance au public des produits et objets énumérés au précédent paragraphe {...}". Et, son article 53 dispose : " Tout délit, d'étalage ou de distribution de médicaments est interdit sur la voie publique, dans les foires et marchés à toute personne même titulaire du diplôme de pharmacien".

En fait, la vente de médicaments sans autorisation est sévèrement punie par l'alinéa 1 de l'Article 16 de la Loi suscitée qui dispose : " Quiconque se sera livré sciemment à des opérations réservées aux pharmaciens sans respecter les conditions prévues par la présente loi sera passible d'une amende de cinq cent mille (500 000) à deux millions (2 000 000) de FCFA et d'un emprisonnement de six (06) jours à six (06) mois ou l'une de ces deux peines seulement ". Dans le cadre de la lutte contre ce crime pharmaceutique, le Cameroun a adhéré à quelques initiatives dont "l'impact de l'OMS", "l'Appel de Cotonou de la Fondation Chirac", "la convention *Médicrime*", sur la lutte contre la contrefaçon des produits de santé et s'est doté d'un plan national de lutte contre la vente illicite des médicaments. Suite à la décision n° 0050/MINDIC/MSP, du 19 août 1996 portant modalités pratiques de lutte contre la vente illicite des médicaments et produits pharmaceutiques, 10 comités de lutte présidés par les Gouverneurs de régions et cordonnés par l'Inspection Générale des

Services pharmaceutiques (IGSP) ont été mis sur pied et reçoivent l'appui du Gouvernement (ONPC, 2013, p. 28).

Chaque année après son congrès annuel, l'ONPC appelle l'État à assainir le secteur de vente des médicaments. Plusieurs départements ministériels sont impliqués dans cette opération, notamment le Ministère de la santé publique (MINSANTE), le Ministère des finances (MINFI), le Ministère de l'industrie, des mines et du développement technologique (MINMIDT) et le Ministère du commerce (MINCOMMERCE).

Le MINSANTE a rendu opérationnelle aussi bien au niveau central que de chaque Région, une Brigade chargée spécialement de sillonner les villes et localités, en vue de procéder, avec l'appui d'autres administrations concernées, à la saisie et la destruction systématique de ces médicaments et produits.

À Douala, la lutte contre le trafic des médicaments est plus accentuée au niveau de la Douane (Ministère des finances) à travers l'opération Halcomi⁵. Selon un Communiqué de presse de *Manaouda Malachie*, Ministre de la Santé publique du 21 octobre 2021, au mois de juin 2020, 40 cartons contenant chacun 300 paquets de faux comprimés de *Paracétamol* et d'*Aspirine* ont été saisis à Douala. En octobre 2021, 1156 cartons de médicaments périmés soit 320 292 comprimés importés sans déclaration ni autorisation du MINSANTE ont été saisis par le bureau principal des Douanes hors classe de Douala port V. C'était au terme d'une visite à quai d'un conteneur censé contenir de la brocante en provenance de Suisse.

Par ailleurs, en 2017, le Ministère de l'Industrie, des Mines, et du Développement Technologique (MINMIDT) a saisi et détruit d'importants stocks de remèdes mis sur le marché de Douala (photo n°6).

Photo n°6 : Stock de médicaments saisis à Douala par le MINMIDT en Avril 2017



Source : MINMIDT, 2017

Par contre, au niveau des équipements marchands, les opérations de saisie-destruction de médicaments sont irrégulières. Les interpellations et poursuites judiciaires sont rares. Les pratiques de corruption dans les services publics font que les marchands de médicaments sont informés en temps réel du calendrier de la campagne contre la vente illicite des médicaments. De ce fait, ils développent la stratégie de la ruse. Les produits exposés ne sont généralement que le tiers de la marchandise totale ou simplement des emballages vides. À *Kassalafam* ou à *Ngonsoa*, lorsque la commande du client est importante, il est servi au magasin et non à la boutique. Cette méthode permet aux vendeurs de ne pas perdre l'intégralité de leurs marchandises lors d'une descente des membres du comité de lutte accompagnés des forces de l'ordre. Quand bien même, cette équipe arrive sur le terrain, les marchands ne manquent pas d'astuces pour leur donner le "*Tchoko*" ou pourboire, les empêchant d'accomplir leur mission. C'est cette pratique permanente de corruption qui fait que ce fléau perdure et se vulgarise à Douala plutôt que de reculer avec les multiples campagnes de sensibilisation conduites par le Ministère de

⁵ Halte au commerce illicite.

la Santé Publique et les différentes brigades de l'Ordre des pharmaciens du Cameroun.

Par ailleurs, le MINCOMMERCE, s'est doté d'un logiciel pour la traçabilité des produits commercialisés dans sa mission de contrôle de l'authenticité des produits mis sur le marché camerounais. Cette initiative est le fruit d'une convention signée entre ce département ministériel et la Société *AMLA Metrics*⁶ pour vérifier l'origine et le circuit des produits de grande consommation. Il s'agit d'une application numérique, à partir de l'installation d'un serveur au MINCOMMERCE et de certains éléments d'identification du produit comme le code-barres et la vignette pour s'assurer de la traçabilité depuis son origine jusqu'à sur les étals, conformément à la nouvelle Loi régissant le commerce au Cameroun⁷. À partir de ce mécanisme, tous les produits qui entrent sur le marché faisant l'objet de la présente Convention, sont systématiquement enregistrés par le serveur central installé au Ministère du commerce. Lequel renseigne sur leurs origines, leurs fabricants et leurs fournisseurs.

Cependant, ce ministère tarde encore à rendre opérationnelle cette application, du moins en ce qui concerne la traçabilité des médicaments.

2.3.2- Les facteurs d'existence des points de vente des médicaments de la rue à Douala

À Douala, les points de vente des "médicaments de la rue" prolifèrent à mesure que le gouvernement multiplie les stratégies de lutte contre ce fléau. Ce secteur d'activités attire un nombre croissant de commerçants en raison de sa flexibilité et de sa rentabilité.

⁶ Amla Metrics est une entreprise qui distribue via radio, téléphone, internet, des solutions de collecte d'informations à distance auprès des professionnels (industries, collectivités et tertiaire), afin de répondre de façon simple et fiable aux besoins de télémétrie des consommateurs.

Il ne nécessite pas une formation en lien avec la médecine ou la pharmacie, ni de grands fonds pour débiter cette carrière de "pharmacien-médecin-traitant" improvisé. Un détaillant rencontré au marché Mbopi (Douala III) relate à ce sujet :

" Avant de vendre, je consulte d'abord oralement, puis prescris les médicaments en fonction des symptômes que présente le client [...] A moins que le client ne soit à la recherche d'un remède précis ". J'ai appris tout ça ici sur le tas. Je lis régulièrement les notices des médicaments et dialogue en permanence avec mes compères ayant quelques notions en soins infirmiers [...] J'ai débuté sans capital. À mes débuts, j'étais juste un courtier au lieu-dit "Gazon" marché central. C'est avec le temps que j'ai pu gagner la confiance d'un fournisseur qui me ravitaille sans percevoir l'argent à l'immédiat. Je vends et fais le versement à chaque livraison de marchandises.

Seulement 63% de vendeurs interrogés dans le cadre de cette étude ont tout au plus le niveau BEPC, ou diplôme équivalent ; 20% avouent n'avoir pas eu le moindre CEP et 17% ont un niveau d'étude supérieur ou égal au Bac. Seulement 15% affirment avoir suivi une formation en infirmerie et soins médicaux dans une école d'infirmerie agréée ou un Institut Privé d'Enseignement supérieur (IPES). Plus grave, 85% de ces marchands font du diagnostic médical, prescrivent une ordonnance et administrent les soins exactement comme ferait un médecin. C'est ce qui fait qu'on les appelle vulgairement " *Docta* de la rue" ou "*Docta*" tout simplement. Certains sont ambulants, d'autres se sont trouvé un espace d'exposition-vente, soit dans un coin de la

⁷ La nouvelle loi régissant le commerce au Cameroun promulguée en décembre 2015 lors de la session parlementaire, met l'accent sur la traçabilité des produits mis sur le marché, de son origine jusque sur les étals.

rue, soit dans un marché public. Chaque équipement marchand de la ville dispose d'un secteur où abonde la vente des médicaments. Dans une volonté de maximiser les bénéfices afin de développer davantage leur commerce, 80% de vendeurs rencontrés gèrent individuellement leur commerce. Ils n'emploient pas. En cas d'empêchement, soit ils se font suppléer par leur conjointe ou conjoint, soit ils ferment boutique.

Leur principal challenge consiste à fidéliser la clientèle par un service de qualité, un accueil chaleureux et cordial, une mise à disposition permanente des produits, notamment les plus demandés à savoir les antipaludéens, les antiinflammatoires, les antibiotiques et les "déparasitants". Très attentionnés ils accordent toujours un temps de dialogue au client. C'est l'occasion pour le détaillant de faire valoir son expérience et son expertise en termes de diagnostic médical, de connaissance des différents médicaments et équivalents capables de soigner la pathologie suspectée. Il joue ainsi à la fois le rôle du médecin, du pharmacien et du délégué médical.

Un patient rencontré chez un "*Docta*" au quartier *Sodiko* témoigne à ce sujet :

"Chaque fois que j'ai un souci de santé, j'aime d'abord venir voir ce monsieur. Il est très attentionné et sincère. Lorsqu'il trouve mon état un peu délicat il me suggère d'aller d'abord me faire consulter par un médecin avant de revenir. Et chaque fois que je reviens avec mon ordonnance, il me vend toujours des médicaments qui me soulagent"

Cette attitude flatteuse est de loin différente du comportement de quelques médecins et infirmiers véreux en service dans les hôpitaux publics de la ville qui au quotidien déroge à la déontologie de leur métier. Ils brillent par l'arrogance, le mépris, le favoritisme, la langueur et parfois le manque d'expérience,

voire de professionnalisme. Quant aux pharmacies, elles connaissent les ruptures de stocks de façon permanente. Ce qui contraint le client ou le patient à visiter 03 à 05 pharmacies pour avoir le médicament prescrit. Cette navette est incertaine, onéreuse, et stressante car rien ne rassure de la disponibilité du produit recherché dans une officine donnée. Une maman rencontrée au CMA de *Bépanda* relate à cet effet :

" Mon fils, j'ai deux jeunes dans mon quartier qui vendent les remèdes au marché de la Gare depuis des années. Chaque fois que j'ai besoin d'un médicament, je passe ma commande à l'un d'eux et le soir en revenant, il me garde mes produits. Si je veux n'importe quel remède ils vont me servir à très bon prix. Ça m'évite de faire des navettes dans des pharmacies de Douala où les remèdes sont chers et pas toujours disponibles..."

Le coût du médicament en pharmacie est nettement supérieur à celui de la rue. Il intègre les charges fixes : le salaire des employés, le loyer, les factures d'eau et d'électricité sans faire litière des différentes taxes. A l'inverse, le marché informel des produits pharmaceutiques facilite l'accès aux médicaments pour toute classe sociale à la recherche des remèdes qui ne sont pas disponibles ou qui présentent une charge financière trop lourde dans les secteurs formels. La proximité des pharmaciens de la rue et le coût raisonnable de leurs produits sont aussi les facteurs qui justifient la ruée vers les "médicaments de la rue" à Douala. Dans les quartiers de nombreux points de vente se transforment progressivement en infirmerie clandestine où le malade après achat du médicament peut être immédiatement pris en charge (Photo 7 & 8). Les pseudo-pharmaciens-traitants, responsables de ces points de vente, avouent avoir suivi une formation en lien avec la

médecine, mais n'ont pas pu bénéficier d'une intégration à un emploi formel.

Photo n° 7 : Point de vente avec soins Infirmiers à Makèpè-Lycée

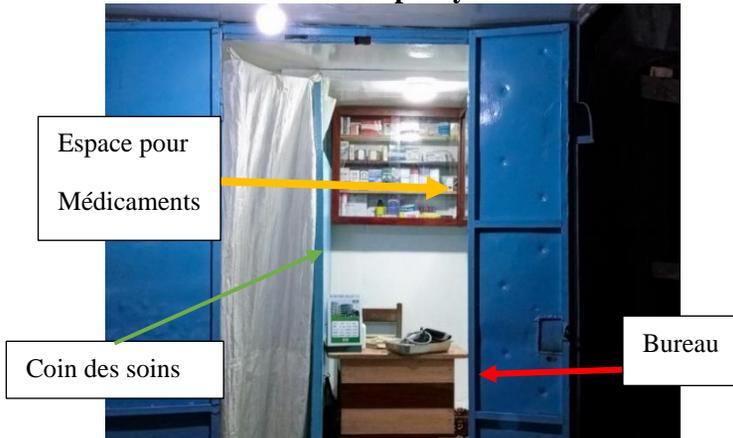


Photo n° 8 : Point de vente avec soins infirmiers à Ndogbong-Dauphine



Planche photographique n° 3 : Points de vente des médicaments avec prise en charge immédiate sur place

Cliché : Tcheunteu Joël, septembre 2022

Ces dispensaires de fortune fragilisent les Centres Médicaux d'Arrondissement créés par l'Etat dans le but d'assurer une médecine de proximité dans les quartiers.

Photo n° 9 : Plaque publicitaire du CMA de Nkololoun



Ces centres de santé étatiques reçoivent de moins en moins de patients malgré les efforts déployés dans la communication (photo 9 & 10).

Photo n°10 : Plaque publicitaire du CMA de Kotto



Planche photographique n° 4 : déploiement des CMA dans la Communication

Cliché : Tcheunteu Joël, Août 2022

2.4- La perception controversée des effets sanitaires des "médicaments de la rue" à Douala

Présentés comme dangereux pour la santé voire pour la vie, les "médicaments de la rue" se présentent aujourd'hui encore comme l'une des solutions idoines aux problèmes de santé à Douala. 95% d'individus rencontrés dans le cadre de cette étude, peu importe le rang social, font de l'automédication avec ces remèdes. Les 5% de personnes hostiles à ces médicaments sont pour la majorité des technocrates bénéficiant d'une assurance maladie ou d'une prise en charge médicale au sein de leurs entreprises. 30% se soignent exclusivement avec ces médicaments même lorsqu'il s'agit d'une prescription médicale. Trois facteurs expliquent l'inclination à ce mode de traitement : la proximité des points de vente avec les domiciles, les coûts des médicaments relativement bas conjugués à la vente au détail, l'aptitude du marchand à diagnostiquer oralement le mal puis à prescrire les premiers soins. Ce diagnostic dans la plupart des cas gravite autour de la suspicion du paludisme, de la typhoïde et de gastro-entérite. Ces pathologies sont considérées comme les plus endémiques à l'échelle de la ville au vue de leur prévalence dans les formations sanitaires. De ce fait, la première prescription médicale des "Docta de la rue" amène le malade à se déparasiter puis à prendre une cure d'antipaludéens ou d'antibiotiques contre la salmonellose. Au cas où la santé s'améliore, le malade suppose s'être soigné avec le "médicament de la rue". Pour les adeptes de ce mode de traitement, c'est quand le mal persiste, qu'ils se font consulter dans un centre hospitalier. 43% de

ceux-ci reviennent avec l'ordonnance médicale s'approvisionner auprès du "Docta". Ils estiment que les coûts ici sont relativement plus abordables qu'en pharmacie d'une part et restent convaincus de l'efficacité de ces remèdes d'autre part. Quelques témoignages glanés lors de la collecte des données illustrent ce point de vue :

" Je vais à l'hôpital en dernier recours. Là-bas, ils sont chers. Au moindre malaise, on te prescrit une pile d'exams à faire. Et quand tu es à court d'argent, personne ne s'occupe de toi ! Or, quand je vais chez "Docta", il me compose rapidement les remèdes à bas prix et de fois à crédit, je bois et me sens soulagé"⁸

"Non loin de mon domicile, il y a un vendeur de médicaments très efficace. Il connaît le remède. Pas de stress lorsqu'un membre de ma famille se plaint de la fièvre, du mal de ventre, du mal de tête, d'une blessure légère, des douleurs abdominales ou du paludisme. Quand tu expliques bien les manifestations de ta maladie à ce monsieur, avec moins de 2000 Francs CFA, il te vend les médicaments et quand tu les prends convenablement tu guéris "⁹

"Le marché central est ma principale source de ravitaillement en produits pharmaceutiques de toutes sortes. J'ai un centre de santé et je n'ai pas l'autorisation qui me permet de me ravitailler auprès des entreprises pharmaceutiques agréées. Depuis 6 ans que ce centre existe, je soigne mes patients essentiellement avec ces produits et tout se passe plutôt bien jusqu'aujourd'hui"¹⁰.

"Je regrette vraiment d'être venue ici. Je suis déjà à plus de 15000 Francs CFA de dépense seulement pour les exams. Le médecin

⁸ Avis d'une femme de ménage rencontrée à l'hôpital de District de New-Bell (Douala II).

⁹ Déclaration d'une commerçante interrogée à l'hôpital de District de Déido (Douala I).

¹⁰ Propos d'une infirmière, propriétaire d'un centre de santé à Bépanda (Douala V).

refuse de me prescrire le moindre médicament sans avoir lu et interprété mes résultats. Si j'avais su que j'allais dépenser autant d'argent pour une petite fièvre, j'aurais dû commencer par le monsieur qui me vend souvent les médicaments au quartier"¹¹.

" On m'a toujours dit que le remède qu'on achète en route n'est pas bon, mais c'est ce que mes enfants et moi prenons quand nous sommes souffrants et ça nous soulage [...] Ma grande sœur qui a ses moyens et ne soigne les membres de sa famille que dans des grandes cliniques ou à l'Hôpital Général a déjà perdu deux de ses enfants alors qu'elle achète ses médicaments toujours en pharmacie"¹².

L'on s'attendrait au vu des inconvénients qui régissent le trafic informel des "médicaments de la rue", que les personnes interrogées décrivent cette activité et appellent le gouvernement à bannir ce secteur. Dommage, elles y trouvent plutôt leur compte et s'en réjouissent.

Aucune statistique officielle sur les effets néfastes de ces médicaments au niveau de Douala n'est disponible pour l'instant. Toutefois, 8 médecins sur 10 citent les intoxications, la destruction du foie, du cœur et des reins comme les principales conséquences de la consommation des médicaments falsifiés.

3. DISCUSSION

À Douala, le phénomène de "médicaments de la rue" reste un paradoxe. Qualifiés de falsifiés, ils sont très prisés par une frange considérable de la population. Pourtant plusieurs facteurs témoignent de la dangerosité de ces remèdes. Ce sont pour l'essentiel des produits issus des trafics illicites transfrontaliers. Ils proviennent des pays réputés dans la fabrication et la

distribution de faux médicaments à travers la planète bleue (J. Robert, 2013, p.14). Or, la falsification des médicaments constitue aujourd'hui un fléau, un grand danger et une menace pour la santé publique. Nous vivons avec une augmentation inquiétante du trafic des médicaments de mauvaise qualité dans toutes les régions du monde et plus particulièrement dans les pays africains (R.D. Mirini et al., 2015, p. 193). D'après les estimations de l'OMS, la contrefaçon des produits de santé représentait en 2013, dix pour cent (10 %) du marché mondial du médicament avec l'Afrique subsaharienne comme principale destination (J. Robert, *op. cit.*).

En plus de ce type de médicaments, Douala connaît aussi les trafics des médicaments jugés bons. Il ressort des enquêtes de terrain que les firmes pharmaceutiques basées dans la ville, les délégués médicaux et le personnel médical véreux sont au cœur de cette informalité. Pour Jeannette Wogaing, ce sont : les produits frauduleux venant d'autres pays africains (Gabon, Nigeria, Bénin) ou de l'Inde ; Ceux venant des pays nordiques ; les échantillons médicaux, dont on peut croire que les délégués médicaux sont les distributeurs. Les échantillons gratuits, en moyenne un ou deux, que les délégués médicaux remettent aux médecins sont au final en quantité suffisante pour être rétrocédés vers le circuit illégal, moyennant un gain ; Ceux qui viennent d'Europe (Allemagne, Belgique et France), d'Amérique (Canada, États-Unis), à travers les organismes non gouvernementaux (ONG) implantés au Cameroun et dont certains membres détournent partiellement les dons en médicaments ; les produits détournés dans les différents circuits de distribution de

¹¹ Discours une patiente rencontrée à l'hôpital de District de Bonassama (Douala IV).

¹² Allocution d'une bureaucrate interviewée à l'hôpital de District de Logbaba (Douala III).

médicaments au Cameroun (grossiste, pharmacie, hôpital) ; les produits commandés et fabriqués par l'État à travers le CENAME qui sont détournés à tous les niveaux (du sommet à la base) ; les médicaments provenant des consommateurs et des gardes-malade qui y revendent leurs produits moyennant un peu d'argent à défaut de les remettre à la pharmacie comme c'est le cas dans certains pays occidentaux ; les médicaments acheminés au marché noir par les représentants et délégués qui utiliseraient leur statut pour acheter au prix cession (prix appliqués dans les firmes privées de distribution qui sont inférieurs à ceux de la pharmacie). (J. Wogaing, p. 34 &35),

Ces médicaments a priori de bonne qualité ne bénéficient pas d'un mode de conservation et d'exposition-vente adéquat chez les détaillants de la rue. Cette mauvaise pratique est susceptible d'atténuer la valeur thérapeutique de ces remèdes et de les rendre dangereux pour la santé. La conservation et l'exposition-vente des produits de santé répondent à des règles d'hygiène précises. Les médicaments doivent être stockés dans des conditions climatiques constantes et des paramètres tels que la température et l'humidité doivent donc être surveillés en continu de manière fiable. De fait, tous les médicaments doivent être gardés à une température variant entre 15 et 30 °C. Les médicaments portant une étiquette indiquant qu'ils doivent être réfrigérés doivent, quant à eux, être conservés dans un réfrigérateur à une température variant entre 2 et 8 °C¹³. Pour entreposer des médicaments devant être réfrigérés dans les conditions optimales précisées par le fabricant, l'on doit disposer d'un équipement adéquat et bien entretenu¹³. Aucun marchand de médicament de la rue à Douala ne possède un tel dispositif.

Perçue comme une menace par les pouvoirs publics, cette activité se développe à mesure que les autorités la combattent. Accéder aux services de santé et à des voies d'approvisionnement pharmaceutique fiables nécessite des efforts financiers, dans un contexte où la pauvreté (ONU-Habitat, *op. cit.* p. 7), et dans une moindre mesure l'analphabétisme sont des entraves à l'accès aux soins médicaux appropriés. (J. Tcheunteu, *op. cit.*, 180). Cette donnée rejoint celle de Hamel (2006, p.5) ; P. B. Eloundou Messi et G. F. Menye Nga, (2016, p. 1) dans leurs travaux quand ils affirment que la vente des médicaments de la rue rencontre un succès notable auprès des populations grâce aux services qu'il propose pour un coût réduit dans des pays où l'assurance-maladie n'existe que pour une couche très restreinte de la société.

Toutefois, la perception des effets sanitaires des "médicaments de la rue" à Douala, est controversée. Elle va à l'encontre des données établies par le gouvernement et les Organisations Non Gouvernementales.

D'après la Fondation *Chirac*, le commerce illégal des médicaments représente l'une des principales barrières à la lutte contre des maladies très graves comme le paludisme ou la tuberculose. L'amélioration de l'état de santé d'une personne ou d'une population est fortement remise en cause lorsque les soins sont obtenus auprès d'un marché illicite, l'origine et la qualité de ces produits pharmaceutiques étant fortement douteuses. L'échec thérapeutique est alors probable et peut se traduire par une aggravation de l'état de santé de la personne. Les conséquences en termes de santé publique pouvant être dramatiques (FONDATION *CHIRAC*, *op. cit.*, p. 9). C'est ce qui amène le professeur

13 WWW. Be sure. testo

Pierre Ambroise Thomas¹⁴, dans le « *Mediterranean Journal of Hematology and Infection Diseases* »¹⁵ à dire : " *La contrefaçon des médicaments n'est pas seulement un acte criminel. Le terme homicide convient parfaitement, quoique certains préfèrent parler de meurtre* ".

Selon l'OMS, le faux médicament est un potentiel vecteur de crise sanitaire majeure. Ces produits ont rarement été efficaces et, dans de nombreux cas, ils se sont même révélés dangereux et préjudiciables à la santé publique. Les médicaments non conformes sont de véritables poisons. Ils ne traitent pas les patients mais contribuent plutôt à l'augmentation de la résistance à certaines maladies (pharmaco-résistances) parfois mortelles (OMS, 2017, p. 5). Deux cent mille (200 000) décès par an dus au paludisme pourraient être évités si les patients se soignaient avec de vrais médicaments (INHESJ, 2014 p. 17). En Afrique, près de cent mille décès par an sont liés au commerce des médicaments contrefaits (OMS, *op. cit.* p. 26). Ces statistiques, justifient la quintessence de " l'Appel de Cotonou " : "L'économie criminelle des faux médicaments me révolte.

Parce qu'elle s'attaque aux pays les plus pauvres, et, en leur sein, à des familles sans protection sociale et sans moyens ;

Parce qu'elle concerne les médicaments les plus indispensables à la santé individuelle et collective : ceux qui soignent le paludisme, la tuberculose, le SIDA ;

Parce qu'elle s'insinue partout, sur les marchés des rues, comme sur Internet, et qu'elle grossit au point que ses revenus dépassent ceux du trafic de la drogue¹⁶;

Parce que les faux médicaments ne se contentent pas de tromper l'espérance des patients et qu'ils sont souvent des poisons qui tuent ou handicapent ;

Qu'on ne me dise pas qu'il ne s'agit pas d'un crime "¹⁷.

En fait, L'utilisation d'un produit de santé falsifié représente un réel danger. Car si le produit est sous-dosé, ou bien ne contient aucun principe actif, son utilisation entraîne un échec thérapeutique. Cet échec contribue généralement à l'aggravation de l'état de santé du malade et est susceptible de le conduire à la mort (J. Robert, *op. cit.*).

Par contre, de nombreuses personnes interviewées à Douala dans le cadre de cette recherche, perçoivent les "médicaments de la rue" comme des remèdes qui soignent plutôt que tuent ou aggravent la maladie.

Dans les travaux de Jeannette Wogaing, plusieurs autres témoignages vont dans le même sens. Personne n'avoue avoir été victime des effets indésirables des "médicaments de la rue". La méfiance de ceux qui sont hostiles à ces médicaments se fonde essentiellement sur les multiples sensibilisations relatives au danger que représentent ces remèdes :

"Moi, je suis ce qu'on appelle un inconditionnel du gazon. Sans ces gars, je crois que nous serions tous déjà morts. Quel que soit ce qu'on me prescrit, je viens d'abord les voir. J'oublie même que les pharmacies existent. J'achète tout ici en dehors des vaccins que je suis obligé de prendre à la pharmacie ou à l'hôpital" (Propos d'un Fonctionnaire), (J. Wogaing *op. cit.*, P. 16).

¹⁴ Le professeur Pierre Ambroise Thomas est Expert de l'OMS en paludisme et parasitoses tropicales, dans la méditerranée

¹⁵ Lire le journal "Afrique Renouveau" de mai 2013.

¹⁶ L'activité de contrefaçon apparaît comme plus rentable et moins pénalisée que les trafics de drogue ou d'armes. Lire J. ROBERT, *op.cit.*, p. 14.

¹⁷ JACQUES CHIRAC, Appel de Cotonou, 12 octobre 2009.

" Pendant longtemps, j'allais uniquement à la pharmacie. Mais une fois, j'étais vraiment à court d'argent et j'étais malade (elle était enceinte). Je suis allée voir une amie pour qu'elle m'aide à payer mes remèdes. À ma plus grande tristesse, elle n'avait pas de sou. Elle m'a néanmoins dit qu'elle connaissait quelqu'un au "gazon" qui pouvait m'aider. Elle m'a accompagnée au secteur, j'avoue que j'avais peur. On entend dire tellement de choses sur ces "médicaments de la rue" qu'on ne sait plus à quel saint se vouer. C'était mon premier contact avec ces gars ! À ma grande surprise, le mec sans me connaître a dit à ma pote de revenir payer après. Je me suis dit la *go!* Tu es sûre de tes produits ? Ma surprise n'était pas liée à la gratuité du produit, mais portait sur la qualité du produit. Le gars lui-même nous a dit : allez ! Si ce n'est pas du bon, ne paie pas. Je sais ce que je vends dit-il. Je puis vous dire qu'il avait raison. Je m'en souviens encore : c'était *Fasygine* 26 ovule et *Rovamycine* 27. Aujourd'hui, ce n'est pas pour moi que je suis là. Je suis venue prendre des remèdes pour mon fiston. Depuis que je trouve mon compte ici, je ne vais plus à la pharmacie. Ça coûte cher pour rien" (Discours d'une femme au foyer). (J. Wogaing, *op. cit.*, p. 22).

Le médicament moderne, produit de l'industrie pharmaceutique censé favoriser la guérison, n'est pas dans le contexte de Douala uniquement l'apanage du pharmacien (J. Wogaing, *op ; cit*, p. 35).

CONCLUSION

Les "médicaments de la rue" sont en pleine expansion à Douala, en dépit de multiples croisades de lutte contre ce fléau instiguées par l'Ordre National des Pharmaciens avec l'appui du Gouvernement. Il existe

d'innombrables points de vente de ces remèdes dans les marchés et rues de la ville. Plusieurs réseaux d'approvisionnement illicites pérennisent cette activité criminelle. Il s'agit notamment de la contrebande favorisée par la porosité des frontières et la corruption ; du détournement des bons médicaments, des médicaments périmés ou à échéance de péremption issus des établissements sanitaires publics et privés y compris les pharmacies d'officine ; les échantillons de médicaments gratuits servant à la promotion des spécialités pharmaceutiques ; le détournement des dons de médicaments octroyés aux organisations caritatives et aux formations sanitaires.

Par ailleurs, le mode de conservation et d'exposition-vente de ces produits pharmaceutiques laisse à désirer. Aucune ligne directrice régissant cette activité n'est prise en compte. Ils ne sont ni conservés dans un endroit frais et sec, ni protégés de la lumière et de l'humidité comme le recommandent les laboratoires pharmaceutiques. Au contraire, ils sont exposés aux radiations lumineuses et conservés dans des endroits clos sans voie d'aération. Ce qui logiquement provoquerait la détérioration de la qualité de ces produits et les rendrait nocifs pour la santé.

Les données publiées par l'OMS et d'autres Organisations Non Gouvernementales (ONG) à l'instar de la "Fondation Chirac", sur les dangers que génèrent les "médicaments de la rue" sont alarmantes. Ils sont cause d'aggravation de maladie et de nombreux décès anticipés. Ces statistiques sont bien relayées à la population par le Ministre de la santé publique. Mais cela n'empêche pas qu'à Douala, on compte de nombreux individus abonnés à ces médicaments. 95% de personnes interrogées dans le cadre de cette étude font de l'automédication avec ces médicaments au

rang desquelles 30% se soignent habituellement avec ces produits et y trouvent entière satisfaction. Aucun individu n'avoue avoir déjà perdu un membre de sa famille des suites d'intoxication ou de complications liées à la consommation des "médicaments de la rue".

Cette statistique va curieusement à l'encontre des données publiées par les ONG. D'où le paradoxe des "médicaments de la rue" à Douala.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

ABWA Daniel et TEMGOUA Albert Pascal (2013), « Le commerce transfrontalier entre le Cameroun et ses voisins », *Boundaries & History in Africa, Issues in conventional boundaries and ideological frontier*, chap.11, pp. 243- 249.

BENNAFLA Karine (2002), *Le commerce transfrontalier en Afrique centrale : acteurs, espaces, pratiques*, Paris, Karthala, 368 p.

ELOUNDOU MESSI Paul Basile et MENYE NGA Germain Fabrice (2016), « Vente des médicaments " Illicites » par vélo Et impact sanitaire sur les populations de la ville de Maroua », *International Journal Of Modern Engineering Research (IJMER)*, Vol. 6, Issue 11, 6p.

ETAME LOE Gisèle, NGOULE Charles Christian, NGENE Jean-Pierre et KIDIK POUKA Marie-Catherine (2017), « Evaluation de l'automédication par les antalgiques chez l'adulte : cas des clients des pharmacies d'officine de Douala, Cameroun », *Int. J. Biol. Chem. Sci.* 11(4) : 1461-1470.

EVINA Roger Charles (2009), *Migration au Cameroun : Profil national 2009*, Genève : OIM, 121 p.

FONDATION CHIRAC (2012), *Les faux médicaments, un crime contre les plus pauvres : Médicrime, une arme contre ce fléau ?* Université Paris-Dauphine, juin, 24p.

HERRERA Javier, EGG Johny (1998), *Echanges transfrontaliers et intégration régionale en Afrique subsaharienne*, Paris, Autrepart, 229 p.

INSTITUT NATIONAL DES HAUTES ETUDES DE LA SECURITE ET DE LA JUSTICE (INHSJ) (2014), « La contrefaçon dangereuse », 17ème session nationale spécialisée, juin, 40 p.

Le "Capp-Info", (2006), *Bulletin d'information du CAPP*, N°38, Janvier.

Le Journal "Lacroix", Janvier 2020

Le Journal "Mutation" du 12 avril 2004

MARINI DJANG'EING'A Roland, KALENDA TSHILOMBO Nicodème, HABYALIMANA Védaste, DISPAS Amandine, LIEGEOIS Sophie, YEMOA LOCONON Achille,

HUBERT Philippe (2015), « Falsification des médicaments en milieu périurbain : triste réalité », In book : *Territoires périurbains. Développement, enjeux et perspectives dans les pays du Sud* (pp.193-202).

MATTERN Chiarella, « Le rôle des dépôts de médicaments dans la circulation informelle de médicaments à Madagascar », *Revue francophone sur la santé et les territoires* [En ligne], Les circulations en santé : des produits, des savoirs, des personnes en mouvement, mis en ligne le 10 juin 2021, consulté le 12 juin 2021. URL : <http://journals.openedition.org/rfst/1024> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/rfst.1024>

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE (2013), Politique pharmaceutique national du Cameroun, 43 p.

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE (2016), Stratégie sectorielle de sante 2016-2027, 200p.

Organisation Mondiale de la Santé (1999), « The Interagency Guidelines for Safe Disposal of Unwanted Pharmaceuticals in and after emergencies », Vol. 2.

ORGANISATION MONDIALE de la SANTE (OMS) (2000), Les médicaments contrefaits, guide pour l'élaboration de mesures visant à diminuer les médicaments contrefaits, Genève, 64p.

ORGANISATION MONDIALE de la SANTE (OMS) (2017), « La qualité de médicaments pharmaceutiques sur le marché africain- étude analytique dans trois pays : Cameroun, Madagascar, Tchad », série de recherche n°18, 76p.

OUATTARA Abdoulaye (2009), « Achat de médicaments de la rue en Afrique : essai de compréhension d'un comportement " irrationnel " », Market Management, n°1, Vol. 9, pages 59 à 73.

POUHE NKOMA Pascal. (2015) « Itinéraire thérapeutique des malades au Cameroun : les déterminants du recours à l'automédication », 7ème conférence sur la population africaine : Dividende démographique en Afrique : perspectives, opportunités et défis. Johannesburg. Nov.

ROBERT Jérôme (2013), La contrefaçon des produits de santé dans le monde : moyens de lutte et implication du pharmacien d'officine, Thèse pour le diplôme d'état de docteur en pharmacie, Université d'Anger, UFR

Sciences pharmaceutiques et ingénierie de la santé, 101 p.

SAMBIRA Jocelyne (2013), « Médicaments contrefaits : un problème de santé en Afrique », le Journal "Afrique Renouveau", mai.

SOUSTRAS Laurence et CHARON Séverine (2020), « Au Cameroun, l'impossible contrôle du trafic de médicaments », Journal la Croix, 27 janvier.

TCHEUNTEU SIMO Joël Simplicie (2021), Le Cameroun face à la porosité de ses frontières internationales : essai d'une analyse géopolitique, thèse de Doctorat de Science politique, F.S.J.P, Université de Ngaoundéré, 380p.

UN-HABITAT (2004), Diagnostic de la délinquance urbaine à Douala, C.U.D, 139 p.

VAN DER GEEST SJAAK (2017), « Les médicaments sur un marché camerounais » Anthropologie & Santé, [en ligne], 14 | 2017, mis en ligne le 01 mars 2017, consulté le 21 février 2019. URL : http://journals.openedition.org/anthropologie_sante/2450 ; DOI : 10.4000/anthropologiesante.2450.

WOGAING Jeannette (2010), « De la quête à la consommation du médicament au Cameroun », Revue Internationale sur le Médicament, vol.3, 51p. WWW. Be sure. Testo



LA SÉPARATION PARENTALE ET L'ADAPTATION SCOLAIRE DES ENFANTS À OUAGADOUGOU

PARENTAL SEPARATION AND CHILDREN'S EDUCATIONAL ADJUSTMENT IN BURKINA FASO

¹ TRAORE Sory Aboubacar,...

¹ Université Norbert Zongo, Laboratoire des Sciences humaines et sociales (Doctorant en Psychologie clinique et pathologie), Burkina Faso, Soryaboubacar7r@gmail.com

TRAORE Sory Aboubacar, La séparation parentale et l'adaptation scolaire des enfants à Ouagadougou, *Revue Espace, Territoires, Sociétés et Santé* 5 (10), 277-286, [En ligne] Décembre 2022, URL: <https://retssa-ci.com>

Résumé

La rupture d'union est un phénomène social très fréquent de nos jours. Pourtant, l'opinion générale voudrait que tout enfant naisse et grandisse dans une « famille normale » où les deux parents vivent ensemble. Est-ce une condition indispensable pour le développement des enfants ? Qu'advient-il du développement des enfants après une éventuelle séparation des parents ? Il est difficile de répondre à ces questions dans le contexte burkinabé, car le sujet y est scientifiquement très peu abordé, à cause de son caractère sensible. Ainsi, l'objectif de cet article est d'analyser l'influence de la séparation parentale sur l'adaptation scolaire des enfants dans les établissements de l'arrondissement numéro deux de la ville de Ouagadougou. À cet

effet, en utilisant l'entretien semi-directif et le questionnaire, les données ont été recueillies auprès d'un échantillon constitué de 45 élèves et de six conseillers d'éducation. Elle a révélé que les moyennes annuelles scolaires des élèves après la séparation de leurs parents sont significativement plus basses que leurs moyennes annuelles scolaires avant la séparation. Par ailleurs, il ressort qu'autant le contact de l'enfant au parent non-résident est fréquent, autant il s'adapte mieux à l'école, lorsque ce contact est caractérisé par une communication d'assurance et de conseil. Par contre, lorsque le contact de l'enfant au parent non-résident est caractérisé par l'expression d'un conflit ou d'une rivalité entre les deux parents, il devient plutôt néfaste à l'adaptation scolaire de l'enfant. En plus, les résultats montrent qu'autant il y a une relation bienveillante entre les parents après leur séparation, autant l'enfant s'adapte mieux à l'école.

Mots-clés : adaptation scolaire, élève, enfant, séparation parentale, Ouagadougou.

Abstract

Union breakdown is a very common social phenomenon these days. However, the general opinion is that every child is born and grows up in a “normal family” where both parents live together. Is this an essential condition for the development of children ? What happens to the development of children after a possible separation of parents ? It is difficult to answer these questions in the Burkinabe context, because the subject is scientifically very little discussed there, because of its sensitive nature. Thus, the objective of this article is to analyze the influence of parental separation on the school adaptation of children in the establishments of the number two district of the city of Ouagadougou. To this end, using the semi-structured interview and the questionnaire, data were collected from a sample of forty-five (45) students and six (06) educational advisers. She found that students' annual school averages after their parents' separation are significantly lower than their pre-separation school year averages. Moreover, it appears that as much as the contact of the child with the non-resident parent is frequent, the more he adapts better to school, when this contact is characterized by a communication of assurance and advice. On the other hand, when the contact of the child with the non-resident parent is characterized by the expression of a conflict or a rivalry between the two parents, it becomes rather harmful to the school adaptation of the child. In addition, the results show that as much as there is a benevolent relationship between the parents after their separation, the child adapts better to school.

Keywords : educational adjustment, student, child, parental separation, Ouagadougou.

INTRODUCTION

Cette étude est partie d'un cas spécifique et d'un constat démographique. Le cas spécifique concerne une fille que nous avons observée au

Centre d'Éveil et d'Éducation Préscolaire (CEEP) Saint Augustin de Koudougou, lors d'un stage en 2014. Cette fille présentait plusieurs symptômes d'inadaptation scolaire, parmi lesquels figuraient des difficultés de langage verbal, des difficultés d'attention et des comportements provocateurs. Des entretiens avec sa mère avaient révélé qu'environ trois mois avant sa naissance, ses parents étaient déjà dans un processus de séparation conflictuelle, et elle naquit ainsi, dans une situation de monoparentalité. Nous nous sommes demandé alors, s'il y a un rapport entre les difficultés scolaires de cette fille et la séparation de ses parents. Par ailleurs, sur le plan démographique, la rupture conjugale est un phénomène très répandu dans la ville de Ouagadougou. La preuve en est que Bruno Koulibaly, juge au siège du Tribunal de Grande Instance de Ouagadougou en 2014, affirmait : « Parmi les requêtes reçues, le divorce vient en deuxième position. Au tribunal de Grande Instance de Ouagadougou (TGI), nous sommes une vingtaine de juges chargés de traiter des cas de divorce et chacun de nous peut avoir près de trente cas de demande de divorce par mois » (Cité par R. Somé, 2014, par. 2). Au vu de ces constats, nous avons jugé que la question de l'adaptation scolaire des enfants en situation de séparation parentale mérite une attention particulière. Des études ont déjà été menées sur ce problème dans d'autres contextes. Nous avons par exemple celles de P. Amato (1994) et de P. Archambault (2002) qui ont toutes montré que la séparation parentale a des conséquences négatives sur la scolarité des enfants. Cependant, d'autres études montrent que ces conséquences dépendent des facteurs liés au contexte de la séparation. Il s'agit entre autres du niveau de conflit entre les parents avant et après la séparation, du degré de contact entre l'enfant et le parent non-résident (J. Dronkers, 1999, p. 195) et de la situation économique du parent qui assure la garde de l'enfant après la séparation (P. Archambault, 2002, p. 205). Toutefois selon F. Cyr, G. Di Stefano, E. Lavoie et M. Chagnon (2011, p. 70) la plupart des conséquences immédiates et durables du divorce chez les

enfants découlent essentiellement d'un modèle familial unique où prédomine la figure maternelle. Pourtant, dans le contexte culturel burkinabè, la majorité des familles vivent selon un système de filiation patriarcale. Ainsi cet article est focalisé sur le cas spécifique des enfants dont les parents biologiques en vie, ayant vécu auparavant ensemble (en union libre ou légale), mais qui ne partagent plus d'intimité et ne vivent plus ensemble dans un foyer. Autrement dit, il s'agit d'une rupture d'union conjugale, vue sous un angle démographique. Donc, il ne s'agit pas de la séparation en termes juridique, c'est-à-dire par le fait de la signature du divorce. Le départ d'un des parents de la résidence conjugale après un conflit, matérialise déjà la séparation des parents. La séparation des parents influence-t-elle négativement l'adaptation scolaire de l'enfant ? L'adaptation scolaire de l'enfant en situation de séparation parentale dépend-t-elle de la fréquence de ses contacts au parent non-résident ? L'adaptation scolaire de l'enfant en situation de séparation parentale dépend-t-elle de la qualité de la relation entre ses parents après leur séparation ? Ainsi, l'objectif de l'étude est d'analyser l'influence négative de la séparation des parents sur l'adaptation scolaire des enfants, de mesurer l'effet de la fréquence du contact des enfants aux parents non-résidents et celui de la qualité de la relation entre les parents après la séparation.

1. Méthodologie

L'étude a été réalisée selon une démarche mixte, prenant en compte à la fois des données qualitatives et quantitatives. La population d'étude est l'ensemble des élèves en situation de séparation parentale des établissements post-primaires et secondaires de l'arrondissement numéro deux de la ville de Ouagadougou. Au sein de cette population, nous avons tiré par sondage raisonné, 45 élèves sur une base de 279 élèves. En plus des élèves, nous avons inclus six conseillers d'éducation dans l'échantillon, en vue d'obtenir plus de données crédibles sur la

scolarité des enfants. Ces conseillers d'éducation constituent un échantillon choisi uniquement dans les établissements où fréquentent les 45 élèves. Concernant la collecte des données, nous avons utilisé la méthode de l'entretien de recherche semi-directif et le questionnaire, qui ont été réalisés avec tous les élèves et conseillers d'éducation de l'échantillon. Les informations obtenues dans les entretiens ont fait l'objet d'une analyse de contenu, et celles récoltées par les questionnaires ont fait l'objet d'une analyse statistique à travers le logiciel de traitement statistique de données « R Commander ». Ainsi, l'évaluation des hypothèses a prévalu divers tests d'hypothèse, dont le test apparié de Wilcoxon et des tests de khi-deux. L'élaboration du guide d'entretien et du questionnaire a été inspirée de trois hypothèses d'étude. La première hypothèse principale suppose que la séparation parentale influence négativement l'adaptation scolaire de l'enfant. La deuxième stipule qu'après la séparation des parents, lorsqu'il y a un contact fréquent entre l'enfant et le parent non-résident, il s'adapte mieux à l'école. La troisième hypothèse affirme qu'autant il y a une relation bienveillante entre les parents après leur séparation, autant l'enfant s'adapte mieux à l'école.

2. RESULTATS

Les résultats offrent une représentation de l'impact de la séparation parentale sur les enfants, du poids de la fréquence des contacts avec le parent non-résident et celui de la qualité de la relation entre les parents après la séparation.

2.1. L'impact de la séparation parentale sur la moyenne annuelle scolaire des enfants

L'analyse des bulletins scolaires des élèves permet d'apprécier l'évolution de leurs moyennes après la séparation des parents. Le tableau n°1 illustre donc le cas des 45 élèves concernés par la présente étude.

Tableau n°1 : Les moyennes annuelles scolaires des enfants avant et après la séparation de leurs parents

Périodes	Minimum	Médiane	Moyenne	Maximum
Avant la séparation	10	13	12,89	16
Après la séparation	7	10	10,51	18

Source : Enquête de terrain, Avril 2019

Ce tableau montre que la moyenne des moyennes annuelles scolaires des enfants a diminué (de 12,89 de moyenne à 10,51 de moyenne) après la séparation de leurs parents. Toutefois, en considérant les moyennes maximales et minimales, il apparaît que la dispersion entre les moyennes des élèves après la séparation est plus élevée que celle d'avant la séparation. Cela signifie qu'après la séparation des parents, il y a plus d'écart d'adaptation entre les enfants. Toutefois, c'est le résultat du test d'hypothèse qui permet de savoir si la différence des moyennes est significative.

Il s'agit donc d'un test apparié, car les deux mesures proviennent des mêmes élèves. Nous avons choisi le test de Wilcoxon apparié. Les hypothèses sont :

- ✓ hypothèse nulle : la moyenne annuelle scolaire des élèves après la séparation de leurs parents est égale à leur moyenne annuelle scolaire avant la séparation,
- ✓ hypothèse alternative : la moyenne annuelle scolaire des élèves après la séparation de leurs parents est plus petite que leur moyenne annuelle scolaire avant la séparation.

Le test de Wilcoxon donne une p-value = $3,213 \times 10^{-6}$, qui est largement inférieure au seuil de significativité (0,05). L'hypothèse nulle est donc rejetée. Donc, la moyenne annuelle scolaire des élèves après la séparation de leurs parents est significativement plus petite que leur moyenne annuelle scolaire avant la séparation, avec une p-

value = $3,213 \times 10^{-6}$. Ainsi, le test d'hypothèse prouve également qu'il y a une régression des performances scolaires des enfants après la séparation de leurs parents.

Par ailleurs, l'analyse de contenu a révélé qu'en milieu scolaire, l'effet de la séparation parentale s'observe à travers ses conséquences sur le changement de comportement des élèves. Les conseillers d'éducation ont affirmé que fréquemment, les élèves dans cette situation « aiment s'isoler et pleurer », d'autres commencent par s'absenter et finissent par ne plus venir à l'école tout le reste de l'année scolaire. En plus, ils soulignent que « la séparation des parents travaille les enfants », c'est-à-dire les fait penser à des situations traumatisantes et les révoltent contre les adultes. C'est ainsi qu'ils ont très souvent des conflits avec leurs professeurs en classe. En plus, les propos des élèves eux-mêmes font ressortir plusieurs difficultés d'adaptation à l'école. En effet, nous pouvons catégoriser ces difficultés en fonction de leurs causes, telles que les difficultés cognitives, les difficultés socio-affectives et les difficultés matérielles.

Les difficultés cognitives sont dues à la remémoration et les pensées récurrentes relatives aux faits de la séparation, tels que les conflits violents qui ont précédé la séparation des parents, l'humiliation ressentie à cause des considérations sociales et la nostalgie de l'harmonie du temps de l'union. Ainsi, d'après les enfants, quand ces souvenirs font irruption dans leurs consciences, ils préfèrent s'isoler car ils les font généralement pleurer.

Concernant les difficultés socio-affectives, elles sont liées au changement de contexte de vie, la difficulté à renouer des liens d'attachement avec les personnes du nouveau contexte de vie et le deuil de la séparation d'avec le parent non-résident. En effet, après la rupture des relations, l'enfant est séparé de l'un des deux parents. Il y a des cas où l'enfant continue malgré tout à voir le parent non-résident et d'autres où il ne le voit plus. En plus, lorsque le père se remarie à une autre femme, l'enfant a régulièrement des problèmes avec cette dernière.

Quant aux difficultés matérielles, ils renvoient à la prise en charge financière de l'enfant, de l'insuffisance des trousseaux académiques et du manque de moyen de déplacement pour aller à l'école. Généralement après la séparation, le père s'occupe moins des enfants. D'après les dires des enfants, celui-ci passe plus de temps à son travail et avec la nouvelle famille qu'il a fondé avec une autre femme. Même lorsque la mère a les moyens pour subvenir aux besoins de l'enfant, puisqu'elle n'est plus auprès de lui, elle ignore ce qu'il vit réellement.

Tableau n°2 : Tri croisé de l'évolution de la moyenne annuelle scolaire des enfants en situation de séparation parentale en fonction de la fréquence de leurs contacts aux parents non-résidents

Fréquence du contact Évolution de la moyenne	Rarement (%)	Fréquemment (%)	Très fréquemment (%)
Régression	80	75	62,5
Stabilité	16	25	12,5
Progression	4	0	25
Total	100	100	100
N	25	4	16

Source : Enquête de terrain, Avril 2019

Ce tableau montre que, quelle que soit la fréquence du contact au parent non-résident, la proportion des enfants qui régressent après la

Toutes ces difficultés se répercutent sur l'adaptation scolaire des enfants. Ainsi, plusieurs d'entre eux ont affirmé ne pas pouvoir bien étudier, parce qu'ils passent beaucoup de temps à penser à la séparation de leurs parents, ou parce qu'ils ne bénéficient pas d'assez de soutien de leurs pères ou encore parce qu'ils sont plus absorbés par les tâches ménagères depuis le départ de leur mère, etc. Toutes ces données contribuent à démontrer que la séparation parentale influence négativement l'adaptation scolaire

2.2. La fréquence du contact de l'enfant avec le parent non-résident

Après la séparation des parents, le contact de l'enfant au parent non-résident s'est avéré un facteur déterminant pour l'adaptation des enfants. Le tableau n°2 offre une description du lien entre la moyenne annuelle scolaire et le contact au parent non-résident.

séparation de leurs parents est toujours plus élevée. Mais, elle est plus élevée chez les enfants qui fréquentent rarement leurs parents non-

Et si le théâtre-forum était un moyen de sensibilisation dans la lutte contre la mortalité maternelle

résidents (80%), que chez ceux qui ont un contact très fréquent avec leurs parents non-résidents (62,5%). Par contre, la proportion des enfants qui ont progressé est plus élevée chez ceux qui ont un contact très fréquent avec leurs parents non-résidents (25%) que chez ceux qui fréquentent rarement leurs parents non-résident (4%). Ces données tendent également à confirmer qu'autant la fréquence du contact entre les enfants et le parent non-résident est élevé, autant l'enfant s'adapte mieux à l'école. Cependant, d'un point de vu statistique, il est peu crédible de confirmer cette hypothèse sans faire un test d'hypothèse.

Test d'hypothèse : y-a-t-il une dépendance significative entre l'évolution de la moyenne annuelle scolaire des élèves et la fréquence de leur contact avec le parent non-résident ?

Les hypothèses du test de Khi-deux sont :

- ✓ hypothèse nulle : l'évolution de la moyenne annuelle scolaire des enfants après la séparation de leurs parents est indépendante de la fréquence de leur contact avec le parent non-résident,
- ✓ hypothèse alternative : il y a une relation de dépendance entre l'évolution de la moyenne annuelle scolaire des enfants après la séparation de leurs parents et leur contact avec le parent non-résident.

En réalisant le test de Khi-deux, nous obtenons les résultats suivants : $X^2 = 5,097$; degré de liberté = 4 et p-value = 0,277. La p-value étant supérieure au seuil de significativité (0,05), l'hypothèse nulle, c'est-à-dire l'hypothèse de l'indépendance entre les variables est acceptée.

Pourtant, la description des données dans le tableau n°2 montre qu'il y a une relation de dépendance entre l'adaptation scolaire des enfants et la fréquence de leur contact avec le parent non-résident. En plus, 46,66% des élèves ont affirmé dans les entretiens que leurs situations se sont améliorées lorsqu'ils ont commencé à fréquenter leurs parents qui avaient quitté la cour familiale après la séparation. Ces fréquentations sont des occasions où le parent non-résident console l'enfant et lui donne des conseils relatifs à la réussite scolaire.

Cette différence des résultats peut s'expliquer par le fait que le contact de certains enfants avec leurs parents non-résidents est caractérisé par des échanges frustrants et traumatisants pour eux. En effet, après avoir quitté la cour familiale, le parent non-résident cherche à montrer son innocence à l'enfant, tout en jetant « toute l'éponge » sur le parent résident. Cela remet en cause l'attachement de l'enfant au parent qui s'occupe de lui à la maison.

Ainsi, le contact de l'enfant au parent non-résident favorise son adaptation, à la seule condition que ce contact soit de bonne qualité, c'est-à-dire caractérisé par des conseils et un soutien psychologique. Dans le cas contraire, ce contact aggrave la souffrance de l'enfant. À cet effet, l'hypothèse selon laquelle après la séparation des parents, autant les enfants ont un contact fréquent avec le parent non-résident, autant ils s'adaptent mieux à l'école est relativisée

2.3. La qualité de la relation entre les parents après leur séparation

Les conflits conjugaux à l'origine des séparations se poursuivent souvent plusieurs années. Ces conflits influencent l'adaptation scolaire des enfants (tableau n°3).

Tableau n°3 : Tri croisé de l'évolution des moyennes annuelles scolaires des enfants en situation de séparation parentale en fonction de la qualité de la relation entre leurs parents

Qualité de la relation Évolution de la moyenne	Très conflictuelle (%)	Un peu conflictuelle (%)	Bienveillante (%)
Régression	84,4	40	66,7
Stabilité	12,5	30	0
Progression	3,1	30	33,3
Total	100	100	100
N	32	10	3

Source : Enquête de terrain, Avril 2019

Il apparaît dans ce tableau que, quelle que soit la qualité de la relation entre les parents après leur séparation, la proportion des enfants qui ont régressé est toujours plus élevée. Cependant, elle est plus élevée chez les enfants dont les parents ont une relation très conflictuelle (84,4%) que chez ceux dont les parents ont une relation bienveillante (66,7%). Par contre, la proportion des enfants qui ont progressé est plus élevée chez ceux dont les parents entretiennent une relation bienveillante (33,3%) que chez ceux dont les parents ont une relation très conflictuelle (3,1%). Ces données tendent également à confirmer l'hypothèse selon laquelle autant les parents ont de bonnes relations après leur séparation, autant les enfants s'adaptent mieux à l'école.

En plus, au cours des entretiens, 17,7% des enfants ont affirmé qu'ils se sont adaptés au fil du temps. Ceux qui disent que la séparation de leurs parents n'a pas eu un impact négatif sur eux, expliquent que leurs parents s'entendent bien et se concertent fréquemment pour discuter de leurs scolarités, leurs voyages pendant les vacances et d'autres petits besoins. En plus, le résultat du test d'hypothèse constitue une preuve que la qualité des relations entre les parents après leur séparation influence l'adaptation scolaire des enfants.

Test d'hypothèse : y-a-t-il une dépendance significative entre l'évolution de la moyenne

scolaire des élèves et la qualité de la relation entre leurs parents après la séparation ?

Les hypothèses du test de Khi-deux sont :

- ✓ hypothèse nulle : l'évolution de la moyenne annuelle scolaire des enfants après la séparation de leurs parents est indépendante de la qualité de la relation entre leurs parents,
- ✓ hypothèse alternative : il y a une relation de dépendance entre l'évolution de la moyenne annuelle scolaire des enfants en situation de séparation parentale et la qualité de la relation entre leurs parents après leur séparation.

En réalisant le test de Khi-deux, nous obtenons les résultats suivants : $X^2 = 10,447$; degré de liberté = 4 et p-value = 0,0335. La p-value étant inférieure au seuil de significativité (0,05), l'hypothèse nulle, c'est-à-dire l'hypothèse de l'indépendance entre les variables est rejetée. Il y a donc une relation de dépendance significative entre l'évolution de la moyenne annuelle scolaire des élèves et la qualité de la relation entre leurs parents après la séparation. En considérant ce résultat, l'hypothèse selon laquelle après la séparation parentale, autant il y a une relation bienveillante entre les parents, autant les enfants s'adaptent mieux à l'école est confirmée.

En résumé, la première et la troisième hypothèse sont confirmées. En revanche, la deuxième hypothèse est relativisée. Autrement dit, la séparation parentale influence négativement l'adaptation scolaire des enfants. Cela s'explique par le fait qu'après la séparation des parents, l'enfant est enclin à des pensées récurrentes qui le font souffrir et l'empêchent de se concentrer sur les apprentissages scolaires. Cependant, la variation de l'adaptation scolaire des enfants concernés par cette situation dépend significativement de la fréquence et la qualité du contact de l'enfant au parent non-résident, ainsi que de la qualité de la relation entre les parents après leurs séparations.

3. DISCUSSION

La séparation parentale est un fait très négativement apprécié tant dans la culture traditionnelle que dans les religions révélées. L'union conjugale dans les sociétés traditionnelles du Burkina Faso est sacrée et prend en témoin la puissance divine. Ainsi, la perception sociale sur la séparation parentale laisse voir un acte interdit et abominable qu'il faut éviter.

Au-delà de ces considérations culturelles, quelques études ont partiellement abordé la thématique des enfants en situation de séparation parentale dans le contexte burkinabé. Parmi celles-ci, nous avons retrouvé l'étude de G. B. Thiombiano (2011) et celle de I. Koutou (2014). De l'étude de G. B. Thiombiano (2011, p. 8-9), il ressort que les enfants de parents divorcés ont moins de chance de fréquenter l'école que ceux dont les parents sont toujours mariés. Ils sont souvent brutalement séparés de leurs mères et confiés à des parents qui ne les accueillent parfois que par obligation sociale, ce qui explique leurs mauvaises conditions. Ces données sont certes pertinentes et présentent d'une manière générale, les difficultés sociales liées au divorce, qui peuvent constituer une entrave à la scolarité des enfants. Mais, elles ne permettent pas d'analyser l'influence de la séparation des parents sur les comportements et les performances des enfants à l'école. Ainsi, les résultats de la présente étude viennent élucider celle de G.B. Thiombiano (2011) en montrant que les enfants en situation de

séparation parentale vivent des difficultés cognitives et affectives qui les indisposent aux apprentissages scolaires.

Contrairement à ce à quoi l'on pourrait s'attendre au regard des résultats précédents, l'étude de I. Koutou (2014, p. 58) a montré que les élèves en situation monoparentale ont plus de notes excellentes que leurs pairs en situation biparentale, soit 11,11% contre 9,26%. Toutefois, les enfants en situation monoparentale ne sont pas uniquement des enfants en situation de séparation parentale. Donc, ces résultats ne peuvent pas être transposés dans la comparaison entre les enfants en situation de séparation parentale et les enfants dont les parents sont unis, car, 56,66% de son échantillon de parent étaient des veuves. Pourtant, le contexte d'une séparation parentale est différent du deuil d'un parent décédé.

Par ailleurs, d'autres études menées dans le contexte occidental permettent d'analyser l'impact de la séparation parentale sur l'adaptation scolaire, telles que l'étude menée par P. R. Amato (1994) et celle menée par P. Archambault (2002). Selon P. R. Amato (1994, p.143), les enfants ayant connu le divorce de leurs parents éprouvent plus de problèmes psychologiques et sociaux, manifestent plus de symptômes et de difficultés psychologiques, ont de moins bonnes performances scolaires, une moins bonne image d'eux-mêmes que les enfants élevés dans des familles biparentales « intactes ». Cependant, il souligne que les différences entre le groupe des enfants issus de familles divorcées et ceux issus de familles intactes sont faibles, avec une diversité considérable de réactions des enfants aux divorces. Ces réactions dépendent de plusieurs facteurs, comme la quantité et la qualité des contacts avec le parent non résident, les compétences parentales, l'adaptation psychologique du parent gardien, le niveau de conflit entre les parents avant et après le divorce, le degré des difficultés économiques et le nombre des événements stressants qui ont accompagné ou suivi le divorce. P. Archambault (2002, p. 1) quant à lui, a démontré que, quel que soit le milieu social, la rupture du couple parental est associée à une réussite scolaire plus faible chez l'enfant.

Néanmoins, il admet que le facteur économique pèse lourdement sur l'adaptation de ces enfants.

Ces résultats corroborent ceux de la présente étude, qui montre que la moyenne scolaire des enfants est significativement plus faible après la séparation de leurs parents qu'avant la séparation. Cela peut être expliqué par la théorie de l'attachement, car la séparation parentale altère inévitablement l'attachement entre l'enfant et ses parents. Selon J. Bowlby (1969), l'attachement est la recherche et le maintien de la proximité d'une personne spécifique (Cité par N. Savard et S. Pinel Jacquemin, A. Oui et S. Euillet, 2010, p. 10). Grâce à sa fonction, la mère et le père, ou leurs substituts représentent une base de sécurité pour leur enfant. Cette fonction est une fonction adaptative, de protection et d'exploration. Ainsi, le développement social et cognitif de l'enfant dépend fortement de sa qualité. L'enfant, dès les premiers moments après la naissance, dispose d'un répertoire de comportements instinctifs, tels que s'accrocher, sucer, pleurer, sourire, qui sont utilisés au profit de l'attachement à ses parents. Pourtant, il y a un lien étroit entre l'attachement et l'adaptation à l'école, en termes d'attitude positive face au travail, de comportement adapté et souple en classe, ainsi que de compétences d'apprentissage, de participation, de motivation et d'intérêt (P. Humbert, 2004, p. 38). Puisque la séparation bouleverse les fonctions de l'attachement, il va de soi que l'enfant exprime des difficultés scolaires.

Toujours dans la perspective de l'attachement, la présente étude permet de dire que si les parents parvenaient à sauvegarder leur attachement avec l'enfant après la séparation, cela amoindrirait ses difficultés scolaires. En effet, les résultats montrent qu'après la séparation des parents, autant il y a un contact fréquent de bonne qualité entre l'enfant et le parent non résident, autant l'enfant s'adapte mieux. Le contact de bonne qualité renvoie à des rencontres au cours desquelles le parent non-résident console l'enfant, l'assure toujours de sa présence et lui donne des conseils dans le sens de l'aider à surmonter ses difficultés personnelles et scolaires. Toutefois, la théorie de l'attachement n'évoque pas explicitement les mécanismes internes qui font le lien entre la séparation des

parents et les difficultés scolaires. À cet effet, en convoquant l'approche cognitive de l'attention, nous pouvons percevoir à quel degré le contexte social est déterminant pour les mécanismes internes du processus d'apprentissage. Selon cette approche, le contexte social de l'individu module et oriente son attention. Pourtant, l'attention est une fonction cognitive très sollicitée dans les apprentissages. En milieu scolaire, les enfants en situation de séparation parentale ont fréquemment une attention sélective focalisée sur les faits et les problèmes liés à la séparation de leurs parents. Dans cette dynamique, ils sont moins disposés aux interactions d'apprentissage et aux évaluations ; ce qui entraîne une baisse considérable de leurs performances scolaires. À cet effet, l'objectif de ces contacts est de contribuer à décharger la mémoire de travail de l'enfant, des équations difficiles liées à la séparation parentale. Dès que sa mémoire est déchargée de ces préoccupations, son attention sera susceptible de s'orienter vers les apprentissages scolaires. Cependant dans d'autres circonstances, les contacts avec le parent non-résident peuvent nuire. En effet, lorsque les rencontres de l'enfant avec le parent non-résident sont marquées par des tentatives de dévalorisation du parent résident, exprimant toujours l'existence d'une rivalité conflictuelle entre les parents, l'enfant est enclin au Syndrome d'Aliénation Parental (SAP) et à la désorientation quant à la perception qu'il doit se faire de ses parents. Pris dans cet élan, l'enfant devient moins attentif en classe et sera peu enclin aux apprentissages extrascolaires. Cela permet de comprendre la dépendance entre la qualité de la relation entre les parents et la moyenne scolaire des enfants. Dans le SAP, l'enfant se trouve dans une situation où ses parents sont en conflit entre eux. Chacun l'incite à devenir son confident et son consolateur, l'impliquant ainsi dans une relation privilégiée qui annule les différences générationnelles (D. Drory, 2009, p. 47). Par contre, lorsqu'il y a une relation bienveillante entre les parents, le SAP n'a plus lieu. À cet effet, la qualité de la relation entre les parents est donc une variable déterminante dans la façon dont les enfants vivent la séparation.

CONCLUSION

Il existe très peu de travaux scientifiques sur la séparation parentale au Burkina Faso. Sa sensibilité est telle que chaque sujet concerné s'en fait une représentation, se renferme et évite de s'ouvrir à un quelconque débat dans la construction du savoir scientifique. Pourtant, les acteurs de l'éducation eux-mêmes témoignent de la souffrance que ce phénomène entraîne dans la vie scolaire des enfants. C'est dans ce contexte que cette étude a été menée dans l'objectif de vérifier si la séparation des parents a effectivement une influence négative sur l'adaptation scolaire des enfants, et de mesurer l'effet de la fréquence du contact des enfants aux parents non-résidents et celui de la qualité de la relation entre les parents après la séparation. Ainsi, en utilisant une méthode quantitative matérialisée par l'utilisation du questionnaire et l'analyse statistique ; et une méthode qualitative matérialisée par l'entretien de recherche et l'analyse de contenu, nous avons découvert que dans le contexte de la ville de Ouagadougou, la séparation parentale influence négativement l'adaptation scolaire des enfants. Cela s'explique par le fait qu'après la séparation des parents, l'enfant est enclin à des pensées récurrentes qui le font souffrir et l'empêchent de se concentrer sur les apprentissages scolaires. Cependant, la variation de l'adaptation scolaire des enfants concernés par cette situation dépend significativement de la fréquence et la qualité de leur contact au parent non-résident, ainsi que de la qualité de la relation entre les parents après leur séparation.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

AMATO Paul, 1994, « Life-span adjustment of children to their parents' divorce », *Future Child*, 4, 1, p. 143-164, [en ligne], DOI : 10.2307/1602482 ;

ARCHAMBAULT Paul, 2002, « Séparation et divorce : quelles conséquences sur la réussite Scolaire ? », *Population et société*, 379, 4 p, [en ligne], URL <https://www.ined.fr> ;

CYR Francine, DI STEFANO Gessica, LAVOIE Emilie et CHAGNON Miguel, 2011, *Prévalence de la garde partagée chez les familles québécoises ayant un enfant né en 1997-1998: Profil sociodémographique et psychologique*. Montréal, Québec: Université de Montréal, Département de psychologie, [en ligne], URL <https://www.justice.gouv.qc.ca/fileadmin/...famille/rapELDEQmars2011.pdf> ;

DRONKERS Jaap, 1999, « The effects of parental conflicts and divorce on the well-being of pupils, Dutch secondary education », *European Sociological Review*, 15, 2, p. 195-212, [en ligne], URL <https://books.google.fr/books?hl=fr&lr=&id=ZiNpDwAAQBAJ&oi> ;

DRORY Diane, 2009, *L'enfant et la separation parentale*. Paris : Yapaka.be, [en ligne], URL www.yapaka.be/files/publication/TA-EnfantSeparWEB.pdf;

HUMBERT Pierre, 2004, « L'attachement, source d'autonomie », *Sciences humaines*, hors série, 45, p. 36-39

KOUTOU Yvonne, 2014, *Les performances scolaires des enfants en situation de monoparentalité*, Université Norbert ZONGO, Koudougou

SAVARD Nathalie et PINEL-JACQUEMIN Stéphane, OUI Anne et EUILLET Séverine, 2010, « L'attachement parent enfant », *Théorie de l'attachement : approche conceptuelle au service de la protection de l'enfant*, dossier thématique de l'ONED

SOMÉ Reveline, 2014, « Le Top 3 des raisons de divorce à Ouagadougou » *Burkina 24*, du 17 juillet 2014, [en ligne], URL <https://burkina24.com/2014/07/17/le-top-3-des-raisons-de-divorce-a-ouagadougou/> ;

THIOMBIANO Gnoumou Bilampoa, 2011, *Divorce, veuvage et scolarisation au Burkina Faso*, Ouagadougou, UEPA



ANALYSE COMPARÉE DES FORMES IDENTITAIRES SUBJECTIVES ANTICIPÉES DES ADOLESCENTS RÉFUGIÉS ET NATIONAUX BURKINABÉS

COMPARATIVE ANALYSIS OF ANTICIPATED SUBJECTIVE FORMS OF IDENTITY OF REFUGEE ADOLESCENTS AND BURKINABE NATIONALS

¹ TRAORE Sory Aboubacar, BARRY Aboubacar,...

¹ Université Norbert Zongo, Laboratoire des Sciences humaines et sociales (Doctorant en Psychologie clinique et pathologie), Burkina Faso, soryaboubacar7r@gmail.com

² Université Norbert Zongo, Laboratoire des Sciences humaines et sociales (Maître de Conférences en Psychologie clinique et pathologie), Burkina Faso, barryaboubacar7@gmail.com

TRAORE Sory Aboubacar, BARRY Aboubacar, Analyse comparée des formes identitaires subjectives anticipées des adolescents réfugiés et nationaux Burkinabés, *Revue Espace, Territoires, Sociétés et Santé* 5 (10), 287-300, [En ligne] Décembre 2022, URL: <https://retssa-ci.com>

Résumé

Les difficultés consécutives à l'exil sont des facteurs indispensables dans la compréhension du développement des adolescents réfugiés. Pourtant, les modifications ou altérations psychologiques occasionnées par celles-ci semblent encore peu connues dans la clinique de l'exil. Ainsi, l'objet de cette étude est d'explorer, à travers des cas spécifiques, les formes identitaires subjectives anticipées (FISA) des adolescents réfugiés et de les comparer avec celles des adolescents burkinabés. Les données

ont été collectées par la méthode de l'entretien, auprès de quatre adolescents, dont deux réfugiés et deux burkinabés. Les résultats issus de cette étude montrent que le besoin d'autonomie apparaît dans les FISA de tous les adolescents, indépendamment de leurs nationalités. Cependant, les adolescents réfugiés adoptent moins de conduites d'exploration et d'engagement face aux différents domaines de leurs anticipations, par rapport aux adolescents burkinabés qui explorent et s'engagent plus dans leurs domaines d'anticipation. En plus, les adolescents réfugiés ont plus tendance à faire des anticipations négatives de soi, tandis que les adolescents burkinabés ont plus tendance à une anticipation positive de soi. Aussi avons-nous constaté que le foyer et la vie en couple est une FISA centrale chez les filles quel que soit la nationalité.

Mots-clés : identitaires, adolescent, réfugié, nationaux, Burkina Faso.

Abstract

The difficulties resulting from exile are indispensable factors in understanding the

development of refugee adolescents. However, the psychological modifications or alterations caused by these still seem little known in the clinic of exile. Thereby, the purpose of this study is to explore, through some specific cases, the anticipated subjective forms of identity (FISA) of adolescent refugees and compare them with the FISAs of adolescent burkinabe. The results of this study show that the need for autonomy appears in the FISAs of all adolescents, regardless of their nationality. However, refugee adolescents adopt less behaviors of exploration and engagement in the different areas of their anticipation, compared to Burkinabe adolescents who explore and engage more in their areas of anticipation. In addition, refugee adolescents are more likely to have negative self-expectations, while burkinabe adolescents are more likely to have positive self-anticipations. Also, we have observed that the home and the life as a couple is a central FISA for girls, whatever their nationality.

Keywords : Identity, adolescent, refugee, national, Burkina Faso.

INTRODUCTION

Cette étude est partie du constat que les adolescents réfugiés au Burkina Faso vivent une situation très précaire. De prime à bord, la vie de tous les réfugiés d'une manière générale est marquée par les traumatismes psychologiques liés à la terreur vécue en pays d'origine et sur le chemin de l'exil, la perte des acquis matériels et professionnels et les difficultés d'intégration en pays d'accueil. Pour preuve, lors des consultations mondiales pour les jeunes réfugiés en 2016, dix principales difficultés liées aux conditions de vie des réfugiés ont été soulevées. Ces difficultés sont les suivantes :

- 1) difficultés d'obtenir la reconnaissance légale et des pièces personnelles ;
- 2) difficultés d'accès

- à l'apprentissage, à l'éducation et à la formation professionnelle de qualité ;
- 3) discrimination, racisme, xénophobie et « choc de cultures » ;
- 4) peu de possibilité d'emploi et de moyens d'existence pour les jeunes ;
- 5) inégalité entre les sexes, discrimination, exploitation et violence, notamment contre les jeunes lesbiennes, gays, bisexuels intersexués (LGBTI) ;
- 6) difficultés d'accès aux soins de santé adaptés aux besoins des jeunes, y compris à la prise en charge psychosociale ;
- 7) absence de sûreté, de sécurité et de liberté de déplacement ;
- 8) difficultés rencontrées par les jeunes non accompagnés ;
- 9) absence de possibilité de participer aux décisions, de s'engager dans le processus décisionnel et d'avoir accès aux décideurs ;
- et 10) manque d'information sur l'asile, les droits des réfugiés et les services disponibles. (Comité exécutif du Programme du Haut-Commissaire, 2017, p. 5)

Le contexte burkinabé n'est pas en marge des difficultés citées. En effet, Nicodème Niyonkuru, président de l'association des réfugiés résidant au Burkina Faso (ARBF) affirme : « les réfugiés maliens vivant dans les camps souffrent des insuffisances et ruptures de vivres et d'autres moyens de survie, et les réfugiés urbains ont d'énormes difficultés à s'assurer les besoins fondamentaux de tout humain notamment le logement, nourriture, scolarisation et soin de santé adéquats »¹.

Particulièrement pour les adolescents, cette situation s'ajoute à la crise identitaire propre à leur stade de développement. L'adolescence est associée à une plus grande sensibilité aux facteurs de stress ainsi qu'à

¹ <https://www.afrique-sur7.ci/396681-burkina-abrite-refugies-hcr> consulté le 06/10/2022

l'incidence d'une variété de troubles psychologiques dont la dépression, l'anxiété sociale, les troubles alimentaires, l'abus et la dépendance à des substances illicites (S. Bava et S. Tapert, 2010, p 403). Les expériences liées à la situation de réfugié durant ce stade développemental peuvent donc accroître la vulnérabilité. Vivre dans un nouvel environnement physique et socioculturel est une difficulté s'ajoutant à la complexité des changements physiques et psychologiques propres à l'adolescence. Les jeunes réfugiés doivent non seulement composer avec leurs expériences prémigratoires et postmigratoires, mais aussi, comme les autres adolescents, répondre aux questions fondamentales concernant leurs êtres en devenir et leurs identités.

En se référant à B. Stanley (2021, p. 27) ; l'image de soi dans le futur reflète la construction de l'identité présente. Ainsi, pour aider les adolescents réfugiés, il est essentiel d'analyser leurs formes identitaires subjectives anticipées, autrement dit la façon dont ils se représentent eux-mêmes dans le futur. C'est à partir de cette anticipation de soi dans le futur, que les conseillers pourront aider les adolescents réfugiés à élaborer des projets de vie épanouissants pour eux-mêmes, et à définir les actions qu'il faut mettre en pratique « tout de suite et maintenant » pour la réalisation de ces projets.

À propos de la représentation de l'avenir, A. Ndengeyingoma (2013, p. 65) affirme : Malgré l'omniprésence de la peur et de l'inquiétude, les adolescents expliquent qu'ils s'accrochaient à l'idée que leur avenir pourrait être meilleur. L'anticipation de l'avenir se caractérise par la sécurité, la vie normale et le confort matériel. La sécurité est associée à la possibilité de vivre dans un endroit pacifique. Quant à la vie normale, elle fait référence à un désir d'étudier, de travailler et d'avoir des ressources financières pour aider la famille et,

ainsi, lui donner un confort matériel.

Pendant l'étude de A. Ndengeyingoma (2013) a été menée sur des adolescents africains réfugiés au Québec. De toute évidence, le problème du contexte est d'autant plus fondé que les pays occidentaux sont plus en avance en matière de protection et de prise en charge des réfugiés que les pays en voie de développement comme le Burkina Faso. À cet effet, il apparaît nécessaire d'analyser le problème dans le contexte burkinabè. Quelles sont ses formes identitaires subjectives anticipées ? Sont-elles différentes de celles des adolescents burkinabés qui ne connaissent pas les vicissitudes liées au statut de réfugié ? Ainsi, l'objectif de cette étude est d'analyser les formes identitaires subjectives anticipées d'adolescents réfugiés et de mettre en évidence leurs spécificités par rapport à celles d'adolescents nationaux burkinabés.

1. Méthodologie

Cette réflexion s'inscrit dans une démarche d'étude de cas. Nous avons travaillé avec deux adolescents réfugiés dont une fille et un garçon et deux adolescents burkinabés des deux sexes également. Le choix de ces adolescents a été fait de manière aléatoire. Ce qui a prévalu dans cette démarche n'est ni la quantité ni la représentativité, mais la spécificité des cas des adolescents réfugiés. Cette spécificité émane des difficultés liées à la situation de réfugié. Pour le recueil des données, nous avons utilisé l'entretien constructiviste. Les données recueillies sont soumises à une analyse thématique de contenu selon une grille d'analyse. Ainsi, nous avons retenu les catégories d'analyse suivantes : l'exploration, l'engagement et le type d'anticipation de soi. Le matériel à analyser est codé selon trois types d'unités avant d'être analysé dans les catégories précédentes. Il s'agit de l'unité d'enregistrement, l'unité de contexte et l'unité de numération. L'unité d'enregistrement est le segment de contenu minimal qui est pris en

compte dans l'analyse. Dans cette étude, nous prenons en compte les unités sémantiques, reposant sur un choix issu d'opérations sur le sens. Il y a, en effet, une opération sur le sens puisqu'une analyse thématique est la reconnaissance de thème dans un discours. Chaque unité d'enregistrement (thème) n'a de sens que dans une unité de contexte. L'unité de contexte est le plus étroit segment de contenu

nécessaire pour comprendre l'unité d'enregistrement. Concernant l'étude, ce sont les Formes Identitaires Subjectives Anticipées (FISA) qui représentent les unités de contexte. Quant à l'unité de numérisation, elle est arithmétique dans cette analyse. Elle sert à compter la fréquence d'apparition d'une catégorie contenue dans les thèmes. La grille d'analyse est présentée dans le tableau n°1.

Tableau n°1 : grille d'analyse de contenu de l'entretien constructiviste

FISA ou unité de contexte	Catégorie d'analyse			
	Unité d'enregistrement	Exploration (Ex)	Engagement (En)	Type d'anticipation de soi (TAS)
FISA 1	Thème 1	+ ou -	+ ou -	+ ou -
	Thème 2	+ ou -	+ ou -	+ ou -
	Thème n	+ ou -	+ ou -	+ ou -
FISA n	Thème 1	+ ou -	+ ou -	+ ou -
	Thème n	+ ou -	+ ou -	+ ou -
Fréquence	+	n	n	n
	0	n	n	n
	-	n	n	n

Source : Recension des écrits, janvier 2019

Cette démarche est inspirée de la théorie « se faire soi » et celle de l'exploration et de l'engagement. Selon Marcia (1993), deux comportements sous-tendent le développement identitaire : l'exploration encore appelée questionnement ou période de crise et l'engagement de soi. Elle définit l'engagement comme un « comportement de résolution de problème visant à mettre à jour l'information à propos de soi ou de son environnement de façon à prendre une décision concernant des choix de vie importants » (Cité par V. Cohen-Scali et J. Guichard, 2008, p.7). Le résultat du processus d'exploration consiste en une forme d'engagement. Pour Marcia (1993), l'engagement consiste à « l'adhésion à un ensemble spécifiques de buts, de valeurs, et de

croyances » (Cité par V. Cohen-Scali et J. Guichard, 2008, p.7).

Comme tout autre adolescent, les adolescents réfugiés s'inscrivent dans un processus d'exploration et d'engagement dans leur orientation. Leur degré d'exploration et d'engagement révèle l'état identitaire qui les caractérise. Ainsi, le modèle de Marcia nous permet de caractériser la construction identitaire des adolescents réfugiés. Toutefois, à travers ce modèle, nous percevons que pour comprendre l'identité d'un individu, il faut analyser ses engagements et ses explorations, et pour une intervention efficace il faut l'accompagner dans un processus dynamique d'exploration, sans pour autant disposer des cadres théoriques adaptés à cette double action d'analyse et

d'accompagnement. À cet effet, le modèle « se faire soi » propose un large construit théorique adapté à l'analyse des cadres identitaires de l'individu et son accompagnement vers la construction de soi.

Quant à la théorie « se faire soi », selon elle, la construction identitaire est une œuvre de l'individu lui-même et est sous-tendue par des mécanismes internes ; notamment des systèmes cognitifs. Ces systèmes cognitifs formalisent les cadres et les formes identitaires de l'individu. Par leur biais, l'individu est sujet à deux formes de réflexivité : une réflexivité duelle et une réflexivité trine. Dans la tension entre ces deux formes de réflexivité, l'individu construit sa vie, selon les modes de subjectivation et de rapport à soi déterminés par son contexte composé de plusieurs éléments, par exemple l'école, le statut de réfugié, le cadre familial, etc.

À travers le modèle « se faire soi », nous comprenons que les adolescents réfugiés, comme tout individu, construisent leurs vies en fonction du contexte social, des caractéristiques que le tissu social leur donne à voir d'eux-mêmes et aux autres ainsi que les expériences qui leur sont données à vivre. Ce contexte social qui moule la construction identitaire de l'adolescent réfugié correspond à des structures cognitives. Ce sont ces structures cognitives qui permettent à l'adolescent réfugié de mener d'une part, une réflexion solitaire sur tout son passé (expérience scolaire et professionnelle en pays d'origine, les événements traumatiques, la migration, etc.) que l'on nomme Formes Identitaires Subjective Passées (FISP), et d'autre part, sur ses positions et rôles imaginaires dans le futur (Formes Identitaires Subjectives Anticipées). Ainsi, la comparaison des expériences passées et des aspirations futures avec la réalité actuelle dans un pays d'accueil en tant que réfugiés permet à l'adolescent réfugié de découvrir « ce qui est toujours possible et ce qui ne l'est pas », ainsi que les nouvelles opportunités qui s'ouvrent à lui. En outre, l'entretien constructiviste fondé sur le modèle « se faire soi », constitue un outil d'analyse de construction identitaire de ces adolescents.

La synthèse de ces deux théories nous a permis de déterminer les catégories d'analyse qui sont notamment l'exploration, l'engagement et le type d'anticipation de soi. Par ailleurs, en se fondant sur la théorie « se faire soi », l'entretien constructiviste a été choisi en orientation comme méthode privilégiée de recueil de données. Cet entretien est une relation dialogique entre un conseiller d'orientation et un consultant, au cours de laquelle le conseiller d'orientation conduit le sujet à réfléchir sur ses expériences (passée et présent) et les représentations qu'il a de lui-même dans le futur (formes identitaires anticipées).

2. RESULTATS

Les résultats présentent la description des FISA de chaque cas, leurs analyses en fonction des catégories décrites (l'exploration, l'engagement et le type d'anticipation de soi) et leur comparaison.

2.1. Description et analyse des formes identitaires subjectives anticipées

Dans la présentation des résultats, les différents sujets sont nommés par des lettres. Les filles sont nommées par la lettre F et les garçons par la lettre G.

2.1.1. Les formes identitaires subjectives anticipées de F1

F1 est une fille âgée de 18 ans, de nationalité burkinabé. Elle fait la classe de terminale D au Lycée Nelson Mandela de Ouagadougou. Au cours de l'entretien constructiviste, elle a évoqué cinq FISA. Pour elle, la plus importante est le mariage et un foyer harmonieux. Elle généralise son anticipation sur le genre féminin en insistant que « la chose la plus importante pour toute femme, est l'obtention d'un bon foyer ». La qualité du foyer serait liée à la personnalité de son futur époux, qui devra faire preuve d'honnêteté, de fidélité, de compréhension et de solidarité. Cette FISA est d'autant plus importante pour F1 qu'elle est déjà engagée dans

une relation amoureuse dans laquelle elle ne ménage aucun effort pour refléter une bonne image sociale et la femme idéale. À cette FISA, se superposent des FISA professionnelles.

Ainsi, la médecine est la principale aspiration professionnelle de F1. Cette aspiration est nourrie depuis l'enfance, dans l'anticipation du sentiment de fierté à soigner les personnes souffrantes, surtout ses proches parents. En effet, F1 exprime à travers cette FISA la compensation d'un sentiment de culpabilité qui la suit depuis l'âge de 12 ans. Elle évoque le souvenir traumatisant du décès de sa mère, suite à une longue période de souffrance d'une maladie qu'elle ne saurait élucider même de nos jours. Elle se voyait impuissant devant sa mère gravement malade et les moyens limités de son père. Cette expérience a été culpabilisante pour F1, à l'idée de ne pas pouvoir soigner sa mère.

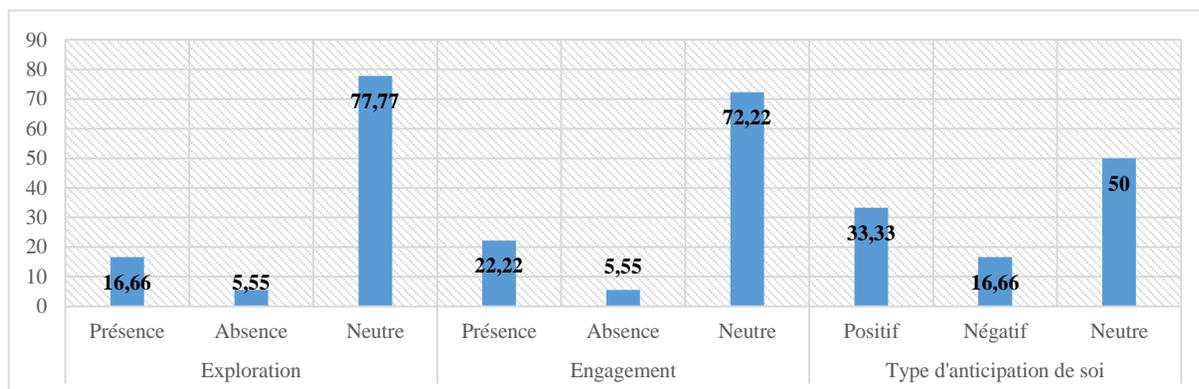
Toutefois, après l'obtention du baccalauréat, l'orientation dans la filière médecine n'est pas donnée à tous. Elle est conditionnée par l'obtention d'une moyenne supérieure ou égale à 13 au baccalauréat et l'âge qui est limité à 22 ans. Ainsi, F1 exprime deux autres FISA professionnelles secondaires, en reconnaissant la possibilité de ne pas avoir une orientation en médecine. La plus importante de devenir ingénieur en génie civil. Sans en avoir suffisamment d'information, F1 est tout de même motivé à faire carrière en génie civil à défaut de devenir médecin. Elle définit les ingénieurs en génie civil comme des personnes qui construisent les routes et les ponts. La

deuxième FISA professionnelle secondaire est le commerce. Elle compte faire du commerce comme activité secondaire. Même si elle devient médecin ou ingénieur en génie civil, elle fera tout de même le commerce. En parlant du commerce, elle fait référence aux activités d'achat, de transformation et de revente, à l'élevage et au restaurant. Cependant, les FISA de F1 ne sont pas faites que d'aspirations. Elles comprennent également des projections très redoutées.

La crainte majeure de F1 réside dans la collaboration difficile avec certains de ses futurs collègues en milieu professionnel. En effet, « il y a toujours des gens dans le service qui chercheront à te mettre les bâtons dans les roues », dit-elle. F1 pense que dans le milieu professionnel, la rivalité entre les collègues est telle qu'il ne faut pas faire confiance en qui que ce soit. En plus, malgré toute la confiance qu'elle a pour son « copain », elle exprime la crainte d'être trahi par celui-ci. Selon elle, « il faut s'attendre à tout avec un garçon ». Elle pense qu'un garçon peut faire tout ce qu'il faut pour obtenir la confiance d'une fille et l'avoir comme partenaire sexuel pour un certain temps, sans pour autant avoir l'intention d'aller jusqu'au mariage avec elle. F1 a présentement un partenaire qui a les valeurs qui sont importantes pour elle, mais elle garde toujours des réserves quant à l'aboutissement de cette relation.

Les différentes FISA présentées ont été analysées selon les catégories exploration, engagement et type d'anticipation de soi dans la grille d'analyse (Graphique n°1)

Graphique n°1 : Fréquences des catégories d'analyse des FISA de F1



Source : Enquête de terrain, avril 2019

Selon le graphique N°1, les thèmes évoquent plus la présence d'exploration (16,66%) et d'engagement (22,22%) que leurs absences (5,55% chacun). Quant au type d'anticipation de soi, le diagramme montre que les thèmes expriment plus des anticipations positives de soi (33,33%) que des anticipations négatives de soi (16,66%). En plus, il apparaît que la fréquence des anticipations positives de soi est plus élevée que celle de la présence d'engagement, qui, à son tour, est plus élevée que celle de la présence d'exploration.

2.1.2. Les formes identitaires subjectives anticipées de G1

G1 est un garçon âgé de 18 ans, de nationalité burkinabé, en classe de Terminale D au Lycée Émergence C de Ouagadougou. Au cours de l'entretien constructiviste, G1 a évoqué cinq FISA. La plus importante renvoie au domaine libéral. Il dit ne pas compter totalement sur la fonction publique, car c'est un domaine qui n'est pas rentable et dont l'accès est très difficile. Il accorde plus d'importance au domaine privé, qui permet d'être plus autonome. Même s'il intègre la fonction publique, il développera toujours des initiatives privées. Cette FISA est renforcée par l'aspiration à faire l'élevage de la volaille.

En effet, l'élevage de la volaille est l'activité qui mobilise plus l'intérêt de G1 dans l'avenir et

occupe une place centrale dans sa vie. Son père exerce déjà la même activité et il compte emboîter ses pas. En plus, il a fréquenté un grand entrepreneur du domaine de l'élevage qui lui a beaucoup inspiré.

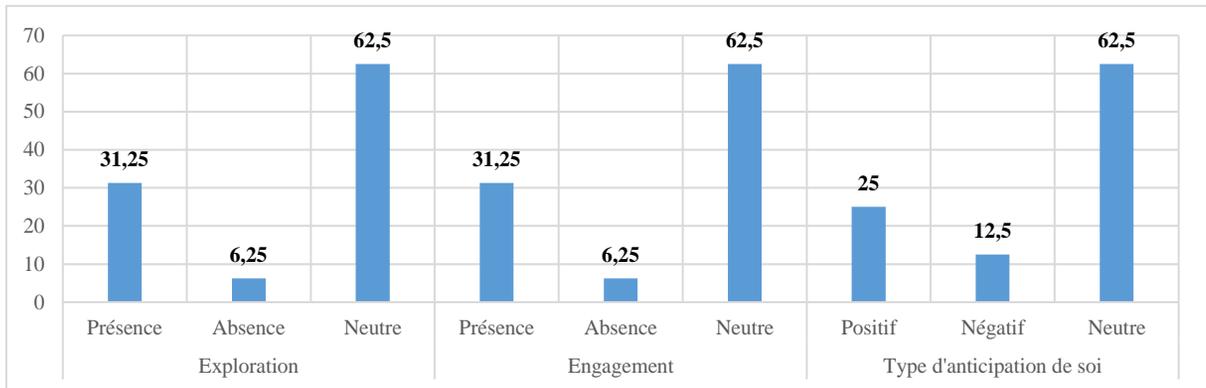
Au-delà du domaine libéral, G1 s'identifie aux professeurs des mathématiques. Il affirme être passionné des mathématiques, grâce aux appréciations de ses enseignements et de ses camarades sur ses performances dans cette discipline. Au secondaire, ses camarades lui faisaient fréquemment recours pour qu'il leur explique des exercices de mathématiques ; ce qu'il faisait avec plaisir.

Par ailleurs, à défaut d'enseigner les mathématiques, G1 souhaiterait mettre à profit ses capacités en mathématique dans le domaine du génie civil. Chaque année pendant les vacances, G1 travail avec les maçons comme manœuvre afin d'épargner suffisamment d'argent pour faire face aux dépenses de la rentrée scolaire. Il a donc plusieurs compétences dans le métier de construction de bâtiment. Au cours de ces expériences, il a connu les ingénieurs qui élaborent les plans des bâtiments et qui font un travail de suivi au cours de la construction. Il a ainsi appris que ces personnes avaient fait des études universitaires en génie civil et que les matières liées à cette filière sont les mathématiques. Pourtant, les mathématiques constituent les matières de base de G1 en classe.

En fin, G1 a exprimé une identification plus ou moins vague au miter du transite. Il se projette souvent dans le transite, parce qu'elle semble être rentable financièrement selon lui. Cependant, il n'en a pas une connaissance assez claire.

Tout comme celles de F1, les FISA de G1 ont été analysées selon les catégories d'analyse exploration, engagement et type d'analyse de soi (Graphique n°2).

Graphique n°2 : Fréquences des catégories d'analyse des FISA de G1



Source : Enquête de terrain, avril 2019

Tout comme pour le sujet F1, le diagramme de G1 présente une fréquence plus élevée de la présence de l'exploration (31,25%) et de l'engagement (31,25%), que leurs absences (6,25% chacun). En plus, la fréquence des anticipations positives de soi (25%) est plus élevée que celle des anticipations négatives de soi (12,5%). Cependant, à la différence de F1, la fréquence des anticipations positives de soi est plus petite que celles de la présence de l'engagement et de l'exploration, qui sont tous deux égaux (31% chacun).

2.1.3. Les formes identitaires subjectives anticipées de F2

F2 est une fille âgée de 17 ans, qui fréquente la classe de 3^{ème} au Lycée Wend-manegda de Ouagadougou. Elle est réfugiée au Burkina Faso et est de nationalité centrafricaine. Au cours de l'entretien constructiviste, elle a évoqué trois FISA. La principale FISA de F2 est l'autonomie. La première anticipation exprimée par F2 est d'être capable de se prendre en charge. À cet effet, F2 aimerait faire carrière dans l'hôtellerie. La raison de ce choix est que sa sœur aînée est

hôtelière. Ainsi, disait-elle : « si ma sœur a pu le faire, c'est que moi aussi je peux ». Cependant, elle affirmait ne pas savoir quelles sont les disciplines qui sont étudiées en hôtellerie, ni les conditions d'exercice du métier. Toutefois, elle a exprimé une aspiration à faire carrière dans la médecine, en précisant avec conviction qu'elle est dans l'impossibilité de la réaliser. La médecine est un rêve abandonné de F2.

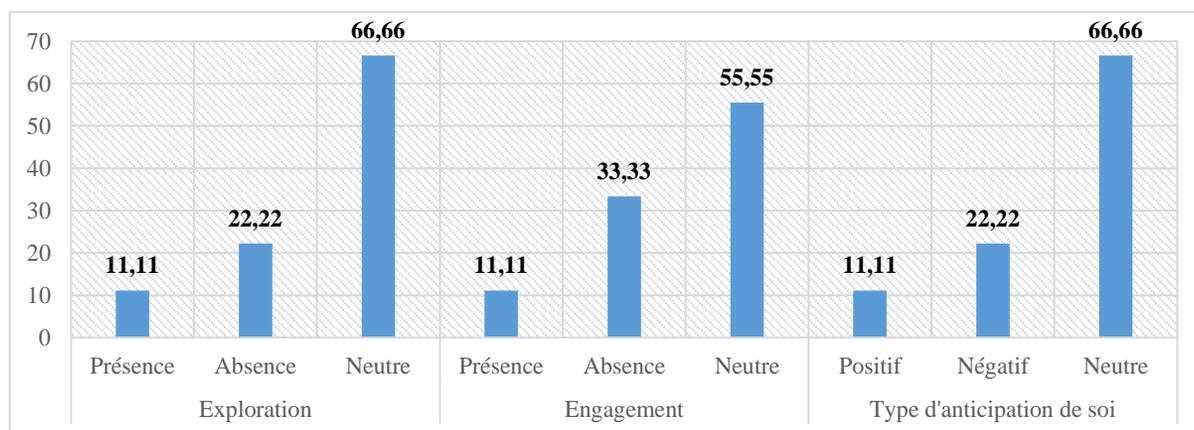
Avant l'idée de faire carrière dans l'hôtellerie, F2 nourrissait le rêve de devenir médecin comme son père. Cependant, elle a abandonné ce rêve à cause de la durée de la formation en médecine et du retard qu'elle a accusée dans son cursus scolaire. Dans les formes identitaires subjectives passées, F2 a souligné qu'elle était une élève difficile quand elle était en Centrafrique, car elle avait fréquemment des problèmes avec ses enseignants, et ne venait pas de fois à l'école à l'insu de ses parents. En plus, arrivée au Burkina Faso en 2015, F2 a fait remarquer qu'elle a eu beaucoup de difficultés au début pour s'adapter aux méthodes d'enseignements et pour s'intégrer socialement. Elle a donc redoublé la classe de quatrième trois fois avant de passer en troisième.

En plus des FISA professionnelles, F2 s'identifie à une mère donnant une bonne éducation à ses enfants. Elle fait référence à son enfance et ses difficultés de comportement. Elle n'aimerait pas en effet que ses enfants traversent les mêmes difficultés qu'elle. À son avis, l'éducation prend racine dès le bas âge, pour espérer que l'enfant adopte de bonne conduite. Elle souligne que ses difficultés de comportement n'étaient pas dues à

un problème en lien avec les parents, mais c'est que ses parents lui donnaient beaucoup d'argent déjà au primaire. Cela lui a exposé à la fréquentation des maquis et les barres à l'enfance.

Les FISA de F2 ont également été analysées selon les catégories exploration, engagement et type d'anticipation de soi (Graphique N°3).

Graphique N°3 : Fréquences des catégories d'analyse des FISA de F2



Source : Enquête de terrain, avril 2019

Le graphique fait apparaître une fréquence élevée des thèmes exprimant l'absence d'exploration (22,22%) et d'engagement (33,33), que ceux exprimant la présence d'exploration (11,11%) et d'engagement (11,11%). Aussi, pour le type d'anticipation de soi, le graphique montre que la fréquence des anticipations négatives de soi (22,22%) est plus élevée que celles des anticipations positives de soi (11,11%).

2.1.4. Les formes identitaires subjectives anticipées de G2

G2 est un réfugié au Burkina Faso, de nationalité centrafricaine. Il est âgé de 19 ans et fréquente la classe de terminale D au Lycée Privé Intelligencia à Ouagadougou. L'entretien constructiviste avec G2 a permis de repérer cinq FISA.

La première FISA exprimée par G2 est de « fonder une famille un jour ». Cependant, actuellement G2 garde toujours la distance avec les filles. Il affirme d'ailleurs ne pas aimer la compagnie des camarades à l'école, parce que « leur préoccupation c'est seulement draguer les filles ». Toutefois, il prend de temps en temps des conseils chez ses aînés concernant la relation en couple et le fonctionnement du foyer.

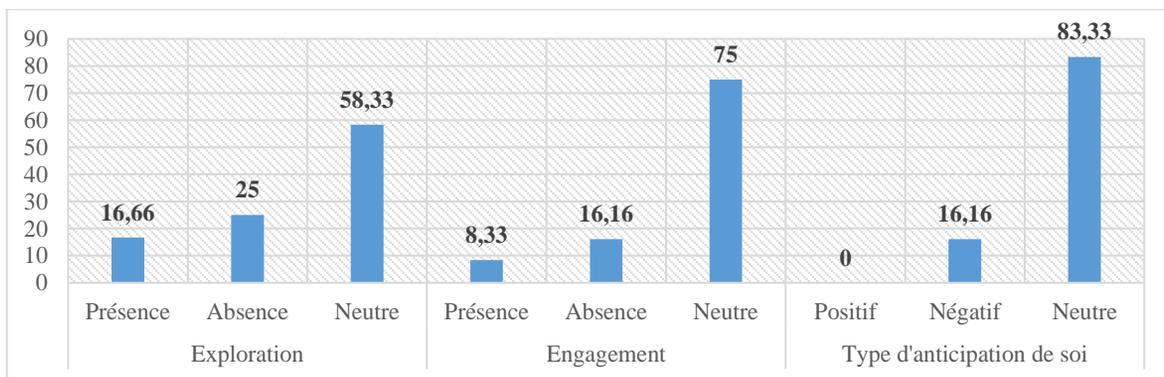
La projection de fonder une famille, s'accompagne de l'aspirer à l'autonomie dans le futur chez G2. À cet effet, il voudrait faire carrière dans le domaine de l'agronomie. G2 aimerait suivre les pas son oncle, qui ne manque pas de lui donner des explications relatives aux études et aux métiers de l'agronomie. Ainsi, G2 affirme que le fait qu'il soit performant en sciences de la vie et de la terre est un atout pour lui de réussir en agronomie. Toutefois, c'est en

Centrafrique qu'il se représente dans l'exercice de ce métier.

En effet, repartir en Centrafrique pour servir son pays est une FISA de G2. Après les études en agronomie, G2 aimerait rentrer dans son pays d'origine pour servir son pays. Selon lui, étant à l'étranger son insertion professionnelle sera plus difficile.

En outre, G2 est fortement versé dans la spiritualité. Toute sa famille est en effet témoin de Jehova. Ils sont tous engagés dans le service religieux. De ce fait, G2 fréquente présentement un groupe de jeunes qui passent dans les quartiers pour expliquer la bible. Il compte ainsi continuer toujours cette activité durant toute la vie. L'analyse des FISA de G2 est fournie dans le graphique N°4 :

Graphique N°4 : Fréquences des catégories d'analyse des FISA de G2



Source : enquête de terrain, avril 2019

À travers ce diagramme, nous constatons une fréquence élevée de l'absence de l'exploration (25%) et de l'engagement (16,16%) que celle de la présence d'exploration (16,66%) et d'engagement (8,33%). De même, la fréquence des anticipations négatives de soi (16,16%) est plus élevée que celle des anticipations positives de soi (0%).

2.2. Comparaison des Formes Identitaires Subjectives Anticipées

En comparant les FISA des adolescents réfugiés à celles des adolescents burkinabés, nous constatons qu'il y a aussi bien des similarités que des différences. Concernant les points similaires, il apparaît dans les FISA des deux filles (réfugiées et burkinabé) une importante projection relative à la vie de

couple. Ce FISA semble commune aux filles, indépendamment de leurs nationalités. En outre, le sujet de l'autonomie ressort dans les FISA de tous les sujets de notre étude. L'envie de devenir autonome semble ainsi être une FISA générale à tout adolescent, qu'il soit burkinabé ou réfugié.

Quant aux différences, nous constatons que les adolescents burkinabés ont un nombre plus élevé de FISA que les adolescents réfugiés. En plus nous remarquons que les adolescents réfugiés ont chacun une seule FISA professionnelle, tandis que les adolescents burkinabés en ont plusieurs. Il apparaît aussi, que chez les adolescents réfugiés, il y a une tendance plus forte vers une anticipation négative de soi, alors que chez les adolescents burkinabés il y a une tendance plus forte vers une anticipation positive de soi. Par ailleurs, on

observe des fréquences plus élevées d'absence d'exploration et d'engagement chez les adolescents réfugiés, tandis qu'il y a une fréquence plus élevée de présence d'exploration et d'engagement chez les adolescents burkinabés.

3. DISCUSSION

Les cultures des sociétés africaines accordent plus d'importance au statut matrimonial, dans le respect et la considération sociale accordés à une femme. Ainsi, tandis que les garçons aspirent à de longues études et à des métiers prestigieux, les filles préfèrent les cycles d'études courts, des métiers moins prestigieux qui n'absorbent pas trop de temps, au profit du mariage et du foyer. Ainsi, il apparaît dans cette étude que la FISA relative au foyer apparaît chez toutes les filles. Dans la même perspective, M. Court, J. Bertrand, G. Bois, G. Henri-Panabière et O. Vanhée (2013, p. 32) ont montré dans une étude que les filles subordonnaient leurs choix d'orientation scolaire à l'anticipation des rôles familiaux, en ce sens qu'elles sont prêtes à limiter leurs ambitions professionnelles pour pouvoir exercer un métier qui leur semble compatible avec ces rôles. Toutefois, ils précisent que cette anticipation dépend de l'origine sociale. Ce sont les filles qui sont issues de classe moyenne et supérieure qui ont une certaine maîtrise sur leurs avenir et sont donc capable d'anticipation.

Au-delà de cette différence liée au sexe, l'adolescence semble être associée à une envie élevée de l'autonomie. À l'adolescence, le statut autonome devient un critère très primordial dans la construction d'une identité

stable. En effet, nos résultats font ressortir une FISA relative à l'autonomie chez tous les adolescents réfugiés et burkinabé. À l'adolescence, l'enfant entre dans une période de transition qui doit lui permettre de quitter progressivement un état de dépendance infantile pour accéder à une plus grande autonomie affective et sociale (I. Habets, 2011, p. 479).

Cependant, concernant les adolescents réfugiés, il apparaît dans leurs FISA une tendance plus élevée à une anticipation de soi négative que l'anticipation de soi positive. Ce résultat est différent des résultats de l'étude de A. Ndengeyingoma (2013, p. 65). Selon ses résultats, les adolescents africains réfugiés au Québec ont une vision optimiste du futur et ils expriment l'espoir de vivre dans de bonnes conditions. Cette différence peut être expliquée par deux hypothèses. D'une part, la différence des contextes sociopolitiques peut expliquer la différence entre les anticipations des adolescents réfugiés au Québec et les anticipations des adolescents réfugiés au Burkina Faso. D'autre part, les méthodes de recueil utilisées dans les deux études ne sont pas identiques. En effet, l'entretien constructiviste met d'abord le sujet face à son présent et son passé, avant de le conduire à évoquer ces anticipations. Les anticipations évoquées ne sont pas prises pour argent comptant. Elles font en effet l'objet d'une analyse qui permet de relever les rapports de connaissances, d'émotions et d'interactions sociales du sujet à l'égard de ses anticipations. Ainsi, un sujet peut évoquer une projection positive dans le futur, mais exprime une vision pessimiste quant à la réalisation de cette projection ; c'est cela qui représente

l'anticipation de soi dans le cadre de l'étude menée. Pourtant, dans l'étude de A. Ndengeyingoma (2013) c'est l'expression de l'anticipation en elle-même qui est considérée.

Toutefois, les données de la présente étude révèlent un certain nombre de réalité qui semblent atypiques dans la clinique de l'exil. Les résultats montrent qu'ils n'ont pas une connaissance assez développée de leur FISA, et qu'ils ne sont pas dans le processus d'en avoir, surtout celles concernant les domaines scolaires et professionnelles. Cela s'est exprimé dans l'analyse de l'entretien constructiviste, par une fréquence plus élevée de l'absence d'exploration. En plus, ils sont moins engagés dans la perspective de leurs FISA, c'est-à-dire que leurs FISA n'a généralement pas de rapport avec tout ce qu'ils font actuellement (FIS présentes) ou ce qu'ils ont fait dans le passé (FIS passées). Cette insuffisance d'engagement s'exprime dans l'analyse des FISA par une fréquence plus élevée de l'absence d'engagement. Pour que leurs FISA se réalisent, tout viendra donc dans le futur, car elles n'ont pas de fondement ni dans le présent ni dans le passé. Cela pourrait s'expliquer par le fait que les réfugiés n'ont pas connaissance des opportunités d'étude et de métier. Aussi, les stages et métiers de vacances que les adolescents burkinabés peuvent faire facilement, ne sont-ils pas assez accessibles aux adolescents réfugiés ; ce qui permet aux adolescents burkinabés d'explorer et de s'engager plus dans la perspective de leur FISA que les adolescents réfugiés.

Au regard des résultats obtenus, il apparaît nécessaire de prendre en compte la population des réfugiés dans les pratiques d'aide en orientation. Sur le plan législatif, le Burkina Faso est l'un des pays les plus engagé dans la politique de l'éducation inclusive ; une approche éducative qui tient compte des besoins particuliers en matière d'enseignement et d'apprentissage de tous les enfants et jeunes gens en situation de marginalisation et de vulnérabilité : enfants vivant dans les rues, filles, groupes d'enfants issus de minorités ethniques, des familles démunies financièrement, des familles nomades, des familles déplacées (victimes de guerres, de catastrophes, etc.), enfants atteints du VIH/SIDA, enfant handicapés.

En effet, selon l'article 23 de la Convention relative aux Droits de l'Enfants (CDE), l'État a l'obligation de prendre en compte l'éducation des enfants handicapés de manière à leur garantir un accès gratuit de façon propre à assurer une intégration sociale aussi complète que possible et leur épanouissement personnel, y compris dans le domaine culturel et spirituel². En plus, selon l'article 11 de la loi N°042-2008/AN du 23 octobre 2008 portant statut des réfugiés au Burkina Faso, tous les réfugiés régulièrement installés au Burkina Faso bénéficient du même traitement que les nationaux. À ce titre, ils ont les mêmes droits que ceux reconnus ou garantis aux citoyens burkinabés.

Cependant, dans la réalité, ces textes ne sont pas toujours appliqués. Pour ce qui concerne

² <https://www.ohchr.org/fr/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-child> consultée le 6/10/2022

l'aide à l'orientation que les élèves burkinabés bénéficient, les entretiens avec les agents du CIOSPB à Ouagadougou et ceux du SIOSPB Sahel à Dori ont montré qu'en général, les élèves ne bénéficient pas des services d'aide à l'orientation. À cet effet, nous suggérons au Ministère de l'éducation nationale, de l'alphabétisation et de la promotion des langues nationales, d'intégrer dans son programme d'activité, l'aide à l'orientation scolaire et professionnelle aux enfants et jeunes réfugiés. En plus, nous proposons au Ministère des affaires étrangères et de la coopération de demander une mise en disposition de conseillers d'orientation qui pourront relayer les agents de la CONAREF dans la prise en charge psychologique et de l'orientation des réfugiés vivant au Burkina Faso.

CONCLUSION

La situation de réfugié à l'adolescence est une épreuve supplémentaire aux problèmes liés à la construction identitaire à l'âge adolescent. L'objectif de cette étude est de décrire, d'analyser et de comparer les formes identitaires subjectives anticipées des adolescents réfugiés et des adolescents burkinabés, en vue d'explorer les spécificités liées à la situation de réfugié.

Ainsi, nous avons trouvé dans la revue de la littérature plusieurs théories et résultats de recherche sur la construction de l'identité. Cependant, aucune d'entre elles n'abordait la question spécifique de l'identité subjective anticipée des adolescents réfugiés. Néanmoins, nous avons retenu le modèle « se faire soi » de

Guichard et le modèle de l'exploration et de l'engagement de Marcia, car elles semblent les plus appropriées à l'analyse des formes identitaires subjectives anticipées. Nous avons donc adopté une démarche exploratoire, en utilisant l'entretien constructiviste comme outil de collecte de données.

Les résultats montrent que l'autonomie apparaît dans les FISA de tous les adolescents, indépendamment de leurs nationalités. Mais, les adolescents réfugiés expriment moins d'exploration et d'engagement par rapport aux adolescents burkinabés. En plus, les adolescents réfugiés ont plus tendance à faire une anticipation négative de soi, tandis que les adolescents burkinabés ont plus tendance à une anticipation positive de soi. Aussi avons-nous constaté que le foyer et la vie en couple est une forme identitaire subjective centrale chez les filles. À cet effet, les objectifs définis sont atteints, sans toutefois prétendre à une généralisation des résultats. En effet, la présente réflexion est une étude de cas spécifique et c'est en effet, la spécificité des différents cas étudiés qui étaient prioritaires. Il faudra donc une étude empirique plus large, si nous voulons généraliser ces résultats.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Assemblée nationale, 2008, Loi n° 042-2008/AN PORTAN STATUT DES REFUGIES AU BURKINA FASO, Journal Officiel (JO) N° 51 DECEMBRE 2008 ;

BARBOT Baptiste, 2008, « Structures identitaires et expression créative à l'adolescence », *L'orientation scolaire et professionnelle*, 37,4, p. 483-507, [en ligne],

Analyse comparée des formes identitaires subjectives anticipées des adolescents réfugiés et nationaux Burkinabés

URL :
<https://journals.openedition.org/osp/pdf/1772>,

Rivières, [en ligne] URL :
<https://depote.uqtr.ca/6929/1/030586082.pdf> ;

BAVA Sunita et TAPERT Susan, 2010, « Adolescent Brain Development and the Risk For Alcohol and Other Drug Problems », *Neuropsychology Review*, 20, 4, p. 398-413, [en ligne] doi: 10.1007/s11065-010-9146-6 ;

Valérie Cohen-Scali et Jean Guichard, 2008, « L'identité : perspectives développementales » *L'orientation scolaire et professionnelle*, 37, 3, p. 321-345, [en ligne] URL :
<https://journals.openedition.org/osp/1716>.

BENNETT Stanley (2021). Rôle des projections futures dans l'accès aux concepts de soi, Liège Université, [en ligne], URL :
<https://hdl.handle.net/2268.2/13422> ;

COURT Martine, BERTRAND Julien, BOIS Géraldine, HENRI-PANABIÈRE Gaële et VANHÉE Olivier, 2013, « L'orientation scolaire et professionnelle des filles : des « choix de compromis » ? Une enquête auprès de jeunes femmes issues de familles nombreuses », *Revue française de pédagogie. Recherches en éducation*, 184, p. 29-40, [en ligne] DOI :
<https://doi.org/10.4000/rfp.4212> ;

Guichard Jean, 1993, *L'école et les représentations d'avenir des adolescents*, Paris, Presses Universitaires de France ;

HABETS Isabelle, 2011, « Adolescence : quand les revendications à l'autonomie dénoncent un manque d'appartenance », *Thérapie familiale*, 32, 4, p. 479-492, [en ligne] Doi 10.3917/tf.114.0479

NDENGEYINGOMA Assumpta, 2013, *Représentations d'adolescents réfugiés de leur expérience migratoire et des éléments contribuant au développement de leur identité personnelle*, Université du Québec à Trois-



L'ÉLIMINATION DE LA DRACUNCULOSE OU LA MALADIE DU VER DE GUINÉE AU BURKINA FASO (1963-2011)

ELIMINATION OF DRACUNCULIASIS OR GUINEA WORM DISEASE IN BURKINA FASO (1963-2011)

¹ ZABSONRÉ Moussa.

¹ Assistant en Histoire et Archéologie, Université de Fada N'Gourma (Burkina Faso), zabsmous@yahoo.fr

ZABSONRÉ Moussa, L'élimination de la dracunculose ou la maladie du ver de Guinée au Burkina Faso (1963-2011), *Revue Espace, Territoires, Sociétés et Santé* 5 (10), 301-312, [En ligne] Décembre 2022, URL: <https://retssa-ci.com>

Résumé

Lorsque le Burkina Faso (ex Haute-Volta) accédait à l'indépendance le 05 août 1960, son profil sanitaire était dominé par un nombre important de maladies transmissibles (paludisme, onchocercose...). Toutefois, la dracunculose (encore appelée la dracontiasse, le dragonneau, le filaire de Médine, le ver de Guinée) n'était pas présente dans ce profil sanitaire. Elle ne s'est déclarée aux nouvelles autorités que dans le premier quinquennat de l'indépendance du pays (Ministère de la santé publique, 1978, p. 42). Avant 1963 il n'avait été signalé de cas dans toute la Haute-Volta. Cette année 1963, un seul cas de la maladie a été relevé par les structures sanitaires du pays. Dès lors les recherches de la section de parasitologie du Centre Muraz de Bobo-Dioulasso, ont mis en évidence la présence du ver de Guinée dans 71

des 147 villages visités soit 48,3% (M. Lamontellerie, 1972., p. 793). De vastes enquêtes menées entre 1971 et 1979 ont permis d'enregistrer environ 500 000 cas soit une moyenne de 3 776 cas déclarés par an. Dès lors, la maladie était considérée comme un grave problème de santé publique. La nécessité de la combattre s'imposait d'où la mise en place en 1992 d'un programme national d'éradication du ver de Guinée (PNEVG) et en 2011, le territoire national était déclaré être libéré de ladite maladie par l'OMS. Comment ce pays est-il parvenu à se libérer de cette maladie en seulement une décennie de lutte ? L'objectif de la présente étude est de retracer les principales étapes dans la lutte contre la dracunculose au Burkina Faso (ex Haute-Volta).

Mots clés : Dracunculose, Burkina Faso, Eradication, Maladie, Lutte.

Abstract

When Burkina Faso (formerly Upper Volta) gained independence on August 5, 1960, its health profile was dominated by a large number of communicable diseases (malaria, onchocerciasis, etc.). However, dracunculiasis (also called dracontiasis, baby dragon, Medina

heartworm, Guinea worm) was not present in this health profile. It did not declare itself to the new authorities until the first five years of the country's independence (Ministère de la santé publique, 1978, p. 42). Before 1963, no cases had been reported in the whole of Upper Volta. This year 1963, only one case of the disease was noted by the health structures of the country. Consequently, research by the parasitology section of the Muraz Center in Bobo-Dioulasso revealed the presence of Guinea worm in 71 of the 147 villages visited, i.e. 48.3% (M. Lamontellerie, 1972., p. 793). Extensive surveys carried out between 1971 and 1979 recorded approximately 500,000 cases, i.e. an average of 3,776 declared cases per year. From then on, the disease was considered a serious public health problem. The need to fight it was essential, hence the establishment in 1992 of a national program for the eradication of Guinea worm (PNEVG) and in 2011, the national territory was declared to be free of the said disease by the WHO. How did this country manage to free itself from this disease in just a decade of struggle ? The objective of this study is to trace the main stages in the fight against dracunculiasis in Burkina Faso (formerly Upper Volta).

Keywords: Dracunculiasis, Burkina Faso, Eradication, Disease, Control

INTRODUCTION

Le Burkina Faso (ex Haute-Volta) est un pays tropical sec situé au cœur de l'Afrique de l'Ouest. Son climat est très capricieux et la pluviométrie annuelle varie entre moins 500 et 1100 mm (MEF, 2010, p. 26). Il partage ses frontières avec la Côte d'Ivoire au Sud-Ouest, le Ghana et le Togo au Sud, le Bénin au Sud-Est, le Mali au Nord-Ouest et le Niger à l'Est. Le réseau hydrographique y est très diversifié et relativement dense, composé de mares et de nombreux barrages dont les plus importants sont ceux de : Komienga, Bagré, Ziga, Sourou, Kou... Les vocations de ces constructions étaient

entre autres la production de denrées alimentaires (riz et maïs) et la production d'électricité (M. W. Bantenga, 2016, p. 21). Depuis la période coloniale de nombreuses populations restent exposées aux risques sanitaires car elles ont toujours été confrontées au problème crucial de l'approvisionnement en eau potable. Or, nous savons que l'eau est à la fois véhicule de nombreux agents pathogènes (comme les bactéries, les virus et les vers intestinaux) mais aussi facteur de reproduction d'insectes vecteurs de maladies. La qualité de l'eau de consommation est toujours à l'origine de nombreux problèmes sanitaires. Et c'est dans ce sens que (S) Sanon soutenait que « si d'une manière générale on peut dire que "l'eau c'est la vie", il n'y a nul doute que cette vérité universelle a une signification toute particulière quand on l'applique à un pays soudano-sahélien comme la Haute-Volta ». L'une des maladies liées à l'eau sinon à la qualité de l'eau de boisson est la dracunculose. Encore appelée dragonneau, filaire de Médine, ver des pharaons, fil d'Avicenne ou ver de Guinée, la dracunculose est due à un ver filiforme dont l'évolution le conduit douloureusement hors du corps de la personne qui l'abrite. Jusqu'en 1963 cette maladie n'était pas connue par les structures de santé voltaïques ; mais à partir de la première décennie post coloniale, son évolution fut inquiétante. Un seul cas de la maladie a été relevé par les structures sanitaires du pays en 1963. C'est alors que les recherches de la section de parasitologie du Centre Muraz de Bobo-Dioulasso, ont mis en évidence la présence du ver de Guinée dans 71 des 147 villages visités soit 48,3% (M. Lamontellerie, 1972, p. 793). Entre 1971 et 1979 le pays a enregistré environ 500 000 cas soit une moyenne de 3 776 cas déclarés par an. Dès lors, la maladie est considérée comme un problème de santé publique. La nécessité de la combattre s'imposait. C'est à partir de 1992, par le canal du programme national d'éradication du ver de Guinée (PNEVG) que le pays est parvenu à des résultats forts probants dont la certification. C'est pourquoi nous avons choisi de nous intéresser à l'histoire de la lutte de cette maladie à travers le

thème : « L'élimination de la dracunculose ou la maladie du ver de Guinée au Burkina Faso (1963-2011) ». Il est donc question dans la présente étude de chercher à comprendre comment ce pays hautement endémique est-il parvenu à se libérer de cette maladie en seulement une décennie de lutte ? Notre objectif dans cette étude est de retracer les principales étapes et actions de lutte contre la dracunculose au Burkina Faso.

1. METHODOLOGIE

1.1. Justification des bornes chronologiques

Dans cette étude, nous identifions deux dates importantes qui balisent nos axes de recherche et d'analyses. La borne chronologique inférieure est 1963 qui indique la première identification de cas dans le pays depuis son indépendance en août 1960. Celle supérieure qui est 2011 correspond à l'année de la certification du Burkina Faso par l'OMS. Il est considéré désormais comme un pays libéré totalement de cette maladie. Toutefois, il est inapproprié de penser ou dire que le pays a éradiqué cette maladie.

1.2. Collecte des données

La collecte des données constitue la cheville-ouvrière dans toute activité de recherche. Il s'agit ici d'une étude rétrospective qualitative. Elle fait appel certes, à quelques chiffres pour soutenir les analyses. Dans notre démarche méthodologique nous avons eu recours à plusieurs techniques et outils de collecte des données. A cette étape, nous sommes d'avis que « la recherche est une démarche de fourmi, amassant inlassablement, pour l'avenir » (S. Dreyfus et L. Nicolas-Vullierme, 2000, p. 23). Elle a constitué en l'exploitation d'une revue documentaire, des données d'archives et des entretiens individuels. En effet, cette maladie est assez documentée car de nombreux auteurs en ont fait leur sujet de recherche. A ces productions scientifiques s'ajoutent la littérature grise et de

nombreux rapports sur la thématique ici abordée. L'ensemble de ces ressources est disponible dans les différents centres de documentation et les bibliothèques de l'Université Joseph KI-ZERBO, de la Direction des études et de la planification du ministère de la santé, du centre des archives nationales, du centre Muraz de Bobo-Dioulasso ainsi que sur le site de l'OMS etc. Un guide de revue documentaire, des fiches de lecture et un questionnaire individuel ont permis l'atteinte de l'objectif énoncé.

2. RÉSULTATS DE L'ETUDE

2.1. Faisons connaissance de la dracunculose

Avec ses multiples appellations déjà énoncées en introduction, la dracunculose est exclusivement liée à la qualité de l'eau de boisson. Au Burkina Faso, elle n'est signalée dans les services de santé qu'à partir de 1963. Par ailleurs, sa présence était signalée dans les documents coloniaux.

L'eau occupe une place importante dans la transmission de beaucoup de maladies dont la dracunculose. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 80 % de toutes les maladies peuvent être attribuées au manque d'eau salubre, à l'inadaptation des systèmes d'assainissement¹. Au Burkina Faso, cette problématique de l'eau se posait et se pose toujours avec acuité. La couverture des besoins en eau des populations, en particulier celles rurales est très faible. Elle était de 30% en 1976 pour l'ensemble du pays (Ministère de la santé publique de la Haute-Volta, 1978, p. 89). Les populations sont alors contraintes de se contenter des seuls points d'eau accessibles géographiquement que financièrement comme les mares, les rivières et les puits sans margelle ; ce qui les expose à de nombreuses maladies comme la dracunculose. En 1982, Michel Van Ulten² soutenait que : « la

¹ « L'eau porteuse de maladies », www.sololiya.fr, consulté le 02/10/2011

² Ancien Représentant Résident adjoint du Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD) au Burkina Faso

L'élimination de la dracunculose ou la maladie du ver de Guinée au Burkina Faso (1963-2011)

dracunculose pouvait-elle être supprimée par la seule consommation d'eau potable »³.

En rappel, la dracunculose est une maladie connue depuis la période ancienne. Selon J-P. Chippaux :

« l'affection est mentionnée dans la littérature antique simultanément en Égypte et en Inde vers le XVe siècle avant J-C. La maladie et son traitement par extraction du ver sont décrits dans le papyrus d'Ebers (1500 ans avant J-C) » (J-P. Chippaux, 1994, p. 9).

Appelée dragonneau dans l'antiquité, elle est aussi signalée en 1785 et 1826 en Sénégambie et l'explorateur Barth l'observa dans le sahel voltaïque en juillet 1851 (J-P. Bado, 1995, p. 402). Elle est exclusivement transmise par l'ingestion d'eau contaminée par un micro crustacé du genre cyclope (F. Richards, 1987, p. 31). Les cyclopes se retrouvent généralement dans les puits, les étangs, et les étendues d'eau stagnante. Le *Dracunculus medinensis* est l'agent causal de cette maladie. En effet, dans le circuit de la digestion, le cyclope est tué provoquant une libération de larves dites « larves de premier stade ». Ces derniers migrent jusqu'à atteindre les cavités abdominales et thoraciques où ils commencent leur maturation. Le ver femelle devient porteur de larves après trois mois et le mâle qui a une durée de vie assez réduite, meurt après six mois (OMS, 1984, p. 4). Plus tard, la femelle dont l'utérus est rempli de larves se dirige vers les membres inférieurs. Elle est alors prête à émerger et à émettre ses embryons comme l'indique la photo n°1. Ces douleurs se calment au contact de l'eau. C'est pourquoi les malades se plaisent à tremper leur pied concerné dans l'eau afin de réduire la douleur. Ce geste est un important facteur de propagation de la maladie par la contamination d'autres points d'eau et de personnes.

Photo n°1 : Le ver de Guinée sortant du pied d'un malade



Source : Photo de sensibilisation sur le ver de Guinée de l'OMS, in www.commons.wikimedia.org/Dracunculus_medinensis.jpg, consultée le 27/03/2013.

Cette photo illustre l'un des procédés utilisés par les malades pour accélérer l'extraction du ver de Guinée. Il s'agit d'enrouler soigneusement le ver au fur et à mesure que celui-ci se retire. Cet exercice requiert une prudence et une patience de la part du malade qui doit veiller à protéger le ver jusqu'à sa sortie. Toute section ou mort de ce dernier pose un énorme risque d'infection du pied malade.

La dracunculose était aussi connue des populations locales. Toutefois, les explications que celles-ci attribuaient aux causes de cette maladie, laissent percevoir une méconnaissance de ses causes réelles. Pour certaines populations la dracunculose est une maladie propre à leur zone et les « dignes fils » se reconnaissent qu'après avoir fait la maladie. Selon Larba Ouédraogo, habitant du village de Goanga dans le Bam, « on croyait que c'était une maladie ordinaire que tous les habitants du village devraient faire ». Il poursuit en soutenant que : « cette maladie est propre à notre région. Dans les villages développés et dans les grandes villes on ne la trouve pas »⁴. On peut ici s'apercevoir que ce dernier, en évoquant les villages développés, fait allusion aux villages disposant d'au moins un point d'eau potable. C'est

³ ANBF, 37V296, Extrait du discours du Représentant Résident du PNUD lors du deuxième atelier national sur la Décennie

Internationale d'Approvisionnement en Eau Potable en Haute-Volta prononcé le 17 mai 1982 à Ouagadougou.

⁴ Ouédraogo Larba, 62 ans, ménagère, Goanga/Bam, 20/09/2012

pourquoi il ajoute que les grandes villes ne connaissent pas non plus la maladie car on n'y souffre pas trop pour cette question d'eau. Un rapport sur la perception traditionnelle des maladies d'origine hydrique produit en 1997 montre que pour les Peuls, le mburutu, appellation locale de la maladie du ver de Guinée, est une maladie liée à l'eau. Pour ces derniers, les eaux des mares, des surfaces creuses, des puits mal ou non protégés, l'eau du chelhelde c'est-à-dire l'eau de la première pluie sont autant de causes qui sont à l'origine de la dracunculose⁵.

On en conclut alors que les problèmes d'approvisionnement en eau potable doublé de la perception traditionnelle de la maladie ont contribué à accentuer l'endémicité de la maladie dans les pays endémiques en général et au Burkina Faso en particulier.

2.2. Le problème de la dracunculose au Burkina Faso de 1963 à 1992

C'est en 1963 que Y. Pyrame de l'Hôpital Yalgado Ouédraogo, première structure de référence de la Haute-Volta construit depuis 1958, rapporta le premier cas de ver de Guinée (M.Y. Zida, 2010, p. 54). S'agissait-il vraiment d'un cas alerte d'une forte endémie ou d'un réel début de propagation de la maladie ? Cette notification du premier cas en 1963 ne doit pas faire perdre de vue que cette maladie est bien plus ancienne au Burkina Faso que la date indiquée. En l'absence d'une étude claire sur cette maladie pendant la période coloniale, on ne

peut douter de sa présence. L'explorateur anglais Heinrich Barth avait déjà signalé la présence de cette maladie dans le sahel voltaïque. Aussi, l'inexistence d'installations adéquates pour un approvisionnement en eau potable constatée par les autorités coloniales a fait prendre une mesure à cet effet. La circulaire du 12 septembre 1923 instruisait au creusage de puits avec margelles dans les villages. Cette mesure selon J-P. Bado visait la suppression du ver de Guinée et des anophèles (J-P. Bado, 1995, p. 411). Alors, les premières enquêtes épidémiologiques ont permis de lever l'équivoque. En 1967, sous la houlette de la section de parasitologie du Centre Muraz de Bobo-Dioulasso, une enquête menée par M. Lamontellerie dans les localités de Banfora et de Niangoloko, a montré que parmi les filarioses endémiques dans la zone il y avait la dracunculose. Au cours de cette enquête, la présence du ver de Guinée a été relevée dans 71 des 147 villages visités soit 48,3% (M. Lamontellerie, 1972., p. 793). De 1971 à 1979 le pays a enregistré au total environ 500 000 cas soit une moyenne de 3 776 cas déclarés par an (J-P. Chippaux, 1994, p. 75). Les rapports du ministère de la santé relevaient en 1986 la présence de la maladie dans la quasi-totalité des trente provinces que compte le pays. Seules les provinces du Bazèga, de la Gnagna, du Gourma, de la Kossi et du Nahouri n'avaient pas notifié de cas. Les vingt-cinq restantes ont notifié des cas allant de 01 à 157 selon les provinces. On peut mieux cerner l'ampleur de la maladie à travers le tableau n°1.

⁵ Ministère de l'environnement et de l'eau, 1997, *Rapport d'étude sur la perception traditionnelle de maladies d'origine hydrique*

chez les peul, Ouagadougou, Ministère de l'environnement et de l'eau, p. 66.

Tableau n°1 : La dracunculose au Burkina Faso de 1971 à 1992

Année	Nombre de cas
1971	5822
1972	4404
1973	4008
1974	6277
1975	1557
1976	830
1977	2885
1978	2694
1979	2565
1980	2620
1981	2134

Année (suite)	Nombre de cas (suite)
1982	3485
1983	4362
1984	1739
1985	2382
1986	1894
1987	1957
1988	1069
1989	5323
1990	42187
1991	1305
1992	1784

Sources :

- Richards F, 1987, *La dracunculose au Burkina Faso : rapport final du consultant épidémiologiste des centres pour le contrôle des maladies, Arlington, Vector Biology and Control Project, p.72.*
- Ministère de la santé, 2010, *Rapport national sur les activités d'éradication du ver de Guinée au Burkina Faso, Ouagadougou, Ministère de la santé, pp.17-24.*

A travers ce tableau on décrypte une forte morbidité de la maladie avec une moyenne de 2 3276 cas déclarés par an. Ces chiffres ne sauraient être exhaustifs. Ils seraient plus alarmants avec une méthodologie de collecte des données plus précise et minutieuse comme ce fut le cas en 1990. Il faut savoir que dans un contexte de pays en développement la fréquentation des centres de santé n'avait pas encore bien intégré les habitudes des populations surtout rurales qui étaient plus attirées vers la médecine traditionnelle. De nombreux cas non déclarés peuvent alors rester non comptabilisés. Toutefois, les données de 1976 et 1990 suscitent quelques analyses. En effet, sans une action concrète de lutte on a enregistré une baisse fulgurante des chiffres. Il s'agirait ici sans doute d'un défaut de collecte des données. Aussi, faut-il le rappeler, dès janvier 1975 le pays a connu une restructuration administrative (le pays

compte désormais 10 départements administratifs correspondant aux secteurs sanitaires). Ne peut-on pas lier cette baisse à cette réforme ? Par contre, en 1990, en prélude d'une importante action contre le ver de Guinée une enquête nationale devait permettre de fournir les données plus précises sur la maladie. Cette enquête devait permettre d'élaborer une cartographie du ver de Guinée et les chiffres sont très évocateurs du niveau d'endémicité du pays car 2621 villages sur 8068 étaient touchés par la maladie⁷.

Les provinces du Bam et de l'Oubritenga renfermaient les taux d'endémicité les plus élevés du pays selon le tableau n°2.

⁶ Ce résultat est ainsi obtenu en considérant la période de 1971 à 1992 (soit 21 ans) et les données du tableau n°1. Il corrobore celui déjà énoncé par J-P. Chippaux qui, sur la période de 1971 à 1979 (soit 10 ans), relève une moyenne de 3 776 cas déclarés par an.

⁷ Ministère de la santé, 2010, *Rapport national sur les activités d'éradication du ver de Guinée au Burkina Faso, Ouagadougou, Ministère de la santé, p. Annexe 8.*

Tableau n°2 : L'endémicité dans les deux provinces pilotes de 1989 à 1992

Province	Villages enquêtés	Villages endémiques	Taux
Bam	254	143	56%
Oubritenga	307	219	71%
Total	561	362	64,5%

Source : Ministère de la santé, 2010, *op. cit.*, p. 15.

Cette maladie a constitué un véritable problème de santé publique à partir des années 1970, au regard du nombre de personnes affectées et de ses multiples conséquences socio-économiques pouvant atteindre un milliard de franc CFA de perte annuelle (T.R. Guiguemdé, 1986, p. 112). En effet, le malade est frappé par son immobilité pendant quelques mois et, le plus souvent, en période des travaux champêtres. Ce qui réduit inéluctablement les rendements agricoles comme le confirme Larba Ouédraogo : « l'année où tu développes la maladie, elle te rend inefficace au champ et tu ne peux rien récolter. Tu n'auras donc qu'un grenier vide »⁸. Cela est lié au fait que le malade est souvent alité pendant quelques semaines par suite des douleurs causées par l'apparition du ver et autres complications. C'est pourquoi certaines populations identifient la dracunculose comme la "maladie qui vide les greniers". Elle menace plus les populations qui intègrent les plans d'eau de surface dans leur système d'approvisionnement en eau de boisson. Elle est aussi considérée

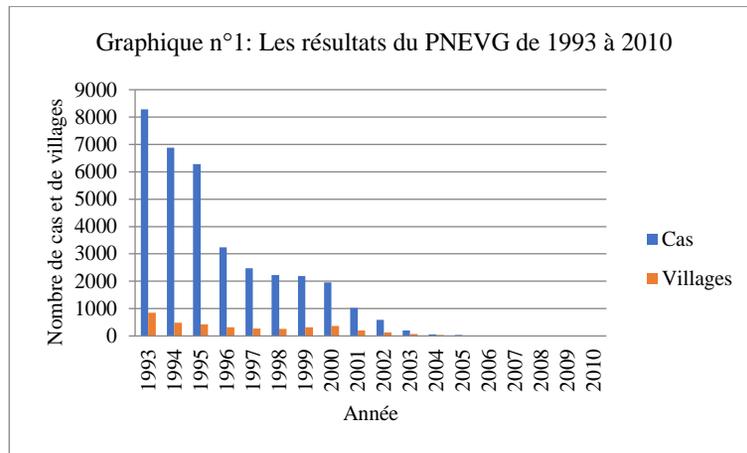
comme une maladie de la pauvreté et de grandes actions devaient être engagées à son encontre.

2.3. La mise en œuvre du PNEVG et ses résultats

Une campagne mondiale d'éradication de la dracunculose a été lancée dans le début des années 1980. L'OMS considérait que la dracunculose touchait 3,5 millions de personnes réparties dans 20 pays⁹. En 1991, l'Assemblée mondiale de la santé a approuvé les efforts en vue de l'éradication de la dracunculose pays par pays et s'est fixé pour objectif l'arrêt de la transmission avant 1995 et la certification de l'éradication à l'échelle mondiale d'ici la fin des années 1990. (OMS, 1996, p. 3). En s'inscrivant dans la dynamique de la communauté internationale d'éliminer cette maladie le plus tôt possible, le Burkina Faso a constitué en 1984, une commission nationale de lutte contre la dracunculose. A cet effet, il a été élaboré un programme de lutte contre le ver de Guinée dont l'objectif final était le contrôle, voire l'élimination de la maladie. Or toute élimination doit être sanctionnée par la certification de l'OMS. Il s'agit d'une reconnaissance des bons résultats du programme d'un pays. C'est ainsi qu'il a été mis en œuvre en 1992 le Programme national d'éradication du ver de Guinée (PNEVG) au Burkina Faso. Ses actions ont permis de mieux contrôler le ver de Guinée et le graphique n°1 nous montre les résultats remarquables des actions entreprises contre la maladie.

⁸ Ouédraogo Larba, 62 ans, Ménagère, Goanga/Bam, 20/09/2012

⁹ OMS, 2019, *Dracunculose (maladie du ver de Guinée)*, [En ligne] [https://www.who.int/fr/news-room/facts-in-pictures/detail/dracunculiasis-\(guinea-worm-disease\)](https://www.who.int/fr/news-room/facts-in-pictures/detail/dracunculiasis-(guinea-worm-disease))



Source : Ministère de la santé, 2010, *op. cit.*, p. 24.

Ce graphique indique ici les bons résultats engrangés par le PNEVG concernant la maladie. Il présente le nombre de cas et le nombre de villages endémiques par année depuis la mise en œuvre du programme. Avant la mise en œuvre du programme, la situation du ver de Guinée était très alarmante au Burkina Faso. Les villages pouvaient aussi bien héberger des cas autochtones (il s'agit de ceux qui pris la maladie sans avoir quitté leur lieu d'habitation) que des cas importés (des populations qui ont pris la maladie dans un pays étranger avant de rejoindre son village du Burkina Faso).

3. DISCUSSION

3.1. Les actions engagées contre le ver de Guinée au Burkina Faso

Le Burkina Faso, suivant l'élan de la communauté internationale de vaincre le ver de Guinée avant 1995, a engagé de nombreuses actions contre la maladie. Les luttes n'ont pas été que modernes. Les savoirs endogènes ont été aussi mis à contribution.

➤ **La lutte traditionnelle :** Il est très capital pour les populations de savoir pourquoi la maladie apparaît chez cette personne à ce moment-là et à cet endroit. Pour elle une maladie n'arrive jamais au hasard. Il faut toujours aller consulter les guérisseurs et les charlatans pour déceler de quelle maladie il s'agit, et pourquoi les choses sont arrivées ainsi et à lui (A. Meulenbrock, 1990, p. 65). En effet, le monde n'est pas seulement fait de visible. Il est aussi invisible et c'est celui qui détermine même la vie de l'homme. Ainsi dans le système de soin traditionnel, le thérapeute

recherche l'étiologie et les causes des maladies avant de proposer un traitement spécifique selon les maladies. La thérapie qu'il donne constitue une restauration d'un ordre rompu.

Dans de nombreux cas, la dracunculose se traite par l'extraction manuelle du ver enroulé autour d'un bâtonnet ou d'une ficelle. Cet exercice peut durer des semaines. Cette pratique très ancienne reste encore utilisée par de nombreux malades. Comme dans la majorité des formes de traitement de maladie, il est aussi fait usage de certaines plantes (écorces, feuilles, racines, fleurs...). Selon A. R. Gbary, le traitement traditionnel repose sur des extraits végétaux et concernent entre autres les applications de cataplasmes de feuilles, de produits à base de poudre d'arbre et de beurre de karité, l'inhalation de vapeurs d'infusions diverses, l'application de sève d'arbre, l'absorption de décoctions de racines (A. R. Gbary et al. 1987b, pp. 246-249).

On peut observer chez les traitants de l'Afrique de l'ouest, l'utilisation courante de 4 espèces végétales pour les soins thérapeutiques de cette maladie : *Annonca senegalensis* (pommier cannelle du Sénégal), *Calotropis procera* (pommier de Sodome), *Parkia biglobosa* (néré), *Stachytarpheta indica* (verveine) (J-P Chippaux, 1994, p. 91). Les Burkinabè étaient persuadés que l'on pouvait guérir de la dracunculose. Sibidi Zombré par exemple propose un remède contre ce mal composé de carapace de tortue et de plante saisonnière dénommée *Stylechiton lancifolus* (oûla en moré). Cette plante est brûlée jusqu'à calcination. La fumée qui se dégage est orientée

vers la zone malade qui loge le ver, ou son orifice de sortie du corps du malade ; ce qui accélère la sortie du ver en quelques jours¹⁰. Quant à Larba Ouédraogo, il fait savoir qu'il existait une poudre noire que l'on versait sur la partie où le ver semble se trouver afin de provoquer du pus. En quelques jours la partie éclate et il y sort un ver blanchâtre, le ver de Guinée. Cette sortie peut durer deux à trois mois. Une fois le corps débarrassé du ver alors on traite la partie comme une plaie ordinaire et c'est fini¹¹. Toutefois, il ressort des analyses de nombreux auteurs que tous ces modes de traitement sont inefficaces en termes de résultat.

➤ **La lutte moderne :** En ce qui concerne cette forme de lutte il faut noter que cette maladie ne dispose pas de traitement médicamenteux fiable. Il existe tout de même des tentatives de traitements symptomatiques qui généralement n'ont pas un fort effet curatif. Cependant, cela permet de soulager le malade par une baisse sensible de l'inflammation et favorise une extirpation plus rapide de la filaire (R.K. Ziba, 1991, p. 36). La chaîne de transmission de la dracunculose peut alors être interrompue par certains protocoles. Cela permet d'éliminer la maladie car il n'existe pas d'hôte intermédiaire dans cette chaîne et F. Richards soutient qu'une interruption de la transmission de maladie pendant seulement une année pourrait théoriquement éliminer totalement la maladie d'une communauté (F. Richards, 1987, p. 33). L'initiative pour l'élimination de cette maladie au Burkina Faso voit le jour en 1982. En 1983, une étude a été menée sur la lutte contre la dracunculose par l'éducation sanitaire dans trois villages hyper-endémiques Nofesso, Mitieredougou, et Panga dans le Sud-Ouest. En deux ans, par la mise en œuvre de cette approche s'inspirant du un guide « Éliminons le Ver de Guinée », la maladie a été éradiquée dans ladite zone d'étude (A.R. Gbary et al., 1987a, p. 392). Ce guide qui était destiné à l'agent de santé communautaire, indique deux mesures de prévention : l'une collective et l'autre individuelle. Il s'agissait selon ce guide de respecter les règles d'hygiènes suivantes :

- ceux qui ont le ver de Guinée ne doivent pas entrer dans les mares ;

- chacun doit toujours filtrer l'eau avec un tamis filtre avant de la boire.

Pour améliorer les performances du pays en matière de lutte contre le ver de Guinée, les autorités du Conseil national de la révolution (CNR) ont entrepris une étude en 1985 en vue d'élaborer un nouveau plan de lutte. Jusqu'en 1989, de nombreuses techniques ont été employées dans la lutte contre la maladie dans le Sud-Ouest. Il s'est agi de l'éducation pour la santé, du traitement chimique des points d'eau au Témophos et des deux combinées dans dix villages endémiques (T.R. Guiguemdé et al., 1991, p. 446). C'est en prélude d'une vaste campagne de lutte qu'il fut mis en œuvre, un Projet pilote de lutte contre la dracunculose dans les provinces du Bam et de l'Oubritenga. Les activités ont été entre autres : le recensement actif de tous les villages affectés, la formation des agents de santé, des campagnes d'éducation pour la santé, l'approvisionnement en eau potable et la distribution des tamis pour le filtrage de l'eau avant la boisson. Les résultats de ces différentes études ont influencé les décisions prises à la 39^e assemblée mondiale de la santé qui s'est tenue à Genève en 1986 (il s'agit de la résolution WHA 39.21). A cette importante rencontre la stratégie adoptée comprenait : la surveillance active, une éducation pour la santé, le contrôle vectoriel, une prophylaxie personnelle et un apport en source d'eau potable assainie afin d'éliminer l'infection avant décembre de l'année 1995 (OMS, 2008, p. 4). Il était alors nécessaire d'améliorer l'accès à l'eau potable des populations, ce qui aurait sans doute un impact positif dans la lutte contre la maladie. La dracunculose pouvait être supprimée par la seule consommation d'eau potable. En avril 1981, le Comité directeur inter-institutions pour la coopération dans le cadre de la Décennie internationale de l'eau potable et de l'assainissement (1981-1990) considérait que l'élimination de la dracunculose était un indicateur du succès de ladite Décennie. D'où l'adoption de la résolution WHA34.25 la même année par l'Assemblée mondiale de la Santé qui reconnaît que la Décennie offre l'occasion d'éliminer la dracunculose. Conscients du rapport entre l'eau et la santé, les pouvoirs publics ont mis en œuvre une

¹⁰ Zombré Sibidi, 78 ans, Tradipraticien, Ouargaye, 16/04/2012

¹¹ Ouédraogo Larba, 62 ans, Ménagère, Goanga/Bam, 20/09/2012

L'élimination de la dracunculose ou la maladie du ver de guinée au Burkina Faso (1963-2011)

politique de l'eau dont les résultats ont été l'amélioration du taux d'accès à l'eau potable dans les centres gérés par l'Office National de l'Eau et de l'Assainissement (ONEA). Ce taux était de 74% en 2005 (MAHRH, 2006, p. 27). Selon le Ministère de l'Agriculture, de l'Hydraulique et des Ressources Halieutiques (MAHRH) :

« depuis le démarrage de l'hydraulique rurale au Burkina-Faso, près de 48 000 points d'eau modernes ont été réalisés dont 30 000 sont fonctionnels [...] Grâce à ces infrastructures, 60% de la population rurale disposait effectivement en 2005 d'un accès qualifié de "raisonnable" à l'eau potable » (MAHRH, 2006, p. 13.)

3.2. La certification de l'élimination du ver de Guinée au Burkina Faso

En engageant la lutte contre le ver de Guinée, les autorités du pays avaient pour objectif la certification qui s'inscrit dans un long et périlleux processus commençant par la pré-certification qui est une phase transitoire. En 2007, l'action du gouvernement a consisté à la création par Arrêté d'un comité technique national de pré-certification de l'éradication du ver de Guinée présidé par le parasitologue Robert T. Guiguemdé. Ce comité avait pour mission de :

- suivre l'exécution du programme national d'éradication du ver de Guinée
- explorer les cas de ver de Guinée suspectés ou notifiés
- vérifier la tenue des documents du programme à tous les niveaux

Le Burkina Faso ne pouvait pas alors réussir cette lutte qu'à travers une synergie d'actions et de ressources, car un seul cas peut retarder l'objectif de l'élimination de quatorze mois. En effet, selon l'OMS :

« la transmission est considérée comme interrompue dans un pays lorsque celui-ci n'a notifié aucun cas pendant 14 mois consécutif. Il peut alors entrer dans une période de pré-certification pendant au moins 3 ans, au cours desquels une

surveillance intensive doit se poursuivre »¹².

Lorsque la transmission de la maladie est arrêtée et la surveillance maintenue pendant au moins trois ans sans notifier de cas autochtone alors le pays, après une évaluation de la commission internationale pour la Certification de l'Éradication de la Dracunculose (CICED), reçoit de l'OMS la certification. Avant d'apprécier les efforts du pays, cette structure procède par :

- vérifier l'exactitude des données du rapport ;
- examiner l'indicateur de l'approvisionnement à l'eau potable des zones infectées ;
- mener des enquêtes de l'absence de transmission et des risques de réintroduction de la maladie ;
- évaluer le système de surveillance.

La communauté internationale s'est bien engagée dans ce combat. C'est ainsi que pour accompagner les pays très endémiques à atteindre les résultats de certification, les partenaires de l'OMS ont fait le choix de contribuer de façon significative à la lutte contre cette maladie. Ainsi, Health & Development International (HDI) par l'intermédiaire du Centre de collaboration de l'OMS, s'est proposée de donner une allocation budgétaire de 1 000 ou 2 000 dollars US par an destinée uniquement aux patients, ou également aux volontaires des villages. Et cela aussi longtemps que possible suivant la durée de l'effort d'élimination et des gages du pays à faire une gestion correcte des fonds fournis. Les pays désirant bénéficier de cette allocation devraient récompenser les populations selon les critères suivants :

- ✓ le patient doit accepter se soumettre à des mesures d'enrayement adéquates, (l'extraction chirurgicale ou alternativement, l'immersion contrôlée et/ou le bandage)
- ✓ le patient doit coopérer en aidant le programme d'éradication afin de déterminer le lieu où le patient a pu être infecté ;

¹² OMS, 2018, « Dracunculose (maladie du ver de Guinée) », www.who.int, mis en ligne le 25 avril 2018

- ✓ le cas doit être vérifié par un ou plusieurs membres du personnel médical, possédant la formation adéquate."¹³

Au démarrage du programme de lutte en 1993, le pays avait une endémicité de 8 281 cas. Les résultats des luttes engagées contre cette maladie sont assez remarquables sur le graphique n°1 car on peut y observer une nette régression des chiffres. Cela est nécessairement imputable à une conjugaison d'actions de dépistage, d'éducation pour la santé, de meilleur approvisionnement en eau potable, de motivation ou de récompense de la déclaration des cas etc. La lettre circulaire n° 07/0841/MS/SG/DGS/DLM du 23 juillet 2007, du ministère de la santé a annoncé un système de récompenses en nature pour les agents de santé villageois qui notifient des cas de dracunculose au même titre que les patients ayant eux-mêmes signalé leur cas. Ces récompenses se composent de couvertures, de nattes, de chapeaux de paille, de seaux, de t-shirts et de casquettes (Centre de collaboration de l'OMS pour la recherche, la formation et l'éradication en matière de dracunculose, 2007, p. 9). Cette mesure, en plus de démontrer le niveau de pauvreté a donné un coup d'accélérateur à la lutte. Elle a contribué de façon non négligeable à identifier des cas et d'améliorer les résultats. Au regard de ses bons résultats à l'issue des évaluations, le Burkina Faso s'est inscrit sur la liste des pays ayant vaincu le ver de Guinée. En Septembre 2011, le pays a été certifié par l'OMS comme un pays ayant réussi le contrôle et l'élimination de la maladie du ver de Guinée. Pour prévenir la propagation de la maladie par les cas importés, de nombreuses rencontres transfrontalières ont aussi été tenues de 2000 à 2010. En effet, jusqu'en 2008, le Burkina Faso enregistrait des cas importés de chacun de ses pays limitrophes. Ces rencontres devaient permettre de connaître la situation de la maladie dans chacun des pays et les mesures prises pour son contrôle.

CONCLUSION

En 2011, soit près d'un demi-siècle d'action contre la dracunculose (1963-2011), le Burkina Faso a été certifié comme un pays ayant réussi à éliminer la

maladie. Ces résultats forts intéressants sont la combinaison de plusieurs facteurs. En effet, au lendemain de l'indépendance du Burkina Faso en 1960, les populations surtout rurales étaient confrontées au problème d'approvisionnement en eau potable. C'est pourquoi le ver de Guinée sévissait de façon endémique dans les zones rurales où les populations intègrent les plans d'eau de surface dans leur système d'approvisionnement en eau de boisson (J.N. Poda et al, 1998, p. 36). Il est évident que de nombreuses actions ont été menées dans le domaine de l'approvisionnement en eau des populations. Elles ont permis de passer à un taux de 30% en 1976 à 74% en 2005. On dira donc que d'une part, ils sont liés à l'amélioration des conditions de vie des populations par leur facile accès à l'eau potable. D'autre part ils sont soutenus par la discipline d'hygiène dans la communauté locale en matière de gestion des points d'eau et des personnes atteintes de dracunculose : c'est l'éducation sanitaire qui, si elle est bien menée « constitue la solution la plus économique et la plus rentable à long terme pour l'anéantissement de la maladie » (OMS, 2008, pp. 9-10). En une décennie de lutte dans le cadre d'un programme, le Burkina Faso a pu relever un défi de taille, celui de la victoire contre cette maladie qui continue de menacer de nombreuses populations sous d'autres cieux en Afrique. Alors la garde ne saurait être baissée au risque de replonger dans le cycle infernal de cette maladie.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

BADO Jean-Paul, 1995, « La maladie de l'eau en Haute-Volta de la conquête à 1932 », MASSA Gabriel et MADIEGA Y. Georges (dir), La Haute-Volta coloniale : Témoignage, recherches, regards, Paris, Karthala, pp. 401-411

BANTENGA Moussa Willy, 2016, « Production agricole et alimentaire au Burkina Faso : quelques traits des évolutions récentes », BANTENGA Moussa Willy (dir), Histoire rurale du Burkina Faso, Ouagadougou, Presses universitaires de Ouagadougou, pp. 13-29

Centre de collaboration de l'OMS pour la recherche, la formation et l'éradication en matière

¹³ SEIM Anders R., 1993, *La Récompense HDI de la Lutte Contre la Dracunculose. Un système pour des récompenses en espèces dans le programme d'éradication globale de la dracunculose*, [En

ligne] <https://hdi.no/project/la-recompense-hdi-de-la-lutte-contre-la-dracunculose/>

L'élimination de la dracunculose ou la maladie du ver de Guinée au Burkina Faso (1963-2011)

de dracunculose, 2007, Résumé de la dracunculose, Genève, Department of health et human services.

CHIPPAUX Jean-Philippe, 1994, Le ver de Guinée en Afrique : Méthode de lutte pour l'éradication, Paris, Editions de l'ORSTOM.

DREYFUS Simone et NICOLAS-VULLIERME Laurence, 2000, La thèse de doctorat et le mémoire : étude méthodologique (sciences juridiques et politiques) troisième édition, Paris, Edition CUJAS.

GBARY Akpa Raphaël, GUIGUEMDE T. Robert et, OUEDRAOGO Jean-Baptiste, 1987a, « La dracunculose un fléau éradiqué dans trois villages du Burkina Faso par l'éducation sanitaire », Bulletin de la société de pathologie exotique, 80, pp. 390-395

GBARY Akpa Raphaël, GUIGUEMDE T. Robert et, OUEDRAOGO Jean-Baptiste 1987b, « Dracunculose : étude des croyances et attitudes des populations en zone endémique de savane (Burkina-Faso) », Bulletin de la Société de Pathologie Exotique, 80, pp. 242-251

GUIGUEMDE T. Robert, GBARY Akpa Raphaël et OUEDRAOGO Jean-Baptiste, 1991, « Contrôle de la dracunculose par trois techniques au Sud-Ouest du Burkina Faso : efficacité comparée des techniques », Médecine Tropicale vol 51 n°4, pp. 445-450

GUIGUEMDE T. Robert, 1986, « Comment chiffrer le coût économique des maladies tropicales dans une collectivité rurale », Bulletin de la société de pathologie exotique, 79, pp. 108-113

LAMONTELLERIE Michel, 1972, « Résultats d'enquêtes sur les filarioses dans l'ouest de la Haute-Volta (cercle de Banfora) », Annales de Parasitologie. t. 47, n° 6., pp. 789-838

MEULENBROEK Anne, 1990, La conception des maladies chez les moosi dans la région de Basma (Burkina Faso), Kaya, PEDI.

Ministère de l'Agriculture, de l'Hydraulique et des Ressources Halieutiques (MAHRH), 2006, Programme National d'Approvisionnement en Eau Potable et d'Assainissement. Document de programme, Ouagadougou, MAHRH, 55 p.

Ministère de l'Economie et des Finances (MEF), 2010, Profil des régions du Burkina Faso, Ouagadougou, SONAZA Imprimerie, 226 p.

Ministère de l'environnement et de l'eau, 1997, Rapport d'étude sur la perception traditionnelle de

maladies d'origine hydrique chez les peuls, Ouagadougou, Ministère de l'environnement et de l'eau, 81 p.

Ministère de la santé publique, 1978, Le profil sanitaire du pays, Ouagadougou, Ministère de la santé publique, 187 p.

Ministère de la santé, 2010, Rapport national sur les activités d'éradication du ver de Guinée au Burkina Faso, Ouagadougou, Ministère de la santé, 31 p.

OMS, 1984, Comment lutter contre la dracunculose ? (Rapport d'un atelier), Washington DC, National Academy Press.

OMS, 2008, Eradication de la dracunculose, Genève, Service de production des documents de l'OMS.

OMS, 2018, « Dracunculose (maladie du ver de Guinée) », www.who.int, mis en ligne le 25 avril 2018

OMS, 1996, Critères de certification de l'éradication de la dracunculose, Genève, OMS.

PODA Jean-Noël et al, 1998, « Gestion de l'eau et maladies d'origine hydrique dans le terroir de Donsin au Burkina Faso : cas du ver de Guinée », Revue CAMES, N°00, pp. 36-39.

RICHARDS Frank, 1987, La dracunculose au Burkina Faso : rapport final du consultant épidémiologiste des centres pour le contrôle des maladies, Arlington, Vector Biology and Control Project, 116 p.

SEIM Anders R., 1993, La Récompense HDI de la Lutte Contre la Dracunculose. Un système pour des récompenses en espèces dans le programme d'éradication globale de la dracunculose, Genève, Fondation Pro Victimis, [En ligne] <https://hdi.no/project/la-recompense-hdi-de-la-lutte-contre-la-dracunculose/>

ZIBA Rasmata Katia, 1991, Approche géographique de la dracunculose au Burkina Faso : projet d'étude, Mémoire de DEA, Géographie, Université de Bordeaux III, Institut de Géographie Tropicale, 116 p.

ZIDA M. Yalagré, 2010, Historique de la dracunculose au Burkina Faso : aspects épidémiologiques et lutte, Thèse de doctorat d'Etat, Médecine, université de Ouagadougou, UFR/SDS, 155 p.



STRATEGIES DE MAINTIEN DES PRE-COLLECTEURS PRIVES DANS LA GOUVERNANCE LOCALE DES DECHETS SOLIDES MENAGERS A BOUAKE

STRATEGY FOR MAINTAINING PRIVATE PRECOLLECTORS IN THE LOCAL GOVERNANCE OF HOUSEHOLD SOLID WASTE IN BOUAKE

¹ ZOUHON Lou Nazié Michèle,...

¹ Université Félix Houphouët-Boigny, Institut d'Ethnosociologie,
zouhon2017@gmail.com

ZOUHON Lou Nazié Michèle, Stratégies de maintien des pré-collecteurs privés dans la gouvernance locale des déchets solides ménagers à Bouaké, *Revue Espace, Territoires, Sociétés et Santé* 5 (10), 313-326, [En ligne] Décembre 2022, URL: <https://retssa-ci.com>

Résumé

Cette étude a pour objectif principal d'analyser les stratégies de maintien des pré-collecteurs privés de Bouaké dans la gouvernance locale des DSM. Pour atteindre cet objectif, l'hypothèse suivante a été formulée : le maintien des pré-collecteurs privés dans la gouvernance locale des DSM à Bouaké est lié à la mise en place d'un mécanisme locale de gestion des DSM et à un service de pré-collecte privé plus proche des ménages. Deux théories ont été convoquées, l'une portant sur la théorie de l'acteur stratégique et l'autre sur le modèle mandant-mandataire. La démarche méthodologique a pris en compte la recherche documentaire, l'enquête par entretien et l'observation. L'étude a été menée auprès des

pré-collecteurs, de la délégation ANAGED, de la Mairie, des leaders communautaires et religieux, et des ménages. Les données recueillies, soumises à une analyse de contenus, ont permis de comprendre que les pré-collecteurs se maintiennent dans la gouvernance locale des DSM à cause du cadre de concertation des acteurs qui a permis de les associer à la gestion des déchets par la négociation d'un contrat de sous-traitance. Ce mécanisme permet de minimiser les risques de conflits entre les acteurs de la pré-collecte et de les maintenir dans le circuit de pré-collecte. L'étude indique également que les pré-collecteurs continuent de mener des activités dans la commune parce qu'ils offrent un service rapproché et flexible.

Cette étude est une contribution à la réflexion sur la problématique de l'insertion des acteurs informels dans le système de gestion publique des DSM en Côte d'Ivoire.

Mots clés : Stratégie de maintien, gouvernance locale, pré-collecteurs privés, déchets solides ménagers.

Abstract

The main objective of this study is to analyze the retention strategies of the private pre-collectors of Bouaké in the local governance of the Household Solid Waste (HSW). To achieve this objective, the following hypothesis was formulated: the maintenance of private pre-collectors in the local governance of MSW in Bouaké is linked to the establishment of a local mechanism for managing MSW and a pre-collector service. -private collection closer to households. Two theories have been convened, one on the theory of the strategic actor and the other on the principal-agent model. The methodological approach took into account documentary research, interview survey and observation. The study was conducted with pre-collectors, the ANAGED delegation, the Town Hall, community and religious leaders, and households. The data collected, subjected to a content analysis, made it possible to understand that the pre-collectors are maintained in the local governance of the HSW because of the consultation framework of the actors which made it possible to associate them with the management of waste by the negotiation of a subcontract. This mechanism makes it possible to minimize the risk of conflict between the pre-collection actors and to keep them in the pre-Collection circuit. The study also indicates that the pre-collectors continue to carry out activities in the municipality because they offer a close and flexible.

This study is a contribution of the reflexion on the problem of the insertin of informal actors in the public management system of HSW in Côte d'Ivoire.

Keywords : Maintenance strategy, local governance, private precollectors, household solid waste

INTRODUCTION

Les modèles de gestion des ordures ménagères proposés par les gouvernements en Côte d'Ivoire comme partout en Afrique de l'Ouest n'ont pas atteint les résultats escomptés, la collecte des ordures ménagères est toujours partielle. La question a fait l'objet d'études sous divers angles (A. Tini, 2003, p. 111 ; PUIUR, 2011, p. 42 ; S. Diabagaté, 2017, p.123). Alors que de nombreux écrits ont montré l'importance des travailleurs informels dans la réduction du flux des ordures ménagères (R. Rose, 2017 ; O.B. Eviar et al, 2013 ; C.Y-K Quonan ; F. Gohourou, 2018), ces derniers restent insuffisamment associés à la gestion des DSM. En cela, la réflexion sur la problématique de l'insertion des acteurs informels dans le système de gestion publique des DSM mérite encore d'être menée.

La Côte d'Ivoire, à l'instar d'autres pays africains, a confié par délégation, la gestion des ordures ménagères de ses grandes villes à des entreprises privées (J. Sotamenou, 2010, p. 2). Malgré ce mécanisme mis en place, Bouaké, la deuxième ville de la Côte d'Ivoire, a longtemps été confrontée à l'insalubrité. La ville est située au centre de la Côte d'Ivoire, au carrefour de grands axes routiers. Grâce à cette position stratégique, le secteur privé se développe et attire de nombreuses personnes. Conséquence, la population de cette localité évolue rapidement. En effet, selon l'Institut National de la Statistique (INS, 1988, 1998 et 2014), la population de Bouaké qui était estimée à 60 000 habitants en 1960, est passée en 1998 à 461 618 habitants, puis à 536 186 habitants seize ans plus tard (INS, 2014). Aussi, suite à la crise militaro-politique de 2002, la ville est restée sous l'occupation de la rébellion armée de 2002 à 2010. Cette période a favorisé le développement de commerces et autres activités économiques à cause de l'absence de taxes officielles du gouvernement (Y. J. A. Assue, 2017). L'augmentation rapide de la population couplée aux activités économiques et l'insuffisance de la collecte des déchets sont à l'origine de la prolifération des ordures

ménagères dans la ville. En 2014, près de 321 tonnes de déchets ménagers y sont produites chaque jour pour seulement 110 tonnes collectés et mis en décharge quotidiennement (S. Diabagaté, 2017, p.122). Malgré les projets initiés par le gouvernement et ses partenaires pour rendre salubre la commune, le service public de gestion des DSM reste ponctué de difficultés et le problème des ordures reste entier à Bouaké. La ville est partiellement couverte par le service public de gestion des déchets (S. Diabagaté, 2017, p. 132). Par ailleurs, la crise militaro-politique de 2002 a conduit à la fermeture et à la délocalisation de certaines unités industrielles vers d'autres villes et détruit de nombreux emplois. Ce qui a impacté le niveau de vie des populations de Bouaké. Le taux de pauvreté a augmenté, passant de 32% en 2002 à 57% en 2008 (DSRP, 2009). Ce taux a régressé et atteint la barre de 54,9% en 2015 (ENV 2015). Selon les statistiques, la région de Gbêkè fait partie des régions les plus marquées par la sévérité de la pauvreté avec un taux (5,2%) sensiblement égal à celui de la ville d'Abidjan qui est de 5,1% (ENV, op. cit.). Face à l'incapacité des entreprises officielles à assurer le service dans tous les quartiers de la ville, le travail informel s'est invité dans l'enlèvement des ordures sur le territoire communal par manque d'un emploi rémunéré. Des pré-collecteurs informels se sont constitués en associations pour assurer le service de pré-collecte dans certaines zones de la ville. Les autorités avaient même entrepris un processus de professionnalisation de la filière déchet ménager à Bouaké dans l'optique d'une gestion rationnelle. Les pré-collecteurs de DSM ont été répertoriés et regroupés en fédération. Mais depuis 2007, la Côte d'Ivoire est entrée dans une nouvelle ère de gestion de la salubrité des communes. En effet, le gouvernement ivoirien a créé par décret n°2017-692 du 25 octobre 2017 l'Agence Nationale de Gestion des Déchets (ANAGED), établissement public à caractère industriel et commercial, pour améliorer la gouvernance du secteur des déchets. La gestion du service de propreté de la commune de Bouaké

a été concédée aux entreprises MOYA SA et TIELOU Service par voie contractuelle (Journal officiel, 2017). Conformément à cette nouvelle disposition réglementaire, les pré-collecteurs informels et privés ne sont plus autorisés à mener l'activité de pré collecte des déchets solides ménagers (DSM). Pourtant à Bouaké, les associations de pré-collecteurs privés continuent de fournir ce service en parallèle du système formel. Leurs interventions ne sont remises en cause ni par la délégation ANAGED, ni par les entreprises contractantes. Cette situation amène à analyser les stratégies mobilisées par les acteurs pour le maintien des associations des pré-collecteurs privés dans la gouvernance locale des DSM à Bouaké.

L'objectif principal de cette étude est d'analyser les stratégies de maintien des associations des pré-collecteurs privés de Bouaké dans la gouvernance locale des DSM. Pour atteindre cet objectif, l'hypothèse suivante a été formulée : Le maintien des pré-collecteurs privés dans la gouvernance locale des DSM à Bouaké est lié à la mise en place d'un cadre de concertation des acteurs, à la sous-traitance de l'activité de pré-collecte aux associations de pré-collecteurs et à un service de pré-collecte privé plus proche des ménages.

Deux théories ont été convoquées, l'une portant sur la théorie de l'acteur stratégique et l'autre sur le modèle mandant-mandataire. La théorie de l'acteur stratégie est une théorie des organisations qui consiste à attirer l'attention des chercheurs sur les relations de pouvoir qui existent entre les acteurs de l'organisation et les règles implicites qui gouvernent leurs interactions. Cette théorie est issue des travaux de Crozier et Friedberg (1977). Ces auteurs conseillent d'analyser une organisation en se penchant sur les rapports de pouvoir qui la structurent et rendent les comportements des acteurs intelligibles. Cette approche a un rapport avec notre étude dans la mesure où nous nous intéressons aux relations qui existent entre les acteurs parties prenantes et les stratégies mobilisées par chacun des acteurs en présence pour préserver ses intérêts. Ainsi les motivations

inavouées ont rendu possible la mise en place d'un mécanisme local de gestion des DSM.

Notre travail pourrait aussi s'inscrire dans la perspective du modèle théorique mandat-mandataire. Le transfert des droits de propriété et l'arrangement institutionnel, selon R. Coase soutient la non opposition entre marché et Etat dans le processus du développement économique. Le partage de la rente organisationnelle est au centre de la négociation contractuelle entre les partis qui collaborent, et il ne donne pas une solution unique, mais une infinité de solutions, formée par l'ensemble des partages acceptables par les parties en cause. Dans le cadre de la collaboration entre les associations de pré-collecteurs et les entreprises officielles, si les entreprises contractantes acceptent de confier une partie de leurs tâches aux associations de pré-collecteurs, et si ces dernières ont accepté le principe, c'est que les deux parties savent ou pensent qu'elles peuvent tirer des avantages dans cette collaboration facilitée par la délégation de l'ANAGED. En effet, dans l'impossibilité de faire la pré collecte dans toutes les zones de la commune de Bouaké, les entreprises TIELOU Service et MOYA SA confient certaines zones difficiles d'accès et périphériques aux prés collecteurs locaux. Ces derniers acceptent cet arrangement informel pour maintenir leurs emplois. Le modèle mandat-mandataire semble être le modèle théorique type pouvant permettre l'analyse de la relation entreprises publiques de gestion des DSM et les associations de pré collecteurs de Bouaké.

1. Méthodologie

1.1. Site et participants

La ville de Bouaké, appelée Gbêkèkro jusqu'en 1900, est la deuxième ville la plus peuplée du pays après Abidjan. Localisée au Centre-Nord de la Côte d'Ivoire, la commune de Bouaké est située à environ 350 km d'Abidjan et à 107 km de Yamoussoukro la capitale politique de la Côte d'Ivoire. Faisant partie administrativement du

District de la Vallée du Bandama et Chef-lieu de la Région du Gbêkê, Bouaké compte cinq Chef-lieu de sous-préfectures dont Bouaké. L'historique de la gestion des déchets à Bouaké montre que pendant des décennies cette gestion a été ponctuée de difficultés aussi bien dans les relations entre les structures de tutelle et les municipalités que dans le respect des engagements financiers vis-à-vis des entreprises délégataires des services de collecte, transport et mise en décharge des DSM. Ces difficultés n'ont pas permis l'atteinte des résultats escomptés. La population de Bouaké qui, selon le RGPH de 2014, était estimée à 536 719 habitants est en pleine croissance démographique. En effet, du fait de sa situation géographique qui fait d'elle un carrefour migratoire, la ville de Bouaké accueille toute une mosaïque d'ethnies venant des autres régions du pays et aussi de la sous-région. Par ailleurs, en 2003 et 2013, des initiatives avaient été prises, respectivement par l'ONG CARE et le Ministère de la Salubrité, pour professionnaliser la filière déchets Solide Ménagers dans plusieurs villes de la Côte d'Ivoire dont Bouaké. Les associations de pré-collecteurs de la commune ont été organisés en faitière, un groupement d'intérêts économiques. C'est pour ces raisons précitées que la ville de Bouaké a été ciblée par notre étude.

Concernant les participants, six catégories d'acteurs ont fait l'objet d'enquête. Il s'agit des autorités institutionnelles (délégation d'ANAGED, Direction générale de l'environnement), des services techniques de la Mairies, des leaders communautaires et religieux, des pré-collecteurs de la faitière de pré-collecte des déchets solides ménagers et des ménages. Ces catégories d'acteurs ont été interrogées au regard de leur implication dans la gestion des déchets solides ménagers de la ville de Bouaké.

1.2. Méthodes

Dans le cadre de notre étude, deux méthodes de recherche ont été utilisées : la méthode

systémique et la méthode dialectique. La première a permis de considérer le système de gestion publique des DSM que l'on cherche à comprendre le fonctionnement à travers les comportements des acteurs (ANAGED, associations des pré-collecteurs, entreprises MOYA SA. et Tielou Service, ménages). Quant à la méthode dialectique, elle nous a permis de mettre l'accent, dans l'explication, sur les contradictions entre la réalité de la gestion publique des DSM et les pratiques en cours dans la commune.

Sur le plan du traitement des données, nous avons procédé à une analyse qualitative. Les entretiens semi directifs ont été réalisés en vue de comprendre les logiques et les stratégies mobilisées par chacun des acteurs, les stratégies d'insertion des pré-collecteurs dans le système de gestion des DSM et les réactions des entreprises contractantes (MOYA SA. et TIELOU Service). Aux entretiens s'ajoute l'observation comme technique de collecte de données. Cette technique a permis de constater les indicateurs matériels de l'effectivité des pratiques des acteurs de la filière gestion, sans oublier la nature et l'état des équipements de gestion des DSM sur le terrain. Aussi, nous avons utilisé des guides d'entretien qui ont été administrés individuellement et collectivement dans le cadre de focus groupes.

Les informations issues de ces entretiens et observations ont fait l'objet d'analyse, les résultats sont présentés dans les paragraphes qui suivent.

2. RESULTATS

Les résultats de l'enquête montrent que les stratégies de maintien des pré-collecteurs privés dans la gouvernance locale des DSM à Bouaké consistent en la mise en place d'un cadre de concertation des acteurs locaux de la filière gestion des DSM, en la sous-traitance de l'activité de pré-collecte aux pré-collecteurs

privés et en un service privé de pré-collecte plus proche des ménages.

2.1. Mise en place d'un cadre de concertation des acteurs

La mise en place du cadre de concertation répond au souci d'implication de tous les acteurs, y compris les pré-collecteurs privés, dans la gouvernance locale des DSM. Un comité technique composé des responsables techniques des structures gouvernementales concernées par la gestion des DSM est chargé de suivre l'exécution des activités de pré-collecte et de collecte sur le terrain et d'informer régulièrement les acteurs de la filière gestion des difficultés constatées dans sa mise en œuvre. Le cadre de concertation réunit les acteurs, parties prenantes dans la gestion des DSM à l'échelle communale qui sont présentés dans les lignes qui suivent.

2.1.1. Cartographie des acteurs, parties prenantes au cadre de concertation de la filière gestion des DSM

Ce cadre institutionnel local de la gestion des déchets n'est précisé par aucun texte spécifique. Les informations ont été obtenues sur la base des entretiens avec les participants à l'étude.

- **Délégation régionale de l'ANAGED**

Dans le cadre de sa politique de déploiement sur l'étendue du territoire national, l'ANAGED a procédé, outre le District Autonome d'Abidjan, à la création de plusieurs délégations régionales dont celle de Bouaké. Cette délégation de service public de propreté, adopté effectivement à Bouaké depuis 2019, comprend les opérations de collecte, de transport, de valorisation, d'élimination des déchets solides ainsi que le nettoyage dans les collectivités territoriales (Régions et communes). La délégation ANAGED Bouaké n'a pas de compétences propres, elle est une structure déconcentrée qui agit suivant les orientations de l'ANAGED. Elle sert d'interlocuteur entre les différents acteurs de

Stratégies de maintien des pré-collecteurs privés dans la gouvernance locale des déchets solides ménagers à Bouaké

la région de Bouaké, notamment les opérateurs du secteur de la gestion des déchets solides pour le compte d'ANAGED.

La délégation régionale assure la coordination et le suivi des activités selon un plan de travail qui est évalué et mis à jour lors des réunions de coordination organisées périodiquement avec tous les responsables techniques.

- **Bureau National d'Études Techniques et de Développement (BNETD)**

Le BNETD est le maître d'œuvre, en charge du suivi et du contrôle des activités des prestataires, notamment au niveau de la décharge de Bouaké. Il a pour rôle de suivre les activités de collecte au niveau de la décharge et certifie les tonnages des déchets collectés par les entreprises en charge de cette activité. Le BNETD est sous la responsabilité de la délégation régionale de l'ANAGED Bouaké et rend compte des quantités de déchets collectés au niveau de la décharge, prépare les attachements pour le paiement des entreprises de prestation (TIELOU Service et MOYA SA).

- **Mairie de Bouaké**

Dans la politique actuelle de gestion des déchets solides, aucun texte ne précise expressément l'intervention des Mairies et donc celle de Bouaké. Des entretiens avec les parties prenantes, on retient que la Mairie de Bouaké apporte son appui à la délégation régionale d'ANAGED, notamment en accompagnant l'encadrement des organisations de la société civile et les-pré collecteurs privés de DSM. En outre, la Mairie de Bouaké dispose d'une brigade d'hygiène et de salubrité dont les activités tournent essentiellement autour de la réception des plaintes de certains ménages contre les mauvaises pratiques du voisinage en matière d'hygiène et de salubrité, ainsi que de recherche de solutions pour le règlement d'éventuels conflits.

- **Opérateurs TIELOU Service et MOYA SA**

On distingue deux opérateurs prestataires bénéficiant de contrats du service de propreté de la ville de Bouaké. Ce sont les opérateurs bénéficiant de contrat de délégation de service public de propreté : entreprises TIELOU Service et MOYA SA. Les missions de ces deux opérateurs sont en substance la collecte et le transport des déchets solides ménagers et assimilés à la décharge publique, le balayage et le nettoyage des voies publiques, le curage et l'entretien des caniveaux afférents aux voies à balayer, le désherbage et l'entretien des espaces publics et des espaces verts, ainsi que la mise en décharge des déchets ménagers et assimilés collectés dans la commune de Bouaké.

L'entreprise TIELOU Service, en plus du contrat de propreté, bénéficie d'un contrat de gestion de la décharge publique de Bouaké.

- **Organisations de la Société Civile et Pré collecteurs**

Les enquêtes permettent de dire que les organisations de la société civile, dont font parties les associations des pré-collecteurs, participent aux opérations de gestion des DSM à travers le curage des caniveaux et le nettoyage des rues, procèdent à la sensibilisation des populations et apportent un appui aux activités de la délégation ANAGED de Bouaké.

- **Ménages**

Les enquêtes révèlent également que les ménages participent à la gestion des DSM en assurant le conditionnement des DSM, les font sortir hors de la concession pour la pré-collecte ou pour leur élimination. A ce titre, ils sont représentés lors des rencontres du cadre de concertation par les leaders communautaires et religieux désignés par leur soin. Le tableau ci-dessus récapitule les acteurs et leur niveau de responsabilité (Tableau n°1).

Tableau n°1 : Récapitulatif de la responsabilité des acteurs de la filière gestion des DSM

Acteurs	Responsabilités
ANAGED	<ul style="list-style-type: none"> - Autorité responsable de la compétence en matière de gestion des déchets solides ; - Contractualise avec les prestataires privés ; - Assure la planification, la coordination, le suivi-évaluation des services ; - Assure la gestion fiduciaire ; - Participe à la sensibilisation des populations
BNETD	<ul style="list-style-type: none"> - Contrôle et suivi des activités des entreprises de collecte et gestion de la décharge de Bouaké.
Mairie de Bouaké	<ul style="list-style-type: none"> - Définit la politique locale - Impulse une synergie des acteurs ; - Supervise l'intervention des différents acteurs ; - Assure la sensibilisation et la mobilisation sociale ; - Met à disposition une brigade municipale d'hygiène.
Prestataires privés	<ul style="list-style-type: none"> - Opérateurs bénéficiant de contrat de délégation de service public de propreté pour les zones 1 et 2 de Bouaké et la décharge ; - Assure le service de collecte, de transport des ordures ménagères et leur mise en décharge.
Pré-collecteurs formels	<ul style="list-style-type: none"> - Assure la pré-collecte
Ménages	<ul style="list-style-type: none"> - Assure le conditionnement des déchets solides dans des contenants ; - Font sortir les déchets hors de la concession ; - Participent financièrement à la gestion des ordures.

Source : Notre enquête, Août 2020

2.1.2. Organisation de réunions périodiques du cadre de concertation

Des réunions de coordination des activités de collecte et de pré-collecte, ainsi que de retours de terrain sont organisées de façon périodique entre les acteurs dans les locaux de l'ANAGED à Bouaké. Ces réunions se font en présence de tous les acteurs concernés par la gestion des DSM (délégation d'ANAGED, Direction générale de l'environnement, services techniques de la Mairies, des leaders communautaires et religieux, des groupements et ONG, et des ménages). Ce cadre permanent de concertation des acteurs, a permis l'intégration des 19 PME de pré-collecte dans le circuit de gestion des DSM en leur attribuant de commun accord des zones d'intervention. En effet, l'accroissement de la ville de Bouaké s'est accompagné d'un étalement urbain avec l'apparition de vastes zones informelles d'habitats non régulées et non loties, rendant le service public de collecte des déchets plus complexes. Le cadre de la

concertation a permis aux acteurs de la filière gestion des DSM de s'accorder sur un mécanisme local de gestion. Ainsi, la faitière des pré-collecteurs privés, en accord avec la délégation ANAGED, la Mairie de Bouaké et les entreprises officielles, accepte d'assurer le service de pré collecte dans des zones non desservies. Ce qui permettra de prendre en charge les déchets qui y sont produits pour les acheminer aux points de groupages. La délégation de l'ANAGED, sur recommandation de la Mairie de Bouaké, témoin de la motivation et du sérieux de ce groupement d'intérêts économiques, décide de coopérer avec elles pour combler les insuffisances des entreprises contractantes. De ce fait, les représentants des associations participent aux réunions hebdomadaires de coordination.

2.2. Sous-traitance de l'activité de pré-collecte à la faitière des pré-collecteurs

La collecte et le transport des déchets solides se réfèrent à la prise en charge de ces déchets depuis

les sites de production ou des points de regroupement jusqu'à leur transport à la décharge. Dans certains quartiers de la ville, principalement les quartiers qui n'ont pas de bacs ou de coffres à proximité ou les zones mal desservies, la pré collecte permet de résorber ces handicaps. A Bouaké, ces services sont officiellement dévolus à TIELOU Service et MOYA SA, deux entreprises privées qui ont remporté l'appel d'offre lancé en 2017 par l'ANAGED dans le cadre du recrutement d'entreprises prestataires. La ville a été divisée en deux zones et chaque zone a été confiée à un opérateur pour une durée d'environ trois ans. La zone une avec 20 quartiers est confiée à l'entreprise MOYA SA et la zone deux avec 21 est gérée par TIELOU Service. Mais dans la pratique, elles ont sous-traité la pré collecte des déchets de certaines zones de la ville aux associations des pré collecteurs qui exerçaient déjà un service parallèle au service formel. En effet, dans le cadre d'un contrat négocié avec les entreprises contractantes sous la houlette de l'ANAGED, une partie du service de pré collecte des déchets solides ménagers a été confiée à cet acteur majeur de la pré-collecte.

2.2.1. Historique des TPE de pré-collecteurs de DSM de Bouaké

Les associations de pré-collecteurs qui exercent sur le territoire de Bouaké sont au nombre de 19. Ce sont des groupements de pré-collecteurs qui se sont constitués en faitière. Reconnus par l'ANAGED, ces groupements constituent le prolongement de la collecte formelle des DSM dans les endroits inaccessibles aux engins des entreprises formelles. Pour ce qui est de l'historique de cette faitière, il ressort des entretiens avec les membres de l'association que l'initiative de se fédérer a été prise par l'ANASUR à la suite du projet CARE. En effet de 2007 à 2008, l'ONG CARE, dans le cadre du projet d'«Appui à la bonne gouvernance de gestion communautaire de la salubrité dans les Municipalités de Bouaké et Korhogo» a renforcé les capacités de ces deux communes en matière

de gestion des déchets solides. Ce projet consistait à développer les compétences des acteurs de la filière déchets dans ces villes, en structurant une gestion communautaire et participative des déchets. Dans l'ensemble, le projet CARE avait réussi à mettre en place 50 comités d'assainissement (CA) avec la création de 288 emplois directs (dont 84% d'hommes), et a fourni un appui financier à 240 personnes vulnérables (CARE, 2008). Tout le personnel de CA a ensuite bénéficié d'un renforcement de capacité technique et financière sur la gestion communautaire des déchets solides. En 2008, l'évaluation faite sur le projet a montré que le système communautaire permettait de réduire de 65% (CARE, op. cit.) le coût de gestion des déchets solides par un prestataire privé à Bouaké. Sur la base de ces résultats, selon le président de la faitière, l'Agence Nationale de la Salubrité Urbaine (ANASUR) les a aidé à se professionnaliser pour mieux organiser et coordonner leurs activités sur le terrain. Depuis 2012, toujours selon le premier responsable de cette association, les équipes de pré-collecteurs ont continué de couvrir tous les quartiers de la ville de Bouaké, même les quartiers les plus difficiles d'accès.

2.2.2. Une délimitation des zones d'intervention des TPE de pré-collecteurs

Dans le cadre du contrat négocié avec l'appui de l'ANAGED, les associations des pré-collecteurs privés ont obtenues certaines zones de la commune à exploiter. Ces zones sont situées, pour la plupart, à la périphérie de Bouaké et généralement difficiles d'accès aux engins des entreprises officielles. La répartition et la délimitation des zones d'intervention des entreprises officielles et des pré-collecteurs privés permettent un meilleur suivi et une bonne coordination des activités de pré collecte et de collecte par le BNETD et la délégation de l'ANAGED. Bien que nous n'ayons pas pu entrer en possession des données chiffrées sur les quantités collectées, nous avons visité une ville relativement propre, le délégué ANAGED de

Bouaké dira en substance à ce sujet que le nombre de dépôts sauvages a nettement diminué dans la ville avec la répartition des zones. Les zones confiées à ces associations sont classées en deux catégories. Il y a des zones dites difficiles d'accès dont l'état des voiries est défectueux ou les voies très étroites ne facilitant pas l'accès aux

camions de collecte. Et des zones dites impraticables (absence de route bitumée). Les deux zones sont réparties entre l'ensemble des 19 associations intervenant dans la ville de Bouaké. Le tableau ci-dessous (Tableau n°2) situe sur la répartition et les zones d'intervention de chacune des organisations de la faitière.

Tableau n°2: Répartition des organisations de pré collecte en fonction des quartiers d'intervention

N°	Organisation	Zones d'intervention
1	O.R.G.A.P	Belle ville 2
2	KLEENE Pré collecte	Municipal
3	S.P.G.C	Air France 1
4	GIE E.S.U	Tollakouadiokro, Niamienyakakro, Kodjakro, Kodjakoffikro)
5	KOFFADE	Houphouet ville, Outoukolessou (Broukro)
6	SIRVOM/MAKAMBA	Nimbo, Air France 1 (route 15 à 26)
7	MAKAMBA	Kennedy et une partie de SOKOURA
8	E.S.G.E	N'gattakro, commerce (partielle), Ahougnassou 1, Broukro
9	AMANI Services	N'dakro ou Ahougnassou 2
10	G.P.O.M	Municipal (derrière foyer jeune viateur), Tchelekro
11	EURO Bouaké	Sokoura
12	THYSNER	Air France 3, Sokopao
13	G.R.O.M	Pas de quartier précis/ Intervention dans les gares routières
14	GIE 2/GPOMC	Beaufort, terminus Gbaka (zone industrielle)
15	GIE 2/GAB	Habitat, Maroc, Cité de l'air, une partie de Beaufort et zone industrielle
16	GIE 3	Belleville 1, 2, Djamourou, Dar Es Salam (coté CAFOP)
17	S.O.G.O.M	Cité CIDT, Nanaville (derrière l'Université)
18	S.C.O.M.D	Commerce, Nimbo habitat
19	IVOIRE Services	Broukro

Source : Notre enquête, Août 2020

A la mise en place du mécanisme local de gestion des DSM (cadre de concertation des acteurs et la sous-traitance d'une partie de la pré-collecte aux pré-collecteurs privés, s'ajoutent les stratégies mobilisées par ces derniers pour s'assurer de la confiance des ménages et autres producteurs de déchets.

2.3. Stratégies mobilisées par les groupements de la faitière pour se maintenir dans le système de gestion de DSM

Les pré-collecteurs privés adaptent leur service aux conditions de vie des ménages des quartiers desservis. Cela se traduit par une offre personnalisée, privilégiant le « porte à porte » et une flexibilité dans le recouvrement du coût du service. Toutes leurs activités sont coordonnées par la faitière.

2.3.1. Un service personnalisé

L'activité des pré-collecteurs, dans le cadre du contrat négocié, a commencé par le

recensement des ménages et leurs besoins en matière de collecte de déchets. Il faut dire, selon les responsables rencontrés, que cette étape n'a pas été difficile puisque les associations étaient déjà en contact avec les ménages. Les activités se déroulent de la manière suivante : les agents pré collecteurs passent chez les clients (ménages) pour ramasser les ordures et les acheminer vers les centres de transit dont ils connaissent parfaitement l'emplacement. Un autre agent commis par la faitière pour le recouvrement des fonds passe chaque fin de mois dans les ménages abonnés pour le paiement du service. Il en profite pour recenser les plaintes des clients et en discuter avec les agents concernés. Dame O.P, ménagère à Soukoura, traduit cette réalité en ces termes :

« Depuis cinq mois que je me suis abonnée à leur service là, ce sont les mêmes jeunes qui viennent ici, ils sont deux. Quand il y a un problème ou quand ils sont occupés et qu'ils ne peuvent pas venir, leur patron m'appelle pour que je prenne mes dispositions ».

Ces propos sont soutenus par M.K quand il affirme que :

« Les responsables de ces agents sont sérieux, une fois il y a eu des manifestations chez moi et il fallait que je me débarrasse des ordures produites parce qu'il y avait trop de fruits pourris, je les ai appelés et ils m'ont envoyé quelqu'un pour les ramasser ».

Ainsi, les pré-collecteurs sont à l'écoute des demandeurs de services (abonnés) avec qui ils entretiennent des relations personnalisées. De même, ils s'adaptent aux réalités de chaque zone d'intervention.

Le service est également plus proche de par la méthode de collecte des DSM dans les ménages.

2.3.2. Un service privilégiant la méthode du « porte à porte »

La méthode de porte à porte privilégiée par les pré-collecteurs privés de Bouaké est la stratégie la plus appréciée par les ménages parce qu'elle n'exige pas d'effort aux "clients", qui ne font que déposer leurs poubelles chargées devant leurs concessions et l'évacuation ou l'acheminement aux points de regroupement ou de collecte revient à ces acteurs privés. Ainsi ils ne sont plus obligés de faire des kilomètres pour évacuer leurs ordures ou se soucier du passage des véhicules de ramassage d'ordures. Les agents de pré-collecte se rendent dans les domiciles pour récupérer les DSM comme l'on peut l'observer sur la photo ci-dessous (Photo n°1).

Photo n°1 : Agent de pré-collecte en activité à Broukro



Source : Notre enquête, Août 2020

En outre, le service se fait à une fréquence régulière. Ce qui soulage la majorité des ménages qui, pour la plupart, éprouvent des difficultés pour le conditionnement de leurs ordures, le discours tenu par L.H en témoigne :

« Les gens utilisent ici les sachets ou les sacs vides de riz, donc ce n'est pas facile de conserver les ordures pendant longtemps, surtout quand ce sont les restes de nourritures. C'est pourquoi les ménage apprécient ces jeunes pré-collecteurs qui sont fréquents dans le quartier ».

La photo n°2 ci-dessous présente les conditions de conservation des DSM dans certains ménages de la commune.

Photo n°2 : Dispositifs de conditionnement des déchets dans les ménages à N'gatakro (Bouaké)



Source : Notre enquête, Août 2020

La régularité du service s'aperçoit aussi dans les résultats des échanges avec les travailleurs. En effet, des entretiens avec la faitière des pré collecteurs, il ressort que chacune des 19 organisations emploie trois à quatre agents techniques et un responsable, et que la répartition des zones d'intervention qui est faite permet aux agents d'assurer le service en moyenne trois fois par semaine. Les entretiens avec les agents pré-collecteurs révèlent également que trois agents sur quatre travaillent tous les deux jours. Certains

arrivent même à faire plusieurs rotations par jour. Selon leurs témoignages, deux sur quatre déclarent effectuer cinq rotations par jour. La rotation est définie comme une opération de pré collecte complète auprès des ménages ou clients suivie d'un dépotage des déchets pré collectés dans un point de groupage.

2.3.3. Un service flexible dans le recouvrement

Le mode de paiement du service fourni par les pré-collecteurs privés est variable et laissé à l'appréciation des ménages ou clients. Pendant que certains acceptent de le régler de façon hebdomadaire, d'autres au contraire le payent par mois. En effet, à côté des abonnés, il y a certains ménages qui payent le service à la tâche. Selon les témoignages reçus auprès des ménages et des premiers responsables des précollecteurs, deux ménages sur six préfèrent payer le service chaque fin de semaine et deux sur six chaque fin du mois.

En plus, il est possible de négocier une rallonge en cas de difficultés financières comme cela transparait dans les propos de Z.E, leader communautaire, quand il dit :

« Avec eux, il est toujours possible de négocier, quand tu es un bon client, c'est-à-dire un bon payeur, le jour où tu as les difficultés et que tu te confies à celui qui vient prendre l'argent, il te donne un autre délai, donc il n'y a pas de stress à avoir à ce niveau ».

Selon les témoignages reçus auprès des ménages et des premiers responsables de la faitière des pré-collecteurs, deux ménages sur six préfèrent payer le service chaque fin de semaine et deux sur six chaque fin du mois. Toutes ces stratégies mobilisées permettent aux pré-collecteurs et leur faitière de bénéficier de la confiance des ménages et donc de s'imposer comme des acteurs incontournables dans la gestion des DSM dans la commune de Bouaké.

3. DISCUSSION

Ce travail s'est fixé pour objectif d'analyser les stratégies de maintien des pré-collecteurs privés dans la gouvernance locale des DSM à Bouaké. Les résultats des enquêtes montrent que le maintien des pré-collecteurs est lié à la mise en place d'un mécanisme local de gestion (cadre de concertation et sous-traitance de l'activité de pré-collecte) et des stratégies mobilisées par ces derniers pour mériter la confiance des ménages. En effet, le mécanisme mis en place permet une bonne collaboration entre les entreprises contractantes et les pré-collecteurs privés.

3.1. Une collaboration réussie par la mise en place d'un mécanisme local de gouvernance des DSM

A. Tini (2003, p. 217) avait déjà mis en lumière la cohabitation de deux systèmes de gestion des DSM dans ses travaux de thèse sur la ville de Niamey au Niger. A ce sujet, il évoque la cohabitation d'un système formel et d'un autre informel comme deux pratiques utilisées pour la gestion des déchets ménagers dans les villes africaines, confirmant ainsi les résultats obtenus. En effet, lorsque les services de la structure en charge du service public de gestion des ordures ménagères n'arrivent pas à enlever la totalité des déchets produits par les ménages, s'organise le service informel ou communautaire pour l'enlèvement de ces déchets. Le système de gestion négocié qui a abouti à l'intégration des pré-collecteurs privés a l'avantage de mettre en relation les principaux intervenants (les entreprises MOYA, TIELOU Service et la faitière des pré collecteurs) du maillon de la collecte à travers un cadre de concertation. La mise en relation de ces deux acteurs majeurs aux expertises riches et variées crée une complémentarité dans la gestion locale des DSM en limitant la concurrence et les conflits. Une pareille stratégie a été présentée par L.Y. Maystre et al (1994) qui accordent une place centrale à la bonne gouvernance. Ces auteurs avancent que la gestion des déchets passe par

l'établissement d'un cadre permanent de concertation de toutes les parties prenantes à savoir : les ménages, les entreprises ou les communes. Allant dans le même sens, T. Thuy (1998) évoque la nécessité d'une concertation des différents intervenants et l'élaboration d'une stratégie. Selon l'auteur, il n'existe aucun schéma-type de gestion des déchets étant donné que les schémas évoluent sans cesse en se réadaptant en fonction de la taille de la population. Ce partenariat entre les opérateurs du service public et la faitière des pré-collecteurs de Bouaké (sous-traitante du service de pré collecte) peut être un gage certain de réussite de la filière déchets à Bouaké si les références liées au dit partenariat sont bien formalisées assorties de documents officiels pour une continuité du service de pré collecte des déchets. Cela suppose la création d'une vraie administration des déchets à Bouaké pour une meilleure gestion de la filière. Cette proposition est soutenue par J. P. Léonard (1991), pour qui une gestion durable des déchets, doit sortir de la logique de gestion purement publique qui est aussi confrontée à des contraintes administratives, politiques, économiques et sociales par la délégation d'une partie du service à des acteurs privés. Tout comme Léonard, M. Durand (2012) propose, en substance, de mettre en place un système partagé de gestion entre collectivités locales et les acteurs du secteur informel. Il est convaincu que ce système permettrait une amélioration progressive du secteur, non seulement en matière de leurs conditions de travail mais également en qualité de service offert à la population et à leur cadre de vie. Abordant dans le même sens, S. Touré (2005), s'intéressant à l'efficacité du service public des déchets délégués aux opérateurs privés, porte son analyse sur les formes des organisations du service de la gestion des déchets ménagers et les relations entre acteurs publics et privés pour la détermination d'une structure contractuelle optimale.

3.2. Mobilisation de stratégies de la part des acteurs de la pré-collecte pour bénéficier de la faveur des ménages

Les enquêtes révèlent également que les pré-collecteurs usent du rapprochement pour avoir la faveur des ménages et se maintenir dans la gouvernance des DSM à Bouaké. Les stratégies mobilisées par les pré-collecteurs de Bouaké mises en évidence dans ce travail sont en conformité avec celles identifiées par O.B. Eviar et al. (2013, p.133) dans la commune d'Abobo. Selon ces auteurs, l'activité de pré-collecte est développée dans la commune d'Abobo et le mode de collecte des déchets est le « porte à porte ». L'étude indique que 34% des ménages de la commune se sont abonnés à la méthode de porte à porte de pré-collecte. Justifiant le choix de ce mode d'évacuation des DSM, C.Y-K Quonan et F. Gohourou (2018, p.5) évoquent l'absence de contrainte dans cette stratégie. Les résultats obtenus par ces auteurs montrent que Certains ménages de Cocody et Yopougon qui ont recours au service des pré-collecte parce qu'ils le trouvent pratique. Cet aspect "pratique de la pré-collecte" se retrouve à 85,2 % dans l'habitat résidentiel et 59,6 % dans l'habitat économique à Cocody. Au niveau de Yopougon, ils représentent 74,1 % des ménages de l'habitat résidentiel, 67,4 % de l'habitat économique et 90% de l'habitat spontané. Les résultats des enquêtes indiquent également que les agents pré-collecteurs de Bouaké profitent des activités de recouvrement de fonds dans les ménages pour échanger, recenser les plaintes et en discuter avec les agents concernés. Ce résultat est en rapport avec celui obtenu par Coulibaly et al (2010) quand les auteurs attestent que les différents modes de traitement qui passaient « inaperçus » ou « favorables » peuvent avoir des impacts néfastes. Ils suggèrent donc l'éducation, l'information et la sensibilisation de la population pour renforcer la collecte et le système de gestion des déchets.

CONCLUSION

Au terme de l'étude, il ressort que le maintien des pré-collecteurs privés dans la gouvernance des DSM à Bouaké résulte des mécanismes et approches

développés par les acteurs locaux. En effet, un cadre de concertation permanent est mis en place et permet aux acteurs locaux de discuter des sujets et actions à mener pour améliorer la gestion des déchets produits dans la commune. Ce cadre a permis aux acteurs de négocier une forme de coopération entre les opérateurs MOYA SA, TIELOU Service et les pré-collecteurs privés. Ainsi, les opérateurs officiels ont accepté de sous-traiter une partie des zones de pré-collecte, réduisant ainsi les risques de conflits et de concurrences sur le circuit de la pré-collecte. En outre, la flexibilité dont font preuve les pré-collecteurs, ainsi que la personnalisation du service se révèlent comme des stratégies pour attirer la faveur des ménages afin de se maintenir dans l'activité. Au regard de l'importance de l'activité de pré-collecte dans la réduction du flux des déchets et de l'incapacité des opérateurs officiels à assurer le service de pré-collecte dans toutes les zones de la commune de Bouaké, un mécanisme local de gestion des DSM, associant les travailleurs privés, doit être privilégié par les autorités locales. La nouvelle loi ivoirienne sur la gouvernance des DSM ne peut être un obstacle à la collaboration des entreprises contractantes et les acteurs informels, pourvu que leur collaboration soit encadrée par les pouvoirs publics.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- BANGOURA Marie-Rose, 2017, "Gestion des déchets solides ménagers et ségrégation socio-spatiale dans la ville de Conakry". Géographie, Université Toulouse le Mirail - Toulouse II, Français.
- BERTOLINI Gérard et BRAKEZ Moustapha. 2008, « Gestion des déchets, innovations et territoires. Retours d'expériences et recherche contextuelle », dans *Marché et organisations* 2008/2 (N°7), p. 92-113.
- BRISOUX Lucie et ELGORRIAGA Pierre : "Les enjeux de la gestion des déchets à Abidjan : la vitrine de la Côte d'Ivoire face aux défis de l'insalubrité". Rapport d'expertise 2017-2018.
- CABINET EDE-ECOPSIS, 2021, "Rapport de l'étude diagnostic du système de gestion des déchets solides de la ville de Bouaké".
- DIABAGATE Souleymane, 2017, "Gestion des ordures ménagères dans la ville de Bouaké et les

Stratégies de maintien des pré-collecteurs privés dans la gouvernance locale des déchets solides ménagers à Bouaké inégalités socio spatiales et environnementales''. Thèse de Doctorat. Université Paris 8 Vincennes Saint Denis. 268 p.

DIABAGATE Souleymane, KONAN Kouamé Pascal, 2018, « Gestion des ordures ménagères dans la ville de Bouaké, sources d'inégalités socio spatiales et environnementales ». Revue Espace Territoires, Sociétés et Santé, Vol. 1, N°2, pp. 126- 142

DURAND Mathieu, 2012 'la gestion des déchets dans une ville en développement : comment tirer profit des difficultés actuelles à Lima ?' Flux-Cahiers scientifiques internationaux. Réseaux et Territoires, Métro polis, université Paris-Est Marne la vallée, n°87 (1), pp 18, 10.3017/flux. 087.0018. halshs-02195472.

EVIAR Ohomon Bernard, ATTA Koffi, GOGBE Téré, « Stratégies de gestions des cadres et conditions de vie des populations à Abobo », European Scientific Journal, Volume 9, N°29, pp.128-143.

Gevalor, 2015 'Rapport final : Etude sur la valorisation des déchets organiques dans le District d'Abidjan en vue de la réduction des polluants climatiques à courte durée de vie''.

LEONARD Jean-François, et LEVEILLEE Jacques, 1989. 'Rapport sur la production et le traitement des déchets domestiques à Montréal, vol. 1 et vol. 2, Université du Québec Montréal.

MAYSTRE Lucien Yves et al, 1994. 'Déchets urbains : Nature et caractérisation''. Presses Polytechniques et Universitaires romandes. Lausanne, 219 p.

Ministère de la Construction, du Logement et de l'Assainissement Urbain (MCLAU), 2014, 'Schéma Directeur d'Urbanisme (SDU) de Bouaké''. Diagnostic stratégique. Phase 1, 208 p.

N'DA Paul, 2015, 'Recherche et méthodologie en sciences sociales et humaines Réussir sa thèse, son mémoire de master ou professionnel, et son article'', édition l'Harmattan, P. 284.

OUMAROU Mohammed Ben, 2015 'Caractérisation expérimentale des déchets solides municipaux pour la production d'énergie en République du Niger''.

Journal américain de recherche énergétique ; 3(2): 32-36.doi: 10.12691/ajer-3-2-3.

QUONAN Christian Yao-Kouassi, GOHOUROU Florent : « L'influence de la pré-collecte des ordures ménagères sur la qualité de la salubrité dans le District d'Abidjan (Côte-d'Ivoire) ». Environnement, Ingénierie & Développement, EPI sciences, 2018, N°76, avril 2018, pp.3-10. (10.4267/dechets-sciences-techniques.3761). (hal-02402184). Consulté le jeudi 25 Août 2022 à 13 heures.

SOTAMENOU Joël, 2010, La délégation du service public de gestion des déchets solides en Afrique : A la recherche d'indicateurs de performance, 9th International conférence of territorial intelligence, ENTI, Strasbourg, France, 13 p.TERRABO Ingénieurs Conseil, 2010, 'Étude de caractérisation des déchets urbains du District d'Abidjan''.

TINI Apollinaire, 2003, 'La Gestion des Déchets Solides Ménagers à Niamey au Niger : Essai pour une Stratégie de Gestion Durable'' ; Thèse de doctorat de l'Institut National des Sciences Appliquées de Lyon ; N° d'ordre 03 ISAL 0084 ; Ecole Doctorale : Economie, Espace et Modélisation des Comportements ; Spécialité : Géographie, Aménagement, Urbanisme.

TOURE Sékou, 2005, 'Résultats préliminaires d'une enquête sur la capacité et la volonté des administrés à payer les services de collecte des déchets solides dans leur commune'', Séminaire régional USAID/RPCI, La privatisation des services municipaux et la participation communautaire locale, Abidjan, 17-19 mai 1993.

Articles de presse en ligne

Journal officiel de République de la Côte d'Ivoire, 14 décembre 2017 sur la loi relative à la nouvelle politique de gestion des déchets solides en Côte d'Ivoire.

Politique nationale de salubrité : Anne Oulotto révèle les objectifs visés par la création de L'ANAGED, 10 novembre 2017, Abidjan.net

Salubrité : le gouvernement annonce la dissolution de l'ANASUR et du FFPSU, et la création de l'ANAGED, 25 octobre 2017, Abidjan.net



Groupe de Recherche Espace Territoires Sociétés Santé

ISSN-L : 2617-3085
ISSN-Impr.: 2664-2344

www.retssa-ci.com/gretssa/