



RETSSA

REVUE ESPACE, TERRITOIRES, SOCIÉTÉS ET SANTÉ

ISSN-L : 2617-3085

VOL. 3-N°6, Déc. 2020

ISSN-Impr.: 2664-2344

DOSSIER THEMATIQUE

SANTÉ MATERNELLE, NEONATALE ET INFANTILE EN AFRIQUE : ANALYSE DE LA SITUATION ET PERSPECTIVES

TOME I

Santé maternelle, néonatale et infantile en Afrique : analyse de la situation actuelle



SOUS LA COORDINATION DE :

*Dre YMBA Maïmouna, Dr ADIKO Adiko Francis,
Dr EBA Konin Arsène, Dr GOUATAINE Seingue Romain*



rev.tssa@gmail.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) 08 03 90 40

(225) 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 Félix Houphouët-Boigny Abidjan

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, Maître de Conférences, Université Félix Houphouët-Boigny, Abidjan
- YAO Gnambeli Roch, Professeur Titulaire, Université Félix Houphouët-Boigny, Abidjan
- OLADOKOUN Wonou David, Professeur Titulaire, Université de Lomé, Togo
- 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, Maître de Conférences, 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

SOMMAIRE

Dossier Thématique : « Santé maternelle, néonatale et infantile en Afrique: Analyse de la situation et perspectives »

Tome 1: Santé maternelle, néonatale et infantile en Afrique : analyse de la situation actuelle

YMBA Maimouna, ADIKO Adiko Francis, EBA Konin Arsène et GOUATAINE SEINGUE Romain

Editorial tome 1 : Santé maternelle, néonatale et infantile en Afrique : Analyse de la situation actuelle----- 2-11

1ère Partie : Considérations théoriques et méthodologiques sur l'épidémiologie de la santé maternelle, néonatale et infantile -----12

1- COMPAORE Yacouba, LANKOANDE Yempabou Bruno et DIANOU Kassoum

Inégalités de mortalité néonatale entre quartiers formels et informels à Ouagadougou (Burkina Faso) : éclairage à partir des données de l'observatoire de population de Ouagadougou ----- 13-28

2- GONGA François et BASKA TOUSSIA Daniel Valérie

Facteurs de recrudescence du paludisme chez les enfants de zéro à cinq ans : cas du district de santé de Kar-Hay (extrême-nord, Cameroun) ----- 29-43

2ème Partie : Considérations sur l'accès aux services de santé maternelle, néonatale et infantile-----44

3- LARE Babénoun et OURO-GBELE Zoukouloulou

Les disparités socio-spatiales dans l'accès aux soins de santé maternelle et infantile dans la préfecture de l'OTI (Nord-Togo) ----- 45-56

4- MAKITA-IKOUAYA Euloge

Déterminants des accouchements à domicile dans les villes d'Afrique Subsaharienne : cas de l'agglomération de Libreville (GABON) ----- 57-66

5- N'DOLI Stéphane Désiré Eckou

Analyse de l'accès aux soins prénataux des femmes enceintes dans un établissement de santé primaire: cas de la formation sanitaire urbaine communautaire (FSU.COM) du village d'Abobo-baoulé (Abidjan) ----- 67-80

6- BASKA TOUSSIA Daniel Valérie, GONGA François et PEL-MBARA Richard

Problèmes d'accès aux services de santé maternelle, néonatale, des réfugiées nigérianes dans le camp de Minawao (Mayo-Tsanaga, extrême-nord Cameroun) ----- 81-99

3ème Partie : Dynamiques du recours aux services de santé maternelle, néonatale et infantile----- 100

7- KOFFI N Célestin, BROU Kouamé Aristide, ANOUA Adou Serge Judicaël et OUATTARA Zié Adama,

Pratiques de soins maternels, néonataux et infantiles chez les communautés Baoulé Faly De Bamoro, Bouaké (Côte d'Ivoire) ----- 101-118

8- CAMARA Ichaka

Perceptions et pratiques de la socialisation nuptiale des adolescents au Mali ----- 119-134

9- DIALLO Issa et GUINDO Abdoulaye

Pratiques traditionnelles et modernes de contraception chez la femme rurale au mali : l'exemple de la commune de Sanando----- 135-151

4ème Partie : Situation nutritionnelle et bien-être de la mère, du nouveau-né et de l'enfant----- 152

10- NJIEMBOKUE-NJUPUEN Ginette Octavie et MOUPOU Moïse

Les pratiques nutritionnelles et la malnutrition des enfants dans les départements du Mayo-Tsanaga et du Lom-Et-Djerem ----- 153-168

11- KONE Siatta, ADIKO Adiko Francis et AGNISSAN Assi Aubain

Milieu de provenance des meres nourrices et choix des modes d'alimentation des nourrissons dans le district d'Abidjan (Côte d'Ivoire) ----- 169-185

VARIA ----- 186

12- CHABI IMOROU Azizou

L'éthique non esclavagiste de la traite des enfants dans le sud-bénin : fait de socialisation ou d'exploitation humaine ? ----- 187-204

13- SAHGUI Nékoua Pomidiri Joseph

La problématique de l'immigration clandestine de la jeunesse de Savè Au Bénin face aux défis sanitaires ----- 205-220

14- PALOU Baïsserné Ludovic

Exode rural et risques de profusion des maladies sexuellement transmissibles en milieu BedjoSnde dans le bassin du Mandoul au Tchad ----- 221-232

15- DANGMO Tabouli

Les facteurs de pérennisation des maladies tropicales négligées dans l'extrême - nord camerounais (XIXème au XXIème siècle) ----- 233-250

16- TANO Kouamé, KRA Koffi Siméon et KOUASSI Médard

Itinéraires thérapeutiques des malades de l'ulcère de buruli : cas des localités rurales du département de Zoukougbeu ----- 251-262



DOSSIER THEMATIQUE

Santé maternelle, néonatale et infantile en Afrique: Analyse de la situation et perspectives

Sous la Coordination de : Dre YMBA Maimouna
Dr ADIKO Adiko Francis
Dr EBA Konin Arsène
Dr GOUATAINE SEINGUE Romain



TOME 1
SANTE MATERNELLE, NEONATALE
ET INFANTILE EN AFRIQUE :
ANALYSE DE LA SITUATION ACTUELLE



Éditorial : SANTE MATERNELLE, NEONATALE ET INFANTILE EN AFRIQUE: ANALYSE DE LA SITUATION ET PERSPECTIVES

“MATERNAL, NEWBORN AND CHILD HEALTH IN AFRICA: SITUATION ANALYSIS AND OUTLOOK”

Tome 1: SANTÉ MATERNELLE, NEONATALE ET INFANTILE EN AFRIQUE : ANALYSE DE LA SITUATION ACTUELLE

MATERNAL, NEWBORN AND CHILD HEALTH IN AFRICA : CURRENT SITUATION ANALYSIS

¹ YMBA Maimouna, ² ADIKO Adiko Francis, ³ EBA Konin Arsène et ⁴ GOUATAINE SEINGUE Romain

¹ Maître-assistant, Institut de Géographie Tropicale (IGT), Université Félix Houphouët-Boigny, hadassah.ymba@gmail.com

² Chargé de recherche en sociologie de la santé, Chercheur au Centre Ivoirien de Recherches Économiques et Sociales (CIRES), Université Félix Houphouët-Boigny ; Chercheur associé au Centre Suisse de Recherches Scientifiques en Côte d'Ivoire (CSRS), adiko.francis2@gmail.com

³ Assistant, Département de Géographie, Université Lorougnon Guédé, Daloa (Côte d'Ivoire), eba.arsene@gmail.com

⁴ Maître-assistant, Département de Géographie, École Normale Supérieure de Bongor, TCHAD, gouataines@gmail.com

YMBA Maimouna, ADIKO Adiko Francis
EBA Konin Arsène et GOUATAINE Seingue Romain, Editorial Tome 1 : SANTÉ MATERNELLE, NEONATALE ET INFANTILE EN AFRIQUE : ANALYSE DE LA SITUATION ACTUELLE, *Revue Espace, Territoires, Sociétés et Santé* 3 (6), 2-11, [En ligne] 2020, mis en ligne le 31 Decembre 2020, consulté le 2021-01-10 07:10:45, URL: <https://retssa-ci.com/index.php?page=detaileditorial&k=151>

Dans le monde, plus d'un demi-million de femmes meurent de causes liées à la grossesse et à l'accouchement chaque année et pour près de six millions d'enfants de moins de cinq (05) ans, les principales

causes de décès sont les complications de prématurité et de maladies infantiles courantes (L. Liu et al., 2016; OMS, 2017). Des millions d'autres femmes et d'enfants souffriront de divers handicaps, maladies, infections et traumatismes. La majeure partie de ces problèmes de santé et décès se produisent dans les pays d'Asie et de l'Afrique (P. Song et al., 2015; A. Lilungulu et al., 2020).

En Afrique, la mortalité maternelle, néonatale et infantile demeure un véritable fléau : 57 % de tous les décès maternels surviennent sur le continent. Ce qui fait de l'Afrique la région du monde où le ratio de mortalité maternelle est le plus élevé (UNFPA, 2013). Alors qu'une femme sur 4 700 court le risque de mourir de complications liées à la grossesse dans le monde industrialisé, une femme africaine sur 39 court ce même risque (N. Prata et al.,

Santé maternelle, néonatale et infantile en Afrique : analyse de la situation et perspectives.

Editorial : Tome 1 (Santé maternelle, néonatale et infantile en Afrique : analyse de la situation actuelle) 2010). Par ailleurs, l'Afrique continue d'enregistrer les taux les plus élevés de mortalité infantile, avec un enfant sur huit (08) mourant avant d'atteindre l'âge de cinq (05) ans soit à peu près 20 fois plus que la moyenne dans les régions développées, qui est d'un sur 167. Approximativement, 30 % de ces décès des moins de cinq ans frappent les nouveau-nés, et environ 60 % surviennent durant la première année de vie (UNFPA, 2013). Ces taux de mortalité maternelle et infantile sont caractérisés par des disparités géographiques. Par exemple, des variations à la hausse d'une région à une autre ont été observées sur le ratio de mortalité. L'Afrique centrale enregistre le ratio le plus élevé (1 150 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes), suivie de l'Afrique de l'Ouest (1 050 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes). Les femmes de l'Afrique australe présentent le plus faible ratio de mortalité maternelle de toute l'Afrique subsaharienne, 410 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes ; toutefois, ce taux demeure élevé par rapport aux niveaux enregistrés à l'échelle mondiale (WHO et al., 2015).

Pourtant, plusieurs études révèlent que les facteurs démographiques, socioculturelles et comportementaux ainsi les barrières physiques et financières jouent un rôle important dans l'aggravation des problèmes de santé maternelle, néonatale et infantile en Afrique (Sale et al., 2014 ; Ymba, 2014; Adiko et al., 2018). Malgré ces publications, des pistes d'analyse restent inexplorées. C'est dans cette optique

d'approche globale et transversale de travaux épidémiologiques, sociologiques, anthropologiques, géographiques, démographiques, économiques, etc. sur la santé que la Revue Espace, Territoires, Sociétés et Santé (RETSSA) a proposé le présent numéro spécial sur la problématique de la santé maternelle et infantile en Afrique. Ces enjeux ont motivé la proposition de ce dossier thématique « Santé maternelle, néonatale et infantile en Afrique: Analyse de la situation et perspectives » qui cherche à faire une revue critique des résultats de décryptage de l'état actuel et futur de la santé maternelle, néonatale et infantile en Afrique.

L'objectif de ce dossier est de dresser dans un premier temps un portrait actuel sur la santé maternelle, néonatale et infantile en Afrique et deuxièmement d'identifier les défis, les solutions et les pistes pour des analyses ultérieures. Le dossier thématique est composé de trente et un (31) articles, articulés autour de résultats d'études empiriques portant sur sept principaux axes thématiques. Compte tenu de la pluralité des contributions définitivement retenues au terme des processus de doubles expertises à l'aveuglette, une catégorisation a débouché sur deux principaux champs thématiques d'analyse, finalement classés en deux Tomes.

Le Tome 1 du dossier thématique met en évidence les diverses caractéristiques de l'état sanitaire du couple mère-enfant. Il a pour thème « Santé maternelle, néonatale et infantile en Afrique : analyse de la situation

actuelle ». Les contributions du Tome 1 de ce dossier comprennent seize (16) articles. Ces articles mettent l'accent sur l'épidémiologie de la santé maternelle, néonatale et infantile, l'accès aux services de santé et les recours thérapeutiques ainsi que la morbidité et la nutrition et le bien-être des mères, nouveau-nés et enfants, en fonction de l'environnement sanitaire. Ce Tome 1 est également une lucarne à travers laquelle une série de contributions à titre de la rubrique « VARIA » développe divers sujets contemporains sur les mobilités humaines et l'épidémiologie des maladies tropicales négligées (MTN).

1. Considérations théoriques et méthodologiques sur l'épidémiologie de la santé maternelle, néonatale et infantile

Le premier domaine de connaissances et de savoirs scientifiques enrichi par ce Tome s'articule autour des réflexions théoriques, épistémologiques, méthodologiques sur la problématique de la santé maternelle, néonatale et infantile en Afrique. De façon générale, les conditions de vie dans les milieux formels comme informels expliquent certaines maladies et exercent une influence sur leur fréquence, leur distribution et leur évolution dans le temps et dans l'espace, chez les femmes, les nouveau-nés et les enfants. Dans ce Tome, la contribution de **COMPAORE Yacouba**, **LANKOANDE Yempabou Bruno** et **DIANOU Kassoum** explore les principales causes, proximales ou sous-jacentes de la

mortalité néonatale et définit le cadre de vie dans lequel sont accélérées les tendances. L'étude présente une analyse de l'influence du type de quartier (formel / informel) sur la mortalité néonatale à Ouagadougou, capitale du Burkina Faso. Dans l'approche méthodologique, les auteurs s'appuient sur le modèle de Cox qui aboutit à mettre en évidence les variations significatives à la hausse de la mortalité néonatale selon le type d'accouchement, le poids à la naissance, la gémellité, les intervalles inter-généralités, mais surtout le type de quartier, dont la nature et la mesure correspondent généralement à ceux des individus de conditions populaire et informelle.

La précédente contribution identifie et illustre les réflexions sur les enjeux de la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé, mais il ouvre sans doute une belle lucarne pour discuter d'autres approches épidémiologiques basées sur les sciences sociales et donnant de repenser la question des pratiques à risques chez les usagers. Dans leur contribution, **GONGA François** et **BASKA TOUSSIA Daniel Valérie** étudient le lien entre la recrudescence du paludisme chez les enfants de zéro à cinq ans et les facteurs environnementaux et les pressions anthropiques dans le District de santé de Kar-Hay au Cameroun, en questionnant les représentations de l'influence de la qualité de l'écosystème naturel sur la survenance des cas de morbidité. Au nombre des facteurs environnementaux qui contribuent à la récurrence du paludisme, il est cité le cadre

Santé maternelle, néonatale et infantile en Afrique : analyse de la situation et perspectives.

Editorial : Tome 1 (Santé maternelle, néonatale et infantile en Afrique : analyse de la situation actuelle) de vie et la présence des eaux stagnantes pendant la saison des pluies. À cela, il faut ajouter des composantes relevant des caractéristiques socioéconomiques des populations comme la pauvreté et le niveau d'éducation des chefs de ménages ainsi que des facteurs comportementaux liés à la mauvaise utilisation des moustiquaires et à certaines habitudes socioculturelles inappropriées. En guise de recommandation pour mieux faire face à prolifération des moustiques vecteurs du paludisme, sont indiquées la sensibilisation des populations sur les bonnes pratiques et l'application de la décision sur la gratuité de prise en charge des enfants de zéro à cinq ans.

2. Considérations sur l'accès aux services de santé maternelle, néonatale et infantile

L'accès aux services de santé est l'un des facteurs clefs favorisant une meilleure santé des mères et des enfants. La contribution de **LARE Babénoun** et **OURO-GBELE Zoulkoufoulou** analyse les facteurs qui sont à l'origine de ces disparités dans l'accès aux soins de santé maternelle et infantile dans la préfecture de l'Oti située dans le nord du Togo. Il découle une disparité socio-spatiale des infrastructures sanitaires dans les localités, situées à plus de 10 km de la route nationale n°1, l'unique voie praticable en toute saison. Cet état de fait explique que 75,4% des femmes enceintes sont exposés à une difficulté d'accès aux centres de santé et aux personnels soignants.

Ces difficultés d'accessibilité géographique, socio-économique, sanitaire, éducatif et culturelle sont considérées comme des facteurs limitant le recours aux services de santé maternelle, néonatale et infantile. L'étude de **MAKITA- IKOUAYA Euloge** examine les déterminants des accouchements à domicile dans l'agglomération de Libreville au Gabon. Se focalisant sur les déterminants des accouchements à domicile des femmes enceintes, l'auteur démontre que les principaux facteurs qui concourent à ce mode d'accouchement relèvent de la faible couverture en moyens de transport (34,5%), et en structures de santé de proximité dans le quartier (23,4%) et du manque de moyens financiers (32,8%). La problématique des accouchements à domicile découle donc du problème d'accessibilité physique et financière des services de santé publique dans l'agglomération de Libreville.

L'inaccessibilité aux services sociaux et sanitaires dans les milieux marginaux et populaires est une problématique sociétale à laquelle ce Tome s'attache à enrichir. Les contributions de cet axe s'articulent autour des enjeux de santé publique divers qui sont l'apanage tout aussi des localités rurales que de celles situées dans les périphéries des agglomérations africaines comme celle d'Abidjan. En analysant les déterminants qui limitent l'accès aux soins prénataux aux femmes enceintes à un établissement de santé primaire, le sujet débattu dans la contribution de **N'DOLI Stéphane Désiré Eckou** focalise l'attention sur les insuffisances de la plateforme de soins

prénataux fournis par la Formation Sanitaire Urbaine à base Communautaire d'Abobo-Baoulé à Abidjan, initiée par les autorités sanitaires en vue de rapprocher les populations de l'hôpital. Les résultats montrent que les caractéristiques sociodémographiques comme l'âge et le niveau d'instruction influencent l'accès aux consultations prénatales (CPN) des femmes. En effet, la CPN 1 est dominée par les jeunes femmes qui ont l'âge compris entre 15 ans et 18 ans avec $p = 1,7\%$ tandis que les femmes enceintes dont l'âge est compris entre 41 ans et 50 ans sont plus nombreuses à la CPN 3 avec $p = 0,8\%$. Par ailleurs, les femmes enceintes qui n'ont fait que la CPN 1 sont nombreuses dans la catégorie niveau d'instruction primaire avec $p = 0,97\%$, tandis que les femmes enceintes qui ont un niveau supérieur sont importantes en CPN 4 avec $p = 0,73\%$. Ce qui laisse entrevoir que les stratégies pour améliorer l'accès aux soins prénataux doivent tenir compte des variables âge et niveau d'instruction.

Comme cela est souligné, l'accessibilité des soins de santé maternelle, néonatale et infantile reste une condition primordiale pour réduire les cas de morbidité et éviter beaucoup de décès de femmes et d'enfants dans le monde et particulièrement en Afrique subsaharienne. Dans cette perspective, un état des lieux sur les problèmes de santé rencontrés par les mères, les nouveau-nés et les enfants en période de pandémie ou conflits armés, mérite d'être dressé pour montrer comment les inégalités sociales génèrent des facteurs

aggravant la santé maternelle et infantile et fragilisant leur prise en charge. La contribution de **BASKA TOUSSIA Daniel Valérie**, **GONGA François** et **PEL-MBARA Richard** décrit les problématiques de vulnérabilité des réfugiées nigérianes face aux difficultés d'accès aux services de santé maternelle du fait de l'insécurité commise par les terroristes du groupe Boko-Haram à la frontière camerounaise et nigériane. Il ressort que l'insuffisance des offres en santé maternelle pour un accès approprié explique la hausse de 60,13% du taux de prévalence du paludisme, soit chez les enfants de moins de 5 ans (63,8%), les femmes enceintes (58,5%) et les femmes allaitantes (59,1%). En outre, on note qu'un déficit en infrastructures socio-médicales limite l'accès des femmes aux services de santé maternelle, en dépit de l'aide des acteurs humanitaires au camp de Minawao dans le département du Mayo-Tsanaga situé à l'Extrême-Nord du Cameroun..

3. Dynamiques du recours aux services de santé maternelle, néonatale et infantile

Le recours aux services de santé maternelle, néonatale et infantile dépend de multiples facteurs dont les pratiques et perceptions des individus et communautés usagers. Les contributions de ce Tome dans ce champ thématique comprennent trois réflexions qui mettent en relief les fondements des comportements sanitaires, nuptiaux et contraceptifs des femmes de communautés

Santé maternelle, néonatale et infantile en Afrique : analyse de la situation et perspectives.
Editorial : Tome 1 (Santé maternelle, néonatale et infantile en Afrique : analyse de la situation actuelle) d'Afrique de l'ouest, et les relations sociales associées. La première contribution rassemble les investigations de **KOFFI N'dri Célestin**, **BROU Kouamé Aristide**, **ANOUA Adou Serge Judicaël**, **OUATTARA Zié Adama** et **ABE N'doumy Noël**, qui se propose de questionner les moyens utilisés pour assurer une meilleure santé aux nouveau-nés chez les communautés baoulé faly de Bamoro en Côte d'Ivoire. Les résultats mettent en exergue les comportements, attitudes et pratiques (CAP) fondés sur les représentations socioculturelles de prévention à adopter par la mère afin d'assurer une bonne santé au nouveau-né dans cette communauté Baoulé à Bouaké. En conclusion, les investigations des auteurs révèlent l'importance d'une ethnographie de la protection néonatale et infantile à partir de l'observance de ces prescriptions comportementales et socio-affectives aux parturientes.

La deuxième contribution tirée de travaux de **CAMARA Ichaka** examine les mécanismes destinés à faire réduire la réticence à la contraception moderne dans le cadre de programmes de planification sur les pratiques reproductives, en décryptant les perceptions, les pratiques et les déterminants socioculturels de la socialisation reproductive des adolescents dans les localités de Kayes et Diéma. De l'examen fait des résultats de l'auteur, il ressort une insuffisance de la socialisation nuptiale des adolescents en raison de l'influence des réseaux de solidarité moderniste et des représentations

religieuses dont la conséquence est la rupture de l'intégration communautaire des femmes et leurs conjoints.

En fin dans ce domaine thématique de la contraception, la contribution de **DIALLO Issa** et **GUINDO Abdoulaye** répertorie les pratiques traditionnelles et modernes existantes, analyse leur effectivité et décrit les perceptions des femmes de la commune rurale de Sanando au Mali. Les résultats mettent en évidence que la diversité relative des pratiques traditionnelles et modernes, mais avec la tendance à une aversion pour la contraception modernité en dépit de ses effets secondaires nocifs sur la santé des utilisatrices. La contribution des auteurs illustre comment les dimensions socio-économiques, éducatifs et culturelles du recours à la contraception constituent des obstacles à l'accès à ce service de santé en milieu rural.

4. Situation nutritionnelle et bien-être de la mère, du nouveau-né et de l'enfant

La nutrition est un déterminant important de bonne santé pour la mère et l'enfant. La situation nutritionnelle et sanitaire ainsi que le bien-être des mères et leurs enfants pendant leur grossesse, à l'accouchement jusqu'au postpartum, dépend fortement des pratiques, connaissances, attitudes et comportements des ménages en matière de soin et d'alimentation. Les débats que soulignent **NJIEMBOKUE-NJUPUEN Ginette Octavie** et **MOUPOU Moïse** dans leur contribution à ce Tome 1 du dossier

thématique, illustrent les conséquences de l'insécurité alimentaire des populations sur la santé des enfants dans les départements du Mayo-Tsanaga et du Lom-et-Djerem au Cameroun. L'objectif des travaux des auteurs est d'étudier les pratiques nutritionnelles des ménages et ses effets sur la malnutrition des enfants dans ces localités situées respectivement à l'Extrême-Nord et à l'Est du pays. De leurs investigations, il ressort que les signes probants de malnutrition chez les enfants relèvent significativement des « mauvaises » pratiques nutritionnelles dans les ménages, mais aussi des difficultés d'accès à l'eau potable et aux services de santé auxquelles ils sont confrontés.

De ce qui précède, il est clair que la dénutrition infantile peut résulter d'un dysfonctionnement des systèmes alimentaires dans les certaines régions africaines où l'inaccessibilité financière, géographique ou sociale des services de santé, est combinée au manque de qualité en termes de variété, de teneur en éléments nutritifs et de salubrité des aliments pendant la petite enfance et l'enfance. En s'intéressant à l'influence des disparités géographiques observées sur les pratiques alimentaires des nourrissons, **KONE Siatta**, **ADIKO Adiko Francis** et **AGNISSAN Assi Aubain** questionnent les effets de l'instauration du label de l'Initiative Hôpital Amis des Bébés (IHAB) en vue de la promotion de l'allaitement maternel exclusif, dans les formations sanitaires du district d'Abidjan. Il découle de l'analyse des auteurs que le lieu de résidence et le type d'habitation ont une

relation certaine avec les choix des premiers aliments et du type d'alimentation complémentaire donnés aux nourrissons dans le Centre de Santé Urbain à base Communautaire de Riviera Palmeraie, la FSUCOM d'Abobo Sagbé Nord, l'Hôpital Général de Bingerville et le CHU de Treichville.

VARIA

Les premières contributions de la rubrique « VARIA » traitent d'un ensemble d'objets d'étude sur les dynamiques de mobilités humaines ayant des incidences sociales et sanitaires. Les travaux de **CHABI Imorou Azizou** portent un regard critique sur les mécanismes de « la traite des enfants » qui sévit sous des formes diverses au Bénin, à travers une approche anthropologique sur les causes structurelles du phénomène. Les résultats montrent une catégorisation de « la traite des enfants » et une légitimation de variantes s'inscrivant dans les logiques de socialisation de l'enfant ou de renforcement de lien familial au sein des communautés. Comme l'illustre la contribution précédente, l'enjeu des réflexions de la rubrique est de poser un diagnostic fertile sur les pratiques traditionnelles préjudiciables à la santé des enfants. C'est dans cette perspective que s'articule la contribution de **NEKOUA Sahgui Pomidiri Joseph**, qui traite des causes d'une réalité socioculturelle, à savoir l'immigration clandestine des jeunes de la

Santé maternelle, néonatale et infantile en Afrique : analyse de la situation et perspectives.

Editorial : Tome 1 (Santé maternelle, néonatale et infantile en Afrique : analyse de la situation actuelle)

Commune de Savè au Bénin, des défis sanitaires et pratiques thérapeutiques associés. L'analyse des résultats révèle la multiplicité des causes de l'immigration clandestine des jeunes de la Commune de Savè au Bénin vers le Nigeria, les contraintes liés aux risques sanitaires des conditions de vie et de travail précaires et les perceptions erronées sur les moyens thérapeutiques.

A l'image de l'immigration clandestine, l'exode rural n'offre pas forcément une assurance de conditions d'une meilleure rémunération. Les travaux de **PALOU Baïsserné Ludovic** examinent le lien entre l'exode rural et le développement des maladies sexuellement transmissibles (MST) en milieu bédjonde dans le bassin du Mandoul au Tchad. La contribution démontre comment la pauvreté et l'espérance de rupture sociale des jeunes mariés ou célibataires expliquent l'exode rural et les conséquences sanitaires qui en découlent. Ainsi, la tendance de la prolifération des MST est plus grande en cas d'exposition des migrants à des activités sexuelles extraconjugales avec de multiples partenaires.

Les deux autres contributions de cette rubrique « Varia » décrivent des études spécifiques sur l'épidémiologie des maladies tropicales négligées (MTN). Dans ce Tome, les travaux proposés par **DANGMO Tabouli** illustrent dans une perspective sociohistorique, les facteurs qui sont à l'origine de la pérennisation des maladies dans l'Extrême - Nord du

Cameroun du XIX^{ième} au XXI^{ième} Siècle. Il en découle que selon les 57,6% d'individus souffrant de maladies liées au manque d'eau potable, les facteurs environnementaux et anthropiques sont à l'origine de la prolifération de ces MTN. En conclusion, l'étude invite au renforcement des stratégies visant à l'amélioration des connaissances des populations sur l'éthologie de la pérennisation de ces maladies.

Dans ce domaine, la contribution de **TANO Kouamé, KRA Koffi Siméon** et **KOUASSI Médard** décrypte aussi la persistance des malades de l'Ulcère de Buruli dans les localités rurales du département de zougoubeu, en analysant les itinéraires thérapeutiques. L'essentiel des résultats révèle que la majorité des malades ont recours à l'itinéraire thérapeutique moderne pour laquelle les agents de santé communautaire et les partenaires sociaux ont un rôle capital à jouer dans à l'accessibilité géographique et financière aux services de santé.

En conclusion, le Tome 1 du dossier thématique rassemble des réflexions analytiques de la situation en matière de santé maternelle, néonatale et infantile en Afrique subsaharienne au cours de ces dernières décennies. Les contributions scientifiques s'articulent autour de cinq (5) champs thématiques. Elles couvrent les considérations sur les approches théoriques, méthodologiques et épidémiologiques, l'accès et les recours aux services de santé, la nutrition et le bien-être de la mère, du

nouveau-né et de l'enfant. Le point fort à relever de ce Tome est que la grande majorité des seize (16) contributions reçues dépeint la situation réelle des régions africaines qui enregistrent les ratios de mortalité maternelle les plus élevés de toute l'Afrique subsaharienne, ce qui laisse augurer de la pertinence des terrains d'étude effectués en Afrique centrale et de l'ouest (05 articles contre 10, respectivement). De plus, en dehors de ces champs qui présentent la pluralité des facettes sur la situation de la santé maternelle, néonatale et infantile, ce Tome a le mérite de présenter des contributions à titre de « varia » en guise d'ouverture sur des sujets à thématique marginale par rapport au dossier du présent numéro de RETSSA. Ces contributions appellent à poser un regard pragmatique sur les dynamiques de mobilités humaines qui expliquent plus ou moins les facteurs environnementaux et anthropiques de la recrudescence des maladies tropicales négligées (MTN). Si le dossier présente des articles de qualité scientifique indiscutable, il manque d'explorer les questionnements sur l'état factuel de santé mentale et l'accessibilité aux services de soins des mères et enfants en situation de handicap. A cela, il convient d'ajouter une insuffisance d'ordre épistémologique. Ce Tome qui ressasse des contributions s'inscrivant dans le domaine des sciences sociales et santé, aurait eu regain d'intérêt exhaustif à mesure de mobiliser des réflexions biologiques et technologiques sur la situation de la santé maternelle, néonatale et infantile en Afrique. La prise en considération de

l'ensemble de ces complexités de la « santé globale » reste le gage pour penser les progrès en termes de perspectives futures pour mettre fin aux décès évitables de la mère, du nouveau-né et de l'enfant.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

ADIKO Adiko Francis, NINDJIN Charlemagne, YAO Yao Léopold, 2018, Normes alimentaires et sanitaires appliquées aux nouvelles accouchées chez les Akan en milieu rural ivoirien, *Revue Espace, Territoires, Sociétés et Santé* , " [Mis en ligne le 19 Janvier 2019], consulté le 2020-07-21, URL: <https://www.retssa-ci.com/index.php?page=detail&k=32>.

LILUNGULU Athanase, BINTABARA Deogratius, MUJUNGU Simon, CHIWANGA Enid, CHETTO Paulo et NASSORO Mzee, 2020, Incidence and Predictors of Maternal and Perinatal Mortality among Women with Severe Maternal Outcomes: A Tanzanian Facility-Based Survey for Improving Maternal and Newborn Care, *Obstet Gynecol Int.*; 2020: 5390903

LIU Li, OZA Shefali, HOGAN Dan, CHU Yue, PERIN Jamie, ZHU Jun, LAWN E. Joy, COUSENS Simon, MATHERS Colin, et BLACK E. Robert, 2016, Global, regional, and national causes of under-5 mortality in 2000–15 : an updated systematic analysis with implications for the sustainable development goals, *Lancet*, 388: 3027–3035.

Santé maternelle, néonatale et infantile en Afrique : analyse de la situation et perspectives.

Editorial : Tome 1 (Santé maternelle, néonatale et infantile en Afrique : analyse de la situation actuelle)

LOZANO Rafael, WANG Haidong, FOREMAN J. Kyle, RAJARATNAM Knoll Julie, NAGHAVI Mohsen, MARCUS R. Jake, et al., 2011, Progress towards Millennium Development Goals 4 and 5 on maternal and child mortality: an updated systematic analysis, *Lancet*. 378(9797):1139–65. doi: 10.1016/S0140-6736(11)61337-8 PMID: 21937100

Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 2017, Normes de notification relatives au Programme pour la santé sexuelle, reproductive, de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent. Organisation Mondiale de la Santé (OMS/MCA/17.11), Genève. Licence : CC BYNC-SA 3.0 IGO.

PRATA Ndola, PASSANO Paige, SREENIVAS Amita et GERDTS Caitlin Elisabeth, 2010, Maternal mortality in developing countries: challenges in scaling-up priority interventions, *Women's health*. 6(2):311–27. doi: 10.2217/whe.10.8, PMID: 20187734

SALE Lale, CHOU Doris, GEMMILL Alison, TUNÇALP Özge, MOLLER Ann-Beth, DANIELS Jane, GÜLMEZOĞLU A Metin, TEMMERMAN Marleen et ALKEM Léontine, 2014, Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. *Lancet*, vol. 2; June.

SONG Peige, THEODORATOU Evropi, LI Xue, LIU Li, CHU Yue, BLACK E. Robert, CAMPBELL Harry, RUDAN Igor, Chan Kit Yee, 2015, Causes of death in children younger than five years in China in

2015: an updated analysis, *J Glob Health*; 6(2): 020802

United Nations Population Fund (UNFPA), 2013, L'État de la population mondiale 2013. La mère-enfant : face aux défis de la grossesse chez l'adolescente, UNFPA, New York.

World Health Organisation (WHO), United Nations Childrens Fund (UNICEF), United Nations Population Fund (UNFPA), World Bank, United Nations, Department of Economic and Social Affairs, et al. Trends in maternal mortality, 1990 to 2013: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank estimates, and the United Nations Population Division [Internet]. 2014 [consulté le 15 juillet 2020]. Disponible sur:

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112682/2/9789241507226_eng.pdf?ua=1

YMBA Maïmouna, 2013, Accès et recours aux soins de santé modernes en milieu urbain : le cas de la ville d'Abidjan – Côte d'Ivoire. Thèse de doctorat, Université de Artois (France).



Première Partie :

**CONSIDÉRATIONS
THÉORIQUES ET
MÉTHODOLOGIQUES
SUR L'ÉPIDÉMIOLOGIE
DE LA SANTÉ
MATERNELLE,
NÉONATALE ET INFANTILE**



INEGALITES DE MORTALITE NEONATALE ENTRE QUARTIERS FORMELS ET INFORMELS A OUAGADOUGOU (BURKINA FASO) : ECLAIRAGE A PARTIR DES DONNEES DE L'OBSERVATOIRE DE POPULATION DE OUAGADOUGOU

NEONATAL MORTALITY INEQUALITIES BETWEEN FORMAL AND INFORMAL NEIGHBORHOODS IN OUAGADOUGOU (BURKINA FASO): INSIGHTS FROM OUAGADOUGOU HEALTH AND DEMOGRAPHIC SURVEILLANCE SYSTEM

¹ COMPAORE Yacouba, ² LANKOANDE Yempabou Bruno et ³ DIANOU Kassoum

¹ Doctorant en démographie, DEMO/Université Catholique de Louvain, yacouba.compaore@uclouvain.be

² Docteur en démographie - Assistant, ISSP/Université Joseph Ki-Zerbo de Ouagadougou, blankoande@issp.bf

³ Démographe – Assistant de recherche, ISSP/Université Joseph Ki-Zerbo de Ouagadougou, kdianou@issp.bf

COMPAORE Yacouba, LANKOANDE Yempabou Bruno et DIANOU Kassoum, Inégalités de mortalité néonatale entre quartiers formels et informels à Ouagadougou (Burkina Faso) : éclairage à partir des données de l'observatoire de population de Ouagadougou, *Revue Espace, Territoires, Sociétés et Santé*, [En ligne] 2020, mis en ligne le 31 Décembre 2020, consulté le 2021-01-10 07:07:01, URL: <https://retssa-ci.com/index.php?page=detail&k=126>

selon le type d'accouchement, le poids à la naissance, la gémellité et les intervalles inter-généraliques sont mises en évidence. L'amélioration de l'offre sanitaire dans les quartiers informels, le renforcement des programmes existants de planification familiale, la sensibilisation sur les comportements prénatals et postnatals dans ces quartiers sont des préalables à la baisse de la mortalité néonatale à Ouagadougou.

Mots clés : Mortalité néonatale, milieu urbain, quartiers informels, Observatoires de Population, Ouagadougou, Burkina Faso

Résumé

Dans un contexte d'expansion rapide des quartiers informels dans les villes de l'Afrique Sub-saharienne, cette recherche vise à saisir l'influence du type de quartier (formel/informel) sur la mortalité néonatale à Ouagadougou, capitale du Burkina Faso. L'analyse s'appuie sur les données collectées dans l'Observatoire de Population de Ouagadougou (OPO) sur la période 2009-2018. Les résultats obtenus grâce au modèle de Cox mettent en évidence une surmortalité néonatale dans les quartiers informels. En plus du type de quartier, des variations significatives de la mortalité néonatale

Abstract

In a context of rapid development of slums in African cities, the objective of this paper is to test the effect of the type of neighborhood (formal/informal) on neonatal mortality in Ouagadougou, the capital of Burkina Faso. Data come from the Ouagadougou Health and Demographic Surveillance System (OHDSS), and covers the period 2009-2018. Results derived from Cox model highlight higher neonatal mortality in the informal settlements compared to formal ones. In addition to the type of neighborhood, the results also show

significant variations in neonatal mortality according to the type of delivery, birth weight, twinning and birth intervals. Increasing the health supply, strengthening existing family planning programs, raising awareness on improved prenatal and postnatal behavior in informal settlements are prerequisites for reducing neonatal mortality in Ouagadougou.

Keywords: Neonatal mortality, urban areas, informal settlements, Demographic Surveillance System, Ouagadougou, Burkina Faso.

INTRODUCTION

La transition de la mortalité dans la plupart des pays de l'Afrique Subsaharienne a débuté au lendemain des indépendances grâce à l'appui de la communauté internationale dans la lutte contre la mort (Garenne, 2013, p.217). Cette baisse s'est faite beaucoup ressentir chez les enfants de moins de cinq ans chez lesquels les données probantes existent pour le suivi des indicateurs (D.Tabutin et al., 2017, p.227). En guise d'illustration, à l'échelle de l'Afrique Subsaharienne, la probabilité de décès avant l'âge de 5 ans est passée de l'ordre de 309‰ sur la période 1950-1955, à 78‰ sur la récente période 2015-2020, soit une baisse de 300% (United Nations, 2019). Toutefois, malgré cette tendance à la baisse, ce niveau de mortalité infanto-juvénile reste encore beaucoup plus élevé par rapport à d'autres régions du monde. Le problème est beaucoup plus saillant lorsque l'on s'intéresse à d'autres composantes de la mortalité infanto-juvénile telle que la mortalité néonatale (UN IGME, 2019, p.4). Celle-ci résiste plus à la baisse malgré les appels incessants pour plus d'intérêts sur la question de la survie durant la période néonatale (WHO, 2015, p.69). Or les décès néonataux représentent près de 45% des décès des enfants de moins de 5 ans, et ce poids augmente au fur et à mesure que la mortalité infanto-juvénile dans son ensemble baisse (J.E. Lawn et al., 2005, p.9; M.J. Sankar et al., 2016, p.1). Ce qui laisse présager que la compréhension

des facteurs de risques de la mortalité néonatale est un passage incontournable pour la baisse de la mortalité infanto-juvénile. La baisse de la mortalité néonatale reste l'un des principaux leviers pour favoriser l'amélioration de la survie des enfants de moins de 5 ans.

En s'appuyant sur le cadre conceptuel de la mortalité des enfants, proposé par W.H. Mosley et L.C. Chen (1984, p.29) (W.H. Mosley et W.H. Chen, 1984, p.29), quelques travaux ont été réalisés sur les déterminants de la mortalité néonatale dans les pays en voie de développement. Globalement, cette littérature suggère que les facteurs maternels, communautaires, biologiques et ceux liés au continuum depuis la conception jusqu'à la naissance de l'enfant (soins prénatals, accouchement, soins post-néonataux) sont à même d'influencer significativement la survie des enfants au cours de la période néonatale. Par exemple, à partir des données d'Enquêtes Démographiques et de Santé-EDS (2003, 2008), G.A. Kayode et al. (2014, p.7) montrent qu'au Ghana les enfants de faible poids à la naissance, et ceux avec un court intervalle intergénéral sont plus susceptibles de décéder avant le 28^{ème} jour (G.A. Kayode et al., 2014, p.7). Dans le même sens, la privation économique des ménages s'avère désavantageux pour les enfants au cours de la période néonatale (G.A. Kayode et al., 2014, p.8). Par contre, une utilisation adéquate des services de soins prénatals et postnatals par la mère est associée à des chances de survie plus élevées (G.A. Kayode et al., 2014, p.8). Dans la même perspective, une étude de cohorte réalisée en milieu rural au Burkina Faso indique que la gémellité, et une parité élevée de la mère est défavorisant pour les enfants (A.H. Diallo et al., 2011, p.658). En ce qui concerne les facteurs communautaires, L.D. Ikamari (2013, p.19-20) en explorant le cas du Kenya, met en évidence que la région de résidence est déterminante pour la mortalité néonatale, toutes choses égales par ailleurs (L.D. Ikamari, 2013, p.19-20). Dans le même sens, l'avantage du

milieu urbain comparativement au milieu rural en termes de mortalité néonatale a été documenté en Ethiopie (H.G. Mengesha et al., 2016, p.8).

Toute cette littérature autour des déterminants de la mortalité néonatale ne prend pas en compte spécifiquement les effets des milieux d'habitats spontanés (zones informelles ou zones non loties) qui caractérisent la plupart des villes de l'Afrique Sub-saharienne. Or, avec l'urbanisation croissante dans un contexte de faible développement économique, près de 62% des citoyens dans cette région du monde vivent dans ces quartiers précaires (UN Habitat, 2013, p.99). Les conditions sanitaires y sont très déplorables avec un faible accès des populations aux services sociaux de base (éducation, santé). D'ailleurs, comparativement aux zones formelles, il est établi que la mortalité des enfants de moins de 5 ans y est beaucoup plus élevée (G. Fink et al., 2014, p.1193; I. Günther et K. Harttgen, 2012, p.1; B. Lankoande et al., 2016, p.2199). Les quelques recherches sur le sujet se sont limitées à un examen des effets du milieu de résidence (urbain/rural), ou de la région de résidence. Cette faible documentation du sujet s'explique sans doute par le manque de données désagrégées par type de quartiers sur la mortalité néonatale. Premièrement, les EDS qui constituent des sources de données incontournables sur la mortalité des enfants, sont limitées par des problèmes d'échantillonnage des quartiers informels, des biais de rappel, et des questions de qualité des données notamment celle des âges au décès (S. Randall et E. Coast, 2016, p.154-157). Deuxièmement, les données hospitalières sur lesquelles s'appuient certains auteurs souffrent de biais de sélection. Autrement dit, les populations qui fréquentent les structures de santé ne sont pas représentatives de l'ensemble de la population.

Le milieu d'habitat est l'un des déterminants les plus controversés de la mortalité de façon générale. Non seulement, ses effets varient en fonction du contexte mais également ils sont relativement dynamiques. Si les villes

européennes ont tout d'abord été caractérisées par une « pénalité urbaine » au XIXème siècle avant de bénéficier d'un avantage sanitaire plus tard, ceci n'a pas été le cas en Afrique au Sud du Sahara (W.T. Gould, 1998, p.173-174). Depuis l'avènement des indépendances, les conditions sanitaires ont relativement été meilleures dans les villes africaines par rapport au milieu rural. Cela s'explique essentiellement par les politiques coloniales de l'époque très favorables aux grands centres urbains. Cependant, cet avantage tend à se dissiper en raison de l'expansion incontrôlée des villes dans un contexte de faible développement économique et d'une planification cadastrale non adaptée à la croissance de la population urbaine. Cette situation freine quelque peu le rythme de la baisse de la mortalité en milieu urbain, et contribue donc à réduire l'ampleur de l'avantage sanitaire du milieu urbain comparativement au milieu rural (E.W. Kimani-Murage et al., 2014, p.96).

En ce qui concerne la mortalité néonatale précisément, quelques auteurs se sont penchés sur la question en lien avec le milieu de résidence dans les pays en voie de développement. Au Kenya, L.D. Ikamari (2013, p.19-20) montre par exemple que comparativement à la capitale Nairobi, certaines régions telles que celle de Nyanza sont caractérisées par des niveaux élevés de mortalité néonatale. Cependant, le niveau d'urbanisation n'est pas associé à la mortalité néonatale. Les auteurs attribuent ce résultat à la prévalence élevée du VIH/SIDA dans la région de Nyanza par rapport à d'autres régions. Ce désavantage comparatif de certaines régions a également été mis en exergue en Inde. Toutefois, les mécanismes sous-jacents semblent être différents. A. Singh et al. (2013, p.17-18) pointent du doigt le faible développement socio-économique et le mauvais fonctionnement des systèmes de santé dans les régions concernées (A. Singh et al., 2013, p.17-18). La question de l'offre de soins est également mise en avant par C.R. Titaley et al. (2008, p.12) en Indonésie pour expliquer le désavantage de certaines régions en termes de survie au cours de la période

Inégalités de mortalité néonatale entre quartiers formels et informels à Ouagadougou (Burkina Faso) : éclairage à partir des données de l'observatoire de population de Ouagadougou

néonatale (C.R. Titaley et al., 2008, p.12). En résumé, la littérature montre que le milieu de résidence influence potentiellement la survie de l'enfant au cours du premier mois à travers différents mécanismes.

L'objectif de cette recherche est donc d'examiner l'influence du type de zone (formel/informel) sur la mortalité néonatale à Ouagadougou, dans la capitale du Burkina Faso sur la période 2009-2018. Pour ce-faire, l'analyse s'appuie sur les données de l'Observatoire de Population de Ouagadougou mis en place en fin 2008 à la périphérie nord de la ville. Il s'agit d'un dispositif de suivi des populations sur une aire géographiquement limitée où les données sur les événements vitaux sont collectées à intervalles réguliers après un recensement de base. Cette plateforme permet de recueillir des données riches, détaillées, et de qualité sur la mortalité néonatale en population générale. Les analyses se basent essentiellement sur des calculs de taux et des modèles de Cox.

Nous partons de l'hypothèse selon laquelle, la mortalité néonatale est plus élevée dans les quartiers informels que dans les quartiers formels en raison de plusieurs facteurs socio-économiques et contextuels. Tout d'abord, nous l'avons déjà dit, les conditions sanitaires y sont déplorables avec une offre de santé limitée y compris en termes de qualité des services. Deuxièmement, la qualité du réseau routier qui peut être décisif pendant la grossesse et l'accouchement laisse à désirer dans les quartiers informels. Enfin, le faible niveau d'instruction de la communauté peut se traduire par un faible recours aux soins de santé moderne en cas de maladie et une priorisation des méthodes traditionnelles. L'analyse s'appuiera sur le schéma conceptuel de la mortalité des enfants proposé par Mosley et Chen (W.H. Mosley et L.C. Chen, 1984, p.29).

1. METHODOLOGIE

1.1. Site d'étude et données

Les données mobilisées pour cette étude proviennent de l'Observatoire de Population de Ouagadougou (OPO), une plateforme de recherche et d'intervention mis en place en 2008 par l'Institut Supérieur des Sciences de la Population de l'Université Joseph Ki-Zerbo. Les observatoires de populations sont des dispositifs permettant de suivre la population d'une zone géographique bien définie sur une longue période, grâce à des enquêtes à passages répétés (INDEPTH, 2003, p.7-9; O. Sankoh et al., 2014, p.2). Dans ces dispositifs de suivi de population, les événements tels que les naissances, les décès et les migrations sont collectés pour tous les résidents de la zone et mis à jour à travers les passages réguliers des agents de collecte des données dans les différents ménages. En plus de ces événements vitaux, certains observatoires de population collectent souvent les événements démographiques tels que la formation et la dissolution des unions, ou d'autres types d'informations intéressant généralement des projets de recherche qui viennent se greffer à la plateforme.

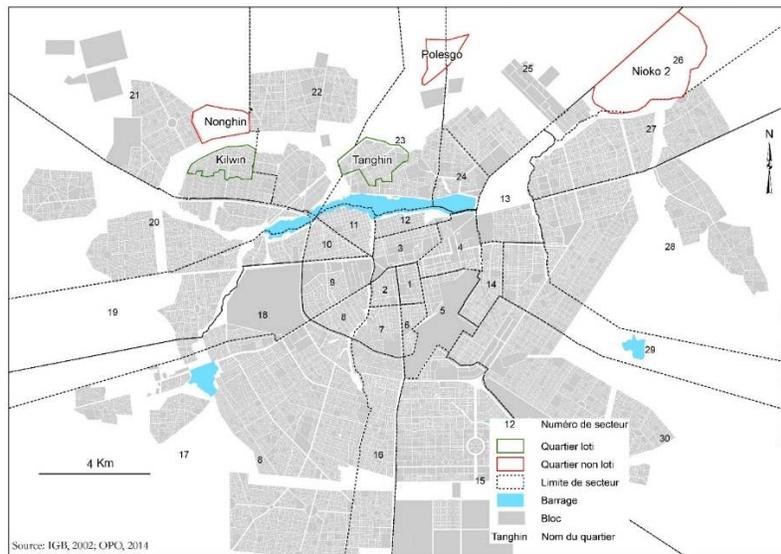
L'OPO (Carte n°1) suit à la périphérie Nord de Ouagadougou les populations de 5 quartiers dont 3 quartiers non lotis (Polesgo, Nonghin, Nioko 2) et 2 quartiers lotis (Tanghin et Kilwin) couvrant au total une superficie de 15,32 km² (C. Rossier et al, 2012, p.659-660). Tout comme dans les autres observatoires de population, les informations sur les événements vitaux tels que les migrations, les grossesses, les issues de grossesses, les unions, les ruptures d'unions, les naissances, les décès, l'éducation (fréquentation scolaire, niveau scolaire, etc.), l'activité, ... sont collectées sur l'ensemble des résidents et régulièrement mis à jour grâce à des passages réguliers d'une périodicité moyenne de 10 mois dans les ménages (A.B. Soura et al, 2018, p.4). C'est un « laboratoire » qui se base sur un échantillon urbain pour observer en profondeur les spécificités des populations urbaines les plus pauvres, afin d'appuyer la conception puis le test de programmes innovants destinés à réduire les inégalités de santé et de pauvreté en ville. L'OPO est l'un des 2 observatoires situés en milieu urbain en Afrique sub-saharienne et le seul

observatoire de population qui offre l'opportunité de faire des analyses comparatives entre quartiers formels et quartiers informels. En 2018, la plateforme comptait 95267 résidents répartis dans 23494 ménages (R.M. Millogo et al., 2020, p.112).

Les données considérées dans cette analyse couvrent la période entre 2009 et 2018. Vu la

taille de la population suivie, un recul sur plusieurs années est nécessaire pour avoir assez de décès pour analyser la mortalité néonatale. Spécifiquement, l'échantillon contient les enfants nés dans les sites de l'observatoire durant la période considérée, soit 24399 enfants parmi lesquels 243 sont décédés avant le 28^{ième} jour de vie.

Carte n°1: Zones de l'Observatoire de Population de Ouagadougou



1.2. Variable dépendante et principale variable indépendante

Dans cette recherche, il s'agit de déterminer l'effet du type de zone de résidence sur les risques de décès toutes causes confondues durant la période néonatale. La variable dépendante est donc le statut vital de l'enfant depuis sa naissance jusqu'au 28^{ième} jour de vie. La principale variable indépendante est le type de quartier qui comporte 2 modalités : zones loties qui regroupe les quartiers lotis de Kilwin et de Tanghin et zones non loties qui regroupent les quartiers non lotis de Nonghin, Polesgo et Nioko 2 (Carte n°1).

1.3. Variables de contrôle

Les variables de contrôle considérées dans cette étude sont reconnues dans la littérature comme ayant une influence significative sur la mortalité

infanto-juvénile et plus particulièrement sur la mortalité néonatale (W.H. Mosley et L.C. Chen, 1984, p.29). Elles peuvent être classées en quatre catégories. Tout d'abord les facteurs socio-économiques sont capturés ici essentiellement via le niveau d'éducation de la mère. L'âge de la mère à la naissance de l'enfant est considéré comme facteur maternel. Pour ce qui est des facteurs néonataux, il s'agit principalement du sexe de l'enfant, de son poids à la naissance, de la gémellité, et de l'intervalle intergénéral. Le nombre de consultations prénatales durant la grossesse, le type d'assistance médicale à la naissance de l'enfant, et le type d'accouchement permettent de mettre en évidence les effets du suivi de la grossesse et des conditions d'accouchement sur la mortalité néonatale. Enfin, la saison de naissance agit ici comme un facteur contextuel. L'âge de la mère a été

subdivisé en 3 groupes (moins de 25 ans : jeunes, 25 – 34 ans : intermédiaires, 35 ans et plus : âgées) et son niveau d'instruction en 2 groupes : les mères instruites (au moins le niveau primaire) et les mères non instruites (celles qui n'ont aucun niveau d'étude). Le nombre de consultations prénatales (CPN) réalisé durant la grossesse a été subdivisé en 5 modalités (4 CPN et plus, 3 CPN, 2 CPN, 1 CPN et aucun CPN), le type d'accouchement en 2 modalités (voie basse et césarienne) et l'assistance à l'accouchement également en 2 modalités (assistance par un personnel de santé et autre type d'assistance). Les enfants ont été regroupés selon qu'ils soient nés en saison sèche (Janvier, Février, Mars, Avril, Mai et Juin) ou en saison pluvieuse (Juin, Juillet Août et Septembre) et également selon leur poids à la naissance ; faible poids à la naissance (moins de 2500 grammes) et poids normal à la naissance (au moins 2500 grammes). Le tableau n°1 présente la distribution des jours vécus en fonction des modalités de la principale variable indépendante et de chaque variable de contrôle.

1.4. Méthodes statistiques

Pour déterminer l'influence du type de zone sur la mortalité néonatale, nous avons fait recours principalement à des méthodes d'analyses de survie : une description des courbes de Kaplan-Meier (K-M), l'usage des tests de log-rank pour déterminer le niveau de significativité de la différence entre les courbes de K-M et une estimation du modèle de Cox (D.R. Cox, 1972, p.29). Les courbes de survie de K-M servent à décrire la dynamique de survenue des décès au cours du temps, permettant ainsi la comparaison des probabilités de survie selon les modalités des différentes variables. Le modèle semi-paramétrique de Cox quant à lui, est l'une des méthodes non paramétriques les plus utilisées lorsqu'il s'agit d'estimer l'influence de co-variables sur la survenue d'un événement. Il permet de mesurer la différence de risque instantané de vivre un événement (la mortalité

néonatale dans notre cas) qui existe entre un individu appartenant à un groupe donné et un individu appartenant à un autre groupe. Ce sont ces risques relatifs (RR) qui sont utilisés pour se prononcer sur le niveau du risque qu'à un groupe donné de connaître un événement comparativement à un groupe de référence. Le principal avantage du modèle de Cox est que, contrairement aux modèles paramétriques qui émettent souvent des hypothèses fortes sur la distribution des temps de survie, aucune hypothèse n'est faite sur la distribution des temps de survie dans le modèle de Cox. Toutefois, le modèle de Cox repose sur l'hypothèse des risques proportionnels (hypothèse de proportionnalité) qui stipule que le rapport des risques instantanés entre deux individus ne varie pas en fonction du temps. Pour vérifier cette hypothèse, nous avons représenté pour les niveaux de chaque variable d'analyse, les courbes des transformations LML (Log Minus Log) des fonctions de survie (courbes non présentées ici). L'observation de ces courbes a permis de montrer qu'elles sont proportionnelles (c'est-à-dire superposables par simple translation), nous permettant ainsi de conclure au respect de l'hypothèse de proportionnalité (I. Persson et J.H Khamis, 2007, p.26).

2. RESULTATS

2.1. Caractéristiques socioéconomiques et biodémographiques des enfants et de leurs mères.

Le Tableau n°1 ci-dessous montre que l'échantillon contient relativement la même proportion de filles et de garçons (50,42% d'enfants de sexe masculin contre 49,58% d'enfants de sexe féminin) nés pour la plupart pendant la saison sèche (66,51%). Plus de la moitié des enfants résident dans les zones non loties (68,02%) et la majorité des mères ont un âge compris entre 25 et 34 ans et plus de la moitié, au moins un niveau primaire (53,07%).

Plus de 95 naissances sur 100 (95,75%) se sont déroulées par voie basse et principalement assistées par un personnel de santé (98,07%). La proportion d'enfants de faible poids à la naissance est de 13,11% et les jumeaux représentent 4,21% des enfants. Concernant

l'intervalle intergénésiq ue, près de 70% des enfants n'ont pas d'ainés, 28,23% ont un intervalle intergénésiq ue de 24 mois et plus avec leur ainé immédiat et seulement 2,90% un intervalle intergénésiq ue d'une longueur de moins de 24 mois avec leur ainé.

Tableau n°1: Caractéristiques socioéconomiques et biodémographiques

Variables (et modalités)	Personnes-jours vécus (2009-2018)	Nombre d'enfants	% (nombre d'enfants)	Nombre de décès
Type de zone				
Lotie	216162,5	7775	31,87	52
Non lotie	459770,25	16624	68,13	191
Age de la mère à la naissance				
25 – 34 ans	597562	21562	88,37	208
< 25 ans	17497	628	2,57	3
35 ans et plus	60873,75	2209	9,05	32
Niveau d'éducation de la mère				
Instruite	359062,75	12949	53,07	120
Non instruite	316870	11450	46,93	123
Nombre de CPN				
4 CPN et plus	216777	7833	32,10	84
0 CPN	47554,75	1724	7,07	25
1 CPN	25423,25	917	3,76	9
2 CPN	127539,75	4597	18,84	42
3 CPN	258638	9328	38,23	83
Assistance à la naissance				
Personnel de santé	662951,5	23929	98,07	235
Autre	12981,25	470	1,93	8
Type d'accouchement				
Voie basse	647652,75	23361	95,75	214
Césarienne	28280	1038	4,25	29
Poids à la naissance				
>2500 grammes	588601,5	21201	86,89	152
<2500 grammes	87331,25	3198	13,11	91
Sexe de l'enfant				
Masculin	340232,5	12302	50,42	149
Féminin	335700,25	12097	49,58	94
Gémellité				
Non	648364	23371	95,79	192
Oui	27568,75	1028	4,21	51
Intervalle intergénésiq ue				
24 mois et plus	190315,5	6887	28,23	71
Pas d'ainé	466148,25	16804	68,87	158
< 24 mois	19469	708	2,90	14
Saison de naissance				
Saison sèche	449229,75	16228	66,51	173
Saison pluvieuse	226703	8171	33,49	70
Total	675932,75	24399	100,00%	243

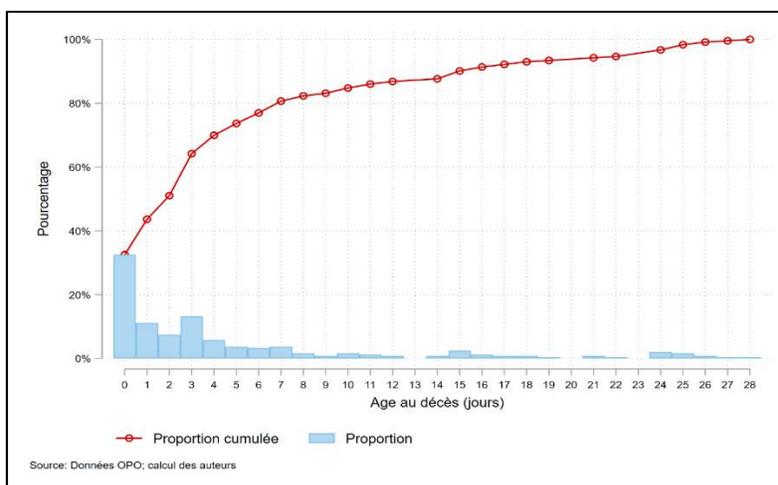
Source : OPO, calculs des auteurs

2.2. Niveaux de mortalité, distribution des décès par type de zone et effets bruts des variables indépendantes sur la mortalité néonatale

Le taux de mortalité néonatale sur la période 2009-2018 est estimé à 152,35‰ dans les zones informelles contre 87,88‰ dans les zones formelles. La mortalité néonatale dans les zones de l'observatoire de population de Ouagadougou est caractérisée par une forte composante de mortalité néonatale précoce. Le graphique n°1 présente la distribution des décès par jour sur la période néonatale. Il ressort que parmi les décès néonataux, plus de 30% (32,51% - 79 décès) ont

été enregistrés le jour de la naissance, 11,11% (27 décès) le premier jour après la naissance et 7,40% (18 décès) le deuxième jour. Plus de la moitié des décès sur la période néonatale ont été enregistrés durant les 3 premiers jours après la naissance et plus de 80% (80,66%) durant les 7 premiers jours après la naissance. La proportion des décès enregistrés baisse significativement après la première semaine.

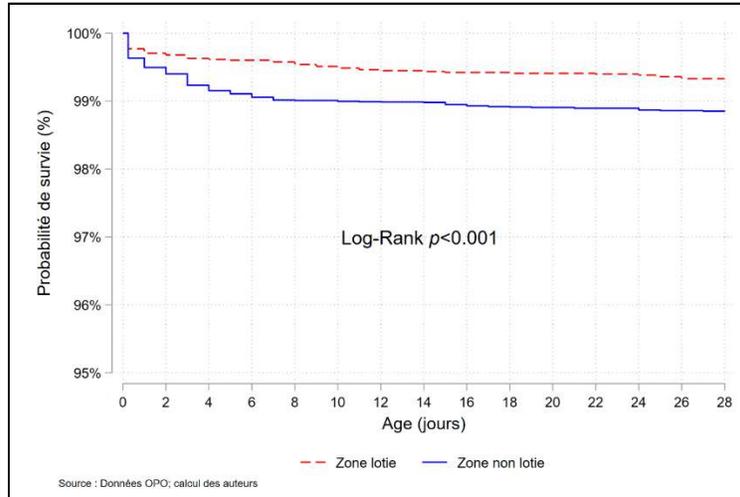
Graphique n°1 : Distribution des décès néonataux par jour sur la période 2009-2018



Le graphique n°2 quant à lui présente les courbes de survie des enfants durant la période néonatale selon le type de zone. Ces courbes de survie montrent que comparativement aux enfants vivants dans les quartiers non lotis, ceux vivants

dans les quartiers lotis ont de meilleures chances de survies durant la période néonatale. Le test du log-rank montre que cette différence de mortalité néonatale entre les deux types de zones est statistiquement significative (p-value <0,001).

Graphique n°2 : Courbes de survie par type de zone



Le tableau n°2 présente les risques relatifs de mortalité néonatale par type de zone et selon les variables de contrôle, estimés à partir du modèle de Cox (effets bruts). Il ressort de ce tableau que le type de quartier de résidence des enfants est un déterminant important dans l'explication de la mortalité néonatale. Comparativement aux enfants nés dans les quartiers lotis, les enfants nés dans les quartiers non lotis ont une mortalité néonatale plus élevée, confirmant ainsi les résultats de l'analyse graphique. Ce constat est également observé au niveau de l'âge de la mère. Les enfants de mères âgées d'au moins 35 ans ont un risque de mortalité néonatale plus élevé comparativement aux enfants de mère d'âge compris entre 25 et 35 ans. Le type d'accouchement apparaît également significatif dans l'explication de la mortalité néonatale à Ouagadougou. En effet, comparativement aux enfants nés par voie basse, les enfants nés d'une

césarienne ont 3,08 fois plus de risques de décéder durant les 28 premiers jours après leur naissance. Concernant le poids à la naissance, on note également une surmortalité chez les enfants de faible poids à la naissance. Quant au sexe de l'enfant, comme il fallait s'y attendre, les enfants de sexe masculin ont des risques de mortalité néonatale plus élevés. Le plus grand différentiel de mortalité s'observe lorsqu'on s'intéresse à la gemellité. Comparativement aux enfants issus d'une naissance simple, ceux issus d'une naissance multiple (les jumeaux) présentent des risques de mortalité néonatale 6 fois plus élevés.

Toutefois, il faut noter que ces résultats portent uniquement sur les effets bruts. L'analyse multivariée permettra de contrôler avec toutes les variables indépendantes afin de déterminer les effets nets de chaque variable dans l'analyse.

Tableau n°2 : Effets bruts des variables indépendantes sur la mortalité néonatale 2009-2018 (risques relatifs)

Variabiles	Risques relatifs	Ecart type	P-valeur	Intervalle de confiance à 95%
Type de zone				
Lotie	1			
Non lotie	1,73***	0,27	0,000	1,27 – 2,35
Age de la mère à la naissance				
25 – 34 ans	1			
< 25 ans	0,50	0,28	0,220	0,16 – 1,53

Inégalités de mortalité néonatale entre quartiers formels et informels à Ouagadougou (Burkina Faso) : éclairage à partir des données de l'observatoire de population de Ouagadougou

35 ans et plus	1,50**	0,28	0,033	1,03 – 2,18
Niveau d'instruction de la mère				
Instruite	1			
Non instruite	1,15	0,15	0,274	0,90 – 1,49
Nombre de CPN				
4 CPN et plus	1			
0 CPN	1,41	0,32	0,127	0,91 – 2,19
1 CPN	0,91	0,32	0,794	0,46 – 1,81
2 CPN	0,85	0,16	0,389	0,57 – 1,23
3 CPN	0,83	0,13	0,226	0,61 – 1,12
Assistance à la naissance				
Personnel de santé	1			
Autre	1,73	0,62	0,126	0,86– 3,50
Type d'accouchement				
Voie basse	1			
Césarienne	3,08***	0,61	0,000	2,09– 4,53
Poids à la naissance				
>2500 grammes	1			
<2500 grammes	3,98***	0,53	0,000	3,07– 5,15
Sexe de l'enfant				
Masculin	1			
Féminin	0,65***	0,08	0,001	0,50– 0,84
Gémellité				
Non	1			
Oui	6,15***	0,97	0,000	4,51 – 8,37
Intervalle intergénésiq				
24 mois et plus	1			
Pas d'ainé	0,92	0,13	0,537	0,69 – 1,21
< 24 mois	1,91	0,56	0,026	1,08 – 3,40
Saison de naissance				
Saison sèche	1			
Saison pluvieuse	0,81	0,11	0,146	0,62 – 1,07

NB : * p<0,1 **p<0,05 ***p<0,01

Source : OPO, calculs des auteurs

2.3. Effets nets des variables indépendantes sur la mortalité néonatale

Les résultats de l'analyse multivariée obtenus grâce au modèle de Cox avec comme variable dépendante la mortalité néonatale toutes causes confondues et contrôlée par toutes les variables indépendantes, sont consignés dans le Tableau n°3. Ces résultats montrent que, malgré la prise en compte des variables de contrôle, le type de zone apparaît toujours comme un déterminant important dans l'explication de la mortalité néonatale à Ouagadougou. Certes, le niveau de l'effet a baissé (comparativement à l'effet brut), mais demeure toujours très significatif. Après avoir contrôlé le modèle avec les caractéristiques

de l'enfant, de la mère, de la grossesse et de l'accouchement, il ressort que, toutes choses égales par ailleurs, les enfants nés dans les quartiers non lotis ont 66% plus de risque de décéder comparativement aux enfants nés dans les quartiers lotis (Tableau n°3).

Les résultats montrent également qu'en plus de l'effet du type de zone, d'autres variables telles que le type d'accouchement, le poids à la naissance, le sexe de l'enfant, la gémellité et l'intervalle intergénésiq sont également des facteurs très importants dans l'explication de la mortalité néonatale à Ouagadougou. Concernant

le type d'accouchement, comparativement aux enfants nés par voie basse, les enfants nés d'une césarienne ont 2,42 fois plus de risques de décéder durant les 28 premiers jours. Quant au poids à la naissance, comparativement aux enfants qui ont un poids normal à la naissance (supérieur ou égale à 2500 grammes), les enfants avec un faible poids à la naissance (inférieur à 2500 grammes) ont des risques de décès 3,12 fois plus élevés (Tableau n°3). La gémellité révèle également que les enfants issus d'une naissance multiple ont des risques de mortalité 3 fois plus élevés que les enfants issus d'une naissance simple. Les risques de décès sont inversement proportionnels à la longueur de l'intervalle intergénérisique ou espacement des naissances. Comparativement aux enfants dont l'intervalle

de naissance avec leur aîné est supérieur à 2 ans, les enfants dont l'intervalle est inférieur à 2 ans ont des risques de décès plus élevés. Cependant, aucune différence significative n'est observée entre les risques de décès des enfants qui n'ont pas d'aînés et ceux dont l'intervalle intergénérisique avec l'aîné est supérieur à 2 ans. L'effet significatif de l'âge de la mère a disparu après la prise en compte de toutes les variables de contrôle.

Certaines variables, telles que le niveau d'instruction de la mère, le nombre de CPN, l'assistance à la naissance et la saison de naissance, bien qu'allant dans le sens attendu par la littérature, ne se sont pas révélées significatives dans cette recherche.

Tableau n°3 : Effets nets des variables indépendantes sur la mortalité néonatale 2009-2018 (risques relatifs)

Variables	Risques relatifs	Ecart type	P-valeur	Intervalle de confiance à 95%
Type de zone				
Lotie	1			
Non lotie	1,66***	0,002	0,002	1,21 – 2,27
Age de la mère à la naissance				
25 – 34 ans	1			
< 25 ans	0,53	0,31	0,279	0,17 – 1,67
35 ans et plus	1,36	0,26	0,109	0,93 – 1,98
Niveau d'instruction de la mère				
Instruite	1			
Non instruite	1,09	0,14	0,689	0,88 – 1,09
Nombre de CPN				
4 CPN et plus	1			
0 CPN	1,25	0,29	0,330	0,80 – 1,98
1 CPN	1,07	0,36	0,832	0,56 – 2,07
2 CPN	0,93	0,18	0,688	0,64 – 1,35
3 CPN	0,90	0,14	0,477	0,66 – 1,21
Assistance à la naissance				
Personnel de santé	1			
Autre	1,58	0,57	0,202	0,78 – 3,22
Type d'accouchement				
Voie basse	1			
Césarienne	2,42***	0,49	0,000	1,62 – 3,61
Poids à la naissance				
>2500 grammes	1			

Inégalités de mortalité néonatale entre quartiers formels et informels à Ouagadougou (Burkina Faso) : éclairage à partir des données de l'observatoire de population de Ouagadougou

<2500 grammes	3,12***	0,46	0,000	2,33– 4,16
Sexe de l'enfant				
Masculin	1			
Féminin	0,59***	0,008	0,000	0,45– 0,76
Gémellité				
Non	1			
Oui	3,01***	0,54	0,000	2,12 – 4,28
Intervalle intergénésiq				
24 mois et plus	1			
Pas d'ainé	0,97	0,14	0,858	0,73 – 1,29
< 24 mois	2,28***	0,67	0,005	1,28 – 4,05
Saison de naissance				
Saison sèche	1			
Saison pluvieuse	0,80	0,11	0,106	0,60 – 1,05

NB : * p<0,1 **p<0,05 ***p<0,01

Source : OPO, calculs des auteurs

3. DISCUSSION

Dans un contexte de baisse timide de la mortalité néonatale en Afrique au Sud du Sahara, cette recherche a examiné l'effet net du milieu d'habitat (formel/informel) sur la mortalité néonatale à Ouagadougou, capitale du Burkina Faso. En effet, ces deux types d'habitats qui caractérisent aujourd'hui la plupart des villes du sud, sont sources d'inégalités de santé, particulièrement pendant les premières années de vie. Les données utilisées couvrent une période récente (2009-2018) et ont l'avantage d'être collectées de manière prospective. Cela limite énormément les omissions qui entachent les autres sources de données telles que les recensements, et les enquêtes démographiques et de santé-EDS. Par ailleurs, les recherches antérieures ne se sont pas intéressées aux effets du type de zone sur la période néonatale.

Tout d'abord, l'analyse a montré que dans les zones de l'observatoire de population de Ouagadougou, près de 80% des décès néonataux sont survenus au cours de la première semaine de vie, et 30% le jour de la naissance de l'enfant. Le schéma de la mortalité néonatale mis en évidence ici est plus précoce comparativement à ce qui est présenté dans la

littérature. En effet, P. Welaga et ses collègues (2013, p.2) montrent que 65% des décès ont eu lieu au cours de la première semaine de vie dans un milieu rural au nord du Ghana (P. Welaga et al., 2013, p.2). Une proportion de l'ordre de 75% de décès néonataux précoces est mise en évidence au Sri Lanka (S. Rajindrajith et al., 2009, p.794). Cependant les auteurs montrent que cette proportion augmente au fur et à mesure que le niveau de la mortalité néonatale baisse (S. Rajindrajith et al., 2009, p.793-795). Ce qui pourrait expliquer les résultats obtenus à Ouagadougou où les niveaux de mortalité néonatale sont relativement plus faibles comparativement aux zones rurales (INSD et ICF International, 2012, p.200). En somme, le schéma précoce de la mortalité néonatale dans les zones de l'Observatoire de Population de Ouagadougou confirme bien que celle-ci reste très tributaire des soins prénataux et des conditions d'accouchement.

Comme attendu, malgré la prise en compte des déterminants proches, le type de zone exerce une influence significative sur le risque de décès néonatal dans la zone suivie par l'observatoire de population de Ouagadougou. L'hypothèse d'une surmortalité des enfants nés dans les quartiers informels est donc confirmée. Plusieurs hypothèses permettent de mieux

comprendre cet effet du type de zone. Dans un premier temps, les zones informelles sont peu desservies en formations sanitaires comparativement aux zones formelles. L'offre sanitaire est plus étoffée dans les quartiers de Kilwin et de Tanghin avec 14 centres de santé, y compris des centres de santé privés, et deux centres de référence. Par contre, les quartiers de Polesgo, Nonghin et Nioko 2 ne disposent que de 6 centres de santé. Il s'agit essentiellement des centres de santé de premier niveau dans la pyramide sanitaire. Ainsi donc, les habitants des quartiers informels doivent parcourir de longues distances pour avoir accès à des services de santé qui ne sont pas toujours de grande qualité. L'accès aux centres de santé de référence chez les femmes enceintes est encore plus difficile. Ceci d'autant plus que l'état de la voirie dans les quartiers informels reste à désirer. Deuxièmement, il faut rappeler que les quartiers informels sont habités essentiellement par des migrants du milieu rural en quête d'autonomie résidentielle dans la ville de Ouagadougou (C. Rossier et al., 2012, p.658). Ces derniers sont faiblement éduqués et pourraient toujours mettre en pratique un certain nombre de valeurs acquises en milieu rural qui peuvent jouer négativement sur la survie des nouveaux nés. Il s'agit entre autres du recours aux tradipraticiens, à la médecine traditionnelle pendant la grossesse et également après l'accouchement de l'enfant. Le recours à la médecine moderne ne se ferait alors qu'à des stades avancés de maladie de la femme enceinte ou de l'enfant, compromettant d'ores et déjà la survie du nouveau-né. Par ailleurs, même si les mères sont instruites, elles ne disposent pas toujours d'une certaine autonomie de décision sur la conduite à tenir en cas de maladie. Dans le contexte du Burkina Faso, souvent la présence des « grand-mères » qui souvent restent très imprégnées des croyances traditionnelles concernant l'étiologie des maladies infantiles et l'effet du voisinage peuvent conduire les femmes à faire des choix délétères à la santé de leur nouveau-né.

Les résultats de cette recherche ont montré également que certaines variables bien documentées dans la littérature comme déterminants de la mortalité néonatale ne sont pas significatives dans le contexte de l'observatoire de population de Ouagadougou. Il s'agit des visites prénatales, de l'assistance à la naissance, et du nombre de consultations prénatales. Cependant, il faut indiquer que les effets observés vont dans le sens attendu. L'absence d'effets du niveau d'instruction de la mère pourrait résulter du manque de désagrégation fine de la variable, vu la faiblesse des effets. Sans doute, des effets auraient pu être observés si les effectifs permettaient de distinguer par exemple, les mères non instruites de celles qui ont un niveau d'étude supérieur. Pour ce qui est des visites prénatales, le manque de significativité résulte probablement du fait que dans le contexte urbain de Ouagadougou, la plupart des mères réalisent au moins une CPN, ce qui induit donc peu de différences entre les mères du point de vue de cette variable. Il en est de même de l'assistance à la naissance, que ce soit en zone lotie ou zone non lotie plus de 97% (98,54% dans les zones formelles et 97,68% dans les zones informelles) des mères accouchent dans des centres de santé.

CONCLUSION

Dans cette recherche, nous contribuons au débat sur l'association entre le milieu d'habitat et la mortalité néonatale en analysant l'effet du type de zone (formel/informel) à Ouagadougou, capitale du Burkina Faso. Les recherches sur la thématique sont rares, probablement en raison de l'absence de données sur le type de zone de résidence (formel/informel). A notre connaissance, il s'agit d'une étude pionnière sur les différences de mortalité néonatale entre quartiers formels et informels dans une ville au sud du Sahara. Malgré les quelques limites soulevées dans la discussion des résultats, elle a permis de confirmer l'influence du type d'habitat sur la

Inégalités de mortalité néonatale entre quartiers formels et informels à Ouagadougou (Burkina Faso) : éclairage à partir des données de l'observatoire de population de Ouagadougou

mortalité néonatale dans les villes du sud dans un contexte de transition de la mortalité. Elle suggère qu'une baisse plus rapide de la mortalité néonatale afin d'atteindre les objectifs des ODD, passera par une meilleure prise en charge de la femme enceinte et des nouveaux nés dans les quartiers informels. Cela pourrait se faire non seulement par le renforcement de l'offre sanitaire dans ces zones et des politiques de sensibilisation sur le recours aux soins modernes, mais également par le renforcement des programmes existants de planification familiale dans ces zones. Avec l'urbanisation galopante, les progrès futurs en matière de santé au niveau national seront de plus en plus sensibles aux performances du milieu urbain.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

COX Roxbee David, 1972, « Regression models and life-tables », *Journal of the Royal Statistical Society: Series B (Methodological)* vol.34, n° 2, p.187–202.

DIALLO Abdoulaye Hama, MEDA Nicolas, OUEDRAOGO Wendlassida Thomas, COUSENS Simon, TYLLESKAR Thorkild, 2011, « A prospective study on neonatal mortality and its predictors in a rural area in Burkina Faso: Can MDG-4 be met by 2015? », *Journal of Perinatology*, vol.31, n°10, p.656–663.

DOS SANTOS Stéphanie, 2019, « Les conditions environnementales de vie ». dans ROSSIER Clémentine, SOURA Bassiahi, DUTHE Geraldine, *Inégalités de santé à Ouagadougou*, Editions de l'INED, pp 101-120, Paris, INED

FINK Günther, GÜNTHER Isabelle, et HILL Kenneth, 2014, « Slum residence and child health in developing countries », *Demography*, vol.51, no 4, p.1175–1197.

FLAHAUX Marie-Laurence, WAYACK-Pambè Madeleine, SOURA Bassiahi Abdramane, COMPAORE Yacouba, SANOGO Souleymane, 2020, « Reunifying and separating: An analysis of residential arrangements of migrant couples in

Ouagadougou, Burkina Faso », *Population, Space and Place*, vol.26, n°4, p.1-16.

GARENNE Michel, 2013, « *La récupération après les crises sanitaires : études de cas sur les tendances de la mortalité des jeunes enfants en Afrique subsaharienne* », Chaire Quetelet 2010 : Ralentissements, résistances et ruptures dans les transitions démographiques. Paris : Institut de Recherche pour le Développement (IRD).

GOULD T.S. William, 1998, « African mortality and the new urban penalty », *Health & Place* vol.4, no 2, p.171–181.

GÜNTHER Isabelle et HARTTGEN Kenneth, 2012, « Deadly cities? Spatial inequalities in mortality in sub-Saharan Africa », *Population and Development Review*, vol.38, n°3, p.469–486.

IKAMARI Lawrence DE, 2013, « Regional variation in neonatal and post-neonatal mortality in Kenya », *African Population Studies*, vol.27, n°1, p.14-24.

INDEPTH Network, 2003, *Population et santé dans les pays en développement : population, santé et survie dans les sites du réseau INDEPTH*, Ottawa, CRDI.

Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSD), ICF international, 2012, *Enquête Démographique et de Santé et à indicateurs Multiples (EDSBF-MICS IV) 2010*, Ouagadougou, INSD.

KAYODE Gbenga A, ANSAH Evelyn, AGYEPONG Irene Akua, AMOAKOH-COLEMAN, Mary, GROBBEE Diderick E. et KLIPSTEIN-GROBUSCH Kerstin, 2014, « Individual and community determinants of neonatal mortality in Ghana: a multilevel analysis ». *BMC Pregnancy and Childbirth* vol.14, n°165 [En ligne] URL: <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/14/165>; DOI: doi:10.1186/1471-2393-14-165

KIMANI-MURAGE W. Elisabeth, FOTSO Jean-Christophe, EGONDI Thaddaeus, ABUYA, Benta, ELUNGATA Patricia, ZIRABA K. Abdhala, KABIRU W. Caroline et MADISE Nyovani, 2014, « Trends in childhood mortality in Kenya: the urban

advantage has seemingly been wiped out », *Health & Place* vol.29, p.95–103.

LANKOANDE Yempabou Bruno, SOURA Bassiahi Abdramane, MILLOGO Roch Modeste, COMPAORE Yacouba et ROSSIER Clémentine, 2016, « Surmortalité des enfants dans les quartiers informels de Ouagadougou : effet de composition ou effet de contexte ? », *African Population Studies*, vol.30, n°1, p.2192 - 2202.

LAWN E. Joy, COUSENS Simon, ZUPAN Jelka et l'équipe Lancet Neonatal Survival Steering, 2005, « 4 million neonatal deaths: when? Where? Why? », *The Lancet*, vol.365, n° 9462, p.891–900.

MENGESHA Hayelom Gebrekirstos, WUNEH Alem Desta, LEREBO Wondwossen Terefe, TEKLE, Tesfay Hailu Tekle, 2016, « Survival of neonates and predictors of their mortality in Tigray region, Northern Ethiopia: prospective cohort study » *BMC Pregnancy and Childbirth* [En ligne] vol.16, n°202, URL: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12884-016-0994-9>; DOI: 10.1186/s12884-016-0994-9

MILLOGO Roch Modeste, SOURA Bassiahi Abdramane, COMPAORE Yacouba, MILLOGO Tieba, 2020, « Insécurité alimentaire en milieu urbain africain : les évidences de l'observatoire de population de Ouagadougou », *Revue Espace, Territoires, Sociétés et Santé* vol.3, p.109–124.

MOSLEY, W.Henry, and CHEN C. Lincoln,1984, «An analytical framework for the study of child survival in developing countries», *Population and Development Review* vol.10, p. 25–45.

PERSSON Inger et KHAMIS, J. Harry, 2007, «A comparison of graphical methods for assessing the proportional hazards Assumptions in the Cox model», *Journal of Statistics and Applications* vol. 2, n°1, p.23-43.

RAJINDRAJITH Shaman, METTANANDA Sachith, ADIHETTI Deshan, GOONAWARDANA Ruwan, DEVANARAYANA Niranga Manjuri, 2009, «Neonatal mortality in Sri Lanka: timing, causes and distribution», *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine* vol.22, p.791–796.

COMPAORE Yacouba, LANKOANDE Yempabou Bruno et DIANOU Kassoum. (2020)
Revue Espace, Territoires, Sociétés et Santé, 3 (6), 13-28

RANDALL Sara et COAST Ernestina, 2016, «The quality of demographic data on older Africans», *Demographic Research* vol.34, p.143–174.

ROBINEAU Ophélie, 2014, « Les quartiers non-lotés : espaces de l'entre-deux dans la ville burkinabé », *Carnets de Géographes*, n°7 [En ligne], URL : <https://journals.openedition.org/cdg/478> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/cdg.478>

ROSSIER Clémentine, SOURA Bassiahi Abdramane, LANKOANDE Yempabou Bruno et MILLOGO Roch Modeste, 2011, *Observatoire de population de Ouagadougou. Données du R0, R1 et R2 : rapport descriptif*, Ouagadougou : ISSP.

ROSSIER Clémentine, SOURA Bassiahi Abdramane, BAYA Banza, COMPAORE Georges, DABIRÉ Bonayi, DOS SANTOS Stéphanie, DUTHÉ Géraldine, GNOUMOU Bilampoa, KOBIANÉ Jean François et KOUANDA Sény, 2012, « Profile : the Ouagadougou health and demographic surveillance system », *International Journal of Epidemiology*, vol.41, p.658–666.

SANKAR M. Jeeva, NATARAJAN Kumar Natarajan, DAS Ranjan Rashmi, AGARWAL R, CHANDRASEKARAN, A., and PAUL, V.K, 2016, « When do newborns die? A systematic review of timing of overall and cause-specific neonatal deaths in developing countries », *Journal of Perinatology* vol.36, p.1–11.

SANKOH Osman, SHARROW David, HERBST Kobus, WHITESON Kabudula Chodziwadziwa, ALAM Nurul, KANT Shashi, RAVN Henrik, BHUIYA Abbas, LE Thi Vui, DARIKWA Timotheus, GYAPONG Margaret, JASSEH Momodou, KIM Nguyen Chuc Thi, ABDULLAH Salim, CRAMPIN Amelia, OJAL John, OWUSU-AGYEI Seth, ODHIAMBO Frank, URASSA Mark, STREATFIELD Kim, SHIMADA Masaaki, SACOOR Charfudin, BEGUY Donatien, DERRA Karim, WAK Georges, DELAUNAY Valerie, SIE Ali, SOURA Bassiahi Abdramane, DIALLO Diadier, WILOPO Siswanto, MASANJA Honorati, BONFOH Bassirou, PHUANUKOONNON Suparat et CLARK J. Samuel, 2014, «The INDEPTH standard population for low-and middle-income countries, 2013», *Global Health Action* [En ligne], vol.7, n° 23286, URL :

Inégalités de mortalité néonatale entre quartiers formels et informels à Ouagadougou (Burkina Faso) : éclairage à partir des données de l'observatoire de population de Ouagadougou

<https://doi.org/10.3402/gha.v7.23286>; DOI: 10.3402/gha.v7.23286

SINGH Aditya, KUMAR Abhishek, KUMAR Amit, 2013, « Determinants of neonatal mortality in rural India, 2007–2008 ». *PeerJ Life and Environment* [En ligne], vol.1, URL : <https://peerj.com/articles/75/> ; DOI : <https://doi.org/10.7717/peerj.75>.

SOURA Bassiahi Abdramane, LANKOANDE Yempabou Bruno, SANOGO Souleymane, COMPAORE Yacouba, SENDEROWICZ Leigh, 2018, « Understanding premarital pregnancies among adolescents and young women in Ouagadougou, Burkina Faso » *Cogent Social Sciences* vol.4, n°1, p.1514688.

TABUTIN Dominique, MASQUELIER Bruno, GRIEVE Madeleine, REEVE P, 2017, « Mortality inequalities and trends in low-and middle-income countries, 1990-2015 », *Population* vol.72, n°2, p.221–296.

TITALEY Christiana, DIBLEY J. Michael, AGHO Kingsley, ROBERTS L. Christine, HALL John, 2008, « Determinants of neonatal mortality in Indonesia », *BMC Public Health* [En ligne], vol.8, n°232. URL: <https://link.springer.com/article/10.1186/1471-2458-8-232>; DOI: <https://doi.org/10.1186/1471-2458-8-232>

UN HABITAT, 2013, *State of the world's cities 2012/2013: Prosperity of cities*, London, Routledge editions.

UN IGME, 2019, *Levels and trends in child mortality. Estimates developed by the UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (IGME)*, New York, Report 2019. URL:http://www.childmortality.org/files_v20/download/IGME%20report%202015%20child%20mortality%20final.pdf

UNITED NATIONS, 2019, *World Population Prospects-Population Division-United Nations. World Population Prospects-2019 Revision* [En ligne] URL:<https://population.un.org/wpp/DataQuery/> (consulté le 07 Octobre 2020).

WELAGA Paul, MOYER A. Cheryl, ABORIGO Raymond, Adongo Philip, WILLIAMS John, HODGSON Abraham, ODURO Abraham, ENGMANN Cyril, 2013, « Why are babies dying in the first month after birth? A 7-year study of neonatal mortality in northern Ghana », *PLoS One* [En ligne], 8, URL: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0058924>; DOI : <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0058924>

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), 2015, *Health in 2015: from MDGs, millennium development goals to SDGs, sustainable development goals*, Geneva, WHO.



FACTEURS DE RECRUESCENCE DU PALUDISME CHEZ LES ENFANTS DE ZÉRO À CINQ ANS : CAS DU DISTRICT DE SANTÉ DE KAR-HAY (EXTRÊME-NORD, CAMEROUN)

FACTORS OF RESURGENCE OF MALARIA ON CHILDREN AGED ZERO TO FIVE: CASE OF THE HEALTH DISTRICT OF KAR-HAY, FAR-NORTH REGION

¹GONGA François et ²BASKA TOUSSIA Daniel Valérie

¹Doctorant, Département de Géographie, Université de Maroua-Cameroun, gongafrancois@yahoo.fr

²Enseignant-Chercheur, Département de Géographie, ENS-Université de Maroua-Cameroun, baskatoussia@yahoo.fr

GONGA François et BASKA TOUSSIA Daniel Valérie, Facteurs de recrudescence du paludisme chez les enfants de zéro à cinq ans : cas du district de santé de Kar-Hay (Extrême-nord, Cameroun) , *Revue Espace, Territoires, Sociétés et Santé*, 3 (6), 29- 43, [En ligne] 2020, mis en ligne le 31 Decembre 2020, consulté le 2021-01-10 07:33:41, URL:<https://retssaci.com/index.php?page=detail&k=134>

Résumé

La présente contribution identifie les facteurs de recrudescence du paludisme chez les enfants de zéro à cinq ans dans le District de santé de Kar-Hay. Les données de laboratoire de 15 formations sanitaires et les enquêtes auprès de 206 ménages ont montré que les facteurs environnementaux et anthropiques concourent à la recrudescence du paludisme chez les enfants de zéro à cinq ans. Les résultats obtenus montrent que la présence des eaux stagnantes pendant la saison des pluies, le cadre de vie, la pauvreté, certaines habitudes socioculturelles contribuent à la récurrence du paludisme. À cela, il faut ajouter le niveau d'éducation des chefs de ménages, la

mauvaise utilisation des moustiquaires et la non-application des décisions du gouvernement (gratuité de prise en charge des enfants de zéro à cinq ans). Au-delà du fait que les populations doivent être sensibilisées sur les bonnes pratiques (dormir sous la Moustiquaire Imprégnée à Longue Durée d'Action, assainissement du cadre de vie) de lutte contre le paludisme au sein de leurs ménages, le gouvernement doit s'assurer de l'effectivité des décisions prises (gratuité) pour réduire la prévalence chez les enfants.

Mots clés : Recrudescence, paludisme, enfants, district de santé, Kar-Hay

Abstract

This contribution identifies the factors of resurgences of malaria on children aged zero to five in the health district of Kar-Hay. Laboratory data from the fifteen health facilities and 206 households surveys have shown that environmental and anthropogenic factors contribute to the resurgence of Malaria of children aged zero to five years. The results obtained show that the presence of stagnant water during the rainy seasons, the living environment poverty, certain socio-cultural

habits, the non-utilization of long lasting action impregnated mosquito nets and the non-application of governmental decisions (free care for children from zero to five years old), contribute to the resurgence of malaria. Beyond the fact that the populations must sensitized of the good practices (sleeping under long lasting action impregnated mosquito nets, sanitation of de living environment) the fight against malaria in their households the government must ensure, to the effectiness of the implementation of the decisions taken (free of charge care of malaria) to reduce the prevalence of children from zero to five years old.

Keywords: Resurgences, malaria, children, health district, Kar-Hay

INTRODUCTION

Le paludisme constitue un problème majeur de santé publique. Il est endémique dans 106 pays et territoires dont 45 en Afrique. Quelques 2,4 milliards de personnes, soit 40% de la population mondiale sont exposés au paludisme (B. N. Coulibaly, 2010, p.18). Cette maladie potentiellement mortelle est due à des parasites transmis à l'homme par des piqûres de moustiques femelles infectées. En 2015, 90% des cas de paludisme et 92% des décès sont survenus dans 13 pays (P. Aubry, 2016, p.1) de l'Afrique au Sud du Sahara où 74 % de la population vit dans des zones de forte endémie. Environ 550 millions de personnes y sont exposées au risque de contracter cette maladie et cinq pour cent d'enfants sont susceptibles de mourir d'une affection en rapport avec le paludisme avant l'âge de cinq ans (T. D. Dimi et al. 2006, p.1). Selon l'UNICEF, chaque année, le paludisme provoque entre 300 et 500 millions de cas de maladie et entraîne le décès de plus d'un million d'enfants. Les enfants de moins de cinq ans vivant en Afrique subsaharienne payent le plus lourd tribut à la maladie : près de 3 000 d'entre eux en meurent chaque jour. Le paludisme est à l'origine de 30 à 50 pour cent des visites de patients dans les cliniques et de plus de 50 pour

cent des admissions à l'hôpital (UNICEF, 2004, p.1).

L'évolution de la prévalence parasitaire de 2009 à 2015, classe toujours le Cameroun parmi les pays de l'Afrique Subsaharienne où le paludisme est endémique et constitue un problème de santé publique. Selon la troisième Enquête Démographique et de Santé au Cameroun (EDS-C) réalisée en 2004, la distribution géographique de la transmission du paludisme montre que la maladie est endémique durant toute l'année dans presque toutes les régions du territoire (H. J. R. EDORH, 2013, p.12). Selon les responsables du secrétariat permanent du Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP), les régions du Nord et l'Extrême-Nord restent les plus touchées avec 40% de décès par an. En 2013, les deux régions totalisaient 70% des décès par an. Le profil épidémiologique de l'Extrême-Nord montre par exemple qu'en 2013, sur 3 774 cas de décès recensés, 1 560 sont des cas suspects de mortalité palustre (J. Fosso, 2014, p.9). La Région présente un taux moyen de prévalence de 77,26% faisant du paludisme un problème majeur de santé publique dans les districts de santé de l'Extrême-Nord. En effet, en 2008, on dénombrait 112 731 paludéens sur 643 551 patients, 117 556 paludéens sur 1 175 756 patients en 2009, 192 546 paludéens sur 772 362 patients en 2010 et 166 895 paludéens sur 637 952 malades (T. D. V. Baska, 2014, p.279). La maladie sévit dans les 30 districts de santé de la région.

Dans le district de santé de Kar-Hay, le paludisme reste parmi les principales causes de mortalité. En 2014, sur 22 747 patients reçus dans les formations sanitaires, 12 311 cas d'infection palustre ont été déclarés. Donc 54,12% de patients consultés souffrent du paludisme. Parmi les couches vulnérables, les enfants sont les plus affectés. En 2009 par exemple, sur 8 331 enfants de moins de cinq ans reçus en consultation au moins 6 045 (72,56%) souffrent de paludisme (Rapport Service de Santé du District Santé de Kar-Hay, 2014).

En 2013 pendant la saison des pluies de juillet à septembre, 89 058 cas suspects de paludisme ont été notifiés soit 35 593 enfants de moins de cinq ans et 2 187 femmes enceintes. Pendant la même période, 599 décès attribués au paludisme ont été enregistrés parmi lesquels 434 enfants de moins de cinq ans (72%) et trois femmes enceintes (0,5%). Les 10 districts de santé les plus touchés sont Mada, Makary, Maroua Rural, Maroua Urbain, Moulvoudaye, Moutourwa, Vele, Bourha, Goulfey, Kousseri. Ceci prouve que la prévalence chez les enfants de zéro à cinq ans est très significative (OMS, 2013, p.1).

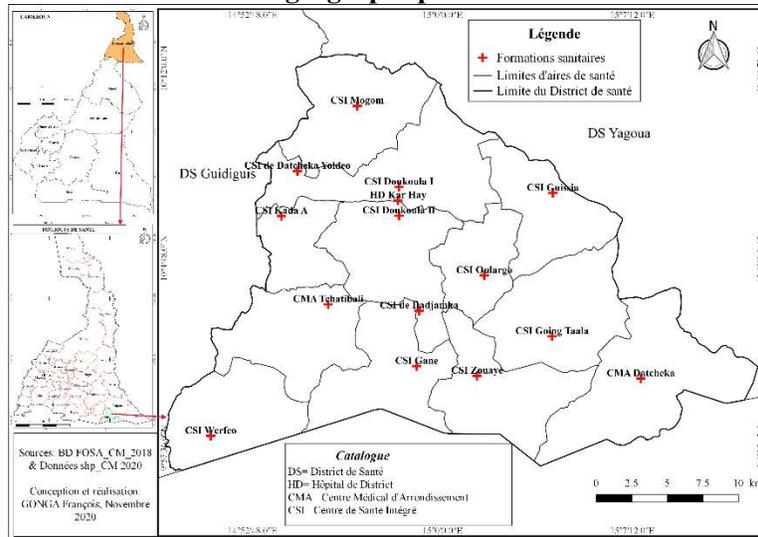
Malgré la sensibilisation, la distribution des Moustiquaire Imprégnée à Longue Durée d'Action aux ménages, le paludisme est endémique, les consultations pour cause de paludisme restent très élevées dans le district de santé de Kar-Hay (Enquête de terrain, 2017). Cette contribution vise à identifier les facteurs de recrudescence du paludisme chez les enfants de zéro à cinq ans dans le district de santé de Kar-Hay. Quel est l'état de lieux de la morbidité et de la mortalité chez les enfants de zéro à cinq ans ? Quels sont les facteurs de recrudescence de la maladie ?

1. MATERIELS ET METHODES

1.1. Présentation de la zone d'étude

Le district de santé de Kar-Hay est un territoire triangulaire situé à proximité du « Bec de Canard », dans le département du Mayo-Danay, région de l'Extrême-Nord du Cameroun. Situé entre 10°6'N et 15°10'E, les Arrondissements de Tchatibali, Datchéka et Kar-Hay délimitent son territoire de compétence. Sa superficie est d'environ 540 km². Il est l'un des 30 districts de santé que compte la région de l'Extrême-Nord. Il est limité au Nord par le district de Velé, au Sud par la république du Tchad (une limite frontalière longue de 45 km), à l'Ouest par le district de Guidiguis et à l'Est par le district de Yagoua. Ce district de santé assure la couverture sanitaire de 134 431 âmes (2016) réparties dans 12 aires fonctionnelles de santé (Datcheka, Doukoula 1, Doukoula 2, Gane, Going-Tala, Guissia, Kada'a, Mogom, Oulargo, Tchatibali, Werféo, Zouaye) (Carte n°1). La densité globale est de 250 habitants par km².

Carte n°1 : Situation géographique du district de santé de Kar-Hay



Le district de santé de Kar-Hay est constitué de Médicaux d'Arrondissement (CMA) et 01 12 Centres de Santé Intégré (CSI), 02 Centres Hôpital de District.

Facteurs de recrudescence du paludisme chez les enfants de zéro à cinq ans : cas du district de santé de Kar-hay (Extrême-nord, Cameroun)

Sur le plan du climat, le district de santé de Kar-Hay est le domaine du climat soudano sahélien avec une saison sèche longue, d'octobre à juin (09 mois), et une saison des pluies courte de juillet à septembre (03 mois). La température moyenne de la région oscille entre 28 et 30°C. Les températures mensuelles les plus basses sont relevées au mois de Décembre (entre 18 et 20°C) et les plus élevées au mois de Mars (45°C). Le principal obstacle géographique du district est son relief plat sur un sol argileux ou argilo sablonneux qui fait de l'inondation une évidence dès les premières pluies. La saison des pluies allant de juillet à septembre est une période d'enclavement dans le district de Kar-Hay. Cet enclavement s'explique soit par l'inondation totale, soit par le sol glissant et meuble qui favorise l'embourbement, la voie terrestre étant l'unique voie d'accès.

1.2. Données mobilisées

La collecte de données s'est construite autour de la recherche documentaire et des enquêtes de terrain. La première phase de l'étude s'est focalisée sur la collecte des données au centre de documentation de l'École Normale Supérieure

de l'Université de Maroua et sur certains sites spécialisés sur internet tel que l'Organisation Mondiale de la Santé, le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance. Les documents consultés (mémoires, articles, ouvrages généraux et rapports) ont permis d'avoir une idée globale des infections paludéennes et leurs impacts sur la santé de l'homme.

La deuxième phase s'articule autour des observations directes de terrain, de la collecte des données sociosanitaires durant trois mois (Juin, Juillet et Août 2017) auprès de 206 ménages des différentes aires de santé du district. En effet, un échantillon de 206 ménages a été préalablement défini. Ensuite, le pourcentage des ménages (P_m) à interroger par aire de santé a été calculé en utilisant la formule suivante :

$P_m = (\text{Nombre de ménages par aire} \times 100) / \text{Nombre de ménages du district}$.

Pour déduire le nombre de ménages à enquêter par aire de santé, la formule suivante a été utilisée : $\text{Nombre de ménages enquêtés} = (P_m \times 206) / 100$. Le nombre de ménages choisis dans chaque aire de santé est donc fonction du nombre global des ménages de cette aire de santé (Tableau n°1).

Tableau n°1 : Proportion des ménages enquêtés par aire de santé

Aires de Santé	Nombre de Ménages	Pourcentage % (P_m)	Ménages enquêtés
Doukoula I	1680	9	19
Doukoula II	2657	14	29
Tchatibali	3704	19	40
Datchéka	2273	12	25
Zouaye	1721	9	19
Guissia	651	3	6
Ourlargo	901	5	10
Werféo	1484	8	16
Mogom	1038	5	10
Gane	1097	6	12
Kada'a	773	4	8
Going- Taala	1243	6	12
Total	19222	100	206

Source : Enquête de terrain, 2017

Pour la collecte des données auprès des chefs de ménage (homme/femme) la technique d'échantillonnage par réseau ou effet boule de neige a été privilégiée. Cette technique consiste

à choisir quelques personnes correspondant au profil recherché et leur demander de nous donner des noms de personnes similaires. Ainsi, le parent d'enfant de zéro à cinq ans enquêté proposait un autre parent répondant aux mêmes critères pour l'enquête. Les informations recherchées ont concerné l'enquêté (statut, profession, âge, taille du ménage) et son environnement, ses connaissances sur le paludisme, les facteurs de diffusion et les stratégies de lutte.

À côté de cela, une observation directe a été aussi utilisée pour enregistrer des informations concernant les réalités d'ordre physique (relief, climat, végétation) de la zone d'étude, les comportements des ménages et le dispositif de prise en charge des patients au sein des formations sanitaires. Des photos ont été prises avec un appareil photographique numérique. Par ailleurs un GPS (Global Positioning System) a été utilisé pour enregistrer les positions (latitudes et longitudes) à partir des bâtiments des centres de santé.

1.3. Méthodes

Les données secondaires issues de la revue de la littérature ont fait l'objet d'analyse de contenus afin de rendre compte de travaux antérieurs sur

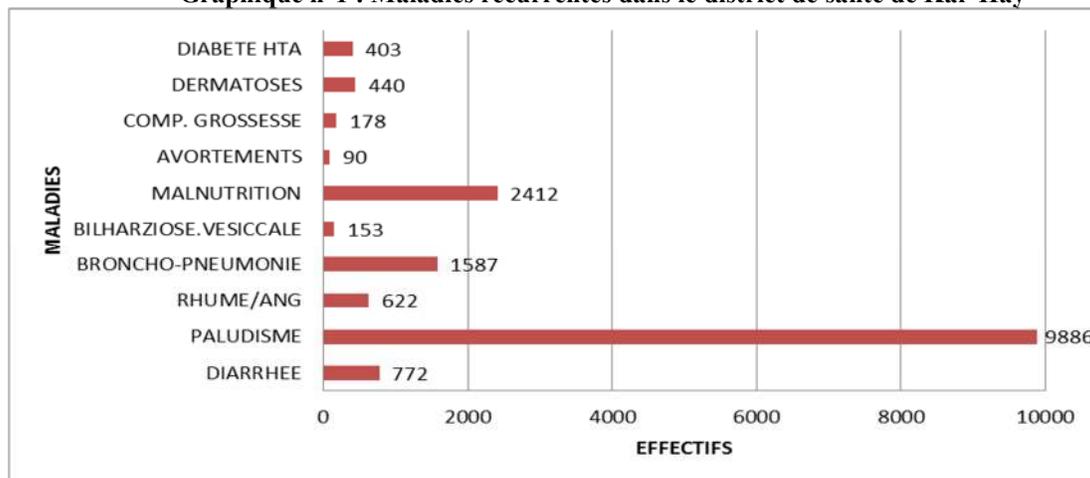
le paludisme chez les enfants de zéro à cinq ans. Les données collectées par questionnaire ont été dépouillées manuellement, saisies et traitées à l'aide des logiciels Excel 9.0 et SPSS 2.7. Ainsi, des statistiques descriptives (fréquence, moyenne) ont été réalisées. Des graphiques et des tableaux statistiques à partir des données issues du service de santé du district (SDS) de Kar-Hay ont été produits. L'analyse cartographique a permis de représenter la distribution des formations sanitaires sous le logiciel Quantum Gis 2.18.0.

2. RESULTATS

2.1. Paludisme : première cause de morbidité dans le district de santé de Kar-Hay

Les populations de l'arrondissement de Kar-Hay sont victime de plusieurs maladies à l'instar des dermatoses, de la malnutrition, de l'otite, de la bilharziose, du trachome, du rhume, du paludisme, de la diarrhée, de la bronchopneumonie. Ces maladies font parties de 10 principales causes de consultations au sein des formations sanitaires. Parmi ces maladies figure le paludisme. Le graphique n°1 permet d'apprécier l'écart entre le paludisme et les autres maladies.

Graphique n°1 : Maladies récurrentes dans le district de santé de Kar-Hay



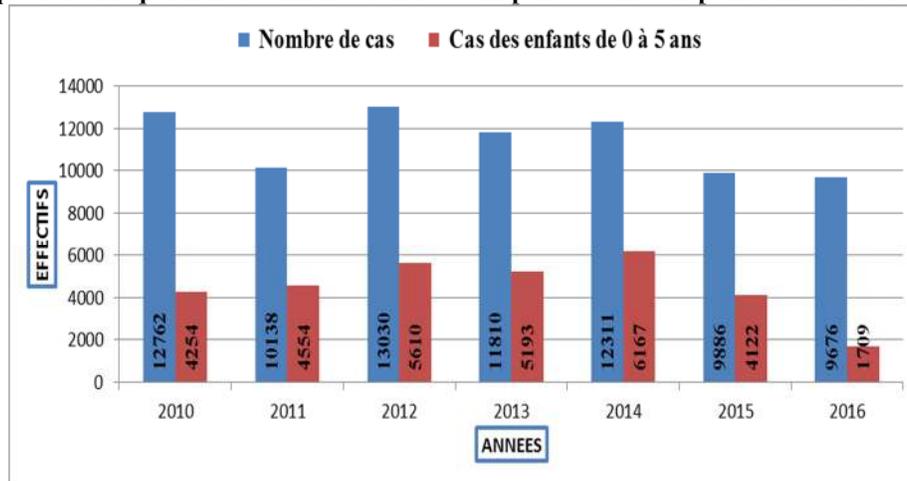
Source : SSD-Kar-Hay et enquête de terrain, 2017

Le graphique n°1 met en exergue les différentes maladies qui sévissent au sein de ménages du district de santé de Kar-Hay. En 2015, le district de santé de Kar-Hay a enregistré- 17 238 patients dont 403 souffrent de diabète, 440 de dermatoses, 178 de complication de grossesses, 90 victimes d'avortements, 2 412 de malnutrition, 153 de bilharzioses, 1 587 de broncho-pneumonie, 622 de rhume, 9 886 de paludisme et 722 de diarrhée. Le paludisme demeure à la première place des infections avec 57,35 %. Les enfants de zéro à cinq ans sont la catégorie sociale la plus affectée.

2.2. Les enfants, catégorie sociale la plus vulnérable

Avec les femmes enceintes, les enfants représentent la tranche de la population la plus fragile faces à la transmission palustre. Dans le district de santé de Kar-Hay de 2010 à 2016, sur 79 613 personnes atteintes du paludisme, 31 609 (39,70%) sont des enfants de zéro à cinq ans. Le graphique n°2 ci-dessous permet d'établir un rapport entre le nombre de personnes infectées et la tranche d'âge de zéro à cinq ans.

Graphique n°2 : Proportion des enfants de zéro à cinq ans atteints du paludisme entre 2010 et 2016

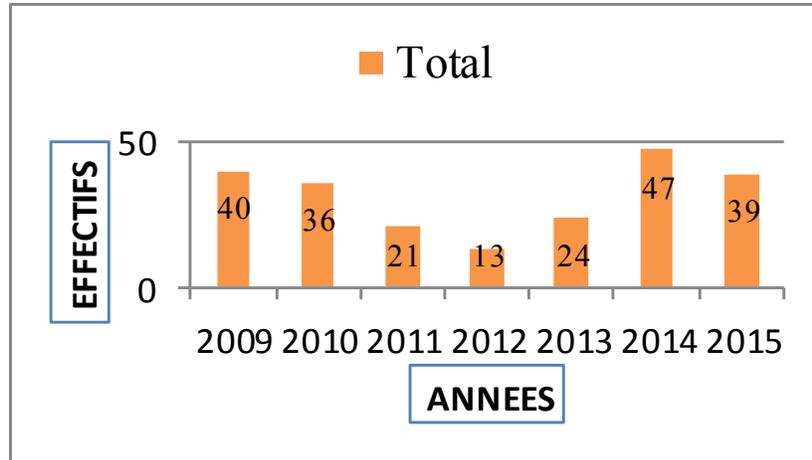


Source : Rapport SSD-Kar-Hay et enquête de terrain, 2017.

L'analyse du graphique n°2 révèle que chaque année la proportion des enfants atteints par le paludisme dans le district de santé de Kar-Hay est significative. Ici, sur les cas enregistrés, les enfants de zéro à cinq ans représentent 33,33% en 2010, 44,92% en 2011, 43% en 2012, 43,97% en 2013, 50% en 2014, 41,69% en 2015 et 17,66%

en 2016. En somme, les enfants sont plus vulnérables à la transmission palustre. Par ailleurs, plusieurs enfants perdent la vie du fait de complications liées au paludisme. Le graphique n°3 permet d'observer la mortalité palustre chez les enfants de zéro à cinq ans dans le district de santé de Kar-Hay.

Graphique n°3 : Décès liés au paludisme d'enfants de zéro à cinq ans



Source : Rapport SSD-Kar-Hay et enquête de terrain, 2017

L'analyse de ce graphique n°3 permet de comprendre qu'en seulement sept ans, les formations sanitaires du district de Kar-Hay ont enregistré au moins 220 cas de décès des enfants de zéro à cinq ans.

Les études de terrain ont permis d'identifier les facteurs explicatifs de l'endémicité et de la recrudescence du paludisme au sein des ménages du district de santé de Kar-Hay. Ces facteurs sont environnementaux et anthropiques.

2.3. Des facteurs naturels propices à la diffusion du paludisme

Les géographes de la santé établissent un lien entre les maladies et l'environnement dans lequel les hommes vivent. Dans les districts de santé de la région de l'Extrême-Nord en général et le district de Kar-Hay en particulier, l'environnement est propice à la transmission du paludisme. En effet, les éléments naturels comme le relief, le climat, la végétation peuvent

jouer un rôle majeur dans la prolifération des anophèles femelles.

Le district de santé de Kar-Hay se situe sur le prolongement de la plaine allant du Diamaré jusqu'aux abords du fleuve Logone. C'est une plaine inondable et relativement homogène avec un sol sableux et argileux. La texture argileuse du sol ne permet qu'une infiltration partielle des eaux. De plus, la platitude du terrain ne favorise pas le ruissèlement rapide des eaux pendant la saison des pluies. Du fait de la pluviométrie (juin à septembre), des températures élevées et des eaux de surfaces stagnantes, cette zone offre des conditions d'habitat idéales pour la prolifération des larves de moustiques à l'image de l'ensemble de la zone intertropicale dans laquelle elle se trouve. Les eaux forment à la surface du sol des lieux de repos des œufs des moustiques et de leurs développements. La planche n°1 ci-dessous illustre les éléments de transmission palustre dans le district de santé de Kar-Hay.

Planche n°1 : Eaux stagnantes responsables des gîtes larvaires



Cliché : Gonga François, 2017

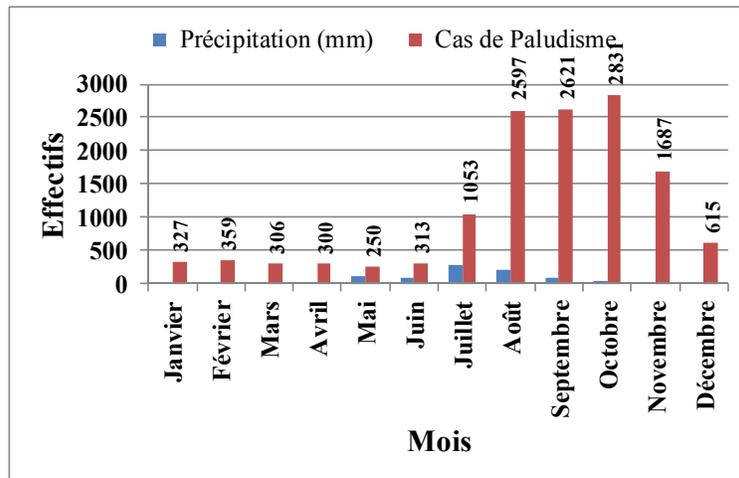
La planche n°1 montre les eaux de pluies qui stagnent en surface lors des précipitations. C'est dans ces conditions que vivent les populations du district de Kar-Hay pendant les trois (03) et quatre (04) mois de pluies. Ces eaux qui ont du mal à s'infiltrer rapidement dans le sol sont de véritables lieux de prolifération des moustiques anophèles responsables du paludisme.

Les résultats de cette étude montrent d'ailleurs que sur les 206 ménages enquêtés, plus de 20% vivent à moins de cinq mètres des mares d'eau,

18% vivent à cinq voire dix mètres des eaux stagnantes. Cette proximité avec les eaux favorise la transmission de la maladie.

La transmission du paludisme et sa saisonnalité dans le district de santé de Kar-Hay est établie. L'analyse des données durant une année permet d'apprécier la corrélation entre la quantité de pluie et le nombre de cas. Le graphique n°4 ci-dessous montre une répartition saisonnière du nombre de cas en 2014.

Graphique n°4 : Répartition saisonnière de cas de paludisme en 2014



Source : Rapport semestrielle de la DAADR et SSD de Kar-Hay, 2014

Les enquêtes ont révélé que les mois de juillet, août, septembre, octobre apparaissent comme la

période où la transmission palustre est très significative. Plus de 26% des enquêtés ont

Cliché : Gongga François, 2017

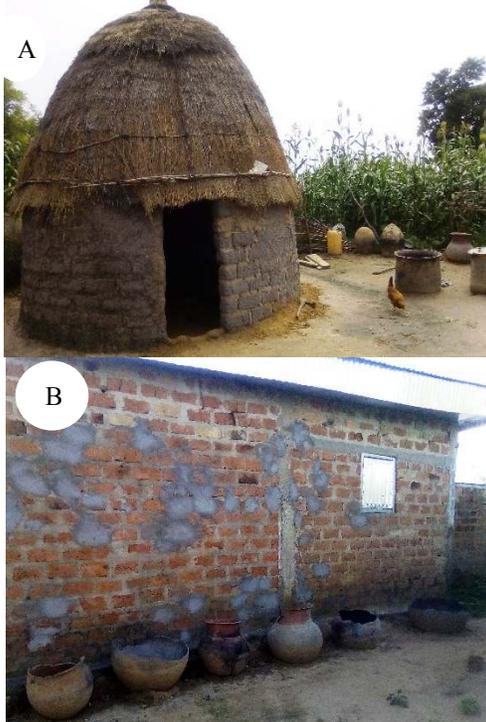
La planche n°2 montre les conditions de vie au sein des ménages. L'image (a) illustre une case sans porte visiblement au milieu des champs et l'image (b) illustre des ustensiles disposés derrière un habitat. Le cadre de vie peut parfois se révéler un réservoir d'agents vecteurs de transmission des maladies à l'instar du paludisme. Les cases sans portes, les plantes aux alentours des cases, les récipients ouverts sont des abris pour les anophèles et leurs œufs. On comprend que ceux qui vivent dans ce cadre puissent être infectés.

déclaré que le moment où les moustiques sont plus présent est la période allant du mois d'Août au mois d'Octobre et plus de 11% le situent aux mois de juillet, août, et septembre. En 2014, aux mois d'août, septembre et octobre, le district de santé de Kar-Hay a enregistré respectivement 2 595, 2 621 et 2 831 cas de paludisme alors que la même année, aux mois de janvier, février et mars, ils sont respectivement de 327, 359 et 300 cas déclarés de paludisme. Ce qui prouve réellement que la saison pluvieuse est propice aux infections palustres.

2.4. Le cadre de vie précaire au sein des ménages

Le cadre de vie d'une collectivité renvoie à l'habitat et à ses alentours immédiats. C'est le lieu de rencontre privilégié entre le vecteur (anophèle femelle) et son hôte (l'homme). La planche n°2 ci-dessous permet de montrer que le cadre de vie est souvent source de diffusion du paludisme.

Planche n°2 : Cadre de vie propice à la transmission du paludisme



D'ailleurs les enquêtes au sein des ménages ont permis de caractériser les habitats dans lesquels vivent les populations. Le tableau n°2 ci-dessous fait un récapitulatif des types d'habitats dans lesquels vit cette population.

Tableau n°2 : Types d'habitat dans le district de santé de Kar-Hay

Types d'habitat	Effectif	Pourcentage %
Terre battue sans portes	23	11,2
Terre battue avec portes	148	71,8
En dur avec portes et fenêtres	27	13,1
En dur sans portes et fenêtres	6	2,9
Autres	2	1,0

Source : Enquête de terrain, juillet, août 2017

Le tableau n°2 décrit les types d'habitats avec près de 30% d'habitats qui sont sans portes et fenêtres et parfois ceux qui disposent portes et fenêtres ne le sont que de nom. Ceci facilite, le contact de l'homme avec l'anophèle.

2.5. Pauvreté, habitude socioculturelle et niveau d'éducation, facteurs aggravant de diffusion du paludisme

En 2001, une étude réalisée par la Direction de la Statistique et de la Comptabilité Nationale (DSCN) sur les conditions de vie des ménages et le profil de pauvreté montre que 56% de la population de l'Extrême-Nord Cameroun vit dans le seuil de pauvreté. Les personnes vivant dans ces conditions sont dans l'incapacité

Facteurs de recrudescence du paludisme chez les enfants de zéro à cinq ans : cas du district de santé de Kar-hay (Extrême-nord, Cameroun)

d'avoir chaque jour la somme de 637 FCFA pour se nourrir et subvenir aux besoins essentiels non alimentaires. Les enfants issus de familles extrêmement pauvres risquent deux fois plus de contracter le paludisme.

Dans le district de santé de Kar-Hay, les populations ont coutume de veiller autour du feu après les occupations quotidiennes, lors des funérailles, des mariages ou tout autre évènement heureux ou malheureux. Les veilleurs ne se rendent souvent pas compte des risques d'infection par l'agent vecteur du paludisme. Par ailleurs certaines personnes continuent d'attribuer aux maladies des causes mystiques et surnaturelles. Ce qui fait qu'au lieu de prendre la route de l'hôpital, elles préfèrent des prières dans les églises ou des consultations chez les marabouts ou autres charlatans.

L'éducation en général et l'éducation formelle en particulier est un facteur important de développement du capital humain. Elle permet d'éclairer rationnellement l'homme dans ses décisions et comportements et constitue généralement un élément discriminant (l'insertion sur le marché du travail). Dans le cadre de cette étude, le niveau d'instruction correspond à la plus grande classe suivie par l'enquête avec succès. Le tableau n°3 ci-dessous donne le profil éducatif des chefs de ménages enquêtés.

Tableau n°3 : Niveau d'étude des chefs de ménage à Kar-Hay

Niveau d'étude	Effectif	Pourcentage %
Jamais été à l'école	30	15
Primaire	77	37
Secondaire	84	41
Supérieur	15	7
Total	206	100

Source : Enquête de terrain, 2017

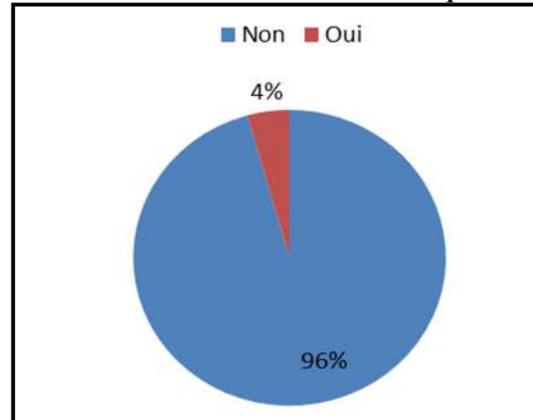
L'enquête sur le niveau d'étude, révèle que sur l'ensemble de chefs de ménages interrogés, 37% ont cessé leur étude au primaire, 41% au secondaire, 7% au supérieur et 15% n'ont jamais été à l'école. Le niveau d'étude le plus bas se trouve chez les femmes. Les personnes

généralement peu instruites n'ont pas assez de connaissances en matière d'hygiène et des risques sanitaires. Le manque de moyens et surtout la pauvreté touchent beaucoup plus les ménages au niveau d'étude bas.

2.6. La non-application des directives du gouvernement sur la gratuité de la prise en charge des enfants de zéro à cinq ans

Au Cameroun, le ministère de la santé publique par décision N°0031/MINSANTE/CAB du 21 janvier 2011 et décision N°0399/D/MINSANTE/CAD du 18 juin 2014, porte respectivement gratuité du traitement du paludisme simple et du paludisme grave chez les enfants de moins de cinq ans. Cependant, depuis ces dates, les formations sanitaires du district de santé de Kar-Hay n'ont jamais mise en application ces directives. Les enquêtes ont permis de faire ce constat comme l'illustre le graphique n°5.

Graphique n°5 : Gratuité de la prise en charge du paludisme chez les enfants de zéro à cinq ans



Source : enquête de terrain, 2017

Le graphique n°5 montre que la quasi-totalité (96%) des ménages enquêtés n'ont jamais bénéficié de la gratuité du traitement du paludisme lors de l'hospitalisation de leurs enfants de zéro à cinq ans. Lors des entretiens avec les personnels de santé, ceux-ci qui affirment que les directives de la gratuité n'ont pas été suivi d'un accompagnement de la part du

Source : *Enquête de terrain, 2017*

gouvernement. Cette non-application de ces décisions est un frein à la prise en charge des enfants de zéro à cinq ans issus des familles défavorisées.

Les enquêtes ont révélé que les ménages dépensent des sommes importantes lors de la survenue du paludisme chez leurs enfants. Le tableau n°4 ci-dessous fait un état des dépenses liées au paludisme simple dans les ménages.

Tableau n°4 : Dépenses pour le traitement du paludisme simple

Dépense des ménages (F CFA)	Effectifs	Pourcentage %
- 500	8	3,9
500 à 1000	30	14,6
1100 à 2000	38	18,4
Plus de 2000	130	63,1
Total	206	100,0

Source : *enquête de terrain, 2017*

Pour le paludisme simple, plus de 63% de ménages déboursent plus de 2000 FCFA, 18,4% dépensent entre 1100 FCFA à 2000 FCFA, 14,6% entre 500 FCFA à 1000 FCFA et seulement 3,9% dépenses moins de 500 FCFA. Ce qui semble être largement au-delà des coûts fixés dans les différentes circulaires du ministère de la santé publique qui sont de l'ordre de 200 à 250 FCFA pour le traitement du paludisme simple.

Le traitement de cas de paludisme grave reste un problème majeur pour les ménages car les dépenses s'étendent souvent en fonction du degré de complication de la maladie. Le tableau n°5 ci-dessous illustre les coûts du traitement supporté par les ménages dans le cas du paludisme grave de l'un des membres.

Tableau n°5 : Dépenses pour le traitement du paludisme grave

Dépenses des ménages (F CFA)	Effectifs	Pourcentage %
2000 à 5000	49	23,8
6000 à 10 000	79	38,3
11 000 à 15 000	49	23,8
Plus de 15 000	29	14,1
Total	206	100,0

Dans le cas du paludisme grave, les dépenses des ménages sont réparties comme suit : 14 % dépensent plus de 15000 FCFA, 23,8 % entre 11000 FCFA et 15000 FCFA, 38,3 % entre 6000 et 10000 FCFA et 23,8 % entre 2000 FCFA et 5000 FCFA.

Pour les populations au revenu modeste, ces dépenses affectent leurs portefeuilles. Pourtant les différentes décisions du ministère de la santé publique rendent gratuites la prise en charge des enfants (zéro à cinq ans) et réduisent considérablement les coûts.

En tant que première cause de morbidité et de mortalité au Cameroun, une gratuité généralisée permettrait un accès significatif des populations aux soins, car par manque de moyens certains font recours aux médicaments de la rue et aux charlatans.

Malgré le fait que ces directives restent non-appliquées, les ménages ont leur part de responsabilité dans la lutte contre le paludisme.

2.7. L'inutilisation de la moustiquaire imprégnée à longue durée d'action (MILDA) au sein de certains ménages

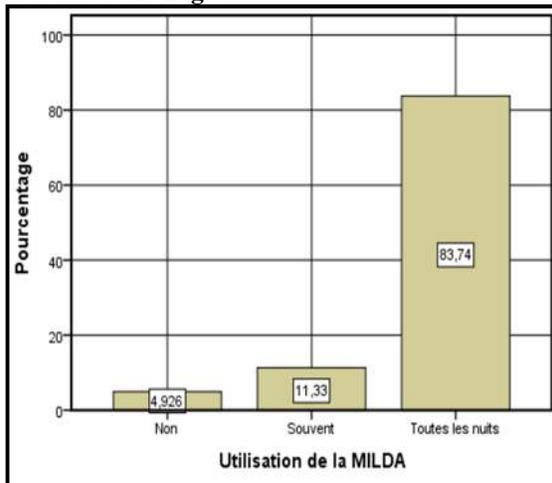
Le gouvernement camerounais s'est engagé à atteindre la couverture universelle des populations en Moustiquaires Imprégnées d'Insecticide à Longue Durée d'Action (MILDA). L'objectif est de diminuer d'une manière significative la morbidité et la mortalité dues au paludisme. C'est dans ce cadre plus de huit millions de MILDA ont été distribuées sur l'ensemble du territoire national pendant la Campagne de distribution gratuite menée en 2011 (MINSANTE, INS, 2013). En 2015, le Programme National de Lutte contre le Paludisme a demandé à l'Alliance pour la Prévention du Paludisme un appui technique afin d'élaborer un plan d'action pour la campagne de distribution en masse de 12 322 059 MILDA au Cameroun (APP, 2014). L'objectif est de maintenir et consolider la couverture et

Facteurs de recrudescence du paludisme chez les enfants de zéro à cinq ans : cas du district de santé de Kar-hay (Extrême-nord, Cameroun)

l'utilisation des MILDA selon le cycle de 3 ans recommandé par l'OMS.

Les campagnes de distribution de masse de 2011 et 2015 se sont affectivement déroulées dans le district de santé de Kar-Hay avec respectivement 53 880 et 71 294 moustiquaires Imprégnées d'Insecticides à Longue Durée d'Action. Des sites de distribution ont été créés dans les aires de santé pour la circonstance. Des personnels de santé, assistés des relais communautaires et des chefs traditionnels ont favorisé l'atteinte de la cible qu'est la population locale. Cependant, l'usage n'est pas systématique au sein des ménages. Le graphique n°6 ci-dessous permet d'apprécier l'utilisation des MILDA au sein des ménages.

Graphique n°6 : Taux d'utilisation des MILDA au sein des ménages



Source : enquête de terrain, 2017

Plus de 83,7% des ménages enquêtés ont déclaré dormir sous la moustiquaire toutes les nuits pour éviter les piqûres de moustiques qui transmettent le paludisme. Cependant, il reste qu'un nombre important de ménages (11,3%) déclare y dormir souvent et 4,9% n'y dorment pas du tout. Les raisons font état de ce qu'elles grattent le corps (5,2%), procurent de la chaleur (42,1%), les chambres sont inadaptées (10,5%). Ce qui expose davantage les couches les plus vulnérables à savoir les femmes enceintes et les

enfants aux piqûres de moustiques responsable du paludisme.

2.8. Le recours à l'automédication au sein des ménages

Certains ménages utilisent les médicaments de la rue, vont chez des tradipraticiens ou achètent tout simplement des médicaments dans les officines sans aucune consultation au sein d'une formation sanitaire. Le tableau n°6 ci-dessous montre les préférences des populations lors des recours à l'automédication.

Tableau n°6 : L'automédication au sein des ménages à Kar-Hay

Traitement en dehors des centres de santé	Fréquence	Pourcentage %
Achats des produits au quartier chez des personnels soignants	1	0,5
Achat des produits en pharmacie	2	1
Médicaments à base des plantes	42	20,4
Médicaments à base des plantes et tradipraticiens	1	0,5
Médicaments de la rue	45	21,9
Médicaments de la rue et médicaments à base des plantes	110	53,4
Tradipraticiens	5	3
Total	206	100

Source : Enquête de terrain, août 2017

En dehors de la médecine moderne, on note la médecine traditionnelle et la vente illicite des médicaments par les personnes étrangères aux métiers. 53,4% utilisent à la fois médicaments de la rue et médicaments à base des plantes, 20,4% recourent uniquement aux médicaments à base des plantes, 21,9% choisissent les médicaments de la rue, 3,5% vont chez les tradipraticiens, 1% achètent des produits en pharmacie et 0,5% achètent des produits au quartier chez des personnels soignants.

Les probabilités de rechute sont importantes en raison de la qualité et du dosage de ces produits.

3. DISCUSSION

La présente étude vise à identifier les facteurs de recrudescence du paludisme chez les enfants de

zéro à cinq ans. L'analyse des données de terrain a montré que les enfants de zéro à cinq sont la couche la plus vulnérable face au paludisme. Les résultats obtenus montrent que les facteurs environnementaux et anthropiques concourent à la transmission du paludisme au sein de ménages à Kar-Hay.

Les facteurs environnement (relief, climat, végétation) participent à la prolifération des gîtes larvaires. En effet, le taux de transmission est élevé en saison pluvieuse du fait de la stagnation des eaux de pluie et du développement des plantes herbacées autour des habitats. Ces résultats concordent avec certains auteurs comme D. V. Baska Toussia (2014, p.336), R. Gouataine Seingue et M. Ymba (2019, p.154) qui ont également établi une corrélation entre le climat et la transmission du paludisme. Entre le mois de Juillet et celui d'Octobre, le taux de transmission palustre est très significatif en raison des pluies et des températures favorables à la prolifération de l'anophèle femelle, agent vecteur du paludisme. M. Fane (2011, p.10), a montré aussi que les précipitations et la montée des cours d'eaux sont des facteurs d'amplification de l'action des anophèles femelles.

La vulnérabilité des enfants de zéro à cinq ans face au paludisme est aussi liée aux facteurs anthropiques à savoir le cadre de vie, la pauvreté ambiante, les habitudes socioculturelles, le niveau d'éducation des chefs et les limites dans l'application des décisions du gouvernement à travers le Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP).

Les enquêtes ont montré que le type d'habitat, le manque de moyen financier, le niveau d'étude et certaines habitudes socioculturelles se révèlent comme des freins à la lutte contre le paludisme. Ces résultats sont similaires à ceux de C. M. R.

Ouedraogo et al, (2011, p.533) qui ont trouvé que l'analphabétisme et le faible niveau d'instruction sont des facteurs favorisant les attaques palustres.

Depuis 2011, l'État s'est engagé à distribuer gratuitement tous les trois ans des moustiquaires aux ménages pour barrer la route au paludisme. Cependant, plus de 16% des ménages n'utilisent pas systématiquement cet outil de prévention. En 2017, F. H. Yandai et al, (2017, p.231) ont également noté qu'au Tchad, 41,8% des enfants de zéro à cinq ans ne dorment pas sous une moustiquaire la nuit. C'est pourquoi cette catégorie sociale est très exposée à la maladie. Dans le district de santé de Kar-Hay plus de 39% d'enfants consultés souffrent de paludisme avec une mortalité significative. Entre 2009 et 2015, 220 enfants sont décédés, soit 31 en moyenne par an. Au Katanga, P. Cilundika Mulenga, O. Nyota Nsenga et O. Luboya Numb (2016, p.2) ont montré que 30 à 50% des cas des fièvres et 10% décès sont attribuées au paludisme chez les enfants de moins de 5 ans. Ces cas de décès sont aussi dus à l'automédication sein des familles. Au lieu d'amener l'enfant immédiatement dans une formation sanitaire lors de la survenue des fièvres, certains parents préfèrent utiliser un antipyrétique, des médicaments d'origine douteuse. Ce qui entraîne des résistances aux antipaludiques. C'est d'ailleurs sur la même conclusion que sont parvenu P. Ndiaye, A. Taldia, A. Diedhiou, A. Juergens-behr, J.P. Lemort (2006, p.) lors d'une étude dans le district de Dakar Nord. Cette étude révèle que la posologie a été incorrecte pour 84% de ceux qui ont pris un antipaludique en automédication. Cette mauvaise pratique est responsable de pharmaco résistance à la chloroquine. Pour limiter cette pratique, plusieurs pays à l'instar du Cameroun ont mis en place une politique de gratuité du traitement du paludisme chez les enfants de zéro à cinq ans.

Facteurs de recrudescence du paludisme chez les enfants de zéro à cinq ans : cas du district de santé de Kar-hay (Extrême-nord, Cameroun)

La non-application des mesures de gratuité de la prise en charge des enfants de zéro à cinq ans dans le district de Kar-Hay est un facteur aggravant de la prévalence. Selon J. R. Mabilia Babela, B. P. S. Ngoulou et G. Moyen (2016, p.10) révèle qu'à Brazzaville l'instauration de la gratuité pour les enfants de zéro à cinq ans a favorisé la diminution des formes graves de paludisme car les parents amènent tôt les enfants en consultation.

La lutte contre le paludisme doit prendre en compte les stratégies préventives (sensibilisation, Moustiquaire Imprégnée à Longue Durée d'Action, assainissement) et curatives (prise en charge des patients).

CONCLUSION

Les enfants zéro à cinq ans font partie des couches les plus vulnérables au paludisme dans le district de santé de Kar-Hay. Au terme de cette étude, les éléments naturels (relief, climat, végétation) jouent un rôle majeur dans la prolifération des anophèles femelles. À cela, il faut ajouter le cadre de vie des ménages, la pauvreté, le niveau d'étude, les habitudes socioculturelles et l'inapplication de certaines directives du ministère de la santé publique. Cependant, ces directives ne sont pas toujours efficacement mises en œuvre. Ces résultats interpellent la communauté sur la nécessité de se protéger à travers l'assainissement du cadre de vie, l'usage du MILDA. L'État doit s'assurer de l'effectivité des décisions de la gratuité de prise en charge en faveur des enfants de zéro à cinq ans. Ceci permettra d'inverser la courbe de la prévalence du paludisme au sein de la population. Chaque stratégie du gouvernement doit bénéficier d'un suivi et d'une évaluation permanente pour plus d'efficacité.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

AUBRY Pierre et GAÜZERE Bernard-Alex, 2016, « Paludisme » : *Actualités 2016*. Mise à jour le 04/02/2017, 26 pages.

BASKA TOUSSIA Daniel Valérie, 2014, *Analyse géographique des « infections paludéennes » dans les districts de santé de la Région de l'Extrême-Nord (Cameroun)*. Thèse de Doctorat/Ph. D. Géographie de la santé. Université de Ngaoundéré, 456 pages.

CILUNDIKA MULENGA Philippe, NYOTA NSENGA Odile, LUBOYA NUMBI Oscar, 2016, « Problématique de l'utilisation des Moustiquaires Imprégnées d'insecticide à Longue Durée (MILD) chez les enfants de moins de 5 ans en République Démocratique du Congo », *The Pan African Medical Journal*, <http://www.panafrican-med-journal.com/content/article/23/101/full/>, 8 pages.

COULIBALY Bakary (2010). *Paludisme de l'enfant de moins de 5 ans dans le service de pédiatrie du centre de sante de référence de la commune I du district de Bamako*. Thèse de Doctorat en Médecine. Faculté de Médecine, Bamako. 88 pages.

DIMI Théodore Doudou, DOANNIO Julien Marie Christian, KONAN Lucien Yao, DJOUAKA Rousseau, TOÉ Léa Paré, AKOGBÉTO Martin, 2006, « La moustiquaire imprégnée d'insecticide comme moyen de lutte contre le paludisme : les raisons d'une adoption limitée en côte d'ivoire. » *Compte rendu de recherche. Natures Sciences Sociétés*, 4 pages, www.cairn.info/revue-natures-sciences-societes-2006-4-page-431.htm.

Enquête Démographique et de Santé au Cameroun (EDS-C III), 2004. *Enquête*

Démographique et de Santé au Cameroun.
<http://nada.stat.cm/index>.

FANE Moussa. (2011). « *Impact du climat sur l'écologie et la transmission du paludisme : analyse du risque palustre dans le septentrion malien. Médecine humaine et pathologie* ». Université de Grenoble, 2011. Français. <NNT : 2011GRENS042>. <tel-01178824>. Consulté le 15/10/2020.

FOSSO Joseph., 2014, *Présentation des Directives sur la gratuité du traitement du paludisme grave chez les enfants de moins de 5 ans au Cameroun. Réunion d'évaluation de la mise en œuvre des directives portant sur la gratuite du traitement du paludisme grave des moins de 5 ans suivant l'approche de solidarité inter-génération*. Maroua, 18 juillet 2014.

GOUATAINE SEINGUE Romain et YMBA Maimouna (2019) « Variabilité climatique et émergence du paludisme à Bongor (Tchad) ». *Revue Espace, Territoires, Sociétés et Santé*, (2), 143-156. [En ligne] 2019, mis en ligne le 19 Janvier 2019, URL: <https://retssa-ci.com/index.php?page=detail&k=40>. Consulté le 22/09/2020.

EDORH Hokameto Rodrigue Junior, 2013, *Évaluation de l'efficacité des moustiquaires à longue durée d'action sur la prévalence du paludisme dans la localité de Libamba*. Institut Sous-régional de la Statistique et l'Économie Appliqué. In Mémoire Online, 74pages.

MABIALA BABELA Jean Robert, NGOULOU, MOYEN Georges, 2016, « Évaluation de la gratuite de la prise en charge du paludisme chez l'enfant de 0-5 ans à Brazzaville ». *Sciences de la Santé, Annales de l'Université Marien NGOUABI*. www.annalesumng.org, p.8-11.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE (2014). *Décision N°0399/D/MINSANTE/CAD du 18 juin 2014 portant directives sur la gratuité*

du traitement du paludisme grave chez les enfants de moins de cinq ans au Cameroun.

NDIAYE Pap, TAL-DIA Anta, DIEDHIOU Arona, JUERGENS-BEHR Ann, LEMORT Jean Pierre, 2006, « l'automédication de la fièvre dans le district Nord de Dakar, au Sénégal », *Médecine Tropicale*, p.74-78.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE (OMS). (2017). *Cadre conceptuel d'un plan national de suivi et de gestion de la résistance aux insecticides chez les vecteurs du paludisme*. Genève. 42 pages www.oms.org. Consulté le 20/09/2020.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS), 2013, *Recrudescence de cas de paludisme dans la région de l'Extrême-Nord du Cameroun, Rapport*, Genève. 1 page, www.oms.org, Consulté le 29/11/2020.

FONDS DE NATIONS UNIES POUR L'ENFANCE (2004). *Le paludisme : une des principales causes de décès et de pauvreté des enfants en Afrique*. New York. 17 pages. www.unicef.org. Consulté le 20/09/2020.

YANDAÏ Fissou Henry, MOUNDINE Kebfene, DJOUMBE Ephraïm, BOULOTIGAM Kodbes, MOUKENET Azoukalne, KODINDO Israel Demba et HINZOUNBE Clément Kerah, 2017, « Perception de risques du paludisme et utilisation des moustiquaires au Tchad », *Int. J. Biol. Chem. Sci.* 11(1), p. 228-236.



Deuxième Partie :

CONSIDÉRATIONS SUR L'ACCÈS AUX SERVICES DE SANTÉ MATERNELLE, NÉONATALE ET INFANTILE



LES DISPARITES SOCIO-SPATIALES DANS L'ACCES AUX SOINS DE SANTE MATERNELLE ET INFANTILE DANS LA PREFECTURE DE L'OTI (NORD-TOGO)

SOCIO-SPATIAL DISPARITIES IN ACCESS TO MATERNAL AND CHILD HEALTH CARE IN THE PREFECTURE OF OTI (NORTH TOGO)

¹LARE Babénoun et ²OURO-GBELE Zoukouloulou

¹Docteure, Maître-assistante, Département de Géographie, Université de Kara, babenounlare@yahoo.fr

²Docteur, Département de Géographie, Université de Lomé, ogzoul@gmail.com

Babénoun LARE et Zoukouloulou OURO-GBELE, Les disparités socio-spatiales dans l'accès aux soins de santé maternelle et infantile dans la préfecture de l'Oti (Nord-Togo), *Revue Espace, Territoires, Sociétés et Santé* 3 (6), 45-56, [En ligne] 2020, mis en ligne le 31 Decembre 2020, consulté le 2021-01-10 08:39:15, URL: <https://retssa-ci.com/index.php?page=detail&k=130>

Résumé

L'accessibilité des soins de santé maternelle et infantile est primordiale dans un pays. Au Togo, des efforts ont été déployés par le gouvernement pour rapprocher les centres de santé des populations. Cependant, des disparités socio-spatiales sont constatées dans l'accès aux soins de santé maternelle et infantile dans la préfecture de l'Oti. L'objectif de cette étude est d'analyser les facteurs qui sont à l'origine de ces disparités dans l'accès aux soins de santé maternelle et infantile.

Une méthodologie de collecte de données a été adoptée. L'échantillon a concerné 245 femmes enceintes dans sept localités, situées à plus de 10

km de la route nationale n°1, l'unique voie praticable en toute saison. Des entretiens ont été menés auprès des agents de santé. Les données quantitatives ont été saisies à partir du logiciel Csp7.4 puis transférées dans le logiciel SPSS 26.0 pour leur analyse. Les données qualitatives ont été traitées dans le logiciel Nudiste 1.71. Les tableaux et graphiques ont été produits dans Excel et des cartes réalisées à partir du logiciel Arc GIS 3.2a.

Il résulte de l'étude que la zone présente une disparité socio-spatiale des infrastructures sanitaires. 45,5% des enquêtées n'ont pas accès aux centres de santé. Aussi, 75,4% évoquent-ils des problèmes liés à l'inégale répartition des centres de santé et du personnel de santé. Ces contraintes contribuent à la détérioration de l'état de santé des femmes enceintes de la Préfecture de l'Oti.

Mots clés: Accessibilité, disparité socio-spatiale, soins de santé, santé maternelle, Oti-Togo

Abstract

Accessibility of maternal and child health care is paramount in a country. In Togo, efforts have been made by the government to bring health centers closer to the populations. However, socio-spatial disparities are noted in access to

maternal and child health care in the Oti prefecture. The objective of this study is to analyze the factors that are at the origin of these disparities in access to maternal and child health care.

A data collection methodology was adopted. The sample concerned 245 pregnant women in seven localities, located more than 10 km from the national road n° 1, the only road passable in all seasons. Interviews were conducted with health workers. The quantitative data were entered from the Cspro7.4 software and then transferred to the SPSS 26.0 software for their analysis. The qualitative data were processed in the Nudist 1.71 software. Tables and graphs were produced in Excel and maps produced using Arc GIS 3.2a software.

The study shows that the area has a socio-spatial disparity in health infrastructure. 45.5% of respondents do not have access to health centers. Also, 75.4% cite problems linked to the unequal distribution of health centers and health personnel. These constraints are contributing to the deterioration of the state of health of pregnant women in the Prefecture of Oti.

Keywords: Accessibility, socio-spatial disparity, health care, maternal health, Oti-Togo

INTRODUCTION

L'accès aux services de santé de soins est l'un des facteurs clefs pour améliorer la santé des populations dans le monde (M. Audibert et E. Roodenbeke, 2005, p. vii). D'après les estimations de l'OMS en 1995, environ 80% de la population mondiale n'aurait toujours pas accès aux soins de santé jusqu'en 2000. C'est en Afrique subsaharienne que ce problème d'accès aux soins de santé se pose avec plus d'acuité.

Dans cette partie du monde, les indicateurs de santé maternelle et infantile sont encore alarmants. Le taux de mortalité infantile en 2012 s'élevait à 47,2‰ au Togo, (DGSCN, 2012, p.27- 29). Les problèmes liés à la santé font souvent l'objet des politiques de santé et

programmes qui ont encore du mal à améliorer ces indicateurs de santé dans ces pays en général et au Togo en particulier. Selon l'EDSTIII seulement 41,3% des accouchements sont assistés par un personnel qualifié en zone rurale, contre 91,7% en zone urbaine. En outre, la proportion des femmes des riches ayant accès à un médecin était de 27,1%, elle n'était que de 14,5% pour les pauvres en milieu urbain avec des écarts plus importants en milieu rural (MSPS, 2017, P.10).

Ainsi, selon le Programme National de Développement (PND, 2018, p.35), plusieurs femmes en milieu rural au Togo, meurent en donnant la vie. C'est la raison pour laquelle le Fond des Nations Unies pour la Population (UNFPA) cherche à réduire le taux de cette mortalité en rendant facile l'accès aux soins prénatals, en mettant en place un personnel qualifié pour les accouchements et un service de planification familiale.

Malgré les efforts consentis par l'État en mettant en place des infrastructures sanitaires, des inégalités géographiques et sociales dans l'accès aux soins persistent dans tout le pays (PNDS, 2017) en général et en particulier dans la Préfecture de l'Oti. Elle est faiblement dotée d'infrastructures sanitaires comparativement aux autres Préfectures du pays. A titre d'exemple, on dénombre 1,5 unité de santé pour 10 000 personnes dans les Régions Maritime et des Plateaux, 1,8 unité de santé pour 10 000 personnes dans les Régions centrale et de la Kara contre 1,1 unité de santé pour 10 000 personnes dans l'aire d'étude (Ministère de la santé, 2015, p.53)). A cela s'ajoute la distance parcourue par les populations pour atteindre les centres de santé. Pour une meilleure accessibilité, l'OMS recommande que les formations sanitaires de premier niveau se situent dans un rayon de 5 km. D'après l'annuaire statistique de 2012 du Plan Nationale Sanitaire du Togo (P N S.T, 2012, p.59) 45,7% de la population bénéficient de cette distance contre 88% qui se situent à plus de 5 km d'une structure de soins. Ces distances constituent un facteur de démotivation surtout

que ces longues distances vont de pair avec l'état défectueux des routes. Les Unités de Soins Périphériques (USP) délabrées, sous équipées et pauvres en personnel de santé sont moins fréquentées

La faible fréquentation des centres de santé reste dès lors préjudiciable à la population. ce qui entraîne des taux élevés de mortalité infantile et infanto-juvénile aussi bien à l'échelle du pays qu'au niveau des régions et des préfectures. Evalué à 83 décès pour 1 000 naissances comme moyenne nationale, le taux de mortalité infantile dans la préfecture de l'Oti est estimé à 101 décès pour 1 000 naissances (INSEED, 2014, p.107). Le taux de mortalité infanto-juvénile, pour sa part, est estimé à 149 décès pour 1000 naissances dans cette préfecture contre 115 décès pour 1000 naissances au plan national (Ministère de la santé, 2015, p.53). Ces taux élevés de mortalités restent préoccupants dans ces zones pauvres où le niveau des dépenses en soins de santé les plonge dans une situation d'extrême pauvreté avec au plus de 1,90 dollar (US\$) par jour pour survivre (OMS, 2017).

Dans ces zones, les inégalités socio-spatiales en matière de recours aux soins sont reconnues, du fait que les femmes enceintes n'ont pas accès aux services de santé. Il a été démontré que des disparités sociales et géographiques existantes entre les milieux, entraînent une diversité d'accès aux soins de santé

L'objectif de cette étude est d'analyser les facteurs qui sont à l'origine de ces disparités dans l'accès aux soins de santé maternelle et infantile dans la Préfecture de l'Oti.

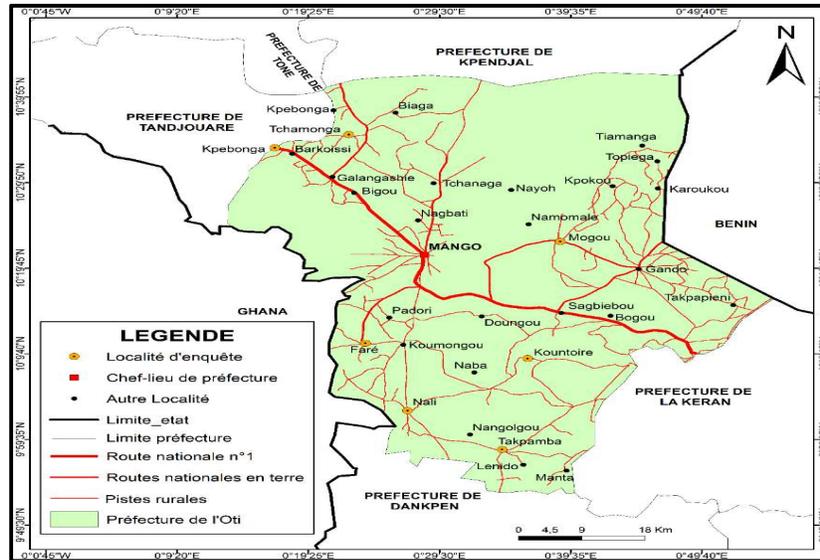
1. Matériels et méthodes

Pour atteindre l'objectif, une méthodologie de collecte de données a été adoptée: La documentation, les observations, la collecte des données.

1.1. Site de l'étude

L'une des 5 préfectures de la région des Savanes, l'Oti s'étend sur une superficie de 3946,9 km² soit 46,46% de la région et 6,9% du pays. Géographiquement, la préfecture de l'Oti est comprise entre 10°00 et 10°30 de latitude nord et entre 0°15 et 0°45 de longitude est. Elle est limitée au nord par la préfecture de Tandjoaré, au sud par la région de la Kara, à l'est par le Bénin et à l'ouest par le Ghana et compte administrativement 16 cantons : Mango, Gando, Koumongou, Mogou, Nali, Nagbèni, Takpamba, Tchanaga, Galangashi, Kountoire, Barkoissi, Faré, Kpétonga, Tchamonga, Sagbiébou, Sadori dont sept localités rurales ont été enquêtées (Carte n° 1). Avec 178 135 habitants de la Région, la préfecture de l'Oti compte 18 595 ménages.

Carte n°1: Localités rurales enquêtées dans la Préfecture de l'Oti



Source : INSEED, carte modifiée par ADRIKA, 2020

1.2 Données de l'étude

La collecte des données constitue la charpente de toute recherche. Pour la présente étude, les sources de données secondaires et primaires ont été utilisées. La recherche documentaire dans les centres de documentation et dans les bibliothèques du pays a concerné les livres, les articles, les revues, les données administratives, les mémoires, les thèses de doctorat, les registres de consultations prénatales ainsi que les rapports d'étude ayant pour centre d'intérêt la problématique de l'accès aux soins de santé. Les recherches sur internet ont été d'un apport important.

Cette documentation a permis de cerner davantage les contours du sujet et de façon judicieuse, les concepts clés à utiliser afin de mieux comprendre la problématique développée.

Les données primaires sont celles issues des enquêtes de terrains constituées des observations, de l'administration des questionnaires et des entretiens.

Une grille d'observation a été mise au point. Cette phase a permis d'observer l'état des infrastructures sanitaires, l'état des voies routes,

des équipements sanitaires, le comportement du personnel vis-à-vis des femmes enceintes, l'attitude de ces femmes par rapport aux agents de santé, le temps mis pour être reçues, l'accueil qui leur est réservé.

Pour obtenir les données qualitatives, des entretiens semi-directs ont été menés auprès de sept agents de santé. Ce qui a permis d'avoir des informations détaillées et d'approfondir les investigations sur le sujet de recherche. (Tableau n°1).

Tableau n°1: Agents de santé interviewés

Centre sanitaire	Agents de santé interviewés
USP Faré	1
USP Kountoire	1
USP sadori	1
USP payoka	1
USP Nali	1
USP Tchanaga	1
USP Tchamonga	1

Source : Enquêtes de terrain, novembre 2018

Comme l'indique le tableau n°1, les interviews ont été menées avec les agents de santé des USP (Unité de Soins Périphériques) des localités enquêtées. La prise en compte des agents de

santé a permis d'avoir des informations sur le degré de fréquentation.

Les interviews ont été complétées par une enquête par questionnaire. Ces questionnaires ont pris en compte la répartition des centres de santé et celle des agents de santé, des renseignements sur les agents de santé, les services offerts dans les maternités, les consultations prénatales, les soins pendant et après l'accouchement. La collecte a concerné une femme enceinte par ménage. Pour plus d'efficacité, il a été privilégié les femmes enceintes de 5 à 7 mois. Il a été montré que de 5 à 7 mois, les femmes enceintes ont déjà fait une consultation prénatale (CPN) dans un centre de santé (Ministère de la santé, 2015, p.53).

L'enquête s'est déroulée du 5 septembre 2017 au 12 février 2018. Elle a porté sur sept localités (Carte n°1) des 16 cantons de la préfecture de l'Oti en tenant compte des critères de la distance parcourue, de la répartition spatiale des centres de santé, du temps qu'un patient met pour atteindre le centre de santé, de l'inexistence des centres de santé, de l'éloignement de la population des centres de santé.

Les femmes enceintes constituent la population cible. Pour avoir la taille de l'échantillon, il a été appliqué la formule inspirée de SCHWARTZ D. (1969):

$$n = \frac{t_a^2 p(1-p)}{d^2} (1+a)$$

t_a est le quantile d'ordre $1-\alpha$ avec α le niveau de confiance que l'on se fixe. En général, l'on prend ce niveau égal à 5% ce qui correspond à 1,96 (arrondi à 2) pour la valeur de t_a ; P désigne la couverture des soins de santé des ménages dans la zone d'étude ($P=17,6\%$); a est le taux de non réponses anticipées qui équivaut à 10%. Pour cette étude la précision souhaitée est de 5%. Sur

la base de ces calculs, le nombre (N) des enquêtés est de 245,13 qu'on a arrondi par défaut à 245 femmes enceintes, tiré au hasard à raison de 35 femmes enceintes par localité. Etant donné que ces femmes enceintes sont dans des ménages, il a été choisi une femme enceinte par ménage de façon aléatoire pour couvrir les 35 ménages par localité

1.3. Méthode de traitement des données collectées

Les données quantitatives ont été saisies à partir du logiciel Csp7.4 puis transférées dans le logiciel SPSS 26.0 pour leur traitement et leur analyse. Ainsi, nous avons utilisé une analyse descriptive faisant référence à des types de structures sanitaires et d'agents de santé. Les résultats montrent la proportion du niveau de répartition spatiale des formations sanitaires et la distribution des agents de santé, de l'état des équipements techniques des USP de l'Oti et les services offerts dans ces centres. Les tableaux et graphiques ont été produits dans Excel.

Les données qualitatives ont été traitées avec la technique de l'analyse de contenu dans le logiciel Nudiste 1.71. Des cartes thématiques ont été réalisées à partir du logiciel Arc GIS 3.2.

2. Résultats

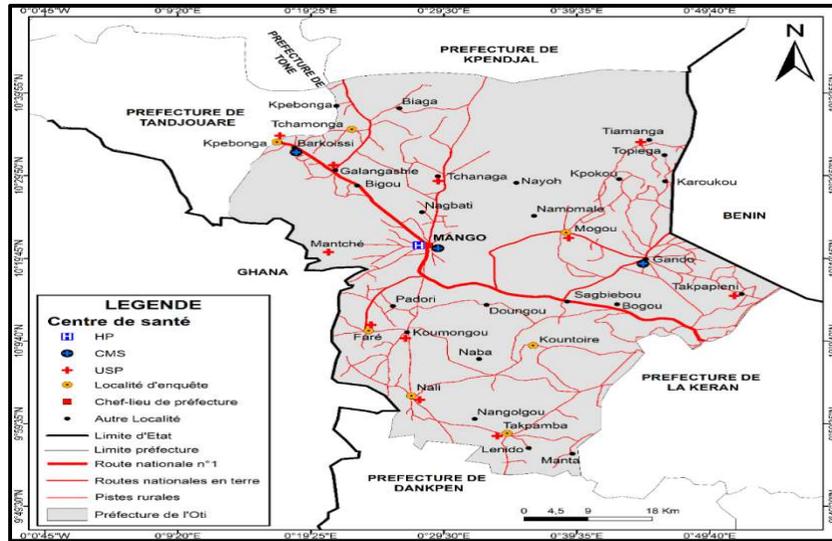
Les résultats de cette étude se rapportent à la répartition spatiale des formations sanitaires, la distribution du personnel de santé, les services offerts dans les maternités et les contraintes d'accès aux soins de santé maternelle.

2.1. Inégale répartition des structures de santé dans la Préfecture de l'Oti

Les structures de santé sont inégalement réparties dans la Préfecture de l'Oti. On dénombre sept Unité des Soins Périphériques (USP) et quatre centres médico-sociaux (CMS) (Carte n° 2).

Les disparités socio-spatiales dans l'accès
aux soins de santé maternelle et infantile
dans la préfecture de l'Oti (Nord-Togo)

Carte n°2 : Répartition spatiale des centres de santé dans la Préfecture de l'Oti



Source : INSEED, carte modifiée par ADRIKA, 2020

Au regard de la carte n°2, les centres de santé les plus équipés sont situés à Mango et aux Chefs-lieux des cantons. Les unités de soins périphériques (USP) sont délabrées, sous équipées et pauvres en personnel de santé. Ce qui contraint les patients des zones périphériques à recourir aux soins traditionnels et à l'automédication.

Les centres de santé les plus équipés sont concentrés dans les Chefs-lieux de canton laissant la périphérie aux tradipraticiens et aux accoucheuses traditionnelles. À l'insuffisance des structures de santé mère-enfant, s'ajoute l'insuffisance du professionnel de l'accouchement dans la Préfecture de l'Oti (Tableau n°2)

L'inégale répartition des structures sanitaires est un facteur essentiel dans l'accessibilité des soins

Tableau n°2: Type des structures sanitaires et du personnel soignant

Cantons	Dénomination de la structure	Structures				Personnel soignant						
		P	PL	PC	COM	AS	AC	Mat	Inf.	S-F	AM	M
Nali	USP Nali	X				1	1	1	1	0	0	0
Takpamba	CMS Takpamba	X				0	0	1	1	0	0	0
Mogou	CMS mogou	X				1	0	1	1	0	1	0
Kountoiré	USP Kountoiré	X		X		1	1	0	0	0	0	0
Tchamonga	USP	X				1	0	1	0	1	1	0
Faré	USP	X		X		0	0	0	0	0	0	0
Mango	Hopital	X				2	1	1	1	1	2	1
Gando	CMS	X				1	0	1	0	0	1	0
Koumongou	CMS	X				1	0	1	1	0	0	0
Sadori	USP	X		X		1	0	1	0	0	0	0
Payoka	USP	X				1	0	1	1	0	0	0
Tchanaga	USP	X				1	1	0	1	1	0	0

Source : Enquêtes de terrain, 2018

P=public ; PL= professionnel laïcs ; PC=professionnel confessionnels ; COM = communautaire ; AS= agent de santé ; AC = agent communautaire ; Mat=matrone ; Inf.=infirmier ; S-F =sage-femme ; AM =assistant médical ; M=médecin ;

Le tableau n°2 présente les types de structure sanitaires, l'effectif et la qualité de leurs personnels soignants. Dans la Préfecture de l'Oti, les infrastructures sanitaires et le personnel soignant sont peu représentés. Ces centres de santé et ce personnel soignant sont mal répartis à l'échelle préfectorale défavorisant les populations rurales.

2.2. Déficit du personnel de soins de santé maternelle

Dans la Préfecture de l'Oti, la compétence du personnel soignant est faible et ne correspond pas parfois à leur cahier de charge. Le personnel de santé maternelle est remarquable par son insuffisance quantitative et une inégale répartition. En effet, les enquêtes ont révélé qu'en 2002, 56% des centres médico-sociaux disposaient d'un personnel qualifié avec au moins un infirmier diplômé d'État alors que 44% des USP étaient gérées par un personnel non qualifié.

Le secteur de santé est caractérisé par un déficit en personnel qualifié. Par personnel qualifié, on désigne un médecin, un infirmier ou une infirmière d'État, un infirmier ou une infirmière auxiliaire, une sage-femme d'État. Cette répartition géographique est caractérisée par une forte concentration du personnel qualifié au CHP de Mango, chef-lieu de la préfecture de l'Oti. Le seul médecin dans le District est employé au CHP avec des assistants médicaux, des sages-femmes, des aides-soignants contre une aide-soignante et une matrone à l'USP de Kountoiré pour 5 454 habitants. C'est le seul agent de santé formé par l'État pour des soins de santé primaires comme les pansements, les injections dans ce canton. Ce qui ne répond pas aux normes de l'OMS qui recommande un dispensaire pour 5 000 habitants.

D'autres sont formés sur le tas ou par les organisations Non Gouvernementales (ONG) présents dans la Préfecture de l'Oti. La mise en place de ces comités de gestion de santé (COGES) a pour ambition de concilier les difficultés relatives à la santé et les préoccupations des populations en matière de santé. Pour ce faire, la création d'un organe susceptible de répondre à ces deux axes est apparue nécessaire aux yeux de l'ONG Association d'Appui aux Activités de Santé Communautaire (3ASC). Ils sont composés des agents de santé communautaire et des accoucheuses.

Les maternités de la Préfecture de l'Oti connaissent un déficit en personnels qualifiés pour les accouchements.

Les infirmiers accoucheurs sont les plus représentés parmi les professionnels d'accouchement. Les autres professionnels de la maternité comme les sages-femmes sont représentés en nombre infime (une sage-femme ou zéro dans certaines structures). L'absence ou l'insuffisance des équipements dans les maternités sont une raison supplémentaire pour que les femmes enceintes ne puissent bénéficier des soins adéquats.

2.3. État des équipements et infrastructures dans les centres de santé

L'état des équipements est pour la plupart mauvais.

2.3.1. Équipements dans les maternités

Selon le plan de développement sanitaire de l'Oti, 60% des formations sanitaires sont équipées. Le niveau de vétusté des équipements est observé à partir de leur état par rapport à tous les équipements de la formation sanitaire (Tableau n°3).

Tableau n°3: Répartition par niveau de l'état des équipements techniques des USP de l'Oti

Désignation	Quantité	État			
		Bon		Mauvais	
		Eff	%	Eff	%
MOBILIER DE BUREAU et MEDICAL					
Table simple	30	28	93,3	2	7
Chaise simple	30	6	20	2	7
Étagère	8	5	62,5	3	38
Table de bureau	77	19	24,6	56	73
Chaise roulante	19	11	57,8	8	42
Banc en bois	11	3	27,2	5	45
Armoire en bois	35	12	34,2	3	9
Lits	58	49	84,3	9	16
Matelas	58	28	48,2	15	27
Potence à perfusion	43	10	23,2	33	77
Table gynéco	10	2	20	8	80
Table d'examen	12	12	100	0	0
Table d'accouchement métallique	12	8	66,6	4	33
Table d'accouchement en bois	8	4	50	4	50
Table d'accouchement en ciment	5	4	80	1	20
MOBILIER MEDICAL					
Stéthoscope	178	170	95,7		4
Médical	24	19	70,3		21
De pinard	16	15	93,7		6
Poissonnière	17	14	82,3		18
Poupinel	8	8	100		0
Plateau GM	1	1	100		0
Plateau moyen	44	44	100		0
Plateau PM	36	36	100		0
Bassin haricot	38	38	100		0
Bassin de lits	62	60	96,7		3
Réchaud à gaz	16	15	93,3		6
Réchaud à pétrole	3	3	100		0
Cocotte-minute	15	15	100		0
INSTRUMENT DE LABORATOIRE					
Microscope binoculaire	1	1	100		0
INSTRUMENT MEDICAL CHIRURGICAL					
Matériel de pansement	14	12	-		14
Porte aiguille	71	64	-		10
Hystéromètre	135	118	-		13

Source : Archives de l'hôpital de l'Oti, 2018.

L'analyse du tableau n°3 permet de rendre compte de l'état des équipements des formations sanitaires. Le matériel d'équipement a été classé en fonction des niveaux de priorité. La priorité P1 concerne le mobilier de bureau et médical qu'il faut totalement équiper puisque 72,7% des chaises de bureau, 76,7% de la potence à perfusion, 80% de tables gynéco, 50% de tables

d'accouchement en bois sont vétustes. La priorité P2 concerne le mobilier médical à renouveler du fait que 6% à 20% des équipements ne sont pas en bon état. Les priorités P3 et P4, les instruments de laboratoire, les instruments médicaux de la chirurgie sont à renouveler pour permettre aux agents d'offrir des services de qualité dans les rares formations sanitaires.

Ces formations sanitaires sont constituées de salles de consultation, d'accouchement et de salle d'hospitalisation. Les enquêtes de terrain ont permis d'inventorier les tables d'accouchement, le stéthoscope, le pèse-bébé, la table d'examen. La vétusté du matériel dans les formations sanitaires reste un problème.

2.3.2 Vétustés des infrastructures des services de maternité

Certaines formations sanitaires comme celle de payoka sont vétustes (Photo n°1).

Photo n°1 : Vétusté de l'unité de soins périphériques de payoka



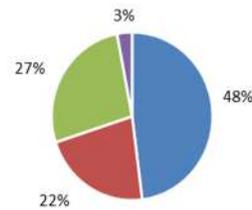
Source : LARE B., vue prise en novembre 2018

La photo n°1 présente l'état délabré des locaux de l'USP de Payoka. Les murs sont dans un mauvais état et le tôle attaquée par la rouille. Il se pose également un problème d'hygiène dans les bâtiments abritant les services maternels. Ce qui décourage les femmes enceintes à s'y rendre pour des visites prénatales.

2.3.3. Facteurs et choix des formations sanitaires

Les types de soins offerts aux femmes enceintes dans les différentes formations sanitaires sont les consultations prénatales, les soins au cours de l'accouchement et les soins post-partum. Les pourcentages de fréquentation de ces structures sanitaires dépendent des facteurs (Graphique n°1).

Graphique n°1 : Pourcentage de fréquentation des types de structures sanitaires selon certains facteurs



■ Etat des routes ■ Moyens de transport ■ Moyns financiers ■ Autres

Source : Enquêtes de terrain, juillet 2018

Le graphique n°1 montre le pourcentage de fréquentation des centres de santé. L'état défectueux des routes et les problèmes de moyens de transport sont mentionnés par 70% des enquêtés comme les empêchant de fréquenter les centres de santé. Seulement 27% évoquent l'onérosité des produits pharmaceutiques. Le choix d'une formation sanitaire est déterminé par les facteurs tels que l'efficacité des services, les coûts des soins, l'état des routes et les moyens de transport. La formation professionnelle est sollicitée à hauteur de 52% à cause de l'accueil qu'elle offre et le prix des soins abordable. Les formations sanitaires publiques sont fréquentées à un taux de 45%. Les prix exorbitants, les pratiques de corruption et le détournement des médicaments dont sont victimes les femmes enceintes au moment de leur accouchement, ont souvent été l'objet des tiraillements dans les formations sanitaires. Ce qui a entraîné l'abandon des établissements de santé public au profit des structures confessionnelles et des accoucheuses traditionnelles (Photon°2).

Photo n°2 : Une accoucheuse traditionnelle détectant le bruit du bébé



Source : BANTOU G, photo prise en février 2018

La photo n°2 présente une accoucheuse traditionnelle usant de son ouïe pour détecter le bruit du bébé. Les femmes ont accès aux soins contre le paiement d'une petite somme (en moyenne 200f). Le paiement peut se faire en nature ou en espèces voire gratuit. 3% des femmes enceintes vont chez l'accoucheuse traditionnelle à cause des contraintes.

2.3.4. Contraintes d'accès aux soins de santé maternelle dans la Préfecture de l'Oti

Plusieurs contraintes comme socioculturelles, économiques et spatiales et physiques, influencent l'accès aux soins de santé. Les contraintes socioculturelles concernent l'identité, le statut, la religion, le niveau d'instruction. Quant aux contraintes économiques, on note un faible revenu des femmes enceintes, les coûts élevés de transports et des services de soins. Pour les contraintes spatiales et physiques, des enquêtes de terrain ont montré d'abord que les localités sont situées à plus de 10 km, soit au-delà du double de la norme de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) qui est de 5 km. Ensuite l'inégale répartition des formations sanitaires, la dégradation des routes et le relief entravent leur sollicitation par ces femmes enceintes

2.4. Perspectives pour l'accès équitable aux soins de santé maternelle dans la Préfecture de l'Oti

Dans une perspective, il peut être procédé à l'augmentation de la part du budget alloué au secteur de la santé pour une répartition équitable des formations sanitaires. L'accroissement du potentiel financier des ménages avec la promotion des activités génératrices de revenus est une solution. L'augmentation de la demande de soins de santé peut être assurée au moyen d'une action sur la distance. Cela nécessite la mise à la disposition des femmes enceintes et de leur famille des modes de transports à un prix abordable, leur permettant de se rendre dans des structures sanitaires. La réhabilitation des centres de santé devra s'accompagner d'un renforcement

du matériel existant. Un accent doit être mis sur la construction des centres de santé dans les localités où il n'en a pas afin de permettre aux femmes enceintes d'être bien suivies. En termes d'équipements médicaux, une dotation est souhaitable pour augmenter la capacité d'accueil dans les différentes formations sanitaires. L'augmentation concerne aussi le nombre d'agents de santé qualifiés permettant de contribuer à l'amélioration de la qualité des soins maternels. Évidemment, il resterait à mettre en œuvre des mesures incitatives pour maintenir le personnel dans les lieux déshérités et s'assurer qu'il bénéficie des ressources adéquates. Le renforcement de la qualité des soins de santé est un élément capital dans le choix des centres de santé.

3. DISCUSSION

Les travaux dans l'accès aux soins de santé maternels ont fait couler beaucoup d'encre. Le difficile accès aux soins de santé maternelle et infantile dans la Préfecture de l'Oti est lié à plusieurs causes : les moyens financiers sont avancés par des chercheurs comme S. Haddad et *al.* (2004, p. 97-103). Ils indiquent que « les individus ayant de bas revenus sont plus sensibles aux coûts des soins que ceux ayant de hauts revenus ». M. Bahati et *al.* (2009, p.47) souligne que « l'impact négatif des prix sur la demande se traduisait par une diminution de la demande des soins surtout si cette augmentation de prix est brusque ». Parlant de l'état des routes, S. Agbere, (2008, p. 77) souligne que « les routes non bitumées et surtout les pistes rurales sont difficilement praticables en saison des pluies en Afrique Subsaharienne ». En milieu rural, non seulement les routes sont en mauvais état, « les moyens de transport, quand ils existent, sont rudimentaires » (Y. Coulibal. et *al.* 2008, p. 29). Selon E. Dorier et E. Morand (2011, p. 67), « plus d'un tiers de la population du département du Pool en République Démocratique du Congo vit dans un périmètre supérieur à 50 km de toute structure hospitalière », ce qui est à l'origine du renoncement aux soins de santé moderne par la

population. « La prévalence de l'automédication est élevée en rural à cause des coûts des médicaments modernes et de la distance » (A. Nitiema et al, 2013, pp.237-256). « Ce qui les conduit à l'automédication et à l'auto-prescription d'attitudes préventives ou curatives face aux problèmes de santé que l'on rencontre sans l'assistance d'un spécialiste » (K., Mewezinon 2010, p. 95).

L'insuffisance des moyens financiers contraint les ménages à faire d'autres choix que de se soumettre à la consultation divinatoire et des clairvoyants dont le coût des prestations n'est souvent que symbolique. G. Beninguisse (2001, p. 67) soutient que « le manque de ressources financières au sein des ménages défavorisés ne leur permet pas d'accéder aux formations sanitaires modernes ». Tous ces auteurs se sont intéressés qu'aux indicateurs de la santé. Ils ne se sont pas interrogés sur la qualité du personnel intervenant dans le domaine de la santé et la qualité d'équipements utilisés dans les maternités. « La qualité du matériel de nos centres de santé éloigne les femmes enceintes car toute structure qui naît et qui apporte un plus à l'humanité doit être maintenue pour pouvoir évoluer » (P. Soglohoun et J. A. Houngnonvi, 2013, pp.135-487). Les femmes enceintes sont obligées d'abandonner l'accès aux soins de santé moderne pour les accoucheuses traditionnelles. Ces résultats sont confirmés par les recherches de K. Mewezinon (2014, p. 95) dans le District d'Akebou et S. Agbere (2018, p. 77) dans la Région Centrale du Togo.

L'inégale répartition des structures de santé a souvent fait l'objet de plusieurs recherches dans le monde, mais dans le domaine de la santé mère-enfant, il reste encore un domaine flou du système de soins de santé au Togo.

Les résultats de cette étude sont identiques à ceux des autres auteurs, en ce qui concerne les conditions d'accessibilité des centres de santé par les populations rurales. Ainsi, dans la Préfecture de l'Oti, les populations sont en marge des soins de santé de qualité. Il est important, comme l'a souligné N. Mangue, (2014, p. 81), que « les gouvernements allouent des fonds qui

permettront de rapprocher les unités sanitaires aux pulpatons enclavées ». Si l'on veut que la santé soit l'affaire de tous comme le préconise l'OMS en 2013, il faut que tous aient un droit de regard sur l'offre des services.

CONCLUSION

L'étude sur les disparités socio-spatiales dans l'accès aux soins de santé maternelle et infantile dans la Préfecture de l'Oti a pour objectif l'analyse des disparités socio-spatiales. Elles se caractérisent d'abord par une inégale répartition spatiale des structures sanitaires, ensuite par l'insuffisance et la mauvaise qualité des services dans les formations sanitaires. Cette étude a permis aussi d'identifier l'existence des formations sanitaires publiques et privées, inégalement répartis dans la Préfecture de l'Oti. L'étude a fait ressortir, les types de soins qu'une femme enceinte reçoit au cours de l'accouchement et les soins post-partum (postnatal) offerts dans les formations sanitaires. Malgré la diversité des soins offerts, l'accès à ces services est limité par plusieurs contraintes socio-économiques et spatiales.

En définitive, il existe de véritables disparités dans l'accès aux soins de santé maternelle et infantile. Le nombre insuffisant du personnel qualifié fait que les femmes enceintes, vivant dans des zones reculées, ont moins de chance à recevoir des soins de qualité et adéquats. Les résultats de cette étude amènent à suggérer aux différents décideurs de la santé, d'augmenter la part du budget accordée au secteur de la santé. La répartition appropriée du budget alloué à la région doit atteindre tous les Districts Sanitaires. Il s'agit aussi d'encourager la mise en place des activités génératrices de revenus (petit commerce, agriculture, coopératives), pour accorder plus d'importance aux facteurs d'accès aux structures de soins de santé. Il faut porter une attention particulière aux femmes, les êtres, les plus vulnérables en renforçant les mesures de réduction des frais au moment de l'accouchement. Nous suggérons enfin de stimuler la demande des services de santé en

informant et sensibilisant la population sur les
services offerts par les structures de soins.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

AGBERE Sitou, 2008, *Qualité des soins de santé modernes dans les structures sanitaires en Afrique Subsaharienne* : Recherche bibliographique, Mémoire de DEA de géographie, Université de Lomé, Lomé, 102 p.

AUDIBERT Martine et DE ROODENBEKE Eric, 2005, *Utilisation des services de santé de premier niveau au Mali : Analyse de la situation et perspectives*, Département du développement humain Région Afrique Banque mondiale, 115p

ATLAS du Togo, 1986, « Jeune-Afrique-Togo » 76 p.

BAHATI Modeste, 2009, *Accessibilité financière aux soins de santé : Cas spécifique de la population de la Zone de santé de Goma*. Licence en santé publique, Institut supérieur des techniques médicales de Goma, Goma, 89 p.

BENINGUISSE Gervais, NIKIEMA Béatrice, FOURNIER Pierre, HADDAD Slim 2004, « L'accessibilité culturelle : une exigence de la qualité des services et soins obstétricaux en Afrique », Université de Montréal, 266 p.

COULIBALY Yé Lassina., 2008, *Anthropologie d'une pratique de santé publique : Cas de la planification familiale au Mali*, Thèse de doctorat, centre Norbert Elias, Bamako, 343p.

DGSCN, 2012, *MICS – Résultats de l'enquête nationale à indicateurs multiples Suivi de la Situation des Enfants et des Femmes*, Rapport final, Lomé, 369 p.

DORIER Elisabeth. et MORAND Erwan., 2012 « Accessibilité aux services de soins en situation post conflit, République du Congo ». In : *Bulletin de l'Association des Géographes Français*, Paris, pp. 289-312. HADDAD Slim., NOUGTARA Adrien., et RIDDE Valéry., 2004, « Les inégalités d'accès aux services de santé et leurs déterminants au Burkina Faso », *santé, société et solidarité*, N° 2, décembre 2004, Vol. 55, p. 97-103.

NSEED, 2014, *Troisième Enquête Démographique et de Santé au Togo (EDST-III)*, Rapport final, Lomé, 606 p.

MANGUE Nouguinboame, 2014, *Les structures de soins de santé en milieu rural au Togo : cas de la préfecture de Kpendjal*, Mémoire de maîtrise de géographie, Université de Kara, Kara, 94p.

MEWEZINON Elom. Komlan., 2014, *Accessibilité et recours aux soins modernes de santé en pays Akébou dans l'Ouest de la Région des Plateaux au Togo*. Mémoire de master, pp 90-106.

MINISTERE DE LA SANTE, 2018, Programme National de Développement (PND), Lomé, Togo, 75 p.

MINISTERE DE LA SANTE, 2015, rapport définitif, Lomé, 53 p.

MINISTERE DE LA SANTE, 2012, Plan National de Développement sanitaire. Lomé- Togo, 90 p.

MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PROTECTION SOCIALE (MSPS), 2017, Plan National de Développement Sanitaire (2017-2022) Lomé, 99 p.

NITIEMA Abdoulaye., RIDDE Valéry et GIRARD Jacques., 2013, « L'efficacité des politiques publiques de santé dans un pays de l'Afrique de l'Ouest : le cas du Burkina Faso », *International Political Science Review*, pp. 237-256.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE (OMS), 2017, Stratégie de l'OMS en faveur des systèmes de santé, Genève, Suisse 33p.

ORGANISATION NON GOUVERNEMENTALE 3ASC, *les archives de l'ONG*, Dapaong, 2015, 30 p.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE (OMS), 2017, la moitié de la population de la planète n'a pas accès aux services de santé essentiels, communiqué de presse, Tokyo.

SOGLOHOUN Pascal et HOUNGNONVI Jacques. Akpovi., 2013, *Appui à la structuration des organisations communautaires en matière de santé au nord Togo*. Région des savanes. pp. 135-48.



DETERMINANTS DES ACCOUCHEMENTS A DOMICILE DANS LES VILLES D'AFRIQUE SUBSAHARIENNE : CAS DE L'AGGLOMERATION DE LIBREVILLE (GABON)

DETERMINANTS OF HOME CHILDREN IN CITIES OF SUB-SAHARAN AFRICAN: CASE OF THE LIBREVILLE AGGLOMERATION (GABON)

¹ MAKITA-IKOUAYA Euloge

¹ Maître Assistant, Université Omar Bongo, Département de Géographie, Centre de Recherche en Géosciences Politiques et Prospective, eulogemakitaikouaya@gmail.com

MAKITA-IKOUAYA Euloge, Déterminants des accouchements à domicile dans les villes d'Afrique subsaharienne : cas de l'agglomération de Libreville (Gabon), *Revue Espace, Territoires, Sociétés et Santé* 3 (6), 57-66, [En ligne] 2020, mis en ligne le 31 Décembre 2020, consulté le 2021-01-10 09:01:09, URL: <https://retssa-ci.com/index.php?page=detail&k=136>

Résumé

Au Gabon, d'après l'annuaire statistique de 2017, les femmes enceintes accouchent encore en dehors des structures hospitalières. L'agglomération de Libreville, capitale de la République gabonaise, n'est pas épargnée par ce phénomène. Cette étude s'inscrit donc dans la problématique de l'analyse des déterminants de l'accouchement à domicile par les femmes enceintes. L'objectif général de celle-ci vise à étudier les déterminants des accouchements à domicile des femmes enceintes. Ainsi, une enquête transversale a été menée auprès des parturientes ayant accouché à domicile entre 2018 et 2019. L'enquête a eu lieu aux mois de mars et avril 2019 dans l'agglomération de

Libreville. Au total, 290 parturientes ayant accouché à domicile ont été recensées. Les résultats de l'étude montrent que les principaux facteurs qui concourent à l'accouchement à domicile sont le manque de moyens de transport (34,5%), le manque d'argent (32,8%), le manque de structures de santé de proximité dans le quartier (23,4%), la surprise des douleurs d'accouchement (9,3%). Cette étude révèle ainsi que la problématique des accouchements à domicile constitue un problème de santé publique dans l'agglomération de Libreville.

Mots clés : Déterminants, accouchement à domicile, Villes d'Afrique subsaharienne, Agglomération de Libreville, Gabon

Abstract

In Gabon, according to the 2017 statistical yearbook, pregnant women still give birth outside hospitals. The agglomeration of Libreville, capital of the the Gabonese Republic, is not spared by this phenomenon. This study is therefore part of the problem of analyzing the of analyzing the determinants of home birth by pregnant women. Its general objective is to study the determinants of home births for pregnant

women. Thus, a cross-sectional survey was carried out among parturients who gave birth at home between 2018 and 2019. The survey took place in March and April 2019 in the agglomeration of Libreville. A total of 290 parturients who gave birth at home were identified. The results of the study show that the main factors that contribute to home births are the lack of means of transport (34.5%), lack of money (32.8%), lack of health facilities, local health in the neighborhood (23.4%), the surprise of labor pains (9.3%). This study thus reveals that the problem of home births constitutes a public health problem in the agglomeration of Libreville.

Keywords: Determinants, home birth, Sub-Saharan African cities, Libreville agglomeration, Gabon

INTRODUCTION

D'après l'Organisation mondiale de la Santé (OMS)¹, 6,2 millions d'enfants de moins de 15 ans sont décédés en 2018, et plus de 290 000 femmes sont mortes du fait de complications au cours de la grossesse et de l'accouchement en 2017 dans le monde. En Afrique subsaharienne, les taux de mortalité maternelle sont presque 50 fois plus élevés pour les femmes et leurs nourrissons ont 10 fois plus de risques de mourir durant le premier mois de leur vie, par comparaison aux pays à revenu élevé. Selon la même source, une femme enceinte ou un nouveau-né meurt toutes 11 secondes dans le monde.

En France, G. Pruvost (2016, p.15) a réalisé une étude sur 134 accouchements à domicile par des parturientes. Cette pratique volontaire des parturientes en France est condamnée par les

associations des sages-femmes qui voient en elle un danger potentiel encouru par les parturientes et un dessaisissement de leur métier.

En Afrique le statut et la place des femmes dans la société sont largement déterminés par leur fécondité. Plus elles ont des enfants, mieux elles sont considérées. La grossesse et l'accouchement sont considérés comme un rôle ou l'un des rôles principaux de la femme².

En 2009, Y. Jaffré et al. (2009, p.8) soutiennent qu'une femme africaine enceinte sur cent (1/100) meurt de sa grossesse et une femme africaine sur sept (1/7) meurt des causes liées à une grossesse alors que ce chiffre n'est que de deux mille cinq cents (1/2500) pour une femme européenne. La probabilité de mourir est donc 70 fois plus élevée pour une femme d'Afrique que pour une femme d'un pays industrialisé.

Au Niger, d'après J-P. Olivier de Sardan et al. (1999, p.1), 26% des femmes accouchent encore à domicile.

Dans le même ordre d'idée, Y. Jaffré et J.P Olivier de Sardan (2003, p.118) rapportent que les maternités des villes, même les capitales en Afrique de l'Ouest (Abidjan, Bamako, Conakry, Dakar, Niamey) ne reçoivent pas encore tous les accouchements. Environ 1/5 des accouchements en ville se déroulent à domicile. Cela est dû, entre autres, à la faible couverture sanitaire (même si les centres urbains et particulièrement les capitales sont les mieux pourvus) et à des questions relatives aux perceptions locales de l'accouchement.

Au Cameroun, les statistiques hospitalières et des Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS) soulignent qu'un nombre relativement important de femmes âgées de 15 à 49 ans meurent chaque année des suites de complications liées à la grossesse et à l'accouchement à risque. Selon l'EDS / MICS (2011), 37% des femmes continuent d'accoucher à domicile sans

¹ <https://www.who.int/fr/news/item/19-09-2019-more-women-and-children-survive-today-than-ever-before-un-report>, consulté le 14 octobre 2020

² Afrique : Accouchement à domicile ou à la maternité ? <http://grossesse1clie.e-monsite.com/pages/afrique-2-1.html>, consulté le 13 octobre 2020

assistance ni suivi médical avec des disparités régionales. Cette trajectoire parallèle s'accroît sans cesse et l'ONG-Besoins humanitaires (2004) renchérit que 54% des femmes rurales camerounaises accouchent encore à domicile. Pour Okounofua et al. (2014, p.11) cités par T. Deli Tize (2015, p.259), 26,8% de ces parturientes accouchent en présence des membres de la famille, 22,2% par des accoucheuses traditionnelles et 5,9% par les femmes elles-mêmes. Selon la même source, les données factuelles sur les accouchements à domicile dans la région de l'Adamaoua, indiquent que plus de 68% de femmes ont recours à cette pratique à laquelle elles font confiance.

Au Gabon, selon l'enquête démographique et de santé Gabon 2012, neuf naissances sur dix (90 %) se sont déroulées dans un établissement sanitaire et dans une même proportion (90 %), l'accouchement a été assisté par du personnel formé. Les naissances des femmes appartenant aux ménages du quintile le plus bas (76 %) et celles des femmes de la province de l'Ogooué-Ivindo (60 %) sont celles qui ont été le moins fréquemment assistées par du personnel de santé. La proportion de naissances assistées par du personnel formé a augmenté depuis l'EDSG-I de 2000, date à laquelle 87% des naissances étaient assistées par du personnel formé. Selon la même source, la mortalité maternelle est encore élevée au Gabon. Le taux de mortalité maternelle est estimé à 316 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes pour la période des 7 dernières années (2005-2012). Elle était de 519 décès pour 100 000 naissances en 2000.

Depuis 2008, les femmes enceintes ont un plus grand accès à la consultation médicale et à l'assistance lors de l'accouchement, résultat de la prise en charge à 100% pendant la grossesse, lorsqu'une femme est assurée à la Caisse Nationale d'Assurance Maladie et de Garantie Sociale. Le taux d'accouchements assistés par

un personnel de santé qualifié a connu une nette amélioration et est passé de 62% en 1990 à 90% en 2012, soit une amélioration globale de l'ordre de 43,6 %. Néanmoins, le pays devrait améliorer son taux d'encadrement par les Sages-femmes de la population des femmes en âge de procréer qui est de 4 Sages-femmes pour 10 000 femmes, contre un ratio normal de l'OMS qui est de 15 Sages-femmes pour 10 000 femmes en âge de procréer³.

Dans le même ordre d'idées, le dernier annuaire statistique du Ministère de la Santé du Gabon de 2017, indiquait que, sur un total de 33147 accouchements réalisés au niveau national, 1026 (3%) accouchements à domicile avaient eu lieu. Parmi eux, 324 (31%) accouchements à domicile avaient été répertoriés dans l'agglomération de Libreville. Ce constat d'accouchement de femmes enceintes à domicile a suscité notre attention étant donné que Libreville, capitale de la République gabonaise, regorge l'essentiel des infrastructures sanitaires du pays (annuaire statistique du Gabon de 2017). C'est pour cela que nous avons choisi de travailler sur les déterminants des accouchements à domicile dans cette ville. Pour ce faire, la question centrale de notre réflexion est la suivante : quels sont les déterminants qui concourent aux accouchements à domicile des femmes enceintes ?

L'objectif général de cette étude vise à étudier les déterminants des accouchements à domicile des femmes enceintes. De façon spécifique, les objectifs de celle-ci se déclinent de la manière suivante :

- Analyser les caractéristiques sociodémographiques des parturientes ;
- Identifier les déterminants des accouchements à domicile ;
- Enumérer les lieux d'accouchement.

³ PNUD, 2015, Améliorer la santé maternelle où en sommes-nous ? <https://www.ga.undp.org/content/gabon/fr/home/post-2015/mdgoverview/overview/mdg5.html>, 20 septembre 2020

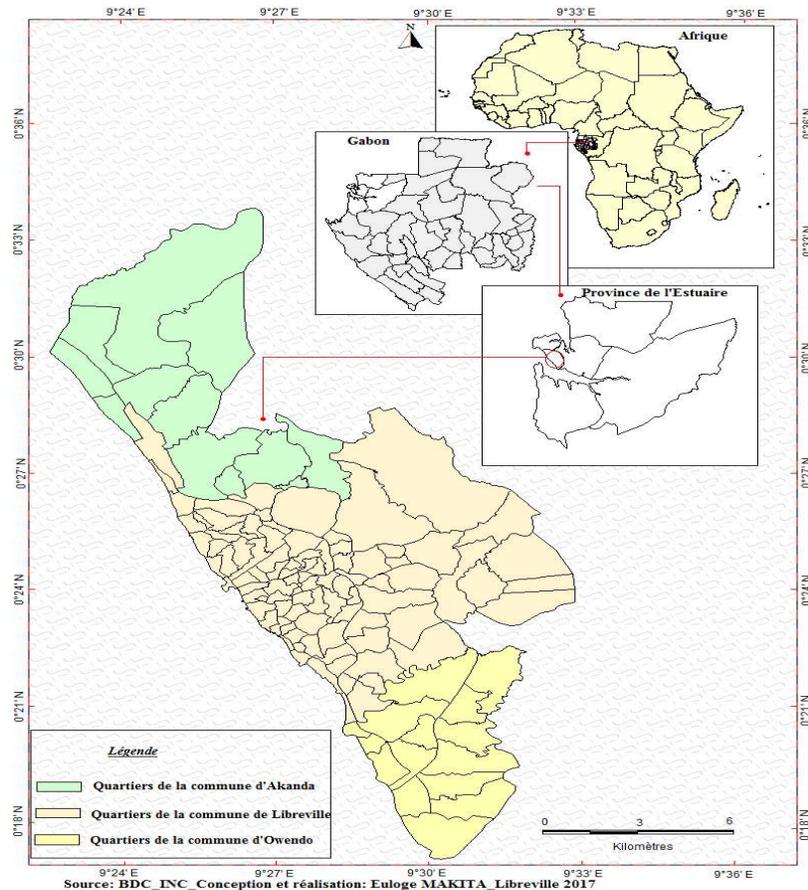
1. Matériels et méthodes

1.1. Présentation de la zone d'étude

Situé en Afrique centrale, le Gabon a pour capitale politique Libreville depuis l'accession du pays à l'indépendance en 1960. La carte n°1 illustre la localisation de l'agglomération de Libreville sur le versant occidental du Gabon bordé par l'océan Atlantique. Le pays, situé de

part et d'autre de l'équateur, entre les latitudes 2°30 N et 3°55 S, et les longitudes 10°O et 14°E, a une superficie de 267. 667 km²; et une population estimée à 1.811.078 habitants d'après le Recensement Général de la Population et de Logements (RGPL) de 2013. Elle s'étend sur une vingtaine de kilomètres du nord au sud et une quinzaine de kilomètres d'ouest en est. Elle est constituée des communes d'Akanda, de Libreville et d'Owendo (Carte n°1).

Carte n°1 : Localisation de l'agglomération de Libreville



Sur le plan sanitaire, le système de santé gabonais repose sur trois secteurs : le secteur public civil et militaire, le secteur parapublic (CNSS) et le secteur privé (lucratif et non lucratif) y compris la médecine traditionnelle. Le secteur public civil a une organisation pyramidale à trois niveaux (périphérique,

intermédiaire et central) calquée sur celle de l'administration générale. Selon le décret n° 488 / PR/ MSPP du 30 mai 1995 portant création et organisation des régions et départements sanitaires, le Gabon compte 10 régions sanitaires et 50 départements sanitaires. En matière d'infrastructures sanitaires tout secteur

confondu, d'après l'annuaire statistique du Ministère de la Santé de 2017, sur 626 infrastructures sanitaires répertoriées tout secteur confondu, l'agglomération de Libreville compte à elle seule 265 (42%) de celles-ci.

1.2. Données

Il s'est agi d'une étude transversale menée dans l'agglomération de Libreville durant la période de mars à avril 2019. La population de l'étude concernait toutes les femmes enceintes ayant accouché à domicile entre 2018 et 2019. L'enquête a eu lieu dans tous les quartiers de l'agglomération de Libreville dans le cadre de la conduite du module de géographie de la santé en Licence 2 au Département de Géographie à l'Université Omar Bongo. Les étudiants préalablement formés à la compréhension du questionnaire ont été répartis dans les 3 communes de l'agglomération de Libreville (Libreville, Akanda, Owendo). Trois équipes d'enquête composées chacune de 4 étudiants devaient enquêter dans chaque arrondissement des 3 communes de l'agglomération de Libreville. Au total, 30 équipes ont été déployées dans les 3 communes à raison de 18 équipes pour la commune de Libreville (6 arrondissements x 3 équipes) et de 6 équipes (2 arrondissements x 3 équipes) respectivement pour les communes d'Akanda et d'Owendo. Tous les ménages ayant eu un accouchement à domicile étaient concernés par l'enquête après consentement de ces derniers. Les variables sociodémographiques collectées étaient (l'âge, la situation matrimoniale, la situation professionnelle, le nombre d'enfants, l'âge du dernier enfant) en plus des déterminants de l'accouchement à domicile (le lieu d'accouchement, l'aide à l'accouchement, le suivi des consultations prénatales, le lieu d'habitation, l'assurance maladie). Au total, 290 femmes enceintes ayant accouché en dehors des services de santé ont été recensées au cours de la période de l'étude.

1.3. Méthodes de traitement des données

Les données recueillies sur le terrain ont été analysées à l'aide du logiciel EXCEL 2016. L'analyse des données s'est focalisée sur les statistiques descriptives, notamment le calcul de la moyenne d'âge des parturientes, l'étendue de l'âge, les pourcentages, alors qu'elle aurait pu prendre en compte également l'analyse multivariée. Cela constitue une limite dans le traitement des données de cette étude.

2. Résultats

2.1. Provenance et caractéristiques des parturientes

Durant la période d'étude, 290 parturientes ont été enquêtées dont 166 (57,2%) provenaient de la commune de Libreville, 70 (24,1%) de la commune d'Owendo et 54 (18,6%) de la commune d'Akanda. A l'échelle du quartier, les quartiers d'Okala Carrière (commune Akanda, 14 accouchements à domicile), le Premier campent (commune d'Akanda, 19 accouchements à domicile), de Malibé I (commune Akanda, 15 accouchements à domicile), de Malibé III (commune Akanda, 10 accouchements à domicile) ont enregistré plus d'accouchements à domicile que les autres quartiers.

Selon l'âge, 130 (48,8%) des 290 parturientes avaient un âge compris entre 30 et 42 ans, 82 (28,3%) avaient un âge compris entre 25 et 29 ans, 57 (19,7%) avaient un âge compris entre 20 et 24 ans, et enfin, 21 (7,2%) avaient un âge compris entre 15-19 ans. L'étendue de l'âge des parturientes se situait entre 15 et 42 ans. S'agissant de leur statut matrimonial, 205 (70,7%) d'entre elles vivaient en concubinage, 43 (14,8%) étaient mariées, 19 (6,6%) étaient célibataires, 15 (5,2%) étaient veuves et 8 (2,8%) étaient divorcées. Sur les 290 parturientes, 76 (26%) étaient primipares contre 214 (74%) multipares. S'agissant du niveau scolaire des parturientes, 55 (19%) étaient sans instruction, 235 (81%) avaient un niveau secondaire. Concernant la profession des parturientes, 155 (53%) étaient des femmes au foyer contre 135

Déterminants des accouchements à domicile dans les villes d'Afrique subsaharienne : cas de l'agglomération de Libreville (Gabon) (47%) des parturientes qui avaient une activité professionnelle.

2.2. Lieu d'accouchement des parturientes

Sur les 290 parturientes interrogées, 236 (81,4%) ont accouché à domicile contre 54 (18,6%) qui ont accouché pendant le transport comme en témoigne le tableau n°1 suivant. L'accouchement à domicile des femmes enceintes est plus représenté que les femmes qui accouchent pendant le transport dans la population de l'étude. Les accouchements à domicile sont donc une réalité dans l'agglomération de Libreville à la lumière de ces résultats.

Tableau n°1 : Lieu d'accouchement des parturientes enquêtées (N= 290)

Accouchement	Nombre	Pourcentage
Domicile	236	81,4%
Pendant le transport	54	18,6%
Total	290	100 %

Source : Enquête de terrain 2019

2.3. Déterminants d'accouchement à domicile des parturientes enquêtés

S'agissant des déterminants qui poussent les parturientes à accoucher à domicile, les principaux motifs étaient le manque de transport (34,5%), le manque d'argent (32,8%), le manque de structures de santé (23,4%), la surprise des douleurs d'accouchement (9,3%) (Tableau n°2). Les déterminants des accouchements à domicile des femmes enceintes soulèvent essentiellement la problématique de l'aménagement de l'agglomération de Libreville, l'incapacité financière de quelques parturientes et le manque de structures de soins de proximité.

Tableau n°2 : Déterminants de l'accouchement à domicile des parturientes (N= 290)

Raisons d'accouchements à domicile	Nombre	Pourcentage
Manque d'argent pour les soins	95	32,8%

Raisons d'accouchements à domicile	Nombre	Pourcentage
Manque de structures de santé de proximité dans le quartier	68	23,4%
Pas de moyen de transport	100	34,5%
Surprise des douleurs d'accouchement	27	9,3%
Total	290	100,0%

Source : Enquête de terrain 2019

2.4. Aide des parturientes pendant l'accouchement

Au sujet de l'aide accordée aux parturientes pendant l'accouchement, 174 (60%) ont été aidées par une tierce personne contre 116 (40%) qui n'ont pas été aidées (Tableau n° 3). Les accouchements à domicile des parturientes se déroulant sans aide sont non négligeables et exposent considérablement les parturientes à la mortalité maternelle.

Tableau n°3 : Aide pendant l'accouchement (N= 290)

Aide pendant l'accouchement	Nombre	Pourcentage
Oui	174	60,0%
Non	116	40,0%
Total	290	100,0%

Source : Enquête de terrain 2019

Les principales personnes qui les ont aidées sont la sœur (49%), la voisine (28%), la mère (6%), l'infirmière du quartier (5%), la tante (5%), le mari (4%) (Tableau n° 4). Ces résultats indiquent que les parturientes qui accouchent à domicile sont aidées par le cercle familial d'une part, et par l'infirmière du quartier d'autre part.

Tableau n°4 : Personne à l'origine de l'aide (N= 290)

Personne à l'origine de l'aide	Nombre	Pourcentage
Infirmière du quartier	16	5%
Ma mère	19	6%
Mon mari	14	4%
Tante	16	5%
Voisine	82	28%
Sœur	143	49%
Total	290	100%

Source : Enquête de terrain 2019

2.5 Suivi des consultations prénatales par les parturientes

Les consultations prénatales ont été suivies par 220 (75,9%) parturientes contre 70 (24,1%) qui n'ont pas suivi les consultations prénatales (Tableau n° 5). A la lumière de ces résultats, on constate que les consultations prénatales sont suivies par la majorité des femmes enceintes.

Tableau n°5 : Suivi des consultations prénatales par les parturientes (N= 290)

Suivi des consultations prénatales	n	%
Oui	220	75,9%
Non	70	24,1%
Total	290	100,0%

Source : Enquête de terrain 2019

Parmi les raisons évoquées par les 70 parturientes qui n'ont pas suivi les consultations prénatales, il y a le manque d'argent (85%), le problème de papiers (7%), le manque de structures de santé (4%), l'abandon du mari (1%) (Tableau n° 6). L'incapacité financière des parturientes serait essentiellement à l'origine du non suivi des consultations prénatales malgré la gratuité de celles-ci, en plus des problèmes de papiers.

Tableau n° 6 : Raisons du non suivi des consultations prénatales (N= 70)

Suivi des consultations prénatales	n	%
Manque d'argent	60	85%
Problème de papiers	5	7%
Manque de structures de santé de proximité	4	5%
Abandon du mari	1	1%
Total	70	100,0%

Source : Enquête de terrain 2019

3. Discussions

3.1. Le profil des femmes qui accouchent à domicile

Les résultats de l'enquête montrent que la plupart des parturientes étaient âgées de 25 à 29 ans

(82%) et l'étendue de leur âge se situait entre 15 et 42 ans. Ces résultats renseignent que les parturientes sont bien dans la tranche d'âge des femmes en âge de procréer se situant entre 15 et 42 ans selon l'Organisation mondiale de la Santé. De ce fait, elles peuvent être considérées comme des femmes n'ayant pas porté des grossesses à risque sur le plan de l'âge.

S'agissant de leur statut matrimonial, 205 (70,7%) d'entre elles vivaient en concubinage, 43 (14,8%) étaient mariées, 19 (6,6%) étaient célibataires, 15 (5,2%) étaient veuves, 8 (2,8%) étaient divorcées. D'après A. Gage (1998, p.23), dans la plupart des sociétés africaines, la procréation reste un domaine réservé généralement aux femmes mariées et les enfants nés hors mariage sont difficilement acceptés par la société. Les mères célibataires ont donc tendance à cacher leur grossesse et n'ont pas recours à des soins de santé prénataux voire à un accouchement dans une structure sanitaire par peur d'être vues et par crainte du manque d'intimité et de confidentialité de la part du personnel soignant. Selon la source susmentionnée, dans une étude réalisée dans six pays d'Afrique subsaharienne, Rob Stephenson et ses collègues en 2006 ont montré que les femmes célibataires et les femmes séparées accouchent moins fréquemment que celles mariées dans des établissements de santé modernes. Outre la raison culturelle, celles vivant seules (célibataires, veuves et divorcées) connaissent le plus souvent des difficultés financières, ce qui réduit leur accès à es soins de qualité.

Sur les 290 parturientes, 76 (26%) étaient primipares contre 214 (74%) multipares. Le fait que les parturientes soient majoritairement multipares laisse penser qu'elles pourraient avoir une expérience en matière d'accouchement. A ce propos, des études faites par A. Pebley et al., (1996, p. 233) à Bobo Dioulasso au Burkina Faso ont montré que l'utilisation des soins prénataux et des soins à l'accouchement diminue avec la parité. Il est probable que les primipares soient plus inquiètes par rapport à leur état, tandis que les multipares sont confiantes grâce à l'expérience accumulée dans le passé.

Déterminants des accouchements à domicile
dans les villes d'Afrique subsaharienne
: cas de l'agglomération de Libreville (Gabon)

Concernant le niveau scolaire des parturientes, 55 (19%) étaient sans instruction, 235 (81%) avaient un niveau secondaire. Le niveau scolaire des parturientes pourrait alors être un atout en vue du suivi de la grossesse pendant les consultations prénatales. D'ailleurs, 220 (75,9%) des parturientes ont suivi des consultations prénatales comme l'indique le tableau n°5. Au sujet de la profession des parturientes, 155 (53%) étaient des femmes au foyer contre 135 (47%) des parturientes qui avaient une activité professionnelle. Le statut de femmes au foyer n'exposerait pas la femme enceinte au stress professionnel qui pourrait précipiter l'accouchement. Mais il est difficile d'envisager que ce statut épargne du stress étant donné que les problèmes de couple peuvent aussi engendrer le stress. Selon M. Nkurunziza (2015, p.44), l'instruction de la femme augmente son autonomie financière et décisionnelle. Or, d'après l'enquête, 235 (81%) des parturientes avaient majoritairement un niveau secondaire. Ce qui ne rassure pas de leur autonomie financière et décisionnelle.

3.2. Les lieux et déterminants des accouchements à domicile

Sur les 290 parturientes interrogées, 236 (81,4%) ont accouché à domicile contre 54 (18,6%) qui ont accouché pendant le transport comme en témoigne le tableau n°1 ci-haut. Les parturientes qui ont accouché à domicile sont plus nombreuses que celles qui ont accouché pendant le transport. Les accouchements à domicile sont donc réalisés à domicile dans l'agglomération de Libreville, malgré la gratuité des soins et le nombre élevé des structures sanitaires (même si toutes n'ont pas une vocation de faire accoucher) où l'on dénombre près de 265 structures de santé tout secteur confondu contre 626 structures de santé au niveau national d'après l'annuaire statistique 2017. Ce paradoxe n'est pas singulier au Gabon. Au Burundi, M. Nkurunziza (2015, p.85) rapporte également des cas d'accouchements à domicile malgré la gratuité des soins accordée aux femmes enceintes.

S'agissant des déterminants qui poussent les 290 parturientes à accoucher à domicile, les principaux motifs étaient le manque de moyens de transport (34,5%), le manque d'argent (32,8%), le manque de structures de santé (23,4%), la surprise des douleurs d'accouchement (9,3%) (Tableau n° 2). Le manque de moyens de transport a été l'une des raisons principales occasionnant les accouchements à domicile. Cela suppose que les structures de soins ne sont pas proches des parturientes et que la distance à parcourir constituerait un handicap. A ce propos, A. Gage (2007, p.1667) a constaté que la distance

n'influence pas l'utilisation des services prénataux, mais qu'elle exerce un effet très significatif sur l'assistance qualifiée à l'accouchement.

Le manque d'argent pour les soins a également été évoqué comme étant l'un des facteurs des accouchements à domicile. Etant donné que les consultations prénatales sont gratuites pour les femmes enceintes, on a du mal à croire que l'argent se retrouve parmi les raisons susceptibles d'occasionner les accouchements à domicile. Les travaux de J.P Olivier de Sardan (2012, p.22) et V. Ridde (2012, p.22), ont montré que, certes, la suppression ou la subvention des soins de santé a permis d'accroître dans plusieurs Etats d'Afrique de l'Ouest la fréquentation des services médicaux, mais que ces soins subventionnés ne sont pas totalement gratuits dans la pratique. Des coûts connexes aux soins de santé demeurent à la charge des usagers : transports, alimentation, paiements indus, ventes illicites des médicaments ou des fournitures à cause des ruptures de stocks, etc.

Le manque de structures de santé de proximité a été cité comme l'un des facteurs qui concourent à l'accouchement à domicile. A ce propos, E. Makita-Ikouya et al. (2010, p.1) avaient déjà démontré que la localisation des structures sanitaires de proximité du secteur public civil et militaire présentait des disparités spatiales. Les structures sanitaires assurant spécifiquement les accouchements sont mal réparties dans l'agglomération de Libreville. Dans le secteur public civil et militaire, seul le centre de santé d'Okala (commune Akanda) assure les accouchements des femmes enceintes en plus des hôpitaux. Selon la source précitée, les hôpitaux du secteur public civil et militaire sont également inégalement répartis dans l'agglomération de Libreville. Il existe aussi des structures de soins du secteur privé assurant les accouchements des femmes enceintes. Malheureusement, leur accès est conditionné par le paiement direct de l'acte de soins si la femme n'a aucune assurance maladie. Dans pareilles circonstances, il est loisible de penser que les femmes enceintes soient confrontées à la problématique d'accès aux structures de soins maternels.

3.3. L'aide pendant l'accouchement et le suivi des consultations prénatales

Au sujet de l'aide accordée aux parturientes pendant l'accouchement, 174 (60%) ont été aidées par une tierce personne contre 116 (40%) qui n'ont pas été aidées. Parmi les principales personnes qui les ont aidées, il y a la sœur (49%), la voisine (28%), la mère (6%), l'infirmière du quartier (5%), la tante (5%), le mari (4%) (Tableau n°4). Ces résultats ne sont pas spécifiques dans l'agglomération de Libreville. Au Cameroun voisin, selon Okonofua et al. (2014, p.13) cités par T. Deli Tize (2015, p.259), 26,8% des

parturientes accouchent en présence des membres de la famille, 22% par des accoucheuses traditionnelles et 5,9% par les femmes elles-mêmes. Selon la même source et d'après les données factuelles recueillies sur les accouchements à domicile dans la région de l'Adamaoua, plus de 68% de femmes ont recours à cette pratique. L'Extrême-Nord du Cameroun vient en tête avec 76% de recours aux accoucheurs traditionnels.

Quant aux consultations prénatales, elles ont été suivies par 220 (75,9%) parturientes contre 70 (24,1%) qui n'ont pas suivi les consultations prénatales (Tableau n° 5). Parmi les raisons évoquées par les parturientes qui n'ont pas suivi les consultations prénatales, il y a entre autres, le manque d'argent (85%), le problème de papiers (7%), (Tableau n° 6). Les résultats de l'étude montrent dans la plus grande majorité des cas que, les parturientes ont suivi les consultations prénatales. Ceci témoigne de l'effort effectué par les services de santé maternelle et infantile (SMI) en vue du suivi des femmes en grossesse. Selon l'enquête démographique et de santé Gabon 2012 (p.10), 95% des mères au niveau national avaient effectué au moins une visite prénatale auprès du personnel formé (médecin, sage-femme, infirmière, ou infirmière assistante). Les résultats d'enquête sont donc en accord avec les données nationales au sujet des consultations prénatales. Mais, une frange non négligeable des parturientes (24,1 %) n'a pas suivi les consultations prénatales pour diverses raisons, notamment le manque d'argent et le problème de papiers. Puisque les consultations prénatales sont gratuites au Gabon, le manque d'argent évoqué par les parturientes pourrait concerner les coûts connexes aux soins de santé (transport, alimentation, paiements indus, etc.) comme l'indiquent J.P Olivier de Sardan et V. Ridde (2012, p. 22).

Le problème de papiers évoqué par les parturientes comme frein au suivi des consultations prénatales concernerait beaucoup plus les étrangers en situation irrégulière. Lors de la consultation prénatale, les sages-femmes demandent l'identité de la patiente, notamment la carte de séjour pour les étrangers. Dans ce cas, les femmes enceintes non détenteurs de la carte de séjours pourraient renoncer à la consultation prénatale par peur d'être dénoncées à la police. Malheureusement, cette hypothèse ne peut être validée par cette étude puisque nous ne sommes pas intéressés à la nationalité des parturientes et à la disponibilité de leurs cartes de séjours.

Conclusion

Au terme de cette étude, on peut conclure que les accouchements à domicile sont une réalité dans les villes africaines, où ils contribuent à la persistance élevée de la mortalité maternelle. L'agglomération de Libreville, malgré son statut de capitale politique de la République gabonaise, n'est pas épargnée par ce phénomène. Pourtant, elle regorge l'essentiel des structures de soins du pays. Parmi les déterminants contributifs aux accouchements à domicile dans l'agglomération de Libreville, il y a le profil des parturientes, le manque de moyens de transport, le manque d'argent et l'absence des structures de santé de proximité. Cette étude gagnerait à être menée dans l'ensemble du territoire national gabonais, où le phénomène des accouchements à domicile est bien présent aussi bien en zone urbaine que rurale.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

AFRIQUE, 2020 : Accouchement à domicile ou à la maternité ? [En ligne], URL : <http://grossesse1clic.e-monsite.com/pages/afrique-2-1.html>

DELI TIZE Teri, 2015, « Le recours à l'accouchement à domicile à l'Extrême-Nord du Cameroun : une logique prédisposant aux soins de santé parallèles », In Offres, Recours et accès aux soins de santé parallèles en Afrique, dir. DJOUDA FEUDJIO Y.B, NGUENDO YONGSI H.B, Les Editions la différence Perenne, Québec, Canada, p.259-277.

GAGE Anasthesis, 1998, « Premarital childbearing, unwanted fertility and maternity care in Kenya and Namibia », Population studies, vol. 52, no 1, p. 21-34.

GAGE Anasthesis, 2007, « Barriers to the utilization of maternal health care in rural Mali », Social science and medicine, no 65, p. 1666-1682.

JAFFRE Yannick, OLIVIER DE SARDAN Jean-Pierre, 2003, Une médecine inhospitalière. Les relations difficiles entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest, Paris, Karthala.

JAFFRE Yannick, DIALLO Yveline, VASSEUR Patricia, GRENIER-TORRES Chrystelle, 2009, LA BATAILLE DES FEMMES, Paris, Editions Faustroll Descartes.

Déterminants des accouchements à domicile
dans les villes d'Afrique subsaharienne
: cas de l'agglomération de Libreville (Gabon)

MAKITA-IKOUAYA Euloge, MOMBO Jean-Bernard, RUDANT Jean Paul, MILLELIRI Jean Marie, 2010, « L'offre et l'accès aux soins publics dans les villes d'Afrique subsaharienne : le cas de Libreville au Gabon », *Médecine Tropicale*, 2010, Vol 70, n° 2, p. 1-7.

MUNYEMANA Martin, KAKOMA Jean Bernard, 2010, « Facteurs influençant le lieu d'accouchement dans le district de Nyaruguru (Province du Sud du Rwanda) », [En ligne], URL : <http://www.bioline.org.br/pdf?rw10005>, p.1-5.

NKURUNZIZA Médiatrice, 2015, « Accoucher à domicile malgré la gratuité des soins le cas du milieu rural burundais », *Autrepart*, n° 74-75, p. 85-100.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, 2019, « Les femmes et les enfants sont aujourd'hui plus nombreux que jamais à avoir la vie sauve », [En ligne], URL : <https://www.who.int/fr/news/item/19-09-2019-more-women-and-children-survive-today-than-ever-before-un-report>.

OLIVIER DE SARDAN Jean-Pierre, ADAMOU MOUMOUNI, ABOUBACAR SOULEY, 1999, « L'accouchement c'est la guerre – De quelques problèmes liés à l'accouchement en milieu rural nigérian » [En ligne], URL : <https://journals.openedition.org/apad/483>, p. 1-125.

OLIVIER DE SARDAN Jean -Pierre, RIDDE Valéry, 2012, « L'exemption de paiement des soins au Burkina Faso, Mali et Niger », *Afrique contemporaine*, vol. 3, no 243, p. 11-32.

PEBLEY Anne, GOLDMAN Noreen., RODRIGUEZ German, 1996, « Prenatal and delivery care and childhood immunization in Guatemala: do family and community matter », *Demography*, vol. 33, no 2, p. 231-247.

PROGRAMME DES NATIONS UNIES POUR LE DEVELOPPEMENT, 2015, Améliorer la santé maternelle où en sommes-nous ? [En ligne], URL : <https://www.ga.undp.org/content/gabon/fr/home/post-2015/mdgoverview/overview/mdg5.html>, consulté le 20 septembre 2020

PROUVOST Geneviève, 2016, « Qui accouche qui ? Etude de 134 récits d'accouchement à domicile, [En

ligne], URL : <https://journals.openedition.org/gss/3849>, p.1-90.

REPUBLIQUE GABONAISE, 2013, Ministère du Développement Durable, de l'Economie de la Promotion des investissements et de la Prospective. « Recensement Général de la Population et des Logements de 2013 du Gabon », 247 p.

REPUBLIQUE GABONAISE, 2012, Ministère de l'Economie, de l'Emploi et du Développement Durable, Enquête Démographique et de Santé 2012, Rapport synthèse, 20 p.

REPUBLIQUE GABONAISE, Ministère de la Santé Publique, 2018, *Annuaire statistique 2017*, 355p.



ANALYSE DE L'ACCES AUX SOINS PRENATAUX DES FEMMES ENCEINTES DANS UN ETABLISSEMENT DE SANTE PRIMAIRE: CAS DE LA FORMATION SANITAIRE URBAINE COMMUNAUTAIRE (FSU.COM) DU VILLAGE D'ABOBO-BAOULE (ABIDJAN)

ANALYSIS OF ACCESS TO PRENATAL CARE FOR PREGNANT WOMEN IN A PRIMARY HEALTH FACILITY: CASE OF THE URBAN COMMUNITY HEALTH FACILITY (FSU.COM) IN THE VILLAGE OF ABOBO-BAOULÉ (ABIDJAN)

¹N'DOLI Stéphane Désiré Eckou

¹Assistant en géographie de la santé, Institut de Géographie Tropicale, Université Félix Houphouët Boigny-Abidjan / Côte d'Ivoire. ndolistephanedesire7@gmail.com

N'DOLI STÉPHANE DÉSIRÉ ECKOU, Analyse de l'accès aux soins prénataux des femmes enceintes dans un établissement de santé primaire: cas de la formation sanitaire urbaine communautaire (fsu.com) du village D'Abobo-Baoulé (Abidjan), *Revue Espace, Territoires, Sociétés et Santé* 3 (6), 67-80, [En ligne] 2020, mis en ligne le 31 Decembre 2020, consulté le 2021-01-10 09:11:15, URL: <https://retssa-ci.com/index.php?page=detail&k=147>

Résumé

En Côte d'Ivoire, la mortalité maternelle est estimée à 614 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes. Dans le but de diminuer ce taux, l'État ivoirien a ratifié depuis 2012, la gratuité des Consultations Périnatales (CPN) afin d'améliorer l'accès aux soins prénataux. Mais c'est seulement 30% des femmes enceintes qui arrivent à une CPN 4 recommandé par l'OMS. L'objectif de cet article est d'analyser les déterminants qui limitent l'accès aux soins prénataux aux femmes enceintes à un établissement de santé primaire. Les données de cette étude proviennent d'une enquête

transversale réalisée en octobre 2020 auprès des femmes enceintes de la formation sanitaire urbaine communautaire (FSU-COM) à l'aide d'un questionnaire. L'analyse de nos résultats montre que l'âge influence l'accès aux soins prénataux des femmes. En effet, la CPN 1 est dominée par les jeunes femmes qui ont l'âge compris entre 15 ans et 18 ans avec $p=1,7\%$ tandis que les femmes enceintes dont l'âge est compris entre 41 ans et 50 ans sont plus nombreuses à la CPN 3 avec $p=0,8\%$. Par ailleurs, les résultats de cette étude mettent en évidence que le niveau d'instruction influence significativement les CPN. Les femmes enceintes qui n'ont fait que la CPN 1 sont nombreuses dans la catégorie niveau d'instruction primaire avec $p=0,97\%$, tandis que les femmes enceintes qui ont un niveau supérieur sont importantes en CPN 4 avec $p=0,73\%$. Les stratégies pour améliorer l'accès aux soins prénataux doivent prendre en compte l'âge et le niveau d'instruction des femmes enceintes.

Mots clés: Accès aux soins, femmes enceintes, consultations prénatales, établissement de santé primaire, Abobo-Baoulé

Abstract

In Côte d'Ivoire, maternal mortality is estimated at 614 maternal deaths per 100,000 live births. With the aim of reducing this rate, the Ivorian State has ratified since 2012, the free Prenatal Consultations (PNC) in order to improve access to prenatal care. However, only 30% of pregnant women reach a PNC 4 recommended by the WHO. The goal of this article is to analyze the determinants that limit access to PNC to pregnant women at a primary health facility. The data for this study comes from a cross-sectional survey conducted in October 2020 among pregnant women at the urban community health facility (FSU-COM) using a questionnaire. The analysis of our results shows that age influences women's access to prenatal care. In fact, PNC 1 is dominated by young women between the ages of 15 and 18 with $p=1.7\%$ while pregnant women between the ages of 41 and 50 are more numerous at PNC 3 with $p=0.8\%$. Furthermore, the results of this study showed that the level of education has a significant influence on PNC. Pregnant women who had only PNC 1 are numerous in the primary education category with $p = 0.97\%$, while pregnant women with a higher level of education are important in PNC 4 with $p = 0.73\%$. Strategies to improve access to antenatal care must take into account the age and education level of pregnant women

Key words: Access to healthcare, pregnant women, prenatal consultation, primary health facility, Abobo-Baoulé

INTRODUCTION

Les soins prénataux sont l'un des piliers de l'initiative pour une maternité sans risque et contribuent à fournir les interventions nécessaires à une grossesse saine (E. Zere et al. 2012; A. Ali et al. 2010, p. 1).

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (2016, p. 9), toute femme enceinte et tout nouveau-né doivent recevoir des soins de qualité tout au long de la grossesse, de l'accouchement et de la période postnatale.

Les recommandations de l'OMS, stipulent que les programmes d'intervention en santé maternelle et néonatale doivent reposer sur quatre principaux piliers formant un continuum de soins obstétricaux : 1- les soins prénataux, 2- les soins lors de l'accouchement, 3- les soins aux nouveaux nés et 4- les soins postnataux (Dugas M, 2011, p.1).

Les soins prénataux apparaissent donc comme le principal des "quatre piliers" d'une maternité sans risque, (OMS, 1994, p. ; P. Bergsjö, 2001, p.).

En effet, les soins prénataux (SPN) constituent une plateforme pour fournir d'importantes prestations de santé, dont la promotion de la santé, le dépistage, le diagnostic et la prévention des maladies (OMS, 2016, p.11). En outre, les groupes d'élaboration des lignes directrices de l'OMS ont mis au point, 39 recommandations concernant cinq types d'intervention à savoir : A. Interventions nutritionnelles, B. Évaluation maternelle et fœtale ; C. Mesures préventives ; D. Interventions face à des symptômes physiologiques courants ; et E. Interventions des systèmes de santé pour améliorer l'utilisation et la qualité des soins prénataux, (OMS, 2016, p. 2). La consultation prénatale (CPN) est le premier point d'entrée d'une femme dans l'accès aux soins prénataux (M. Dugas, 2011, p.1). Les prestations délivrées par les professionnels des soins à l'occasion des CPN ont une incidence positive sur l'évolution de la grossesse (santé de la mère et de l'enfant à venir). La grossesse est un événement naturel qui ne se déroule pas toujours normalement ; son suivi est alors nécessaire afin d'identifier d'éventuels risques et d'améliorer le pronostic de la grossesse (I. Tiembré, 2010, p.221).

En Côte d'Ivoire, les résultats du Rapport Annuel sur la Situation Sanitaire RASS (2017) montrent une régression de la couverture sanitaire nationale. Ce qui peut influencer négativement les consultations prénatales de niveau 1 (CPN1). En effet, la CPN1 est passée de 85,7% en 2016 à 8,4% en 2020 et la CPN4 recommandée par

l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) est passée de 44,1% en 2016 à 30,1% en 2020.

L'absence de centres peut modifier le recours aux soins des femmes enceintes et amener certaines d'entre elle à ne pas faire les consultations prénatales (CPN) ; ce qui peut être dangereux pour la mère et l'enfant (JL. Chabernaude, 2004).

Au regard de la faible participation des femmes au CPN, les autorités ivoiriennes ont mis en place des actions en vue de rapprocher les femmes des services de santé maternels et améliorer l'accès aux soins prénataux.

Ainsi, l'état de Côte d'Ivoire a ratifié depuis 2012, la gratuité des Consultations Prénatales (CPN), des examens complémentaires (examens d'échographie et de laboratoire) ; la gratuité de l'accouchement normal et les complications liées à l'accouchement (épisiotomie, réparation de déchirures du périnée, hémorragie etc.), et la gratuité de la césarienne. Il faut noter que, pour chacune de ces situations, il existe des Kits appropriés qui seront disponibles dans toutes les maternités du pays, aussi bien dans les villages que dans les villes (MSHP, 2012). Malgré ces actions, la santé maternelle ne s'est pas améliorée. Le taux de décès maternels demeure un problème de santé publique. En effet, la mortalité maternelle en Côte d'Ivoire est estimée à 614 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes, selon l'Enquête Démographique et de Santé (EDSCI-III, 2012) alors que dans les pays développés, ce taux est de 10 décès pour 100 000 naissances vivantes (Bénie Bi Vroh J et al, 2015). De nombreuses études (M. Dugas, (2011) ; M. Niang et al (2015) ; E.A.M. Gnamien (2019)), ont montré que plusieurs facteurs influencent l'utilisation optimale des services de CPN et accroissent les risques de complication au cours de la grossesse voir de décès maternels.

Le village d'Abobo Baoulé dispose d'une formation sanitaire urbaine et communautaire (la

FSU.Com Abobo-Baoulé). Il s'agit d'un centre de santé à base communautaire qui comprend théoriquement un dispensaire ou une infirmerie, une unité de Protection Maternelle et Infantile (PMI), une maternité et un dépôt pharmaceutique. Cependant on note une discontinuité dans la surveillance des grossesses. En effet, pour les consultations prénatales de rang quatre (CPN 4), l'on enregistre trois quart de perte de vue en comparaison des consultations prénatales de rang 1 (CPN 1). Quels sont les déterminants de l'accès aux soins prénataux des femmes enceintes dans cette formation sanitaire communautaire ? L'objectif de cette étude est d'analyser les déterminants qui limitent l'accès aux soins prénataux aux femmes enceintes de la formation sanitaire urbaine et communautaire d'Abobo-Baoulé.

1. Matériels et méthodes

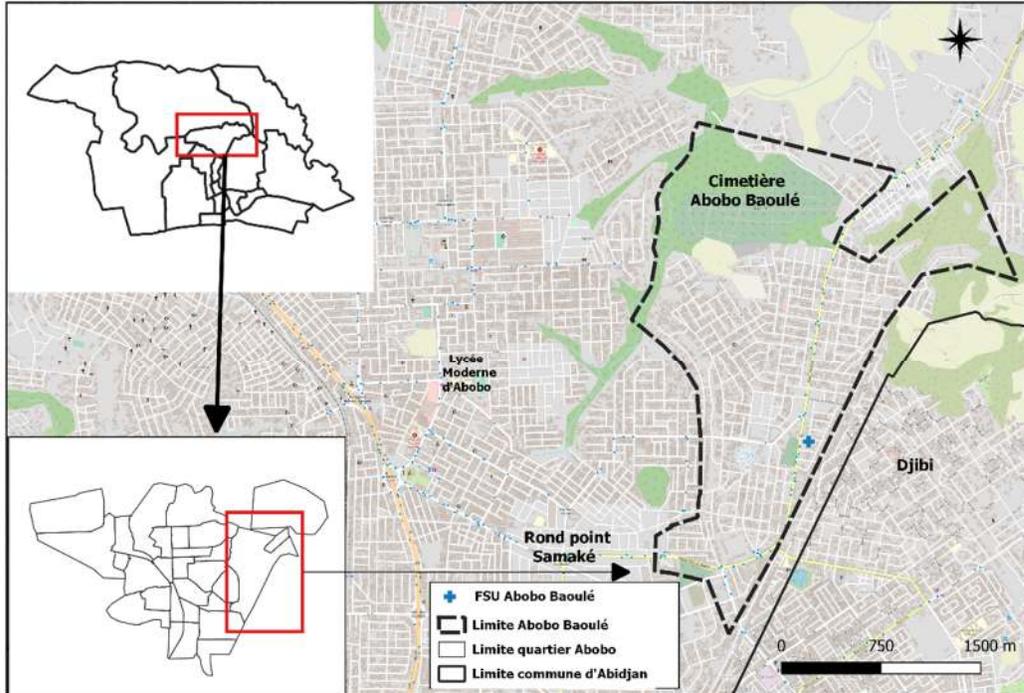
1.1. Présentation de la zone d'étude

Le village d'Abobo-Baoulé est localisé au Nord-ouest de la ville d'Abidjan (Carte n°1).

Le village d'Abobo-Baoulé a été fondé en 1892. Les 'Ebrié' ethnies du groupe Akan, y ont émigrés et demeurent majoritaires. Il a une superficie de 5,15 Km² (Chefferie Abobo-Baoulé, 2020). Le village d'Abobo-Baoulé est intégré à la commune d'Abobo, l'une des 10 communes de la ville d'Abidjan, capitale économique de la Côte d'Ivoire. Il comporte un seul centre de santé public (La FSU.Com Abobo-Baoulé), pour une population estimée à 4000 âmes. Cette structure de santé a une gestion de type communautaire (mise en place d'un comité de gestion), et ne dispose pas de plateaux techniques suffisants (absence de table dentaire, de gynécologie, etc.). Toutes les voies du village sont revêtues de bitume de même que celles menant à la structure de santé.

Analyse de l'accès aux soins prénataux des femmes enceintes dans un établissement de santé primaire : cas de la formation sanitaire urbaine communautaire (FSU.COM) du village d'Abobo-baoulé (Abidjan)

Carte n°1 : Présentation de la zone



Source : INS, 2016 / OpenStreetMap, 2020

Réalisation : N'Doli, 2020

1.2. Données

Cette recherche est empirique. Elle a été réalisée sur une période de deux (2) semaines allant du 1er au 15 octobre dans le village d'Abobo-Baoulé sur la problématique de l'accès aux soins prénataux des femmes enceintes. La variable expliquée de la présente étude est le nombre de consultations prénatales.

Cette étude a commencé par une recherche documentaire qui nous a permis de consulter à cet effet des travaux universitaires, des rapports d'étude et articles scientifiques. Ces sources documentaires ont été consultées dans les bibliothèques et sur des sites internet spécialisés tel que Google Scholar. Cette recherche documentaire nous a permis d'avoir une vision assez globale sur l'accès aux soins prénataux des femmes enceintes.

Les données utilisées dans le cadre de cette étude proviennent aussi de guides d'entretien. En effet, des entretiens semi-directifs ont été adressés aux sages-femmes de la FSU.Com d'Abobo-Baoulé.

Ces entretiens nous ont permis d'avoir des informations sur les services offerts au niveau des soins prénataux et les raisons qui pourraient expliquer le nombre des consultations.

Nos données proviennent également des registres de la FSU.Com d'Abobo-Baoulé. Ces registres renseignent sur le nombre de patientes que l'établissement reçoit, ainsi que les caractéristiques sociodémographiques et les lieux de provenance des femmes enceintes.

Par ailleurs, une enquête auprès des femmes enceintes a été réalisée. A cet effet, une fiche d'enquête basée sur l'approche offre et demande des soins a été conçue spécialement pour cette étude et nous a permis de collecter des informations sur les déterminants de l'accès aux soins prénataux dans cette formation sanitaire. Cette fiche d'enquête comporte une série de questionnaires auxquelles devraient répondre les femmes enceintes. Ces questions renseignent sur la situation sociodémographique et culturelle dont l'âge, la nationalité, la religion, la situation matrimoniale, le niveau d'instruction et la distance à la structure de santé dans un contexte

de gratuité des soins des femmes enceintes. Le questionnaire leur a été adressé à leur domicile. Pour la constitution de l'échantillon, nous nous sommes appuyés sur les registres de la FSU-Com tenus par les sages-femmes. Le service des soins maternels reçoit mensuellement entre 40 et 200 femmes enceintes en consultation prénatale (Major Sage-femme FSU.Com Abobo-Baoulé, 2020). Un échantillon de 30 femmes enceintes a été retenu, ce résultat, établi au risque de 5%, est fondé sur la théorie des sondages aléatoires.

1.3. Méthodes

Le logiciel Sphinx version 5 a été utilisé pour la saisie et le traitement des données. Un tri à plat et des croisements des tableaux ont été effectués. A partir du test de Khi 2 de Pearson des commentaires ont pu être réalisés. Ce test permet de vérifier l'absence de lien statistique entre deux variables X et Y. L'hypothèse nulle (H0) de ce test est la suivante : les deux variables X et Y sont indépendantes. En termes de valeur rappelons qu'en sciences humaines, le seuil de signification de p est de 0,05. L'hypothèse nulle est généralement rejetée lorsque $p \leq 0,05$. Ainsi, cette valeur de p permet de confirmer ou d'infirmer une hypothèse statistique (H1) et, l'hypothèse ou l'objectif de notre recherche. Les tableaux ont été par la suite exportés vers le logiciel « Excel 2013 », pour parfaire leur présentation dans le texte.

2. RESULTATS

2.1. Les interventions des sages-femmes pour les soins prénataux face aux recommandations de l'OMS

Les groupes d'élaboration des lignes directrices de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) ont mis au point 39 recommandations concernant cinq types d'intervention à savoir : A. Interventions nutritionnelles, B. Évaluation maternelle et fœtale ; C. Mesures préventives ; D. Interventions face à des symptômes physiologiques courants ; et E. Interventions des

systèmes de santé pour améliorer l'utilisation et la qualité des soins prénataux (OMS, 2016, p. 2). Le tableau n°1 ci-dessous nous montre ce qui est fait à la formation sanitaire urbaine et communautaire (FSU.Com) d'Abobo-Baoulé par rapport à ce qui est recommandé par l'OMS.

Tableau n°1: Croisement entre le risque de piqure et le temps de travail

LES TYPES D'INTERVENTION	Effectif (%) des sages-femmes
conseils en faveur d'une alimentation saine et du maintien d'une activité physique pendant la grossesse	20,00%
une éducation à la nutrition	0,00%
une supplémentation énergétique et protéique équilibrée	0,00%
Une supplémentation orale quotidienne en fer et en acide folique	40,00%
Une supplémentation orale intermittente en fer et en acide folique une fois par semaine	10,00%
une supplémentation quotidienne de calcium élémentaire par voie orale	0,00%
Une supplémentation en vitamine A	30,00%
Une supplémentation en Zinc	0,00%
une restriction de la caféine	0,00%
Total	100%

Source : Nos enquêtes de terrain, 2020

Pour quarante pourcent (40%) des sages-femmes, les femmes enceintes reçoivent une supplémentation orale quotidienne en fer et en acide folique en CPN ; trente pourcent (30%) des sages-femmes affirment leur fournir une supplémentation en vitamine A ; vingt pourcent (20%) reçoivent des conseils en faveur d'une alimentation saine et du maintien d'une activité physique pendant la grossesse et dix pourcent (10%) reçoivent une supplémentation orale intermittente en fer et en acide folique une fois par semaine.

En l'absence de matériels, les examens tels que l'échographie ne sont pas réalisés dans la structure. Pour ce qui est des examens sanguins, les professionnels de santé n'ont qu'à leur disposition le test de Vidal et Félix pour la détection de la fièvre typhoïde et le test de la goutte épaisse pour détecter les cas de paludisme.

Analyse de l'accès aux soins prénataux des femmes enceintes dans un établissement de santé primaire : cas de la formation sanitaire urbaine communautaire (FSU.COM) du village d'Abobo-baoulé (Abidjan)

Les femmes enceintes sont généralement référées aux hôpitaux de référence tel que l'Hôpital général d'Abobo-sud ou directement au

CHU de Cocody pour faire ces tests ou en cas de complications.

Le tableau n°2 montre les liens que peuvent avoir les facteurs sociodémographiques sur le nombre de consultations prénatales.

2.2. Les déterminants de l'accès aux soins prénataux des femmes enceintes

Tableau n°2 : Rapport de Significativité entre les facteurs sociodémographiques et le nombre de consultation prénatale

Variables sociodémographiques	Rang dans la consultation prénatale (CPN) en pourcentage (%)					
	CPN1	CPN2	CPN3	CPN4	CPN5	Aucun
Âge						
15-18 ans	1,7	-1,2	-0,3	-0,1	0	-0,1
19-21 ans	0,8	0,2	-0,2	-0,4	0	-0,4
22-30 ans	-1,9	2,4	0,1	-0,3	0	-0,3
31-40 ans	0,27	-0,6	-0,4	0,87	0	-0,13
41-50 ans	-0,87	-0,8	0,8	-0,07	0	0,93
Niveau d'instruction	0	0	0	0	0	0
Aucun	-0,6	1,6	-0,6	-0,2	0	-0,2
Primaire	0,97	-0,8	0,3	-0,23	0	-0,23
secondaire	-0,87	-0,8	0,8	0,93	0	-0,07
supérieur	-1,47	0,8	0,2	0,73	0	-0,27
Statut matrimonial	0	0	0	0	0	0
Mariée	0	0	0	0	0	0
divorcée	0	0	0	0	0	0
veuve	-1,2	0,2	0,8	-0,4	0	0,6
concubine	2,67	-1	-1	-0,33	0	-0,33
célibataire	-1,47	2,8	-0,8	-0,27	0	-0,27
Ethnie	0	0	0	0	0	0
Mandé	0,5	-2	1,5	-0,5	0	0,5
Krou	0,57	-0,4	-0,1	-0,03	0	-0,03
Akan	0,13	0,2	-0,2	-0,07	0	-0,07
Gour	1,77	-3,6	1,1	0,37	0	0,37
Non Ivoirien	-2,33	4	-1	-0,33	0	-0,33
Religion	0	0	0	0	0	0
Christianisme	0,57	-0,4	-0,1	-0,03	0	-0,03
Musulmane	0	0	0	0	0	0
Bouddhiste	0	0	0	0	0	0
animiste	0	0	0	0	0	0
aucune	0	0	0	0	0	0

Source : Nos enquêtes de terrain, 2020

Âge / Nombre de CPN p = 0,9% ; chi2 = 32,46 ; ddl = 16 (TS)

Niveau d'instruction / Nombre de CPN p = 3,2% ; chi2 = 22,54 ; ddl = 12 (S)

Statut matrimonial / Nombre de CPN p = 35,7% ; chi2 = 8,83 ; ddl = 8 (NS)

ethnie / Nombre de CPN p = 47,0% ; chi2 = 15,75 ; ddl = 16 (NS)

Religion / Nombre de CPN $p = 18,1\%$; $\chi^2 = 11,38$; $ddl = 8$ (NS)

Quarante pourcent (40%) des femmes enceintes ont un âge compris entre 19 ans et 21 ans. Trente pourcent (30%) ont un âge compris entre 22 ans et 30 ans et environ treize (13,3%) ont un âge compris entre 31 ans et 40 ans. Dix pourcent (10%) ont un âge compris entre 15 ans et 18 ans et environ sept pourcent (6,7%) des femmes enceintes ont l'âge compris entre 41 ans et 50 ans. La consultation prénatale 1 (CPN 1) est dominée par les jeunes femmes qui ont l'âge compris entre 15 ans et 18 ans avec $p = 1,7\%$. Elles sont suivies des femmes dont l'âge est compris entre 19 ans et 21 ans. La CPN 2 est quant à elle dominée par les femmes dont l'âge est compris entre 22 ans et 30 ans avec $p = 2,4\%$. La CPN 3 est respectée le plus par les femmes enceintes dont l'âge est compris entre 41 ans et 50 ans avec $p = 0,8\%$ tout comme la CPN 4 par les femmes enceintes dont l'âge est compris entre 31 ans et 40 ans. Nous observons également que les femmes qui n'ont aucune consultation prénatale ont l'âge compris entre 41 ans et 50 ans. Soixante-trois pourcent (63,3%) des femmes enceintes sont de confession chrétienne ; trente-trois pourcent (33,3%) sont de confession musulmane et environ trois pourcent (3,3%) sont animiste. Le tableau de significativité montre que la religion n'a pas d'influence dans l'accès aux soins prénatals. Moins de un pourcent (1%) des femmes Chrétiennes n'ont fait que la consultation prénatale 1. Les proportions pour les femmes des autres confessions religieuses sont toutes nulles (0%). Cinquante pourcent (50%) des femmes enceintes sont du groupe ethnique Akan ; environ vingt-sept (26,7%) sont du groupe ethnique Mandé. Près de treize pourcent (13,3%) sont du groupe ethnique Krou ; presque sept pourcent (6,7%) sont des non-Ivoiriens et environ trois pourcent (3,3%) des femmes enceintes sont du groupe ethnique Gour. Le résultat de significativité montre que peu importe l'ethnie, les femmes enceintes ne respectent pas le nombre de consultation prénatale recommandé. Il en est de même pour les non-

ivoiriens. Les tests sont négatifs et ceux positifs sont moins de un pourcent (1%). Quarante pourcent (40%) des femmes enceintes vivent en concubinage ; trente-trois pourcent (33,3%) sont célibataires et environ vingt-sept pourcent (26,7%) sont mariées. Le tableau montre que les concubines vont à la CPN 1 mais ne suivent pas les autres CPN. Les célibataires sont les plus nombreuses en CPN 2 avec $p = 2,8\%$. L'irrégularité dans les consultations prénatales peu importe le statut matrimonial montre que le lien n'est pas significatif. Cinquante pourcent (50%) des femmes enceintes n'ont aucun niveau d'instruction ; environ vingt-trois pourcent (23,3%) ont le niveau secondaire ; vingt pourcent (20%) ont le niveau primaire et seulement sept pourcent (6,7 %) ont le niveau supérieur. L'on n'observe que les femmes enceintes qui n'ont fait que les CPN 1 sont nombreuses dans la catégorie niveau d'instruction primaire avec $p = 0,97\%$. Il en est de même pour celles qui ont fait les CPN 3 et 4. Elles sont nombreuses au niveau secondaire avec $p = 0,8\%$ pour la CPN 3 et $p = 0,93\%$ pour la CPN 4. Les femmes enceintes qui ont un niveau supérieur sont tout aussi importantes en CPN 4 avec $p = 0,73\%$. Cependant les femmes qui n'ont aucun niveau d'instruction présentent des bilans négatifs quant à la CPN 3 et la CPN 4 même si tout de même elles sont à une consultation prénatale de rang 2 (CPN 2) avec $p = 1,6\%$. Les facteurs géographiques peuvent également constituer un facteur déterminant dans l'accès aux soins prénatals des femmes enceintes. Le tableau n°3 nous montre que les femmes enceintes qui vivent au village d'Abobo-Baoulé sont les plus nombreuses en CPN 1 avec $p = 1,3\%$. Elles sont suivies des femmes qui vivent à Angré château avec $p = 0,93\%$ puis des femmes de Djibi avec $p = 0,87\%$ alors que ce village dispose également d'un centre de santé communautaire. En quatrième position viennent les femmes de Biabou avec $p = 0,74$ alors que ce quartier ne bénéficie pas de structure de santé. Par contre, les

Analyse de l'accès aux soins prénataux des femmes enceintes dans un établissement de santé primaire : cas de la formation sanitaire urbaine communautaire (FSU.COM) du village d'Abobo-baoulé (Abidjan)

femmes qui vivent à Angré extension viennent moins en CPN 1 avec $p = 0,06\%$. Pour ce qui est de la CPN 2, les statistiques sont sensiblement les mêmes. Les femmes enceintes qui vivent au

village d'Abobo-Baoulé sont les plus nombreuses avec $p = 0,53\%$ de même que celles d'Abobo Belleville.

Tableau n°3 : Rapport de Significativité entre les facteurs géographiques et culturels et le nombre de consultation prénatale

Variables géographiques et culturelles	Rang dans la consultation prénatale (CPN)					
	CPN1	CPN2	CPN3	CPN4	CPN5	Aucun
Lieu de provenance						
Abobo-Baoulé extension	0,06	0,07	0,27	0,2	0	0,2
Biabou	0,14	0,07	0,27	3,2	0	0,2
Belleville	0,32	0	0,5	0,17	0	0,17
Angré chateau	0,93	0,23	0,4	0,13	0	0,13
Abobo Baoulé	1,3	0,53	0,3	0,1	0	8,1
Abobo-Belleville	0,07	0,53	0,3	0,1	0	0,1
Djibi	0,87	0,05	3,2	0,07	0	0,07
Abobo Biabou	0,74	0,4	0,1	0,03	0	0,03
Distance au centre de santé						
moins de 5 km	0,11	0,06	0,01	<0,01	0	<0,01
entre 5 et 15 km	1,48	0,8	0,2	0,07	0	0,07
plus de 15 km	0	0	0	0	0	0
Les raisons du nombre de CPN						
mon prochain rendez-vous n'est pas arrivé	3,71	2	0,5	0,17	0	0,17
je me sens physiquement bien	0,93	1,6	0,01	0,3	0	0,3
je n'ai pas besoin de CPN	0,43	0,4	0,1	0,03	0	28,03
je ne me suis pas vite rendu au centre de santé	0,64	0,25	0	0,33	0	0,33
je suis éloignée du centre de santé	0	0	0	0	0	0
Important pour le suivi de la grossesse	2,17	0,5	0,5	4,17	0	0,17
pour que la grossesse arrive à son terme sans problèmes	0	0	0	0	0	0
Accoucher au centre de santé où je me fais suivre	<0,01	0,2	0,8	0,27	0	0,6
Accoucher à un centre de santé auprès de mes parents ou de mes beaux parents	0,31	0,04	0,9	0,3	0	0,3
Accoucher chez une matrone	0,87	0,05	0,2	0,07	0	13,07
Accoucher dans le centre de santé proche de mon domicile	0,43	0,9	0,1	0,03	0	0,03
Accoucher dans un centre de santé de 2eme et 3eme niveau à l'échelon de la pyramide sanitaire	0	0	0	0	0	0

Source : Nos enquêtes de terrain, 2020

Lieu de provenance / Nombre de CPN $p = 64,8\%$; $\chi^2 = 24,63$; ddl = 28 (NS)

Distance au centre de santé / Nombre de CPN $p = 59,1\%$; $\chi^2 = 2,80$; ddl = 4 (NS)

Raison nombre CPN / Nombre de CPN $p = <0,1\%$; $\chi^2 = 47,73$; $ddl = 16$ (TS)

Pour la Consultation Prénatale de rang 3, l'on observe que près de trois pourcent (3,2%) des femmes enceintes proviennent du village de Djibi suivi des femmes du quartier de Belleville avec $p = 0,5\%$. Quatre-vingt (80%) des femmes à la CPN 4 viennent du quartier de Biabou avec $p = 3,2\%$. Ainsi, on remarque que la proportion de femmes enceintes ayant fait la CPN 3 et la CPN 4 est plus importante dans les quartiers jouxtant le village d'Abobo-Baoulé. Cependant, quatre-vingt-dix pourcent (90%) des femmes n'ayant fait aucune consultation prénatale (CPN) vivent au sein même du village avec $p = 8,1\%$. Le tableau n°3 montre également que le test de significativité entre la distance au FSU.Com d'Abobo-Baoulé et le nombre de consultations prénatales n'est pas significatif. En effet, L'on observe que près de quatre-vingt-treize (93,3%) des femmes enceintes se situent à moins de 5 km de la FSU.Com Abobo Baoulé. Environ sept pourcent (6,7%) des femmes enceintes se trouvent à une distance comprise entre 5 km et 15 km. Pourtant, les femmes enceintes se situant entre 5 kilomètres et 15 kilomètres sont les plus nombreuses en CPN 1 avec $p = 1,48$. Cette situation est semblable pour les CPN 2, CPN 3 et CPN 4. La proximité des structures de santé n'est pas déterminante dans l'accès aux soins prénataux à la FSU.Com Abobo Baoulé. Pour quarante-six pourcent (46%) des femmes enceintes qui ne sont qu'à la CPN 1 cela s'explique par le fait qu'elles ne se sont pas rendues dès le premier trimestre de leur grossesse à ce centre de santé avec $p = 0,64\%$. Pour 38%, cela est dû au fait que la date de rendez-vous de la CPN 2 n'était pas encore arrivée avec $p = 3,71$. Quant aux trente pourcent (30%) des femmes qui ne sont qu'à la CPN 2 cela s'expliquerait par le fait que la date de leur prochain rendez-vous n'était pas encore arrivée avec $p=2\%$. Vingt-quatre pourcent (24%) des femmes qui ne sont qu'à la CPN 2 se sentent bien physiquement avec $p = 1,6\%$. Pour vingt-neuf pourcent (29%) des

femmes qui sont à la CPN 3, cela est dû au fait qu'elles veulent aller accoucher chez leurs parents ou leurs beaux-parents avec $p = 0,9\%$. Pour vingt-six pourcent (26%), cela s'explique par le fait qu'elles veulent accoucher où elles se font suivre depuis leur première consultation avec $p=0,8\%$. Soixante-quatorze pourcent (74%) des femmes enceintes qui sont à la CPN 4 affirmaient que le suivi de la grossesse était important avec $p = 4,17\%$. En outre, près de soixante-sept pourcent (66,62%) des femmes enceintes n'ayant fait aucune consultation prénatale affirmaient qu'elles n'en avaient pas besoin avec $p = 28,03\%$; trente et un pourcent de ces femmes avaient le désir de se faire assister par une matrone à l'accouchement avec $p = 13,07\%$

3. DISCUSSION

Pour ce qui est des facteurs liés à la demande, l'âge a un effet significatif sur l'utilisation des services de santé. En effet, 83% des femmes ayant fait les consultations prénatales à la FSU.Com Abobo baoulé avait l'âge compris entre 19 ans et 40 ans tandis que celles ayant fait les consultations prénatales dont l'âge était compris entre 15 ans et 18 ans étaient seulement de 10%. La consultation prénatale 1 (CPN 1) est dominée par les jeunes femmes qui ont l'âge compris entre 15 ans et 18 ans avec $p= 1,7\%$; elles sont suivies des femmes dont l'âge est compris entre 19 ans et 21 ans. La CPN 2 est quant à elle dominé par les femmes dont l'âge est compris entre 22 ans et 30 ans avec $p=2,4\%$. La CPN 3 est faite le plus par les femmes enceintes dont l'âge est compris entre 41 ans et 50 ans avec $p= 0,8\%$ tout comme la CPN 4 par les femmes enceintes dont l'âge est compris entre 31 ans et 40 ans. Nous observons également que les femmes qui n'ont aucune consultation prénatale ont l'âge compris entre 41 ans et 50 ans. L'étude de E. Messi (2017, p.16) montre quant à elle que le taux d'accès aux soins prénataux est faible

pour le cas des jeunes femmes et celles en âge avancé. Par contre pour celles ayant un âge moyen, le taux d'accès est élevé. Les résultats de la recherche de O. OSSANGA et al. (2017, p.1) au Cameroun montrent en substance que le personnel des consultations prénatales communique peu avec les femmes enceintes et en particulier les primipares dont l'âge est compris entre 12 ans et 19 ans. Selon cette étude, les échanges sont laconiques et organisés sur le mode instructions/ordres, ce qui induit un rapport hiérarchisé de type subordonnée/supérieur. Les éléments inscrits sur le carnet de santé lui sont rarement expliqués. Il est intéressant de mentionner que dans un premier temps, il lui est prescrit une série d'examen sans explication sur l'importance de ceux-ci et la nécessité de les subir. Lorsque ces examens sont faits, une ordonnance est prescrite. La parturiente, qui ignore de quoi elle souffre, est sommée d'acheter les médicaments et de les consommer. Au village d'Abobo-Baoulé, le niveau d'instruction influence l'accès aux soins prénataux. En effet, les femmes enceintes qui n'ont fait que la CPN 1 sont importantes dans la catégorie niveau d'instruction primaire avec $p = 0,97\%$; il en est de même pour celles qui ont fait les CPN 3 et 4. Elles sont nombreuses au niveau secondaire d'instruction avec $p = 0,8\%$ pour la CPN 3 et $p = 0,93\%$ pour la CPN 4. Les femmes enceintes qui ont un niveau supérieur sont tout aussi importantes en CPN 4 avec $p = 0,73\%$. Cependant les femmes qui n'ont aucun niveau d'instruction présentent des bilans négatifs quant à la CPN 3 et la CPN 4 même si tout de même elles sont à une consultation prénatale de rang 2 (CPN 2) avec $p = 1,6\%$. Pour M.C Zoungrana (1993,) au Mali, les femmes qui n'avaient pas fréquenté l'école, avaient tendance à avoir un suivi prénatal médiocre, tandis que parmi celles qui étaient instruites, la qualité du suivi augmentait avec la durée de la scolarisation. Ce résultat n'est pas différent de celui de D. R ZONG MBA (2011, p. 31.) au Gabon où le niveau d'instruction des femmes enceintes varie

selon l'âge et la région de résidence et a des répercussions sur le recours aux soins prénatals. R.T. Nanfosso et J. M. Kassiwa (2013, p.1). Pour eux l'absence d'éducation est une variable significative dans l'explication de la demande de soins prénatals en République démocratique du Congo. Pour E. Messi et W. Yaye (2017, p.17) à Maroua au Cameroun, plus le niveau d'instruction de la femme est bas, plus le recours aux soins de santé moderne est moindre voire inexistant. Ainsi, l'accès aux services de santé maternelle augmente avec le niveau d'instruction de la femme. Par conséquent, le manque d'instruction constitue un obstacle à la prise en charge de la grossesse et à la continuité des soins de santé prénatals. Pour N. Ouzennou et al (2018, p.735), 41% de la prévalence de l'anémie chez les femmes enceintes au Maroc était imputable au niveau d'instruction. Par contre pour A. P Djiguimde (1997, p.8), la scolarité de la femme n'avait aucune influence sur le nombre de consultations prénatals. Il en était de même pour L. J.C. E Ezzo (2013, p.8), le niveau d'instruction de la mère n'a aucun poids sur la pratique des consultations prénatals en Côte d'Ivoire. Ses résultats étaient conformes à ceux de la FSU.Com Abobo-Baoulé, peu importe l'ethnie, les femmes enceintes ne respectent pas le nombre de consultation prénatale recommandé. Il en est de même pour les non-ivoiriens. Les tests sont négatifs et ceux positifs sont moins de un pourcent (1%). Par contre S. Kochou et M. Rwenge (2014, p.7) trouvent que l'ethnie, et d'autres facteurs expliquent dans une proportion de 60% les comportements de recours aux soins prénatals en Côte d'Ivoire. Selon eux, comparativement aux Akan, les femmes Mandé, Gour/ voltaïque et étrangères ont respectivement 3,6 fois, 2,2 fois et 4,5 fois plus de risque de ne jamais faire de visites prénatals plutôt que de bénéficier d'une surveillance totale de leurs grossesses. Tout comme l'ethnie, la religion n'a pas de rapport significatif avec le nombre de consultations prénatals dans la FSU.Com Abobo Baoulé. Or il n'en est pas le cas pour S.

Kochou et M. Rwenge (2014, p.7) qui ont montré que les femmes animistes ou adeptes de religion traditionnelle ont 1,83 fois plus de risque que les musulmanes de ne jamais faire les visites prénatales plutôt que de bénéficier d'une surveillance totale de leurs grossesses. Ces résultats sont semblables à ceux de E. Messi et W. Yaye (2017, p 17) dans la ville de Maroua où les principales religions que sont (le Christianisme, l'Animisme et l'Islamisme) sont associées à une diversité de modèles de perceptions du recours aux soins de santé modernes. Il en découle un ensemble de pratiques du système de santé traditionnel propre à chaque religion. C'est pourquoi la prise en charge des grossesses et des accouchements est susceptible d'être influencée par l'appartenance à une obéissance religieuse. Quarante-un pourcent (41%) des femmes ayant accès régulièrement aux soins de santé sont de la Religion Chrétienne contre 31% de femmes musulmanes et 28 % de femmes animistes. Notre étude a révélé également que le statut matrimonial n'avait pas d'incidence sur l'accès aux soins prénataux. En effet, on assiste à une irrégularité dans les consultations prénatales peu importe le statut matrimonial. Ce résultat est différent de celui de D. White et al (2014, p 19) où l'on note une grande influence des belles-mères dans la détermination des tendances des soins de santé maternelle. Les associations négatives entre le plus grand accord des belles-mères avec les pratiques traditionnelles, d'une part, et, d'autre part, l'accouchement médicalisé et l'obtention de soins postnataux laissent entendre que la décision de recourir aux soins de santé modernes médicalisés relève du moins en partie du domaine de la belle-mère. Les opinions propres des femmes concernant les pratiques traditionnelles sont sans effet sur les soins qu'elles reçoivent. Cette situation est semblable aux résultats de K. Zaouaq (2017, p.177). Au Maroc, les hommes refusent que leur épouse soit soignée par un médecin ou infirmier homme. En outre, les femmes enceintes ne peuvent aller accoucher dans une maternité qu'après avoir reçu l'aval de leur mari, seul habilité à prendre les

décisions, conformément aux normes de genre qui veulent que le pouvoir de décision soit masculin dans le monde rural Marocain. Il en est de même de l'étude de E. Messi et W. Yaye (2017, p 17.) au Cameroun ; ces auteurs affirment que le statut matrimonial a une incidence sur la fréquentation des services de santé maternelle pendant la grossesse et l'accouchement. Les femmes célibataires disposent rarement des ressources nécessaires pour accéder aux soins modernes, car elles ont tendance à avoir un suivi prénatal moins adéquat que les autres femmes à cause du caractère non désiré de la grossesse et par conséquent moins enclines à effectuer une visite prénatale. Par contre, les femmes mariées font plus de visites d'autant plus qu'elles ont l'apport financier de leurs conjoints pour des soins obstétricaux continus. Cette étude a également montré que 93,3% des femmes enceintes se situent à moins de 5 km de la FSU.Com Abobo Baoulé contre 6,7% à une distance comprise entre 5 km et 15 km. Pourtant, les femmes enceintes se situant entre 5 kilomètres et 15 kilomètres sont les plus nombreuses en CPN 1 avec $p = 1,48$. Cette situation est semblable à celle décrite par B. Gastineau (2003, p.414) où les ménages sont situés en moyenne à 3,7 km du centre de santé de base, mais 12% des femmes n'ont pas consulté de personnel médical pendant leur grossesse. Au Burkina Faso M. Niang (2014, p.43) fait remarquer que la couverture des soins prénatals s'est améliorée durant ces dernières années passant de 59% en 1993 à 95% en 2010. Cependant les premières CPN se font tardivement à partir du sixième et septième mois de grossesse. Environ deux femmes sur cinq ont effectué leur première CPN au premier trimestre de la grossesse et seulement un tiers des femmes ont effectué les quatre CPN recommandées. Pourtant, Selon le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (MSHP, 2010, p. 12), le retard dans l'accès à une structure sanitaire (état défectueux des routes, éloignement des établissements sanitaires, manque/insuffisance de moyens de transport, faible revenu des ménages), est le deuxième facteur endogène et

exogène qui entrave l'accès aux soins prénataux. Il en est de même pour E. Messi et W. Yaye (2017, p.22). Pour eux, le lieu de résidence a un impact significatif sur l'accès aux soins de santé. Le fait de résider dans la zone périurbain agit négativement sur le recours aux soins puisque les structures sanitaires situées en périphérie sont sous équipées en matériel mais aussi en personnels de santé. L'analyse de la demande de soins dans les pays en développement (PED) est essentiellement basée sur la relation entre les facteurs socio-économique et la demande de soins de santé (E. A. M. Gnamien, 2019, p. 38). Ces facteurs peuvent être liés à l'offre (le coût des soins, la proximité ou distance, la qualité des soins etc.) ou à la demande (le revenu, l'âge, le statut matrimonial, le niveau d'instruction et de vie, la catégorie socioprofessionnelle, la religion, etc.). Selon l'approche offre des soins, la disponibilité et les caractéristiques des services de santé influencent le recours aux soins. En d'autres termes, l'inexistence de l'offre des soins, son insuffisance et ses caractéristiques déterminent la demande de soins tandis que l'approche demande des soins repose sur l'idée d'une détermination sociale des comportements (S. Kochou et M. Rwenge, 2014, p. 2-3). L'accès aux soins de santé n'est pas uniquement tributaire de l'offre à savoir la qualité du service offert mais surtout de la demande de service qui elle aussi est très variable selon de nombreux facteurs socio-économiques et spatiaux (M. Eloundou, 2017, p. 13). Ainsi, le recours aux soins pendant la grossesse dépend des caractéristiques socio-culturelles, socio-démographiques et économiques de la femme ainsi que des disparités d'accessibilité aux soins de santé et du contexte institutionnel (M. Eloundou, 2017, p. 14).

CONCLUSION

Cette étude avait pour but d'analyser les déterminants qui limitent l'accès aux soins prénataux aux femmes enceintes à un

établissement de santé primaire. Le village d'Abobo Baoulé dispose d'une formation sanitaire urbaine et communautaire (la FSU.Com). Il s'agit d'un centre de santé à base communautaire. Les variables qui influencent l'accès aux soins prénataux des femmes, seraient liées à l'âge, aux raisons personnelles des consultations et au niveau d'instruction. Le rapport Âge / Nombre de CPN est très significatif, car le nombre de consultations prénatales est fonction des différentes classes d'âge. La CPN 1 est dominée par les jeunes femmes qui ont l'âge compris entre 15 ans et 18 ans avec $p= 1,7\%$ tandis que les femmes enceintes dont l'âge est compris entre 41 ans et 50 ans sont plus nombreuses à la CPN 3 avec $p=0,8\%$. De même, les raisons évoquées par les femmes du nombre de consultations prénatales sont très significatifs. Quarante-six pourcent (46%) des femmes enceintes qui ne sont qu'à la CPN 1 estiment ne s'être pas rendues dès le premier trimestre de leur grossesse avec $p = 0,64\%$, pendant que soixante-quatorze pourcent (74%) des femmes enceintes qui sont à la CPN 4 affirmaient que le suivi de la grossesse est important avec $p = 4,17\%$. En outre, le rapport Niveau d'instruction/ Nombre de CPN est quant à lui significatif. Les femmes enceintes qui n'ont fait que la CPN 1 sont nombreuses dans la catégorie niveau d'instruction primaire avec $p = 0,97\%$, tandis que les femmes enceintes qui ont un niveau supérieur sont importantes en CPN 4 avec $p = 0,73\%$. Cet article n'a sûrement pas cerné tous les contours des déterminants éventuels dans l'accès aux soins prénataux à travers l'analyse de leur acceptabilité. Mais elle a montré que le recours à une structure de santé n'est pas uniquement le fait de sa disponibilité mais de facteurs sociodémographiques et culturels. Cette étude suggère de s'intéresser à une étude quantitative pour montrer les relations dans l'acceptabilité et l'accès aux soins prénataux en milieu rural.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- ALI Abdel Aziem, OSMAN Mohammed, ABBAKER Ameer et ADAM Ishag, 2010, «Use of antenatal care services in Kassala, eastern Sudan», *BMC pregnancy and childbirth*, 10:67. PMID:20973972.
- BERGSJO Per, 2001, « Est-ce que les soins prénatals aident à réduire la morbidité et la mortalité maternelle ? » In *Studies in Health Services Organisation & Policy*. 2001; 18: p37-58.
- CHABERNAUD Jean-Louis, 2004, «Accouchement inopiné hors maternité Le praticien en anesthésie-réanimation» 8 : 6, p. 447-454.
- DJIGUIMDE Amédée Prosper, 1997, « Analyse des déterminants de l'utilisation des consultations prénatales en zone rurale de Bobo-Dioulasso (Burkina Faso) », Thèse pour l'obtention du Doctorat en Médecine, Faculté des sciences/section Médecine, Université de Ouagadougou, 96 p.
- DUGAS Michel, 2011, « Donner aux populations vulnérables de l'Afrique subsaharienne un accès aux soins obstétricaux : Stratégie avancée de consultations prénatales », *Médecine Tropicale* 2011 ; 71: p. 526-528.
- MESSI Eloundou et YAYE Waïbaï, 2017, « Contraintes À L'accès Aux Soins De Santé Maternelle Dans La Ville De Maroua », *The International Journal Of Engineering And Science (IJES)* || Volume|| 6|| Issue || 1|| Pages ||2017|| ISSN (e):2319 –1813ISSN (p):2319 –1805 DOI: 10.9790/1813-0601031321 www.theijes.com Page 13, p. 13-21.
- ESSO LASME Jean Charles Emmanuel, 2013, « les déterminants de la mortalité des enfants de moins cinq ans en côte d'ivoire », *European Scientific Journal* January 2013 edition vol.9, No.2 ISSN: 1857–7881 (Print) e-ISSN 1857-7431, 12 p.
- GASTINEAU Bénédicte, 2003, « Offre de soins, recours aux soins et santé des femmes en Tunisie», *Social and Economic Patterning of Health among Women / Les facteurs sociaux et économiques de la santé des femmes* Arber S. and Khlal M., (eds.), Paris, CICRED, 2003, p. 407-424
- GNAMIEN Ehuwa Anne Murielle, 2019, « la discontinuité des soins prénatals en côte d'ivoire », *IOSR Journal of Economics and Finance (IOSR-JEF)* e-ISSN: 2321-5933, p-ISSN: 2321-5925. Volume 10, Issue 5 Ser. II (Sep. –Oct 2019), www.iosrjournals.org, pp 37- 47
- BENIE BI VROH Joseph, TIEMBRE Issaka, AHOUSSOU Éric Martial, KOUTOUA Tchiny, N'CHO Simplicie Dagnan, TAGLIANTE-SARACINO Janine, 2015, « Effet de la réorganisation des services sur les consultations prénatales à l'Hôpital Général de Marcory, Côte d'Ivoire » Dans *Santé Publique* 2015/5 (Vol. 27), p 713 -72.
- KOCHOU Salomon H.A et RWENGE Mburano J.R., 2014, « Facteurs sociaux de la non-utilisation des services de soins prénatals ou de leur utilisation inadéquate en Côte d'Ivoire », *African Evaluation Journal* 2(1), Art. #79, <http://dx.doi.org/10.4102/aej.v2i1.79>, 12 p.
- MESSI Eloundou YAYE Waïbaï, 2017, « Contraintes À L'accès Aux Soins De Santé Maternelle Dans La Ville De Maroua », *The International Journal Of Engineering And Science (IJES)* || Volume|| 6|| Issue || 1|| Pages ||2017|| ISSN (e):2319 –1813ISSN (p):2319 –1805 DOI: 10.9790/1813-0601031321 www.theijes.com Page 13, p. 13-21.
- MINISTERE DE LA SANTE ET DE L'HYGIENE PUBLIQUE (MSHP), 2000, « Feuille de route pour accélérer la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelles, néonatales et infantiles », 93p.
- MINISTERE DE LA SANTE DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA (MSLS), «Cadre d'Accélération de l'Objectif 5 du Millénaire pour le Développement (OMD 5) : Améliorer la santé maternelle », 114p.
- NANFOSSO Roger T.et KASIWA Janvier M, 2013, « Les déterminants de la demande de soins prénatals en République démocratique du Congo: Approche par données de comptage », *African Evaluation Journal* 1(1), Art. #26, <http://dx.doi.org/10.4102/aej.v1i1.26>, 9 p.
- NIANG Marietou, 2014, « LE NON-RECOURS AUX SERVICES DE SOINS PRENATALS: EXPERIENCES DE FEMMES VIVANT DANS LA COMMUNE RURALE DE KOKOLOGHO AU BURKINA FASO », Mémoire en santé communautaire, Université Laval (France), 200p.

Analyse de l'accès aux soins prénataux des femmes enceintes dans un établissement de santé primaire : cas de la formation sanitaire urbaine communautaire (FSU.COM) du village d'Abobo-baoulé (Abidjan)

OSSANGA ODILE, ABEGA SEVERIN CECILE, BLEY DANIEL et VERNAZZA-LICHT NICOLE, 2017, « Les problèmes de communication entre les soignants et les femmes enceintes autour de la prise en charge du paludisme dans un hôpital du Sud Cameroun », <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01503338>, 2p.

OUZENNOU Nadia, TIKERT Kabira, GHIZLANE Belkedim, JARHMOUTI Fatim Ezzahra , BAALI Abdellatif, 2018, «Prévalence et déterminants sociaux de l'anémie chez les femmes enceintes dans la Province d'Essaouira, Maroc », Dans *Santé Publique* 2018/5 (Vol. 30), pages 737 à 745.

SAIZONOU Jacques, AGUEH Damienne victoire, Badirou AGUEMON, ADE Virginie Mongbo, ASSAVEDO Sibylle, MAKOUTODE Michel, « Évaluation de la qualité des services de consultation prénatale recentrée à l'hôpital de district de Suru-Léré au Bénin », Dans *Santé Publique* 2014/2 (Vol. 26), Mis en ligne sur Cairn.info le 27/05/2014 <https://doi.org/10.3917/spub.138.0249>, pages 249 à 257

TIEMBRE Issaka, , BENIE BI VROH Joseph, AKE Tano Odile, DOGOU-WAWAYOU Brigitte, TAGLIANTE-SARACINO Janine, ODEHOURI-Koudou Paul, N'CHO Simplicie Dagnan, KOUADIO Daniel Ekra, 2010, « Évaluation de la qualité des consultations prénatales dans le district sanitaire de Grand Bassam (Côte d'Ivoire) », Dans *Santé Publique* 2010/2 (Vol. 22), pages 221 à 228.

WEIL Olivier, FOIRRY Jean Pierre, GARENNE Michel et ZANOU Benjamin, 2003, « les problèmes d'accessibilité des services de santé en Côte d'Ivoire : les résultats d'une enquête sur les facteurs d'utilisation », *Le financement de la santé dans les pays d'Afrique et d'Asie à faible revenu* » Karthala, p.77-96.

WHITE Darcy, DYNES Michelle, RUBARDT Marcie, SISSOKO Koman et STEPHENSON Rob, 2014, « Influence du pouvoir intrafamilial sur les soins de santé maternelle au Mali: perspectives des femmes, des hommes et des belles-mères », *Perspectives Internationales sur la Santé Sexuelle et Génésique*, numéro spécial de 2014, doi: 10.1363/FR01214, p12-23

YOMAN N'DRI Thérèse, 2012, point de presse sur la mesure de gratuite ciblée des soins, http://www.gouv.ci/_ministere-une.php?recordID=126.

ZAOUAQ Karim, 2017, « Les femmes et l'accès aux soins de santé reproductive au Maroc », Dossier: Genre, santé et droits sexuels et reproductifs au Maghreb, p. 169-183.

ZERE Eyob, KIRIGIA MUTHURI Joses, DUALE Sambe, AKAZILI James, 2012, «Inequities in Maternal and Child Health Outcomes and Interventions in Ghana », March 2012, *BMC Public Health* 12(1):252 DOI: <http://www.biomedcentral.com/10.1186/1471-2458-12-252>, pmid:20973972

ZONG MBA Danièla Rosita, 2011, « Mortalité des enfants selon le recours aux soins prénatals des mères au Gabon », Master professionnel en démographie, 126 p.

ZOUNGRANA Cécile.Marie, (1993), « Déterminants socio-économiques de l'utilisation des services de santé maternelle et infantile à Bamako ». [Thèse de Sciences Sociales]. Montréal: Université de Montréal, 203p.



PROBLEMES D'ACCES AUX SERVICES DE SANTE MATERNELLE DES REFUGIEES NIGERIANES DANS LE CAMP DE MINAWAO (MAYO-TSANAGA, EXTREME-NORD CAMEROUN)

PROBLEMS OF ACCESS TO MATERNAL HEALTH SERVICES FOR NIGERIAN REFUGEES IN THE MINAWAO CAMP (MAYO-TSANAGA, EXTREME-NORD CAMEROON)

¹ BASKA TOUSSIA Daniel Valérie, ² GONGA François et ³ PEL-MBARA Richard

¹ Enseignant-Chercheur, Département de Géographie, ENS-Université de Maroua-Cameroun, baskatoussia@yahoo.fr

² Doctorant, Département de Géographie, Université de Maroua-Cameroun, gongafrancois@yahoo.fr

³ Doctorant, Département de Géographie, Université de Maroua-Cameroun, richardpelmbara@gmail.com

Daniel Valérie BASKA TOUSSIA, François GONGA et PEL-MBARA Richard, Problèmes d'accès aux services de santé maternelle des réfugiées Nigérianes dans le camp de Minawao (Mayo-Tsanaga, extrême-nord Cameroun), *Revue Espace, Territoires, Sociétés et Santé* 3 (6) 81-99, [En ligne] 2020, mis en ligne le 31 Decembre 2020, consulté le 2021-01-10 09:20:30, URL: <https://retssa-ci.com/index.php?page=detail&k=142>

Résumé

L'insécurité commise par Boko-Haram à la frontière Camerounaise et Nigériane a amené à la création du camp de Minawao avec d'énormes problèmes liés à la santé maternelle. L'objectif de cette étude est de décrire les problèmes d'accès aux services de santé maternelle des réfugiées nigérianes dans le camp de Minawao et les stratégies d'amélioration de leur accès aux soins maternels. Ainsi les données ont été collectées à travers les observations, les entretiens, le dépouillement des registres des structures de santé (International Medical Corps

(IMC), l'Hôpital de District de Mokolo (HDM) et l'Hôpital Régionale annexe de Mokolo). Les résultats montrent une prévalence des maladies de personnes spécifiques telles que les enfants de moins de 5 ans (63,8%), les femmes enceintes (58,5%) et les femmes allaitantes (59,1%). Les réfugiées font face au paludisme (60,13%), à la malnutrition (13,50%), le rhumatisme (4,50%), la dysenterie et la rougeole (4,18%). Nos résultats montrent que l'absence des femmes dans le dispositif d'accueil, d'écoute et de soins des femmes, le manque d'espace confidentiel pour la réception et l'écoute des réfugiées, les pesanteurs culturelles ainsi que le manque de moyens financiers limitent l'accès des femmes aux services de santé maternelle. Face à ces contraintes, les acteurs humanitaires, sanitaires et d'assainissement doivent construire et doter les maternités d'équipements modernes et de ressources financières, assainir le cadre de vie afin de faciliter l'accès aux services de santé maternelle au camp de Minawao.

Mots clés : Cameroun, Minawao, accès aux soins, réfugiée, santé maternelle.

Abstract

The insecurity committed by Boko-Haram on the Cameroonian and Nigerian border led to the creation of the Minawao camp with huge

problems related to maternal health. The objective of this study is to describe the problems of access to maternal health services for Nigerian refugees in the Minawao camp and strategies to improve their access to maternal care. Thus the data were collected through observations, interviews, the analysis of the registers of health structures (International Medical Corps (IMC), the Mokolo District Hospital (HDM) and the Regional Hospital annex of Mokolo). The results show a prevalence of diseases of specific people such as children under 5 years (63.8%), pregnant women (58.5%) and breastfeeding women (59.1%). Refugees face malaria (60.13%), malnutrition (13.50%), rheumatism (4.50%), dysentery and measles (4.18%). Our results show that the absence of women in the reception, listening and care of women, the lack of confidential space for reception and listening to refugees, cultural burdens and lack of financial means limit women's access to maternal health services. Faced with these constraints, humanitarian, health and sanitation actors must build and equip the maternities with modern equipment and financial resources, clean the living environment in order to facilitate access to maternal health services at Minawao camp.

Keywords: Cameroon, Minawao, access to care, refugee, maternal health.

INTRODUCTION

Le Cameroun souffre aujourd'hui d'une double crise humanitaire complexe et sans précédent. D'une part, les violences perpétrées par Boko Haram dans le Nord-Est du Nigéria ont entraîné l'afflux massif des réfugiés nigériens qui ont été contraints de fuir leurs maisons. Et d'autre part, la crise en République Centrafricaine a suscité un afflux des réfugiés qui ont cherché protection et assistance dans les régions de l'Est, de l'Adamaoua et du Nord Cameroun (ONU Cameroun, 2016, p.5).

En 2019, environ 463 000 réfugiés dont 276 000 centrafricains, 187 000 nigériens ont été forcés de fuir vers les régions de l'Adamaoua, l'Est, le Nord et l'Extrême-Nord pour échapper à

l'insécurité et à la violence de l'armée. Toutes ces personnes ont été contraintes de partir en laissant derrière elles leurs maisons, leurs champs, leurs commerces et se retrouvant du jour au lendemain sans moyens de subsistance ni terre cultivable ou toit (UNOCHA, 2019).

Pour répondre à ces arrivées massives, le gouvernement camerounais avec l'aide des partenaires et des organismes humanitaires, a mis en place un dispositif d'aide à ces personnes vulnérables. La violence du groupe Boko Haram et l'insécurité grandissante ont abouti à la création du camp de Minawao en 2013 dans la région de l'Extrême-Nord Cameroun afin d'apporter une protection aux réfugiés (MSF, 2017).

Au 31 Mars 2016, la population totale de réfugiés s'élève à 56 803 personnes. 60,4 % de la population totale du camp à moins de 18 ans et les femmes représentent 53,2% (UNHCR, août 2016, p.1). Avec une augmentation continue de la population du camp de Minawao, la capacité d'accueil du camp atteint ses limites et crée de nouveaux besoins. Ces besoins sont notamment l'approvisionnement en eau et en quantité suffisante, la construction de nouveaux abris familiaux, la mise en œuvre des activités de prévention du choléra et le renforcement des mesures sécuritaires (UNHCR, mars 2016, p.1). Or en 2017, la situation étant encore instable dans les régions du Nord du Nigéria, le Cameroun continue à enregistrer des personnes au camp de Minawao. Depuis le début de l'année 2017, 4 513 nouveaux arrivants ont été enregistrés au camp de Minawao (UNHCR, juin 2017, p.1). Au 30 juin 2017, la population du camp s'élève à 58 819 réfugiés nigériens. 61% de la population a moins de 18 ans et les femmes/filles représentent 54% de la population totale du camp (UNHCR, juin 2017, p.1). Ainsi l'intégration de la prise en charge sanitaire des réfugiés dans le système national de santé au Cameroun est signée entre le Haut-Commissariat pour les réfugiés (HCR) et le Ministère de la Santé pour améliorer les activités préventives VIH/SIDA et l'organisation des campagnes de

dépistage volontaire. De 2018 à 2019, l'effectif s'accroît avec plus de 533 nouveaux arrivants enregistrés au camp de Minawao et la population totale du camp s'élève à 56 932 réfugiés nigériens. 61% de la population a moins de 18 ans et les femmes/filles représentent 53% de la population totale du camp (UNHCR, juillet 2018, p. 1 ; UNHCR, juin 2019, p.1). Cette crise pose de réels défis de prise en charge des personnes à besoins spécifiques (J. Lémougué, É. J. Fofiri Nzossie et J. L. Kahou Nzouyem, 2019, p.63) parmi lesquelles les femmes enceintes, allaitantes et celles ayant les enfants de moins de cinq (05) ans. Ces catégories de femmes nécessitent une attention particulière en raison de leurs vulnérabilités et de leurs conditions de vie dans le camp (UNHCR, juin 2019, p.3). On note aussi une insuffisance des ressources humaines (03 médecins) pour assurer les soins de santé primaire, un déficit dans la prise en charge de la santé reproductive, de la santé mentale et des activités préventives VIH/SIDA. Il en n'est de même des barrières socio-culturelles, des accouchements à domicile, de la malnutrition, du planning familial, de l'insuffisance des médicaments, du matériel médical et de la capacité de référencement très limité. Cela pose la problématique de la santé maternelle dans le camp de Minawao (UNHCR, juin 2019, p.3-4). Ce camp qui est situé dans une région où l'indice de mortalité néonatale (38‰) est le plus élevé du pays, l'accès des femmes et des enfants de moins de cinq ans aux services de santé reste préoccupant dans les zones de conflit depuis 2014 (MINSANTE, 2017). Les besoins d'assistance en santé maternelle et infantile se sont accrus en raison de l'augmentation du nombre des réfugiées dans le camp de Minawao. Des efforts sont faits pour apporter un soutien sanitaire à cette catégorie de femme avec la mise,

en place d'une maternité. Toutefois, le constat qui se dégage est que l'accès aux soins en santé maternelle n'est pas optimale dans le camp de Minawao (A. Bapowa Ngafwé et A. C. Kiam, 2016) étant donné qu'un écart dans la prise en charge de la santé reproductive est observé dans les deux maternités du camp. Notamment, l'absence des femmes dans le dispositif d'accueil, d'écoute et de soins des femmes, le manque d'espace confidentiel pour la réception et l'écoute des réfugiées, les pesanteurs culturelles ainsi que le manque de moyens financiers. Ce sont des problèmes qui limitent l'accès des femmes aux services de santé maternelle et qui méritent d'être clarifiés dans la présente étude. L'objectif poursuivi par ce travail est de décrire les problèmes d'accès aux services de santé maternelle des réfugiées nigériennes dans le camp de Minawao et les stratégies d'amélioration de leur accès aux soins maternels.

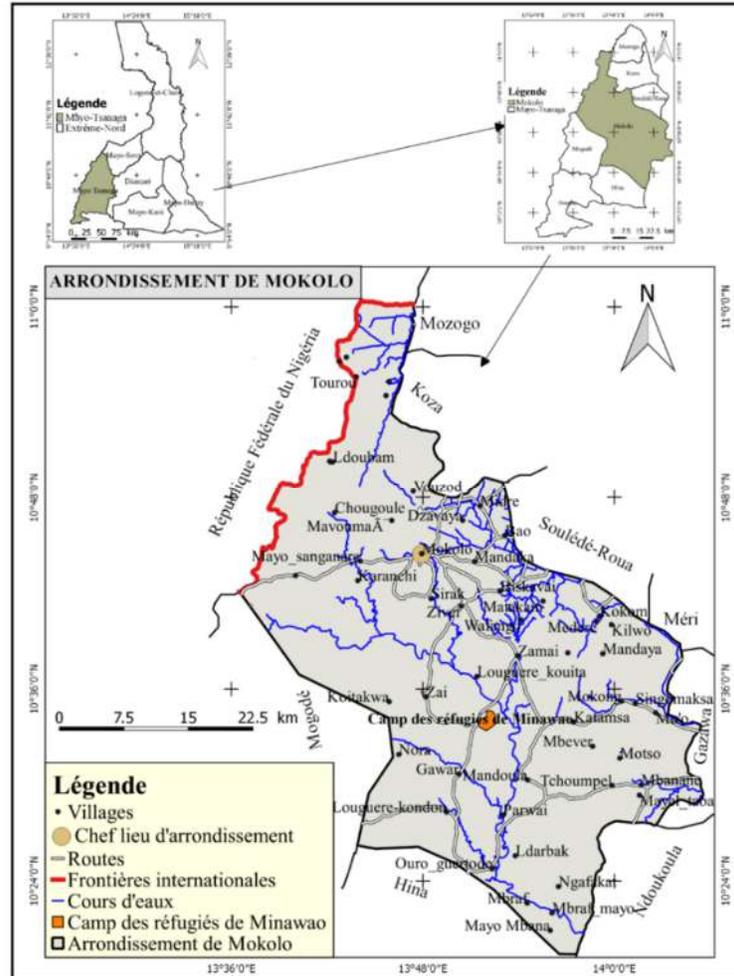
1. MATERIELS ET METHODES

1.1. Présentation de la zone d'étude

Le Camp de Minawao est situé entre le 10° 35' 0" de latitude Nord et 13° 53' 0" de longitude Est dans le Département du Mayo-Tsanaga, région de l'Extrême-Nord du Cameroun, à environ 120 kilomètres à l'Est de la frontière Camerounaise avec le Nigéria (S. Brangeon et E. Bolivard, 2017, p.12). Ce camp continue de recevoir en moyenne plus de 1,202 nouveaux arrivants par mois. Le nombre total de nouveaux arrivants (4,809) en 2020 ajouté à la croissance naturelle de l'année a porté la population totale du camp au 31 Mars 2020 à plus de 66 978 réfugiés nigériens. Cette population comprend 62% de mineurs (moins de 18 ans) et 54% de femmes/filles (UNHCR, juin 2020, p.1) (Carte n°1).

Problèmes d'accès aux services de santé maternelle des réfugiées Nigérianes dans le camp de Minawao (Mayo-Tsanaga, extrême-nord Cameroun)

Carte n° 1. Situation et localisation du camp des réfugiées de Minawao



Source : Base de données SOGEFI et levés GPS, novembre 2020.

1.2. Données de l'étude

L'approche méthodologique utilisée dans le cadre de cette étude est la collecte des données secondaires et la collecte des données primaires.

1.2.1. Les données secondaires

Ces données secondaires ont été recueillies à l'aide de l'exploitation des profils des réfugiés du camp de Minawao élaborés par le Haut-Commissariat des Nations Unies pour les

réfugiés (HCR), des mémoires sur les problèmes de santé dans le camp des réfugiés de Minawao. Le dépouillement des rapports d'activités du Haut-Commissariat des Nations unies pour les réfugiés (UNHCR), de l'International Medical Corps (IMC), de PUBLIC CONCERN, de la Croix Rouge Camerounaise, de PLAN INTERNATIONAL ont porté sur la caractérisation sociodémographique et la prise en charge sanitaire des réfugiés du camp de Minawao.

Par ailleurs, nous avons utilisé des données administratives notamment : les rapports des centres de santé de Minawao 1 et 2 et de l'hôpital

de district de Mokolo sur les stratégies de prise en charge sanitaire et leurs programmes d'activités dans le camp des réfugiés de Minawao. Les données cliniques provenant des rapports des centres de santé ont apporté des clarifications sur les maladies récurrentes dans le camp de Minawao dont sont victimes les femmes.

Les informations sur les caractéristiques des sites d'accueil des réfugiés sont extraites du rapport sur l'impact environnemental du camp de réfugiés de Minawao. Ces informations ont été complétées par les données primaires collectées sur le terrain afin d'approfondir les précisions sur l'accès des réfugiés du camp de Minawao aux services de santé maternelle.

1.2.2. Données primaires

Nous avons procédé par un échantillonnage non-probabiliste à l'aveuglette de 311 femmes (H. Gumuchian et al, 2000, p.271). Les femmes ont été enquêtées à l'aide d'un questionnaire dans les ménages du camp et on en a dénombré 120 femmes allaitantes, 106 femmes avec les enfants de moins de 5 ans et de 85 femmes enceintes. Le questionnaire a porté sur le profil sociodémographique, l'année d'arrivée, les conditions de vie, les pathologies récurrentes, l'offre de service de soins, les contraintes et stratégies d'améliorations de l'accès aux soins des femmes dans le camp de Minawao. L'enquête s'est déroulée du 15 au 20 janvier 2020.

Par ailleurs, à partir d'un guide d'entretien administré du 16 au 23 décembre 2019, nous avons eu des entretiens semi-directifs (Ghiglione et Matalon, 2004, p.75) avec le Chef de District de santé de Mokolo, le Médecin-Chef de l'hôpital de district de Mokolo à Mokolo, les médecins chefs des centres de santé intégrés de Minawao 1 et 2, les responsables d'International

Médical Corps (IMC), de PUBLIC CONCERN, de la Croix Rouge Camerounaise, de PLAN INTERNATIONAL, des chefs de blocs dans le camp de Minawao et le responsable santé du Haut-Commissariat des Nations unies pour les réfugiés (UNHCR) à Maroua. Ce guide d'entretien auprès de tous ces acteurs a porté sur le système de soins mis en place dans le camp de Minawao, les équipements de maternité, le plateau technique d'accouchement, la prise en charge sanitaire des femmes, l'analyse et la compréhension des difficultés qu'éprouvent les femmes pour accéder aux soins de santé maternelle.

1.2.3. Méthode de traitement des données

Une analyse descriptive des données recueillies du questionnaire administré aux femmes réfugiées a été réalisée sous SPSS Statistics 20. Ces analyses ont permis d'obtenir une description sociodémographique des femmes. Les groupes ethniques, les lieux de provenance des réfugiées, les maladies récurrentes des femmes et enfants, l'offre de soins en santé maternelle et les contraintes liées à l'accès aux soins des réfugiées ont été identifiés et caractérisés. Les tranches d'âges des réfugiés, leur statut matrimonial, la taille des familles, l'année d'arrivée, les raisons de fréquentation des centres de santé par les femmes enceintes et celles allaitantes ainsi que les stratégies de prise en charge sanitaires à Minawao ont été analysées. L'analyse de contenu des entretiens semi-directifs ont permis ressortir les opinions des acteurs impliqués sur les problèmes d'accès aux services de santé maternelle des réfugiées nigérianes. Les résultats issus des données quantitatives ont été présentés sous forme de graphiques et de tableaux. L'analyse cartographique a permis de réaliser la carte thématique de localisation du camp de Minawao sous le logiciel QGIS2.18.

2. RESULTATS

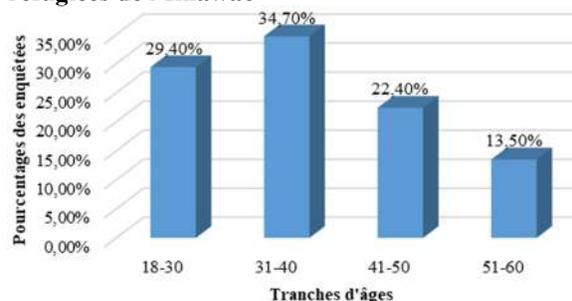
2.1. Profil sociodémographique des femmes enceintes et allaitantes au camp de Minawao

La caractérisation démographique des réfugiés de Minawao inclut l'âge, le sexe, le groupe ethnique, la situation matrimoniale, la taille de famille, le lieu de provenance et l'année d'arrivée dans le camp.

2.1.1. Caractérisation des femmes réfugiées selon l'âge et la situation matrimoniale

L'ampleur des violences perpétrées par Boko Haram au Nord-Est du Nigéria s'étend sur toutes les catégories de la classe féminine. Les femmes très vulnérables, qui ne réussissent pas à s'enfuir sont massacrées par les terroristes, celles en âge de se marier deviennent des otages sexuels et sont parfois mariées de force. Pour échapper à ce barbarisme, ces femmes se sont réfugiées au Cameroun. C'est ainsi qu'au camp des réfugiés nigériens de Minawao situé en territoire camerounais, on retrouve des femmes issues de tout âge (Graphique n°1)

Graphique n°1. Tranches d'âges des femmes réfugiées de Minawao



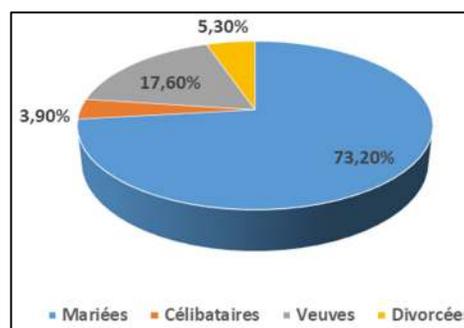
Source : Enquête de terrain, janvier 2019- juin 2020

Le graphique n°2 montre que 73,20% des femmes réfugiées sont mariées, 17,60% sont veuves ; La proportion des femmes divorcées est de 5,3% tandis que les femmes célibataires viennent en dernière position avec un

Le graphique n°1 montre qu'au camp de Minawao, les femmes enquêtées sont des personnes ayant au moins 18 ans. Ces chiffres montrent que la plupart des enquêtées sont jeunes (31-40 ans) et (18-30) avec respectivement 34,70% et 29,40%. Par conséquent la communauté des femmes du camp de Minawao est en âge de procréer. L'accès aux services de santé maternelle s'intéresse à la variable âge car ce dernier est un facteur limitant la procréation et la fertilité des femmes. En outre, la vulnérabilité ou l'exposition à certaines maladies est tributaire de l'âge et de la situation matrimoniale.

La situation sécuritaire dans l'État de Borno et de l'Adamawa au Nord-Est du Nigeria s'est considérablement dégradée depuis 2013. La région étend devenue hostile pour vivre, des familles entières ont dû quitter pour trouver protection au Cameroun. Dans le camp de Minawao aménagé pour la circonstance, l'on rencontre des personnes de sexe féminin aux situations matrimoniales différentes : les femmes mariées, les veuves ayant perdu leurs maris lors des attaques de Boko Haram ou celles dont leurs maris ont été enrôlés de force par les terroristes et enfin les femmes célibataires (Graphique n° 2).

Graphique n° 2. Situation matrimoniale des femmes réfugiées de Minawao



Source : Enquête de terrain, janvier 2019- juin 2020

pourcentage de 3,90%. Par conséquent, la plupart des femmes réfugiées de Minawao sont mères de famille puisque 73,20% d'entre elles sont mariées. Les enquêtes de terrain ont permis de dénombrer les couches vulnérables que sont

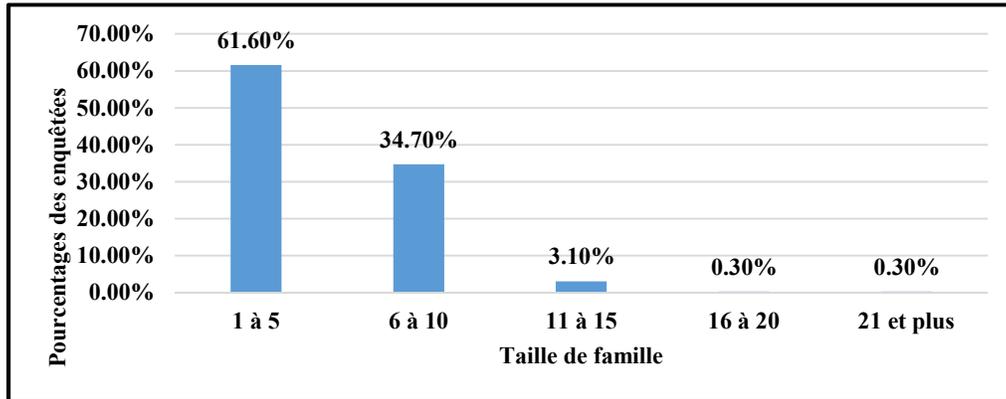
femmes allaitantes (120), femmes avec les enfants de moins de 5 ans (106) et 85 femmes enceintes.

ethniques de famille et l'année d'arrivée dans le camp

Les réfugiées nigérianes de Minawao vivent dans les familles de taille variée (Graphique n°3).

2.1.2. Caractérisation des femmes réfugiées selon la taille des ménages, les groupes

Graphique n°3. Taille de famille des femmes réfugiées au camp de Minawao



Source : Enquête de terrain, janvier 2019- juin 2020

Le graphique n°3 analyse la taille de famille des femmes au camp des réfugiés de Minawao. Il ressort que 61,60% des femmes vivent dans des familles dont la taille ne dépasse pas 5 personnes ; 34,70% vivent dans une famille dont le nombre de personnes est compris entre 6 et 10. Les familles d'au moins 16 personnes sont les familles de 16 à 20 et 21 et plus, soit 0,60% des enquêtées. Ainsi plusieurs individus sont contraints à partager un espace de 5 mètres de longueur sur 3 mètres de largeur (UNHCR, 2015 cité par A. Bapouwa Ngafwé et A.C. Kiam, 2016, p.44). On dénombre une mosaïque de peuple composée de plusieurs groupes ethniques dans le camp de Minawao venue du Nord-Est du Nigéria. Les kanouri majoritaires, vivent en harmonie avec plusieurs autres groupes ethniques. L'assaut lancé par Boko-Haram a contraint ces ethnies qui se côtoyaient paisiblement à migrer dans l'Extrême-Nord du Cameroun où elles sont bien accueillies (Tableau n°1).

Tableau n°1 : Groupes ethniques des femmes réfugiées au camp de Minawao

Ethnies	Effectifs	Pourcentages (%)
Kanouri	220	70,74
Haoussa	17	5,47
Djohode	4	1,29
Mafa	12	3,86
Peul	11	3,54
Glavda	7	2,25
Mandara	5	1,61
Zalidva	9	2,89
Chinene	15	4,82
Dogoide	8	2,57
Glauda	3	0,96
Total	311	100,00

Source : Enquête de terrain, janvier 2019- juin 2020

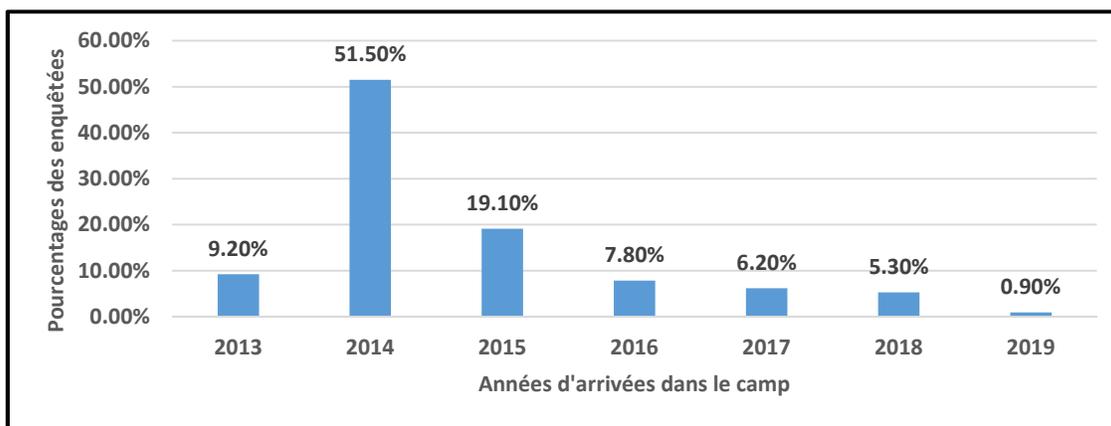
Le tableau n°1 ci-dessus montre que les femmes réfugiées de Minawao sont pour la plupart des Kanouri avec un taux de 70,74% des enquêtées. Les femmes Haoussa viennent en deuxième position avec 5,47% des réfugiées. L'ethnie la moins représentée est Glauda avec 0,96% de l'effectif total des femmes vivant dans le camp. Étant donné que chaque ethnie a ses croyances, ses traditions et ses cultures, celles-ci influent sur les perceptions des réfugiées de leur santé

émotionnelle et physique ainsi que sur la gestion de leur santé. On note que les réfugiées s'intègrent et s'adaptent bien dans leur pays d'accueil, malgré la pesanteur culturelle qui pourrait entraîner un diagnostic erroné par les professionnels de la santé.

S'agissant de l'année d'arrivée dans le camp, on note que le début des violences terroristes au Nord-Est du Nigeria fut marqué par des attaques ciblées. La contre-offensive lancée par l'armée

nigérienne en 2013 poussa Boko Haram à étendre son influence dans toute la région. En effet, la nébuleuse ayant trouvé sur son chemin une armée inorganisée et affaiblie étend son champ d'action d'année en année sans difficulté. Les populations ayant été prises pour cible ont commencé à quitter la zone depuis 2013. Depuis cette date, le camp de Minawao accueille des vagues de femmes réfugiées venant du Nigéria (Graphique n°4).

Graphique n°4 : Année d'arrivée des femmes réfugiées au camp de Minawao



Source : Enquête de terrain, janvier 2019- juin 2020

Le graphique n°4 montre que l'arrivée massive des femmes réfugiées dans le camp se situe entre 2014 et 2015, période où Boko Haram a assiégé le Nord-Est du Nigeria. L'enquête révèle que 51,50% des femmes sont arrivées en 2014 et 19,10% en 2015. La tendance est à la baisse depuis 2016 avec 7,8% d'arrivée en 2016 et 6,2% en 2017. L'année 2018 a enregistré 5,3% d'arrivée alors qu'en 2019, le taux est de 0,9%. La baisse du taux des arrivées dans le camp est due à la situation sécuritaire qui est sous contrôle au Nord-Est du Nigéria. La forte concentration des réfugiées dans un espace désormais saturé, pose un sérieux problème de précarité des conditions de vie.

2.2. Des conditions de vie précaire

La concentration des individus dans des espaces aussi réduits (623 hectares pour une population totale 67 502 habitants) impose une hygiène de vie précaire, et par conséquent expose les réfugiés aux maladies. En effet, l'augmentation de la population accroît les besoins d'existence des populations en matière d'eau, d'hygiène et d'assainissement dans le camp de Minawao. On note une augmentation des besoins d'approvisionnement en eau potable dans un contexte difficile de COVID-19, une gestion très limitée des déchets solides et liquides et une difficulté réelle de réhabilitation et de construction des abris pendant la saison sèche. L'absence de ressources et d'abris familiaux pour relocaliser les ménages qui sont dans des abris provisoires sont notoires au Camp de Minawao (UNHCR, juin 2019, p.3). Cette

situation montre à suffisance la précarité des conditions de vie dans le camp de Minawao dont l'un des indicateurs majeurs est le déficit en latrines, en douches, en point d'eau potable dans

la consommation d'eau potable et à l'insuffisance des promoteurs d'hygiène dans le camp (tableau n°2).

Tableau n°2 : Indicateurs de la précarité des conditions de vie au camp de Minawao en 2019

Indicateurs	Normes internationales	Valeurs en 2019	Observations
Nombre de personnes par latrines	20	21	2690 latrines fonctionnelles, soit un gap de 1105 latrines à raison d'une latrine pour 2 ménages.
Nombre de personnes par douches	20	26	2157 douches fonctionnelles soit un gap de 621 douches
Nombre de personnes par point d'eau	400-500	825	36 forages et 33 bornes fontaines sont fonctionnels au camp de Minawao. Soit un gap de 45 points d'eau.
Nombre de litres d'eau / Personne / Jour	20	12	Dans la production totale de 690 m3/j : 21% de l'adduction Mokolo-Minawao, 55 % des forages, 24 % des pompages sur les Mayo-Louti 1 et 2. On note un gap de 449 m3/j à combler
Nombre de réfugiés par promoteur d'hygiène	500 pour 1	695	il y a 82 promoteurs d'hygiène au camp de Minawao soit un gap de 32 promoteurs.

Source : UNHCR, Février 2019

Le tableau n°2 fait une comparaison entre les normes internationales et la disponibilité des équipements tel le nombre de personnes par latrines, par douches, par point d'eau, la quantité d'eau potable consommée par personne et le nombre de personnes par promoteur d'hygiène. Les normes d'UNHCR en situation d'urgence préconisent 20 personnes par latrine, 20 personnes par douche, 400 à 500 personnes par point d'eau, 20 litres d'eau par jour/ personne, 500 personnes pour un promoteur de santé.

Or l'on constate que dans le camp de réfugiés de Minawao, ces indicateurs sont loin d'être satisfaits. 2690 latrines fonctionnelles, soit 21 personnes par latrines et un gap de 1105 latrines à raison d'une latrine pour deux ménages. La situation sur le terrain est de 2157 douches fonctionnelles, soit 26 personnes par douches et un gap de 621 douches. Les chiffres les plus alarmants concernent le nombre de personnes par point d'eau. Il est de 825 réfugiés par point d'eau avec un total de 36 forages, 33 bornes fontaines et la consommation journalière d'eau potable par réfugié est de 12 litres ce qui correspond à un déficit journalier de 8 litres par réfugiée. Pour ce

qui est des promoteurs d'hygiène dans le camp, on a 695 personnes pour un promoteur alors que la norme internationale prévoit 500 personnes. Ces insuffisances augmentent la vulnérabilité des réfugiés face aux maladies. D'où la récurrence des maladies dans le camp de Minawao.

Tableau n°3 : Pathologies auxquelles sont victimes les femmes au Camp de Minawao

Maladies	Effectifs	Pourcentages (%)
Paludisme	187	60,13
Fièvre typhoïde	9	2,89
Rhumatisme	14	4,50
Dysenterie	13	4,18
Malnutrition	42	13,50
Rougeole	13	4,18
Maux de ventre	12	3,86
Fièvre jaune	9	2,89
Tuberculose	8	2,57
Kyste ovarien	4	1,29

Source : Enquête de terrain, janvier 2019- juin 2020

2.3. Les pathologies contractées par les femmes au camp de Minawao

Le camp de Minawao est un espace favorable à la récurrence des pathologies. Le camp des réfugiées fait face à certaines maladies dont la récurrence est notoire (Tableau n°3).

Le tableau n°3 présente les maladies maternelles et infantiles dans le camp. Il en ressort que les maladies auxquelles sont victimes les femmes sont le paludisme (60,13%), la malnutrition (13,50), le rhumatisme (4,50%), la dysenterie et la rougeole (4,18%). Les maux de ventre (3,18%), la fièvre typhoïde et la fièvre jaune avec 2,89% ne sont pas négligeables car elles sont sources de prise en charge sanitaire nécessitant des ressources financières non seulement pour

les réfugiées, mais aussi pour les structures humanitaires et sanitaires qui s'en occupent. Il en est de même de la tuberculose (2,57%) et des kystes ovariens (1,29%). En effet, le déficit dans la prise en charge de santé reproductive, la gestion des accouchements dans à domicile, les difficultés d'application du planning familial nécessitent une mobilisation assez importante des moyens financiers que les humanitaires (HCR, OMS, MINSANTE, IMC, Croix Rouge) n'arrivent plus à assumer correctement. D'où l'accès limité aux soins de santé des réfugiées au camp de Minawao (UNHCR, juin 2019, p.3-4). En outre, on note une appréciation des maladies récurrentes dans le camp de Minawao par les couches vulnérables (Tableau n°4).

Tableau n° 4 : niveaux d'appréciation des maladies récurrentes par les femmes enceintes, allaitantes et les enfants de moins de 5 ans

Catégories de personnes	Jamais	Rarement	Fréquemment	Très fréquemment
Enfants de moins de 5 ans	14,60%	2,20%	19,30%	63,8%
Femmes enceintes	14,80%	0,90%	25,80%	58,5%
Femmes allaitantes	14,80%	1,20%	24,90%	59,1%

Source : Enquête de terrain, janvier 2019- juin 2020

Le tableau n°4 ci-dessus montre les mères et enfants à besoins spécifiques selon quatre niveaux d'appréciation. Ces trois classes de personnes sont très fréquemment malades (paludisme (60,13%), la malnutrition (13,50), le rhumatisme (4,50%), la dysenterie et la rougeole (4,18%) (Tableau n° 3). Chez les enfants de moins de 5 ans l'on retrouve 63,8% des cas qui sont très fréquemment malades (Tableau n°3). Les femmes enceintes et allaitantes sont aussi très fréquemment malades (Tableau n°3) : 59,1% des femmes allaitantes contre 58,5% pour les femmes enceintes. Tous ces maladies sont d'ailleurs prises en charge dans les centres de

santé du Camp de Minawao qui offre des soins de santé aux femmes malgré le fait que la capacité d'accueil est désormais questionnable au vu de l'afflux des femmes vers les centres de santé (UNHCR, juin 2019, p.1).

2.4. De l'offre de soins de santé des femmes au Camp des réfugiés de Minawao

Dès la création du camp de Minawao, des infrastructures et équipements y ont été implantés. Deux centres de santé à savoir le centre de santé de Minawao 1 et Minawao 2 ont été créés et dotés de 2 maternités. À Mokolo à

côté se trouve également des centres de santé et un hôpital de district qui appuient ceux de Minawao. Ces différents centres de santé sont dotés en équipements médicaux en général et de prise en charge sanitaire des femmes en

particulier. C'est-à-dire que l'offre de soins de santé des femmes au Camp de Minawao inclut la disponibilité en équipements, en infrastructures et en ressources humaines et financières (tableau n°5).

Tableau n°5. Offre en équipements et infrastructures en santé des femmes au camp de Minawao

Formation sanitaire	CSI 1 Minawao	CSI 2 Minawao	CSI Mokolo1	CSI Mokolo 2
Équipements disponibles 2013 – 2019		Équipement de prise en charge nutritionnel	Boite d'accouchement Lits d'accouchement	Instruments pour la maternité Matériel de stérilisation
Infrastructures disponible	4 salles de consultations curatives et pédiatriques	01 espace de prise en charge malnutrition	02 grands blocs de bâtiment (bâtiment 1: consultation curative, CPN, maternité, petite chirurgie); (Laboratoire, service PEV, CNAS, pharmacie, magasin)	01 bloc pour la maternité
	1 bâtiment complet de maternité			

Source : Enquête de terrain, janvier 2019 - juin 2020

Le tableau n°5 fait un état de lieu des équipements et des infrastructures de prise en charge de santé maternelle. Le CSI 1 de Minawao dispose d'un bâtiment complet de maternité. À Minawao 2, on retrouve un équipement de prise charge nutritionnel et un espace de prise en charge de la malnutrition. Au CSI 1 de Mokolo, l'on retrouve une boîte

d'accouchement et des lits d'accouchement. Les équipements et infrastructures disponibles au CSI 2 de Mokolo sont les instruments pour la maternité, les matériels de stérilisation et le bloc opératoire pour la maternité. D'ailleurs l'avis des femmes sur la qualité des soins offerts dans les deux maternités le montre à suffisance (Tableau n° 6).

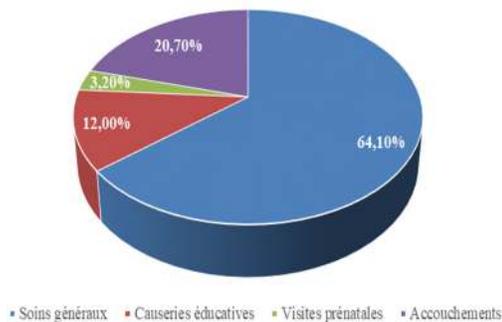
Tableau n° 6. Avis des femmes sur la qualité des soins offerts dans les maternités au camp de Minawao

Avis des réfugiées	Effectifs	Pourcentages (%)
Satisfait par la qualité des soins offerts dans les deux maternités	219	70,43
Non-satisfait par la qualité des soins offerts dans les deux maternités	92	29,57
Total	311	100

Source : Enquête de terrain, janvier 2019- juin 2020

Ces formations sanitaires sont appuyées par les acteurs humanitaires qui assurent la prise en charge sanitaire des réfugiés. S'agissant de la disponibilité en ressources humaines, les deux postes de santé du camp de Minawao comptent 5 médecins, 15 infirmiers, 20 aides-soignants et 7 sages-femmes (Rapport annuel du secteur santé, 2017, p.9). Le camp de Minawao qui abrite environ 58 561 réfugiés dispose de 2 postes de santé alors que le standard du HCR pour les centres de santé dans les camps de réfugiés est de 1 poste de santé pour 20 000 réfugiés. D'où la nécessité de construire un poste de santé supplémentaire pour les soins de santé primaires, notamment ceux liés à la santé maternelle. D'où les raisons de fréquentation des centres de santé par les femmes enceintes et allaitantes (Graphique n°5).

Graphique n°5 : Raisons de fréquentation des centres de santé par les femmes enceintes et allaitantes



Source : Enquête de terrain, janvier 2019- juin 2020

Le graphique n°5 montre les raisons de fréquentation des centres de santé par les femmes enceintes et allaitantes. Il ressort

que 64,10% de ces femmes vont dans les centres de santé pour recevoir des soins généraux. La proportion des femmes qui y vont pour les visites prénatales est de 3,20%, 20,70% pour les accouchements alors que 12% d'entre elles fréquentent les centres pour les causeries éducatives. La fréquence très élevée des maladies liées à la santé maternelle et infantile dans le camp, les centres de santé aménagés pour accueillir les réfugiés sont tout de même visités par ces femmes et ceci pour plusieurs raisons (Graphique n°5).

2.5. Les contraintes liées à l'accès aux services de santé des femmes au camp de Minawao

Les problèmes d'accès des femmes aux soins de santé maternelle sont d'ordres éducatifs, religieux et financiers.

2.5.1. L'influence de la religion et le faible niveau d'instruction comme facteurs entravant les recours aux soins de santé maternelle

La religion est un système de représentation du monde et des croyances reliant les hommes entre eux au sein de leur communauté et les reliant à leur environnement naturel fondé sur la foi dans l'existence des forces inconnues appelées Dieu qui ont donné naissance, qui dirige sa vie et qui prend en charge sa conscience après la mort. La religion selon Akoto (1993), a une influence sur le mode de vie de ses adeptes. Le camp de Minawao compte trois principales religions : l'islam,

le christianisme et l'animisme. Cette diversité religieuse est associée à des différentes perceptions du recours aux soins de santé moderne. La religion chrétienne certes faiblement représenté apparaît comme un facteur de changement et d'adaptation à l'opposé de la religion musulmane, un peu conservatrice. Le constat qui se dégage montre que la prise en charge des femmes enceintes est influencée par l'appartenance à une obédience religieuse. Ainsi, sur les 311 femmes enquêtées, 122 femmes chrétiennes fréquentent les formations sanitaires à plus 52% alors que 186 musulmanes fréquentent les centres de santé à 47% et 1% des 3 animistes vont aux centres de santé (Enquête de terrain, décembre 2019). Par ailleurs le faible niveau d'instruction est un facteur entravant la prise en charge effective des femmes.

Le niveau d'instruction joue un rôle fondamental dans l'explication des comportements des hommes dans la société. Selon Fournier et Haddad (1995, p.289), au fur et à mesure que les populations sont scolarisées, l'on peut s'attendre d'une part à un renforcement de l'utilisation des soins de santé moderne et d'autre part, à une réduction de l'utilisation de la médecine traditionnelle. Dans la plupart des études, le niveau d'instruction a retenu l'attention particulière des nombreux chercheurs. Ceux-ci sont parvenus à une conclusion semblable selon laquelle, l'utilisation des services de soins obstétricaux augmente avec le niveau d'instruction de la femme. Cette observation est perceptible au camp de Minawao (Tableau n° 7).

Tableau n° 7. Utilisation des services de santé de maternité par les femmes selon le niveau d'instruction

niveau d'instruction de la femme (%)	Effectif des femmes enquêtées	Pourcentage (%)	Femmes fréquentant les CSI	Pourcentage (%)	Femmes ne fréquentant les CSI	Pourcentage (%)
Aucun	75	24,12	35	19,23	40	31,01
Primaire	189	60,77	110	60,44	79	61,24
Secondaire	42	13,50	32	17,58	10	7,75
Supérieur	5	1,61	5	100	0	0
Total	311	100,00	182	52,58	129	41,48

Source : Enquête de terrain, janvier 2019- juin 2020.

A travers ce tableau n° 7, on constate aussi que l'utilisation des services de santé maternelle a un rapport direct avec le niveau d'instruction ; d'où les taux suivants : 100% du niveau supérieur, 17,58% du secondaire, 60,44% du primaire et enfin 46,67% des

sans niveau. Il existe une forte relation dépendante entre la demande des services et le niveau d'éducation. Plus le niveau est élevé, plus la demande est grande d'où la tendance à aller vers un service de soins de maternité. C'est le cas du résultat obtenu

chez les femmes enquêtées ayant un niveau d'instruction supérieur (100%). Ceci explique l'influence positive du niveau d'éducation sur la fréquentation des formations sanitaires. En est-il de même des autres contraintes liées à l'accès aux services de santé des femmes au camp de Minawao ?

2.5.2. Les autres contraintes à l'accès aux services de santé des femmes au camp de Minawao

Les femmes enquêtées ont signalé plusieurs autres types de problèmes d'accès aux services de santé à Minawao. Le manque de moyens financiers semble être le problème le plus rencontré par ces femmes (tableau 8).

Tableau 8. Autres contraintes à l'accès aux services de santé des femmes

Avis des réfugiées	Effectifs	Pourcentages (%)
Manque de médicaments	41	13,18
Inefficacité des médicaments	79	25,40
Manque de moyens financiers	165	53,05
Comportement du personnel soignant	17	5,47
Eloignement des centres de santé	9	2,89
Total	311	100,00

Source : Enquête de terrain, janvier 2019- juin 2020.

Le Tableau 8 montre que 53,05% des femmes réfugiées n'ont pas de moyens financiers pour se faire soigner dans les centres de santé, 25,40% mettent en doute l'efficacité des médicaments (les réfugiés achètent les médicaments dans les rues et non dans les officines recommandées parce que moins chers). Or ces médicaments de rue sont de faux médicaments et 13,18% déplorent le manque des médicaments dans les centres de santé. En effet, le manque de moyens financiers limite en grande partie la fréquentation des services de santé maternelle chez les réfugiées. On note aussi que l'attitude du personnel soignant est aussi un facteur limitant à plus de 5%, tout comme l'éloignement des centres de santé (2,89%). La qualité d'accueil d'une patiente est gage d'assurance de la patiente et dissipe toute inquiétude. Or les enquêtes de terrain

montrent que 5,47% des femmes trouvent ce comptant désolant et sont prêtes à ne plus y revenir.

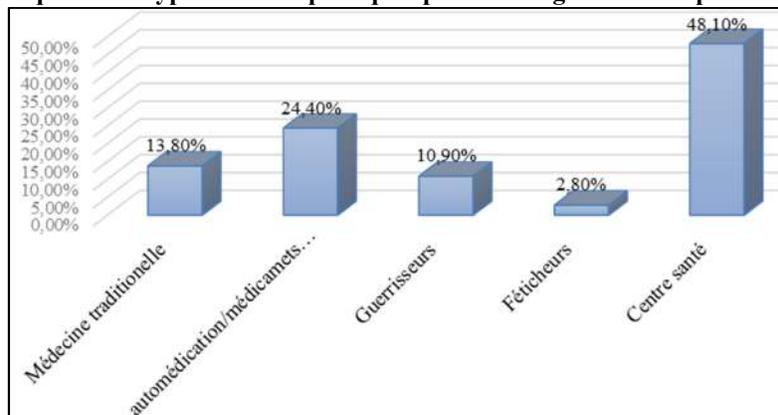
Il est à noter que malgré la détermination des humanitaires dans la prise en charge sanitaire des femmes enceintes et allaitantes, ils rencontrent plusieurs obstacles dans l'exercice de cette tâche. Que ce soit au niveau des réfugiées ou du personnel médical, les difficultés rencontrées sont nombreuses. Dans les centres de santé de Minawao 1 et 2, les acteurs humanitaires déplorent l'absence des femmes dans le dispositif d'accueil, d'écoute et de soins des malades femmes, le manque d'espace confidentiel pour la réception et l'écoute des malades femmes et les problèmes linguistiques (manque d'interprète pour mieux communiquer) et religieux (avec l'influence de l'islam). Ces

obstacles ont pour conséquence la réticence ou le refus de certaines femmes (51% des enquêtées) à aller se faire dépister par un personnel masculin ou même se faire soigner dans ces structures de santé. Ceci entrave davantage l'accès des femmes aux de soins de santé de qualité dans les maternités. Néanmoins cela n'empêche pas la détermination des acteurs humanitaires sanitaires à agir pour trouver des stratégies d'amélioration de la qualité de l'offre de soins maternelle.

2.6. Des stratégies d'amélioration des services de santé maternelle au camp de Minawao

Les difficultés d'accès aux services de santé maternelle (femmes enceintes, allaitantes et des enfants de moins de 5 ans) au camp de Minawao ont amené la communauté des réfugiés et les acteurs humanitaires à adopter des stratégies et méthodes pour un accès approprié aux services de santé des malades. En effet l'insuffisance des équipements, infrastructures et les contraintes rencontrées dans les centres de santé ont amené ces réfugiées à se tourner vers d'autres types de soins (Graphique n°6).

Graphique n°6 : Types de soins pratiqués par les réfugiées au camp de Minawao



Source : Enquête de terrain, janvier 2019- juin 2020

Le graphique n°6 montre les types de soins auxquels les femmes enceintes et allaitantes ont recours pour se soulager et pour soulager leurs enfants. Les enquêtes de terrain montrent que 24,40% de ces femmes se sont tournées vers l'automédication et 13,80% utilisent la médecine traditionnelle ; 10,90% des femmes en phase maternelle vont chez les guérisseurs pour trouver

guérison alors que les féticheurs en reçoivent 2,8%. La proportion des femmes fréquentant les centres de santé est de 48,10%. Par conséquent les femmes fréquentent plus les autres types de soins (51,90%) que la médecine moderne (48,10%).

Ainsi pour continuer à offrir des services et des soins minimums aux réfugiées et enfants, les centres de santé ont adopté un système qui est celui du traitement des patientes « à crédit ». La plupart des femmes enceintes et allaitantes reconnaissent avoir reçu des traitements avant de verser l'argent au centre de santé de prise en charge (61,60%). Cette stratégie des centres de santé justifie l'importance accordée à la santé maternelle dans le camp de Minawao. Ce qui a permis de réduire le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans qui est passé de 0,51% en 2018 à 0,3% en 2019. Par ailleurs, les centres de santé, sous la coordination du Ministère camerounais de la santé publique et des humanitaires (OMS, IMC, UNHCR, UNFPA) organisent des campagnes de vaccination gratuite contre les maladies maternelles et infantiles telles la rougeole, le tétanos, la poliomyélite, la méningite à méningocoque.

3. DISCUSSION

Les crises humanitaires amènent des individus, des familles et des communautés à migrer afin d'assurer leur survie ; ces crises et les migrations qui en découlent engendrent des situations de vulnérabilité en matière de santé (Laliberté, 2007, p.1-2). L'auteur propose une réflexion théorique sur les enjeux de santé reliés aux migrations de refuge, fondée sur une revue d'études empiriques et d'observations effectuées dans le cadre d'interventions humanitaires en Afrique. Les principaux problèmes de santé associés aux crises humanitaires et la

réponse déployée par le régime humanitaire sont présentés en ouvrant des pistes de réflexion pour mesurer l'effet de la migration forcée sur l'état de santé des populations. Pour l'auteur l'état de santé doit être considéré dans le cadre de l'ensemble du régime démographique, avec une attention particulière accordée aux structures familiales. Il est enfin essentiel de tenir compte de la dimension temporelle des conflits et de la dynamique démographique, en lien avec les diverses phases traversées par les réfugiés et personnes déplacées dans le cadre de leur migration forcée (Laliberté, 2007, p.8). Narentinoudjou (2006, p.68) traite également de la problématique des réfugiés à Bangui (capitale de Centrafrique) et précise que ce pays accueille des réfugiés de nationalité différente : Soudanais, Tchadien, congolais de Brazzaville, Burundais et Rwandais. Le HCR leur vient en aide dans les domaines de la santé et de l'assistance financière. De même, il analyse les besoins des réfugiés en matière de logement, de nourriture et d'habillement. L'intérêt de ce mémoire par rapport à ce thème est de mettre en lumière la situation politique difficile dans tous les pays des grands lacs. Cependant, le document traite uniquement de la question sociale des réfugiés relevant du mandat du HCR mais n'aborde en aucun point les problèmes liés à la qualité des soins dans le camp des réfugiés. Bien plus, la composition démographique du camp de Bangui est cosmopolite. Une telle population est sujette au problème d'insécurité psychologique entraînant des xénophobies

sans toutefois poser les problèmes d'accès aux soins de santé maternelle.

Nara (2017, p.1) constate plutôt que les soins de santé des mères étaient inadéquats dans le camp de réfugiés (Kampala en Ouganda) : les ressources humaines étaient insuffisantes, les installations étaient en mauvais état et les médicaments n'étaient pas toujours disponibles. Les femmes devaient attendre longtemps avant de recevoir des soins et en venaient parfois à offrir des pots-de-vin en échange de services. Bon nombre d'entre elles subissaient de la discrimination lorsqu'elles accédaient aux services, et les barrières linguistiques ajoutaient à ces problèmes. Or la présente étude pose plutôt un problème spécifique lié à la santé maternelle. L'étude commence par une caractérisation sociodémographique des réfugiées nigérianes au camp de Minawao. La plupart des femmes réfugiées au camp de Minawao sont jeunes (18-30 ans ; 31-40) avec respectivement 29,4% et 34,7%. A. Bapowa Ngafwé et A. C. Kiam (2016, p. 43) ont fait le même constat et démontrent que 53,4% des réfugiés sont jeunes. La communauté des mères Kanouri est la plus nombreuse avec 57,7% (enquête de terrain, janvier 2019-juin 2020). Sur environ dix (10) ethnies présentes au camp, les kanouri symbolisent un peu plus de la moitié. Leur prédominance est mise en relief par UNHCR juin 2019 où elle mentionne que (51%) des kanouri résident dans le camp des réfugiés nigériens de Minawao (UNHCR, 2019 p.1).

L'étude a également pris en compte l'année d'arrivée des réfugiées au camp de

Minawao en montrant que la plupart des réfugiées sont arrivées au camp de Minawao en 2014, confirmant ainsi l'étude faite par A. Bapowa Ngafwé et A. C. Kiam (2016 p.40). Les enquêtes ont démontré que la plupart des femmes sont victimes des maladies telles que le paludisme (60,13%), la malnutrition (13,50%), le rhumatisme (4,50%), la rougeole (4,18%) et la dysenterie (4,187%) attestant ainsi le point de vu de A. Bapouwa Ngafwé et A. C. Kiam (2016 p.50) qui, dans une étude faite au camp de Minawao démontrent que ces maladies figurent parmi les pathologies les plus récurrentes.

Par ailleurs, les centres de santé rencontrent d'énormes problèmes liés aux dispositifs d'accueil et de soins des malades femmes. C'est ce que Anne-Cécile Hoyez (2012, p.12) confirme en étudiant le problème de « Mobilités et accès aux soins des migrants en France ». Elle fait le même constat en affirmant que le dispositif sanitaire mis en place pour l'accueil des migrants n'est pas toujours capables de prendre en charge les maux spécifiques de la précarité en migration. D'où les nouvelles stratégies à caractère communautaire développées par les réfugiées. Il s'agit de la stratégie communautaire de prise en charge sanitaire. Ainsi, on note que les ménages font recours à d'autres types de soins, notamment la mise en place d'un comité hygiène et santé. La présente étude révèle que les femmes enceintes, allaitantes et les enfants de moins de 5 ans s'organisent en communauté pour mieux recevoir les soins dans les centres de santé hôte (Minawao 1 et 2) grâce à l'appui des partenaires humanitaires. Ceci a été

confirmé par 61,6% des femmes. Le renforcement et l'équipement de ce comité dont les femmes représentent 50% (UNHCR, 2016, p.1) serait un atout face aux problèmes spécifiques d'accès aux soins de santé maternelle à Minawao.

Donc, les problèmes d'accès aux soins révélés dans la présente étude traduisent une situation préoccupante qui nécessite l'amélioration des stratégies et la capacité d'accueil des femmes dans le camp des réfugiés nigériens de Minawao. Le nombre total de nouvelles personnes (5224) en 2020 ajouté à la croissance naturelle de l'année 2019 a porté la population totale du camp à 2020 à plus de 67502 réfugiés nigériens. Cette population comprend 54% de femmes/filles (UNHCR, 2016, p.1). D'où la nécessité de recherche de financements pour faciliter l'accès des femmes à la santé reproductive et renforcer la sensibilisation des réfugiées sur les risques d'accouchement à domicile. Un plaidoyer auprès de l'Etat camerounais afin d'intégrer les réfugiées dans la prise en charge sanitaire est aussi impératif.

CONCLUSION

Il était question de montrer les problèmes d'accès aux services de santé maternelle des réfugiées nigérianes dans le camp de Minawao et les stratégies d'amélioration de leur prise en charge sanitaire et humaine ». Les résultats montrent que les offres en santé maternelle sont insuffisantes pour un accès adéquat. L'absence des femmes dans le dispositif d'accueil, d'écoute et de soins des femmes,

le manque d'espace confidentiel pour la réception et l'écoute des réfugiées, les pesanteurs culturelles ainsi que le manque de moyens financiers limitent l'accès des femmes aux services de santé maternelle. En plus de l'évaluation de la prévalence des maladies chez les femmes enceintes, les femmes allaitantes et les enfants de moins de 5 ans, les pathologies maternelles et infantiles, les conditions d'hygiène et d'assainissement, l'efficacité de l'offre sanitaire en faveur des réfugiés au camp de Minawao sont identifiées, ainsi que les contraintes et mesures de prise en charge sanitaire. Des nouvelles stratégies de résilience consistant à faire recours à d'autres types de soins et administrer des soins gratuits aux patients ont été confirmées et permettent de surmonter les difficultés en santé maternelle au camp de Minawao. Face à ces difficultés, les acteurs humanitaires, sanitaires et d'assainissement doivent construire et doter les maternités d'équipements modernes et de ressources financières, assainir le cadre de vie afin de faciliter l'accès aux services de santé maternelle au camp de Minawao.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- BAPOWA NGAFWE Adèle et KIAM Alain Charly, 2016, Problèmes de santé dans le camp des réfugiés de Minawao (Extrême-Nord, Cameroun). Mémoire de DIPES II. Géographie. Université de Maroua. 130 pages.
- BOUCHER Sylvie, 2018, les besoins en santé des femmes et des filles réfugiées, Projet de rapport présenté à la Réunion du Réseau des femmes parlementaires, Ottawa (Canada), pp.15.
- GHIGLIONE Rodolphe et MATALON Benjamin, 2004, Les enquêtes sociologiques,

Théories et pratiques, Comment interroger ? les
Entretiens, Armand Colin, 301 pages.

GUMUCHIAN Hervé, MAROIS Claude et
FEVRE Véronique, 2000, Initiation à la
recherche en géographie. Aménagement,
développement territorial, environnement,
433pages).

HAUT-COMMISSARIAT DES NATIONS
UNIES POUR LES REFUGIES (UNHCR),
2015, Profil du camp de Minawao,
[Http://data.unhcr.org](http://data.unhcr.org). Consulté le 3 octobre
2020.

HAUT-COMMISSARIAT DES NATIONS
UNIES POUR LES REFUGIES (UNHCR),
2016, Profil du camp de Minawao,
[reliefweb.int//data.unhcr.org](http://reliefweb.int/data.unhcr.org). Consulté le 3
octobre 2020.

HAUT-COMMISSARIAT DES NATIONS
UNIES POUR LES REFUGIES (UNHCR),
2019, profil du camp de Minawao,
<https://data2.unhcr.org>. Consulté le 3 octobre
2020.

HAUT-COMMISSARIAT DES NATIONS
UNIES POUR LES REFUGIES (UNHCR),
2020, profil du camp de Minawao d'avril 2020,
<https://data2.unhcr.org>. Consulté le 14
décembre 2020.

HOYEZ Anne Cécile, 2012, « mobilités et
accès aux soins des migrants en France », article,
CNRS, Université de Poitiers.

LALIBERTE Danièle, 2007, « Crises
humanitaires, santé des réfugiés et des
déplacés : un cadre analytique », *Revue
européenne des migrations internationales*, vol.
23 - n°3, pages 12.

LEMOUOGUE Joséphine, FOFIRI NZOSSIE
Éric Joël, KAHOU NZOUYEM Jasmine
Laurelle, 2019, « Cameroun : les zones
d'accueil des personnes déplacées, entre
recomposition sociodémographique et gestion
des personnes à besoins spécifiques »,
Alternatives Humanitaires, Numéro : 12 pp. 59-
75.

MEDECINS SANS FRONTIERES (MSF),
2016, les actions de MSF dans le monde, rapport
international d'activités, www.msf-azg.be,
Consulté le 3 octobre 2020.

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE
(MINSANTE), 2017, dossier d'investissement

pour l'amélioration de la santé de la
reproduction, santé de la mère, du nouveau-né,
de l'enfant et de l'adolescent/jeune au
Cameroun, Ministère de la santé publique,
Cameroun, pp.222.

NARA Ruth, 2017, Les femmes réfugiées ont
des besoins criants en soins de santé, Centre de
recherches pour le développement international
(CRDI), <https://www.idrc.ca/fr>. Consulté le 21
décembre 2020.

NARENTINOUDJOU, 2006, La prise en
charge des réfugiés vivant à Bangui par le
H.C.R. Université de Bangui : E.N.T.S.S, pages
69.

ORGANISATION DES NATIONS UNIES
(ONU), mars 2016, Proposer des solutions
ensemble pour une croissance forte, durable et
inclusive, le Système des Nations Unies au
Cameroun, rapport annuel, archive.ipu.org.
Consulté le 3 octobre 2020.

ORGANISATION DES NATIONS UNIES
(ONU), août 2016, Proposer des solutions
ensemble pour une croissance forte, durable et
inclusive, le Système des Nations Unies au
Cameroun, rapport annuel, archive.ipu.org.
Consulté le 3 octobre 2020.

ORGANISATION DES NATIONS UNIES
(ONU)-FEMMES, 2017, enquêtes de base sur
l'état des lieux des espaces de cohésion des
femmes dans le camp de réfugiés de Minawao
et les sites de Ngam et Timangolo, Organisation
Des Nations Unies (ONU), reliefweb.int.
Consulté le 3 octobre 2020.

SAMANTHA Brangeon, BOLIVARD
Emmanuel, 2017, L'impact environnemental du
camp de réfugiés de Minawao, rapport d'étude,
reliefweb.int. Consulté le 3 octobre 2020.

SECTEUR SANTE REGION DE
L'EXTREME-NORD CAMEROUN, 2017,
rapport annuel de la réponse humanitaire, pp.28.



Troisième Partie :

DYNAMIQUES DU RECOURS AUX SERVICES DE SANTÉ MATERNELLE, NÉONATALE ET INFANTILE



PRATIQUES DE SOINS MATERNELS, NÉONATALS ET INFANTILES CHEZ LES COMMUNAUTÉS BAULÉ FALY DE BAMORO, BOUAKÉ (CÔTE D'IVOIRE)

MATERNAL, NEONATAL AND INFANT CARE PRACTICES IN BAULÉ FALY COMMUNITIES OF BAMORO, BOUAKE (COTE D'IVOIRE)

¹KOFFI N'dri Célestin, BROU Kouamé Aristide, ² ANOUA Adou Serge Judicaël et ³ OUATTARA Zié Adama

¹ Socio-anthropologue de la santé, PhD, Université Alassane Ouattara de Bouaké, Côte d'Ivoire ; knricelestin@gmail.com

² Doctorant en sociologie et anthropologie de la santé à l'Université Alassane Ouattara de Bouaké, Chercheur associé au Centre Suisse de Recherche Scientifique en Côte d'Ivoire (CSRS); kbrouaristide@gmail.com

³ Socio-anthropologue de la santé, Maître Assistant, Université Alassane Ouattara de Bouaké, Côte d'Ivoire ; anoua_08@yahoo.fr

⁴ Socio-anthropologue de la santé, PhD, Chercheur au Centre de Recherche pour le Développement (CRD), Université Alassane Ouattara de Bouaké, Côte d'Ivoire ; zieouattara513@yahoo.fr

KOFFI N'dri Célestin, BROU Kouamé Aristide, ANOUA Adou Serge Judicaël et OUATTARA Zié Adama, Pratiques de soins maternels, néonataux et infantiles chez les communautés Baoulé Faly de Bamoro, Bouaké (Côte d'Ivoire), *Revue Espace, Territoires, Sociétés et Santé* 3 (6), 99-118, [En ligne] 2020, mis en ligne le 31 Decembre 2020, consulté le 2021-01-10 11:01:53, URL: <https://retssa-ci.com/index.php?page=detail&k=138>

Résumé

Dans la communauté Baoulé les soins des nouveau-nés sont pour la plupart axés sur les pratiques médicales, sociales et culturelles. Cet article se propose de montrer les moyens utilisés pour assurer une meilleure santé aux

nouveau-nés. Les données ont été collectées de mars à juin 2016 dans la communauté Baoulé de Bamoro sous-préfecture de Bouaké. Essentiellement basée sur une approche qualitative, l'entretien semi-directif a été l'outil ayant servi à la collecte des données auprès de 12 nourrices multipares dont l'âge de leur enfant était compris entre zéro et deux ans et auprès de neuf matrones. Les données collectées ont été triées par thèmes suivies d'une analyse de contenu. Les résultats montrent que deux types de traitement ou de soins interviennent dans la prise en charge des nouveau-nés. Il s'agit des soins appliqués aux nouveaux nés regroupant la prise en charge du cordon ombilical, le choix de l'unité de couchage, le bain et l'attention que la mère devrait accorder aux pleurs. Les soins en rapport avec les mères portent sur l'adoption de pratiques préventives afin d'assurer une bonne santé au nouveau-né. En termes de pratiques préventives, les mères/les nourrices devraient éviter l'adultère, les querelles de couple, le fait d'enjamber le nouveau-né lorsqu'elles ont encore du sang au niveau de son intimité, les sorties nocturnes et les rapports sexuels pendant la période d'allaitement. Ainsi, l'étude conclut que le respect de l'ensemble de ces us et

coutumes par les mères, épargne les nouveau-nés des maladies.

Mots clés : Pratiques de soins, soins maternels, soins néonataux, soins infantiles, communauté Baoulé, Bouaké

Abstract

In the Baoulé community the care of newborns is for the most part focused on medicinal, social and cultural practices. This article proposes to show the means used to ensure better health for newborns. The data were collected from March to June, 2016 in the Baoulé community of Bamoro sub-prefecture of Bouaké. Essentially based on a qualitative approach, the semi-structured interview was the tool used to collect data from 12 multiparous nannies whose child was between zero and two years old and from nine midwives. The data collected was sorted by topic followed by a content analysis. The results of these two types of treatment or care are involved in the care of newborns. It is the care of newborns that includes the cost of the umbilical cord, the choice of sleeping unit, the bath and the attention that the mother should give to crying. Maternal care focuses on adopting preventive practices to ensure good health for the newborn. In terms of preventive practices, mothers / nannies should avoid adultery, quarrels between couples, stepping over the newborn when they still have blood in their privacy, night outings and intercourse. sexual intercourse during breastfeeding. Thus, the study concludes that respect for all of these habits and customs by mothers, spares newborns from diseases

Keywords: Care practices, maternal care, neonatal care, child care, Baoulé community, Bouaké

INTRODUCTION

La vulnérabilité à laquelle les nouveau-nés sont généralement exposés, conduit les communautés à imposer aux femmes enceintes et aux nourrices le respect et l'adoption de diverses pratiques afin d'assurer la santé et le bien-être de ceux-ci. Ainsi, divers travaux portant sur la santé et le bien-être des nouveau-nés, mettent en évidence plusieurs pratiques communautaires axées sur la prise en charge de ceux-ci. A.P.C. Vonan, (2009, p.16), relève que la contraction d'une grossesse ainsi que l'accouchement sont perçus comme des sources de bénédictions, des périodes de réjouissances et de joies. De ce fait, pour assurer la santé de la femme enceinte et du fœtus, l'auteur mentionne que les communautés ont recours à diverses pratiques d'ordres comportementaux et alimentaires. Dans le même ordre d'idée, S. Servais (2013, p.46) indique que pour avoir un accouchement facile, des femmes enceintes ont recours à la décoction de feuilles de baobab. En effet, grâce à cette décoction de texture gluante obtenue à partir des feuilles bouillies de baobab, la venue du nouveau-né se déroule sans aucune difficulté. D. S. Ahouangonou (2020, p.107) affirme pour sa part que pour assurer une bonne santé au nouveau-né au Bénin, le dentifrice est utilisé pour accélérer la chute du cordon ombilical. Y. Jaffré (2020, p.37) quant à lui, évoque que pour souhaiter les bienvenues au niveau-né, la mère de la nourrice ingurgite des gouttes d'eau avec un doigt dans la bouche de celui-ci. En Côte d'Ivoire, une étude menée par A. F. Amani (2019, p.204), évoque ces mêmes pratiques de prise en charge de la femme enceinte et du fœtus. L'auteur souligne que le vomissement de la femme enceinte, est un moyen de communication entre elle et son fœtus. C'est à cette période que l'enfant dans le ventre, fait le choix de ces futurs goûts. En synthèse, toutes ces actions mentionnées par ces différents auteurs, sont des pratiques qui s'opèrent autour de la grossesse principalement. Cet état de l'art montre que peu d'études se sont intéressées aux pratiques de soins postnataux

axées principalement sur le couple mère-enfant. La présente étude adresse cette problématique au sein de communautés Baoulé de Bamoro, Bèssèrikro et Assouman Djèkro, des villages de la sous-préfecture de Bouaké. En effet, parti du constat que lesdites communautés adoptent une diversité de pratiques de soins maternels, néonataux et infantiles, elle propose une ethnologie desdites pratiques. Ainsi, elle répond à la question de recherche suivante : quelles sont les pratiques de soins maternels, néonataux et infantiles des communautés Baoulé de Bamoro, Bèssèrikro et Assouman Djèkro ainsi que les logiques qui les sous-tendent. Au demeurant, l'étude propose un modèle explicatif des pratiques préventives des mères et des soins des nouveau-nés. Elle met en évidence les traitements dont bénéficient les nouveau-nés d'une part et d'autre part les comportements que doivent adopter les mères afin d'éviter d'exposer les nouveau-nés aux maladies

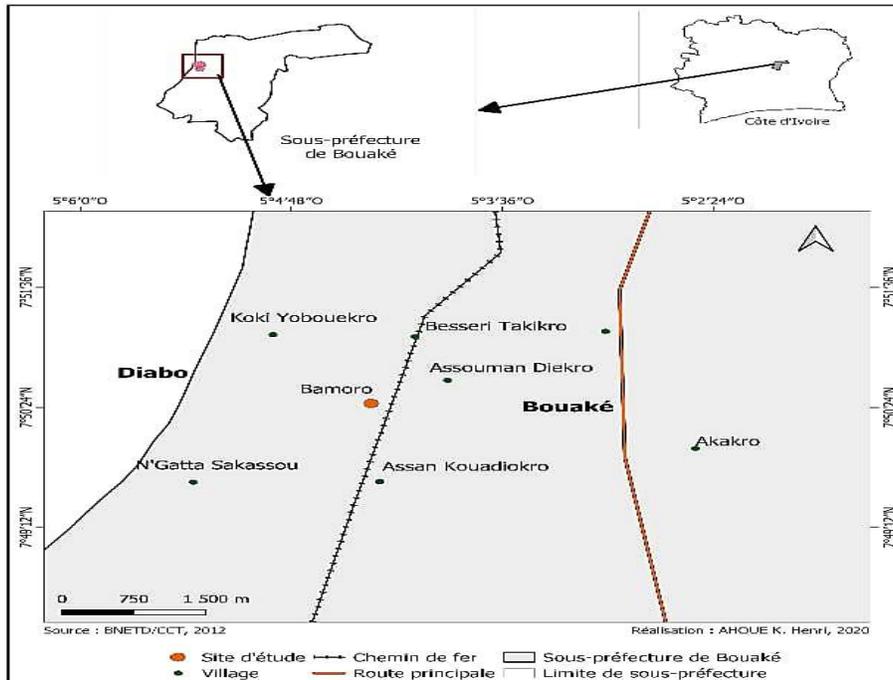
1. Matériels et méthodes

1.1. Présentation de la zone d'étude

Bouaké est une ville située dans le Centre-Nord de la Côte d'Ivoire (Carte n°1), à 100 Km de la capitale politique Yamoussoukro et à 370 Km d'Abidjan, la capitale économique. Elle est la deuxième plus grande ville de la Côte d'Ivoire après Abidjan. Egalement chef-lieu de la région

du Gbèkè, la ville de Bouaké compte plusieurs villages dont celui de Bamoro. Le village de Bamoro fait partie de la sous-préfecture de Bouaké. Il est situé sur l'axe Bouaké-Katiola, à 13 km du corridor nord de Bouaké et fait limite avec plusieurs villages que sont les villages de Bèssèrikro, de Gbagbakro, de Kouakoumiankro, d'Assoumankro, de Kouadiokro, d'Akakro, de Kouamé Assèkro et enfin d'Assouman Djèkro N.C KOFFI (2020, p.94-98). Cette étude a été réalisée dans la ville de Bouaké qui regroupe trois districts sanitaires que sont les districts sanitaires de Bouaké Nord-Ouest, de Bouaké Sud et de Bouaké Nord-Est. Le district sanitaire de Bouaké Nord-Est couvre plusieurs aires sanitaires, dont celui du village de Bamoro, site de cette étude. Le choix de ce village se justifie par le fait qu'il représente la plus grande aire sanitaire du district sanitaire de Bouaké Nord-Est, avec une consultation annuelle estimée à 2935 patients. Le village de Bamoro regroupe trois (3) villages dont Bamoro, Bèssèrikro et Assouman Djèkro ((Carte n°1)). Dans ces communautés la population est rattachée à des valeurs cérémoniales, les sorties du nouveau-né et de la nourrice. En ce qui concerne la nourrice, elle passe une semaine de réclusion, le temps de récupérer l'énergie perdue. Quant au nouveau-né, il fait deux semaines dans la maison précisément dans la chambre, à cette période le nouveau-né reçoit les premiers soins.

Carte n°1 : Présentation du site de l'étude



1.2. Données

Pour répondre à l'objectif de cette étude qui est d'analyser les soins prodigués par la communauté Baoulé aux nouveau-nés, des entretiens semi-structurés ont été réalisés dans trois villages que sont Bamoro, Béssekro et Assouman Djèkro aussi bien avec les matrones que des mères multipares dont l'âge des enfants est compris entre zéro et deux ans. Le choix de cette catégorie de nourrices se justifie par le fait qu'à cet âge, les nouveau-nés seraient les plus exposés aux maladies. Les mères/les nourrices ayant des nouveau-nés dont l'âge est compris dans cet intervalle pratiquent toutes des soins relatifs à l'amélioration de la santé de leur progéniture. Ainsi, pour l'identification des nourrices, un notable a été désigné afin de faciliter notre introduction dans les ménages abritant notre cible. Quant aux matrones, elles ont été choisies au regard de leurs expériences et leurs modes de fonctionnement avec des parturientes.

La collecte des données dans ces trois localités s'est déroulée entre mars et juin 2016 et en deux phases. Une première phase d'entretiens a été menée au cours du mois de mars à mai 2016. Cependant, ces premières données collectées méritaient d'être approfondies et consolidées. Ainsi, une seconde série d'entretiens a été effectuée dans le mois de juin. Au total, 12 nourrices répondant aux critères de sélection susmentionnés et neuf matrones ont été enquêtées. En outre, les sujets abordés au-cours des entretiens avec les nourrices portaient sur le choix de l'unité de couchage du nouveau-né, les raisons des pleurs du nouveau-né, les comportements que devrait adopter une nourrice. Quant aux entretiens avec les matrones, réalisés par ailleurs à leurs domiciles respectifs, différents sujets ont été abordés tels que: les raisons de ne pas enjambrer un nouveau-né, les attitudes qu'une nourrice se doit-elle d'adopter pour le suivi et la survie du nouveau-né, les raisons du choix des grands-mères pour le bain des nouveau-nés et les soins du cordon ombilical.

Par ailleurs, la technique iconographique a été mobilisée pour la photographie des plantes médicinales et les objets symboliques de santé utilisés pour les soins des enfants, à titre préventif ou curatif.

1.3. Méthodes

Le traitement des données s'est fait en deux phases. La première phase a consisté à une transcription entière et totale des entretiens. À la suite de cette phase, nous avons procédé à la deuxième étape qui a consisté à trier à l'aide d'un guide de tri thématique tous les entretiens afin de faciliter l'harmonisation des données. Une analyse de contenu organisée autour des thèmes clés a été menée par la suite. En outre, afin de protéger l'identité des répondants, des prénoms fictifs leurs ont été attribués.

2. RESULTATS

Les pratiques de soins dans la communauté Baoulé s'articulent autour de deux points essentiels : les soins du nouveau-né et les pratiques préventives des mères.

2.1. Soins du nouveau-né

Les soins du nouveau-né se résument comme suit : le traitement du cordon ombilical, l'unité de couchage du nouveau-né, le bain et des pleurs.

2.1.1. Traitement du cordon ombilical

Le cordon ombilical représente selon la communauté baoulé, la source de vie, l'âme du nouveau-né. À cet effet, un certain nombre de précautions et de dispositions sont prises en compte dans le traitement de cet organe vital. Après la naissance, l'acte majeur que pose les membres de la communauté est celui de la section du cordon ombilical. Cette opération est réalisée à l'aide d'une lame rasoir associé à un tison. Cependant, avant de procéder à ce rituel, à cet acte l'accoucheuse traditionnelle

(matrone), son assistante (la matrone la moins âgée) et la parturiente s'y accordent. De même, des paroles de bénédiction à l'endroit du nouveau-né sont prononcées. En termes de paroles, les plus fréquentes sont celles-ci « que ta venue soit source de bonheur pour ta famille, il faut travailler pour s'occuper de ton père et ta mère ». La prolifération de ces paroles à l'endroit du nouveau-né par les membres de la communauté est due au fait que celle-ci perçoit la naissance comme le signe d'un nouvel espoir pour la famille surtout quand celle-ci est en proie aux problèmes de vie, aux difficultés financières, à la pauvreté. Dans ce contexte, tout le monde voit en ce nouveau-né, l'homme providentiel, le nouveau sauveur de la famille. Ainsi, pour que cet objectif d'homme providentiel puisse se réaliser, des bénédictions sont proliférées. En outre, après avoir procédé à la section du cordon ombilical du nouveau-né, la communauté de par ses pratiques médicinales et sociales, dispose d'un délai de cinq jours pour la guérison de la plaie du cordon ombilical. Ce délai est déterminant pour la survie du nouveau-né. Dès lors que le cordon ombilical est guéri, alors la décision du jet du tison ayant servi de support à la section du cordon ombilical peut être prise par la famille. Une fois le cordon ombilical sectionner, survient alors la gestion du placenta. En effet, dans la communauté Baoulé, la gestion du placenta est confiée aux hommes. Ils sont chargés d'enterrer le placenta près de la maison des parents du nouveau-né. La gestion du placenta par les hommes est due au fait que dans cette communauté, l'inhumation est exécutée par les hommes. Le placenta faisant partie des organes humains, sa gestion devient dès lors l'affaire des hommes. Cependant, celui-ci (placenta) étant mis dans le trou creusé par les hommes, la nouvelle accoucheuse s'en approche et s'abaisse trois fois sur le trou. Cet acte d'une portée symbolique est fait dans l'optique de permettre à cette dernière d'avoir des accouchements souples sans aucune difficulté. Après la guérison de la plaie du

cordons, le moignon est soit gardé dans les effets du nouveau-né, soit la grand-mère le jette sur le toit de la maison.

Comme l'atteste Mokan 65 ans, matrone dans le village de Bésseirikro :

« Chez nous les Baoulé, nombril là, c'est ça qui fait qu'enfant vit, on ne joue pas avec ça (il est soigneusement suivi). Quand la femme accouche c'est ça on cherche à couper d'abord, mais avant de couper l'accoucheuse traditionnelle demande à l'assistante ou/et la nouvelle accouchée de couper aussi elle répond coupe. Ce type de conversation est répété au moins deux (2) fois et par la suite l'accoucheuse traditionnelle coupe le nombril (cordon ombilical) de l'enfant (c'est une manière de s'accorder sur la survie de l'enfant). Pour couper nombril là, on prend reste de bois qu'on a pris pour préparer (tison). Parce que ce bois-là nous a servi à faire la cuisine pour manger. C'est à cause de ça quand on coupe on dit à l'enfant, où tu viens-là faut pas tuer ton père et ta mère, il faut avoir l'argent, pour t'occuper de ton père et de ta mère. Le bois là, leur a permis de se nourrir toi aussi vient les nourrir. Le bois qui a servi à couper le cordon est jeté de la maison lorsque la plaie du cordon est guérie, cette plaie doit faire tout au plus

Photo n°1 : Akpolè-n'kpli (kalanchae crenata de la famille des crassulaceae)



cinq (5) jours pour qu'elle guérisse, tant que ce n'est pas guéri on n'a pas encore l'assurance de la survie de l'enfant. Quand on coupe aussi on ne jette pas le cordon ombilical là comme ça, on dit à l'homme qui est là (l'homme qui est présent dans l'entourage) de creuser un trou à côté de la maison et il enterre. Si c'est premier accouchement de la femme, elle s'abaisse trois fois sur ce trou, pour faciliter les accouchements à venir. On enterre, parce que c'est une partie de l'enfant qui s'en va et pour enterrer c'est l'homme qui fait, parce que c'est l'homme qui enterre cadavre.

Outre le rituel lié à la section du cordon ombilical, la communauté a recours aux plantes médicinales pour le traiter. Selon les us et coutumes de la communauté, la guérison du cordon ombilical doit s'opérer dans un délai maximum de cinq jours. Ainsi, pour le traitement du cordon ombilical, les membres de la communauté se servent des feuilles d'une plante appelée localement *Akpolè-n'kpli* (*kalanchae crenata* de la famille des *crassulaceae*). Pour traiter la plaie, les feuilles de cette plante recueillies, sont mises sur le feu en y ajoutant un peu de sel. Une fois les feuilles ramollies et cuites, le jus est recueilli pour traiter la plaie. La photo ci-dessous, présente les feuilles de cette plante.

Cette plante appelée *Akpolè-n'kpli* sert à soigner le cordon ombilical. Elle est ramollie à partir de la braise ou de la cendre chaude et on y ajoute un peu de sel avant de malaxer. Le jus obtenu est appliqué sur le cordon ombilical

Cliché : Koffi Célestin, 2016

Par ailleurs, après tout ce cérémonial, intervient alors l'étape consacrée aux pleurs du nouveau-né. Cette étape est exécutée par l'accoucheuse traditionnelle qui à partir d'un ensemble de pratiques, parvient à faire pleurer le nouveau-né. Deux procédés sont généralement mis en œuvre par l'accoucheuse traditionnelle pour faire pleurer le nouveau-né. Le premier consiste à appliquer de l'igname râpée sur le corps du nouveau-né afin de parvenir à faire pleurer ce dernier. Quant au second, il s'agit de se servir d'un mortier et d'un pilon afin de produire du bruit. Par ailleurs, parvenir à faire pleurer le nouveau-né est un acte hautement symbolique dans la communauté Baoulé car les pleurs marquent l'entrée de ce dernier (nouveau-né) dans la famille. D'où les propos de Meni 77 ans, matrone à Bamoro :

« Après avoir coupé le cordon ombilical, pour être sûr que l'enfant vit, il faut qu'il pleure. S'il ne pleure pas, on va le badigeonner avec igname râpée et quand ça va le gratter (démanger) il va pleurer ou on va piler le mortier simple et le bruit que cela va produire, va le faire pleurer ».

Le suivi du cordon ombilical requiert l'attention de la communauté, afin de garantir la survie du nouveau-né. Le nouveau-né étant un être fragile, le choix de son lieu de couchage est capital pour son bien-être, pour sa santé. À cet effet, quelles sont les spécificités de l'unité de couchage du nouveau-né selon la communauté Baoulé ?

2.1.2. Unité de couchage du nouveau-né

Le choix de l'unité de couchage du nouveau-né répond à un certain nombre de principes. En effet, la fragilité du nouveau-né fait qu'il doit bénéficier d'un traitement particulier surtout pour ce qui concerne son lieu de couchage. Dans ce contexte, un espace doit être aménagé dans un endroit de la maison en rapport avec les us et coutumes de la communauté. L'emplacement de l'unité de couchage du

nouveau-né doit permettre à ce dernier d'éviter d'être enjambé par sa mère. Car la nouvelle accouchée étant considérée comme une personne impure, enjamber son nouveau-né, serait l'exposé aux maladies. Donc choisir un lieu de couchage approprié, est considéré comme un moyen de prévention des maladies. D'où l'emplacement de l'unité de couchages des nouveau-nés généralement au mur dans la communauté Baoulé. Par ailleurs, les conséquences de l'enjambement sont diverses. En effet, en dehors de l'exposition aux maladies, un nouveau-né enjambé, victime de l'impureté de cette mère garderait en lui et à vie une mauvaise odeur corporelle. Dès lors l'enjambement n'est pas le seul facteur déterminant dans le choix de l'unité de couchage du nouveau-né. Également un nouveau-né ne devrait être isolé dans sa couchette. Il faudrait qu'il soit avec quelqu'un pour montrer à son « père spirituel » qu'il est bien reçu. En outre, au cas où il devrait rester seul, on lui glisse un brin de balai ou un morceau de tissu dans ses cheveux. Les raisons de ce choix sont exposées par la nourrice Mami 42 ans, du village Assouman Djèkro.

« Ici quand la femme accouche nouvellement, elle est sale (impure). À cause de ça on fait coucher nouveau-né là au mur, parce que, la femme ne doit pas sauter (enjamber) son enfant. Si elle le fait odeur de sang-là va rester dans le corps de l'enfant et il va prendre pour grandir, ça aussi son médicament ce n'est pas facile.

Quand un enfant est couché il faut avoir quelqu'un à côté de lui pour le surveiller, là son père qui est en haut là (le père spirituel) ne va pas venir le prendre, aussi les mauvais esprits ne vont pas le fatiguer ».

Le respect de tous ces us et coutumes et pratiques sont indispensables à l'amélioration de la santé du nouveau-né.

2.1.3. Bain du nouveau-né

La fragilité du nouveau-né implique une attention particulière, un traitement avec délicatesse surtout quand il s'agit de lui faire prendre le bain. Le bain du nouveau-né est l'œuvre des personnes ayant une expérience avérée et de la maîtrise. À cet effet, dans la communauté Baoulé, les grand-mères sont les personnes habilitées à donner le bain du nouveau-né. Le choix de ces personnes est en rapport avec leur expérience de vie et de pratique de cette activité. Le bain du nouveau-né étant particulier, il est alors fait à base d'une décoction obtenue à l'aide d'un mélange de diverses plantes médicinales. Le mélange de l'ensemble de ces plantes médicinales est mis dans un sceau ou une marmite et au feu, afin de faire bouillir cet ensemble pour en tirer l'eau servant de décoction pour le bain. Durant le bain, étant donné l'inexpérience de la nouvelle accouchée quant au traitement d'un nouveau-né, la grand-mère profite pour lui prodiguer des conseils. Ces conseils portent généralement sur les méthodes à adopter pour favoriser le bien-être de ce dernier. Par ailleurs, contrairement aux autres personnes dont les bains peuvent se dérouler à tout moment de la journée, ceux du nouveau-né sont fixés à des périodes spécifiques. En effet, trois périodes caractérisent le bain du nouveau-né. D'abord le matin, le bain est donné de préférence avant 8h c'est-à-dire entre 7h et 7h30. En choisissant ces heures, il s'agit de permettre au nouveau-né de pouvoir bénéficier de la rosée du matin dont la vocation est de contribuer au bien-être de celui-ci. Ensuite, dans la journée le nouveau-né bénéficie d'un bain partiel. Après l'octroi de ce bain, du kaolin blanc est appliqué sur le corps du nouveau-né.

Le kaolin est appliqué dans l'optique d'apporter de la fraîcheur au nouveau-né. Enfin, la dernière période de bain se déroule dans la soirée. Cependant, contrairement au bain du matin où le nouveau-né doit profiter des bienfaits de la rosée, celui du soir doit être donné de préférence entre 17h et 17h30 afin d'éviter

d'exposer le nouveau-né à la rosée. Car la rosée du matin n'a pas les mêmes vertus que celle du soir. En effet, la rosée du matin apporte de la fraîcheur, de la santé au nouveau-né contrairement à celle de la soirée qui apparaît comme un potentiel vecteur de maladie, d'exposition du nouveau-né aux maladies. En outre, au cours de ces bains, le nouveau-né est soumis à diverses pratiques. Ces pratiques se déroulent aussi bien avant le bain qu'après le bain. Les pratiques d'avant le bain consistent d'une part à appliquer du beurre de karité sur l'ensemble du corps du nouveau-né afin de le protéger contre le froid et aussi de le maintenir pendant le bain de peur qu'il ne glisse. D'autre part, un processus de modelage de la tête par massage est effectué. L'objectif de cette pratique est de permettre au nouveau-né d'avoir une « tête ronde », une « jolie tête ». Après le bain, le beurre de karité est de nouveau appliqué sur le corps du nouveau-né afin de lui permettre d'éviter d'une part le froid et d'autre part de favoriser sa croissance. En dehors du beurre de karité, le nouveau-né bénéficie également de l'application sur le corps de certains produits à base plantes médicinales. Ainsi, dans ce récit ci-après, la matrone Momi 68 ans du village de Bamoro raconte son expérience personnelle en lien avec la prise du bain du nouveau-né :

« Chez nous quand on fait enfant, la grand-mère de l'enfant, vient aider sa fille. Et c'est là elle donne beaucoup de conseils et montre ce qu'une nourrice doit faire, ce que ne doit pas faire. Quand une femme accouche ce qu'elle doit faire : aimer son enfant, se laver tôt matin comme le soir, là les gens de mauvaise intention ne vont pas utiliser son eau de bain pour faire médicament contre elle (faire du mal ou du tort à la fille). Elle doit vite manger, quand c'est comme ça elle ne va pas partager sa nourriture avec les mauvais esprits. Pour rendre la tête de l'enfant jolie, la personne qui lave enfant doit masser la tête avec l'eau de bain de l'enfant. Aussi

quand il est couché la mère ou la personne qui est à côté de l'enfant doit le suivre pour bien placer sa tête quand il est mal couché. Aussi, elle donne des conseils sur certains comportements, par exemple : le nouveau-né doit être lavé le matin parce que la rosée du matin donne la santé, et non pas dans la nuit pour l'éloigner des mauvais esprits. Elle ne doit pas manger partout (les lieux publics). Elle ne doit pas laisser ces seins dehors, surtout, quand elle est en train de préparer (faire la cuisine). Sinon si la fumée rentre dans sein là, ça va provoquer maladie chez l'enfant. Quand l'enfant est encore nouveau-né là ce n'est pas facile de le laver, son corps là glisse beaucoup quand on touche avec l'eau. L'enfant là aussi, il bouge beaucoup, si tu ne fais pas attention il va tomber. Quand la mère ne connaît pas, mousse de savon-là peut rentrer dans les yeux, oreille ou nez de l'enfant. Et puis quand c'est comme ça elle a peur et elle ne va pas bien laver enfant là. Parce qu'enfant qui là, il faut bien le laver, là son vrai teint va sortir et il va aussi grossir. C'est à cause de tout ça là on met beurre de karité sur lui avant de le laver. Parce que quand on masse enfant là avec le beurre de karité, il n'a plus trop froid et puis quand l'eau touche son corps, à cause de beurre de karité là, il ne glisse pas trop. Quand tu finis de laver nouveau-né, tu mets encore beurre de karité sur lui pour ne pas avoir froid ».

Le respect de ces prescriptions participe non seulement à l'amélioration de la santé du nouveau-né et mais également, il favorise sa croissance.

Par ailleurs, les pleurs du nouveau-né relèvent d'une importance capitale au sein de la communauté Baoulé. Ceci étant, quels rôles jouent les pleurs dans le bien être des nouveau-nés ?

2.1.4. Pleurs du nouveau-né comme moyen de communication ou d'expression d'un besoin

Dans la communauté Baoulé, les pleurs du nouveau-né représentent un moyen de communication entre la mère et le nouveau-né. En effet, ils traduisent un besoin, un fait que le nouveau-né tente d'exprimer. À travers les pleurs, le nouveau-né tente d'entrer en communication avec sa mère. Il tente de se faire entendre, d'exprimer un besoin. Les besoins exprimés par le nouveau-né à travers les pleurs sont liés à la faim, au sommeil ou à la présence de selle ou d'urine l'empêchant d'être à l'aise. Ainsi, dès lors que les besoins exprimés par le nouveau-né satisfaits, ce dernier arrête de pleurer, il met fin aux pleurs. C'est en cela que dans cette communauté, il ressort qu'une mère attentionnée aux pleurs du nouveau-né, fortifie les liens du couple mère-enfant. Car la prise en compte rapide des besoins du nouveau-né mettant fin aux longues durées de pleurs, est vue comme un signe de rapprochement, d'intimité, d'affection entre les deux personnes. En effet, l'attention accordée au nouveau-né conduit à sa socialisation. Cette analyse émane des propos de Moudjè 34 ans, nourrice à Assouman Djèkro,

« Ici si tu vois que l'enfant pleure c'est que y a quelque chose. L'enfant-là peut-être il a faim, sommeil, soif ou il est sale, fatigué. Quand c'est comme ça que tu le prends, tu demandes pardon, tu dis les mots doux. Quand c'est comme ça, c'est comme y a quelqu'un à côté de lui qui s'occupe de lui, et il ne dit pas qu'il est étranger ».

La santé du nouveau-né implique également des pratiques préventives des mères.

2.2. Pratiques préventives des nouvelles accouchées

Diverses pratiques préventives doivent être adoptées par les nouvelles accouchées afin d'éviter d'exposer le nouveau-né aux maladies. En effet, dans la communauté Baoulé, il y a des actes ou pratiques que la nourrice se doit de respecter pour assurer le bien-être du nouveau-né. La transgression de certains interdits ou l'adoption de certaines pratiques impacteraient négativement la santé du nouveau-né. Ces actes ou pratiques sont : l'auto-surveillance de la nourrice, l'adultère, les querelles de couple, les sorties nocturnes, enjamber le nouveau-né et les rapports sexuels.

2.1.2. Auto-surveillance de la nourrice

Afin de préserver sa santé et celle du nouveau-né, la nouvelle accouchée se doit de prendre certaines dispositions. Au nombre de ces dispositions, il ressort qu'elle doit prendre son bain tôt les matins aux environs de 7 heures et les soirs vers 17 heures avant que l'enfant ne prenne son bain. Aussi, elle doit prendre son repas du soir avant la tombée de la nuit. En outre, il est déconseillé à la nourrice de manger dans un lieu public. Egalement, elle doit protéger ses seins avec un tissu ou pagne pendant qu'elle fait la cuisine afin d'éviter de les exposer à la fumée. Car l'exposition des seins à la chaleur ou à la fumée impacteraient négativement le lait maternel. Ainsi, un nouveau-né qui consommerait du lait provenant d'une mère dont les seins ayant été en contact avec la chaleur ou la fumée, serait victime de la diarrhée ou d'un mal de ventre. Pour éviter que les nouveau-nés ne soient exposés à ces maladies, la communauté conseille aux nourrices de se vêtir ou se protéger les seins lorsqu'elles font la cuisine. Toutes ces consignes recommandées, répondent à un seul objectif, celui d'assurer à la nourrice une meilleure santé, en la mettant à l'abri des esprits maléfiques. C'est ce que relate Klam 34 ans, une nourrice du village de Besserikro :

« Ici quand la femme fait enfant, c'est là elle doit beaucoup se surveiller pour se protéger et protéger son enfant. La

femme doit vite se laver matin comme le soir, ne doit pas manger n'importe où. Quand elle prépare la nourriture, elle doit protéger ses seins, parce que si la fumée rentre dedans, ça rend l'enfant malade ».

Ces pratiques comme le relate cette nourrice vise deux objectifs d'une part la protection de la nourrice elle-même et d'autre part la santé du nouveau-né.

2.2.2. Adultère

L'adultère est un acte auquel une nourrice ne doit s'adonner car il est source de déformation du nouveau-né. En effet, une nourrice qui entretient des rapports extraconjugaux expose son nouveau-né à diverses conséquences. La première conséquence résultante de cet acte est la déformation physique du nouveau-né. Au-delà de la déformation physique, le lait maternel changerait de coloration. Ce changement de coloration du lait maternel serait provoqué par la présence du sperme d'un intrus dans l'organisme de la mère. Cet acte est par ailleurs qualifié par la communauté Baoulé de « fihien » qui signifierait l'impureté. Un nouveau-né victime du « fihien » c'est-à-dire l'impureté, perdrait l'équilibre et aura du mal à marcher et deviendrait chétif. Par ailleurs, certains nouveau-nés pourraient succomber à cet acte si ces derniers venaient à être nourrir à l'allaitement maternel après que leur mère ait posée cet acte sans que les sacrifices ne soient faits. En outre, quand survient le « fihien » c'est-à-dire l'impureté, les nouveau-nés les plus fragiles et exposés aux conséquences, sont ceux de sexe masculin. En effet, les nouveau-nés de sexe masculin, sont considérés comme étant très jaloux contrairement à ceux de sexe féminin. Et c'est cette jalousie qui ferait d'eux les plus victimes du « fihien » comme l'affirme en ces termes Mihé 64 ans, matrone, à Besserikro :

« Chez nous ici lorsqu'une femme trompe son mari (commettre l'adultère) ce n'est pas bon du tout, non ce n'est pas bon,

c'est un péché. Quand c'est comme ça que l'enfant prend le sein (l'enfant est allaité), ce n'est pas bon. Là ça fait deux choses, un (1) le sperme du garçon vient mélanger la couleur de lait, quand c'est comme ça que l'enfant prend sein là (allaiter), il tombe malade en même temps. Et il devient façon façon, il maigrit jusqu'en et il peut plus marcher, il traîne ces pas. Deux (2) comme la nourrice « blà tà » a trompé son papa, enfant peut facilement mourir. Enfant n'aime pas ça, ça tue vite ton enfant. Surtout enfant garçon, il n'aime pas ça du tout, lui il est beaucoup jaloux ho »

À l'analyse des propos de cette matrone, le « fihien » ou les rapports extraconjugaux sont désastreux pour les nouveau-nés au vu des conséquences auxquelles ceux-ci exposent.

2.3.2. Querelles de couple

Appelées (*sipè*) en Baoulé, les querelles de couple sont considérées par la communauté comme source de maladies pour le nouveau-né car elles troubleraient la santé de ce dernier. En effet, l'existence de querelles dans un couple, occasionnerait la survenue de certaines maladies chez le nouveau-né. En termes de maladies, il s'agit de l'anémie et de la perte de poids. Par ailleurs, ces maladies surviennent sans aucune manifestation, sans aucun signe permettant de les détecter. Un nouveau-né, victime de cet acte commence à perdre du poids, à maigrir au fil du temps. Et la minimisation de cette perte de poids, pourrait occasionner la mort de ce dernier comme le dit la matrone Akisso 74 ans, du village d'Assouman Djèkro :

« Sipè là ce n'est pas bon. Quand y a sipè là c'est comme si y a feu dans la maison tous les jours... qui supporte le feu. Et quand c'est comme ça qu'enfant ne supporte pas et puis il tombe malade. Et puis on ne voit pas maladie là (aucun

signe pathologique), et l'enfant meurt, sipè là joue pas ho »

2.2.4. Sorties nocturnes

Dans la communauté Baoulé, il est formellement interdit à la nourrice les sorties nocturnes. Car celles-ci seraient responsables de la survenue de maladies chez le nouveau-né. Parlant des malades, il est question de la diarrhée et de la fièvre. En effet, quand une nourrice sort la nuit, elle est exposée à la rosée or la rosée agit sur la qualité du lait maternel en neutralisant la saveur qui y est contenue. Ainsi, une nourrice ayant été exposée à la rosée de la nuit et qui allaite son nouveau-né, donne du lait dont la qualité a été détériorée par la rosée. Dans ces conditions ce nouveau-né serait exposé à la diarrhée ou à la fièvre. C'est ce qui ressort des propos d'une accoucheuse traditionnelle :

« La nourrice « blà tà » ne doit pas sortir la nuit. Lorsque la nourrice est dehors la nuit, la rosée du soir-là vient changer le lait maternel. Et ça dévient comme l'eau, quand c'est comme ça, c'est plus riche et quand l'enfant tête ça provoque maladie chez lui. Quand il tête là, il peut avoir diarrhée ou corps chaud et ventre ballonné » (Momoïn 81 ans, à Bamoro).

2.2.5. Enjamber le nouveau-né

Enjamber le nouveau-né, est un acte interdit, réprimander dans la communauté Baoulé. Une telle disposition est due aux conséquences immenses qu'occasionne cet acte. En effet, lorsqu'une nourrice pose cet acte, celle-ci laisse apparaître sur le nouveau-né une mauvaise odeur. La source de cette odeur est en rapport avec l'accouchement. Car après l'accouchement, la femme et le nouveau-né passent pratiquement deux (2) semaines dans la maison avant la cérémonie de sortie officielle.

Pendant toute cette période de réclusion, la femme est perçue comme étant impure. Ainsi, du sang issu de l'accouchement et contenu dans sa partie intime serait la cause de cette impureté. Face à la présence de cette impureté, il est formellement déconseillé à la nourrice d'enjamber le nouveau-né. Par ailleurs, l'odeur liée à cette impureté est semblable à celle qui survient lors de la période de menstruation. En outre, lorsque le nouveau-né est victime de cette impureté, aucun traitement approprié n'existe. Cependant, pour tenter d'extirper cette odeur de l'organisme du nouveau-né, la communauté se sert du citron pour tenter de traiter cela. Le traitement consiste à extraire du jus de citron qu'on ajoute à l'eau de bain du nouveau-né. Les résultats de ce traitement sont parfois mitigés car certains nouveau-nés peuvent en guérir par contre tous ne le sont pas. Ces derniers doivent par conséquent demeurer et grandir avec cette odeur issue de l'impureté de leur mère. Or grandir avec une odeur est un acte gênant pour l'individu lui-même mais également pour la communauté et par ricochet la société. C'est au vu de cela qu'il est formellement déconseillé dans cette communauté aux femmes de poser cet acte dont les conséquences sont parfois indélébiles, inguérissables. Les propos recueillis auprès de la matrone Ahiwa 72 ans en disent d'avantage, à Bamoro.

« Chez nous ici quand la femme fait enfant là, y a sang en bas d'elle comme si elle a vu ces règles. Ce sang là aussi n'est pas bon, ça ne doit pas toucher enfant là. Comme sang n'est pas bon, quand l'enfant est couché la maman ne doit pas sauter (enjamber) enfant là. Sinon sang-là va laisser une mauvaise odeur sur l'enfant et il va prendre pour grandir, ça là il n'y a pas son médicament, ce n'est pas toujours ça marche »

2.2.6. Rapports sexuels conjugaux

Dans la communauté Baoulé, lorsqu'une femme accouche et qu'elle est nourrice, les parents

doivent attendre jusqu'à une certaine période avant d'avoir des rapports sexuels. En effet, cette période d'abstinence s'étend depuis l'accouchement jusqu'au sevrage. Le fait pour des parents de ne pas respecter cette période indiquée et avoir des rapports sexuels, pourraient avoir des conséquences sur la santé des enfants. En effet, les parents qui s'adonnent à de telles pratiques, exposeraient leur nouveau-né à la diarrhée. En outre, à la différence de l'adultère, la diarrhée de l'enfant dans ce cas de figure proviendrait en cas d'allaitement. Dame K anglé 41 ans, nourrice à Béssekro, nous décrit les conséquences des rapports sexuels conjugaux dans le récit suivant :

« Avant lorsqu'une femme accouche elle ne fait pas de rapport sexuel avec son mari, tant que l'enfant n'est pas sevré. Parce que, quand ils ont des rapports sexuels le sperme vient mélanger le lait maternel. Et quand l'enfant tète ça le rend malade ».

Par ailleurs, pour faire face au cas de non-respect des pratiques préventives, de transgressions des pratiques préventives, la communauté a recours à certaines stratégies de prise en charge.

❖ **Stratégies de prise en charge en cas de transgression des prescriptions sociales**

La transgression des prescriptions sociales par une nourrice est perçue comme un acte de désobéissance des us et coutumes. L'accomplissement d'un tel acte a des répercussions profondes sur la communauté à travers la survenue des maladies chez le nouveau-né. Afin d'éviter que le nouveau-né en tant qu'être innocent dont la responsabilité n'est pas associée aux actes de la nourrice, puisse être à l'abri des maladies, la communauté a recours aux savoirs traditionnels, aux connaissances socioculturelles pour tenter d'apporter des solutions lorsque survient ces genres de cas, lorsqu'un membre de la communauté est

victime d'un tel acte qui l'expose aux maladies. En effet, pour des actes tels que l'adultère, le fait d'enjamber l'enfant et les querelles de couple ou le « *sipè* » la communauté a recours à des objets symboliques de santé qu'elle fait porter au nouveau-né afin d'atténuer, de réduire l'ampleur des conséquences. Ainsi, un nouveau-

né, victime de l'un de ces actes, se voit poser autour du poignet ou à la hanche des cordelettes appelées communément « *fihién gnaman* », qui s'identifierait corde contre l'impureté. Ces objets sont soit noués autour du poignet ou à la hanche du nouveau-né (voir photo ci-dessous).

Photo n°2 : Fihiengnaman « corde d'impureté »



La cordelette protège l'enfant contre des impuretés. Elle est nouée avant la sortie officielle du nouveau-né.

Cliché : Koffi Célestin, 2016

En effet, le « *Fihien gnaman* » ou la corde contre l'impureté, obtenue à partir du *kodjo* (couche traditionnelle), est utilisée à titre préventif pour protéger le nouveau-né contre les impuretés (menstrues). Cette corde protège aussi l'enfant contre certaines pathologies (diarrhée, déformation) qui sont la résultante des rapports sexuels des parents, de l'adultère ou de l'impureté. Cette cordelette est attachée au poignet ou à la hanche du nouveau-né et n'a aucun interdit. Selon des enquêtées, cette corde est indispensable pour le bien-être de du nouveau-né, surtout quand ce dernier est accessible à toute personne ou quand tout individu pourrait le toucher.

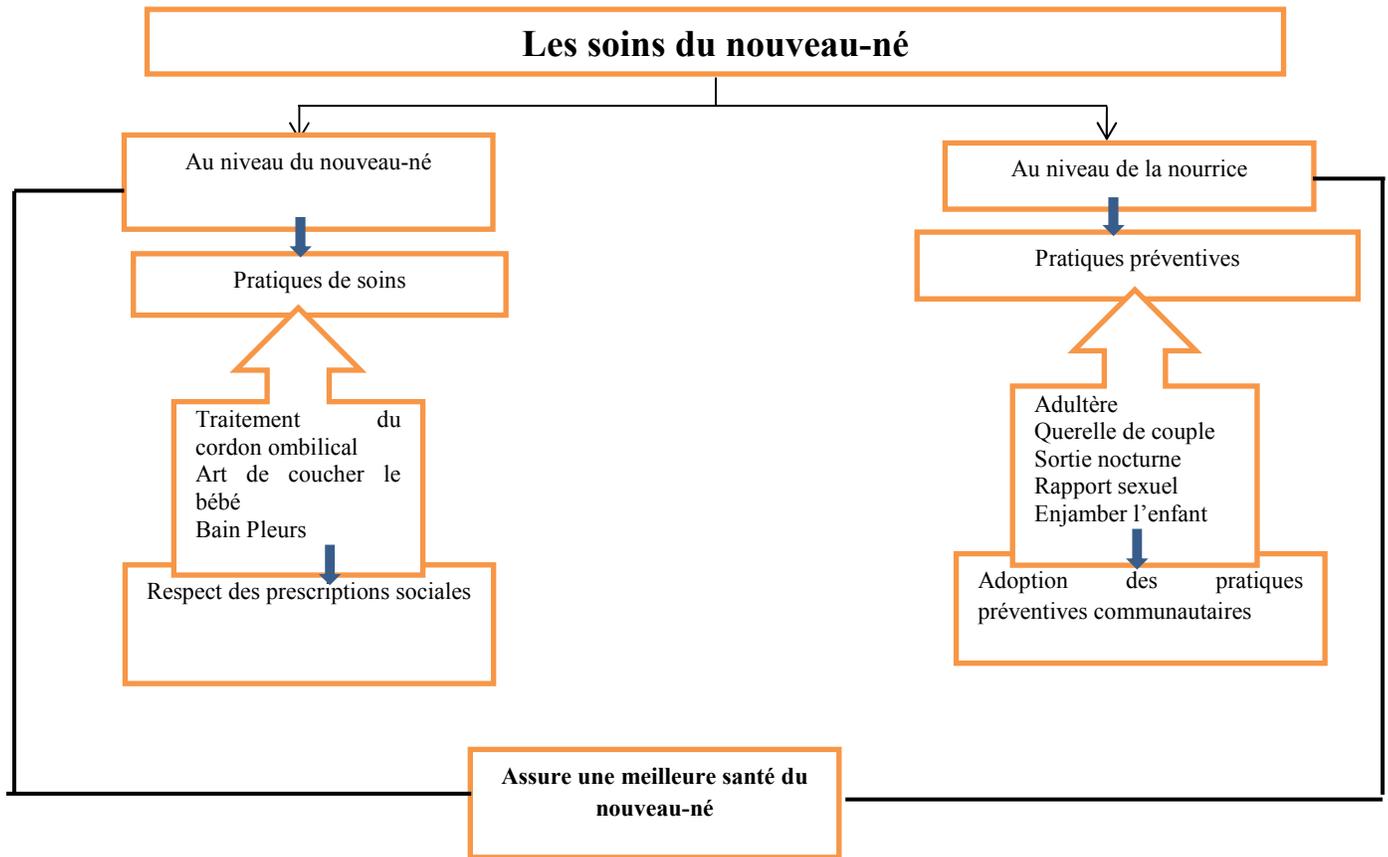
❖ *Essai de théorisation*

Dans la perspective de la « *grounded theory* », une théorie explicative des pratiques préventives et de soins du nouveau-né est formulée à partir des données du terrain. Elle se structure autour deux aspects majeurs que sont : les pratiques de soins et les pratiques préventives des nourrices. En effet, les pratiques de soins sont l'ensemble des moyens mis en œuvre pour le bien être du nouveau-né. La mise

en œuvre de cet ensemble va aboutir à ce que l'on qualifie de respect des prescriptions sociales. Quant aux pratiques préventives des nourrices, elles regroupent l'ensemble des dispositions prises par celles-ci afin d'éviter d'exposer le nouveau-né aux maladies. Elles sont un ensemble de pratiques préventives communautaires que les nourrices se doivent d'adopter, de respecter. En termes de pratiques de soins dont le nouveau-né doit bénéficier, il s'agit des pratiques relatives au traitement du cordon ombilical, à l'unité de couchage du nouveau-né, au bain et aux pleurs. Les pratiques préventives des nourrices sont considérées comme un ensemble de dispositions que celles-ci doivent mettre en place, adopter afin d'éviter au nouveau-né les risques de maladies. En effet, une nourrice qui s'adonne à des actes tels que l'adultère, les querelles de couple, les sorties nocturnes, les rapports sexuels avant le sevrage et le fait d'enjamber le nouveau-né, expose ce dernier au risque de maladies. Par ailleurs, pour une meilleure santé du nouveau-né, les pratiques de soins et de prévention des nourrices sont indispensables.

La théorisation des données de terrain de cette recherche donne le modèle théorique illustré par le schéma suivant :

Schéma n°1 : Soins du nouveau-né en communauté Baoulé



Source : Enquête de terrain, 2016

3. DISCUSSION

Parlant de pratiques de soins maternels, néonataux et infantiles, plusieurs auteurs se sont intéressés à la problématique. Ces écrits sont pour la plupart focalisés sur les pratiques, les soins relatifs au cordon ombilical, au placenta ; la communication mère-nouveau-né, des plantes médicinales ; les pratiques des mères sont également évoquées. Tout cela dans l'optique de garantir et d'améliorer la santé du nouveau-né.

En ce qui concerne les pratiques, A. B. N. Lepopa (2020, p.138), dans une étude chez les

Nzèbi au Gabon, des soins sont utilisés à titre préventif. Ces communautés ont recours aux mixtures légères pour prévenir des maladies comme la toux ou le rhume. Contrairement, chez les Baoulés, ce sont des objets symboliques de santé qui sont utilisés pour prévenir des maladies. Cet objet appelé localement fihingnaman permet de prévenir la diarrhée et les problèmes de déformation.

Selon A. Poloni (1990, p.273-287), dans son étude menée à Ouagadougou, met en évidence la protection des bébés à partir des pratiques culturelles. Il note que la maison dans laquelle le bébé est couché, sa protection s'effectue en brûlant des nids d'hirondelles ou de l'encens. Il

remarque aussi qu'un brin de balai est introduit dans les cheveux du bébé quand il doit rester seul, afin qui ne se sente isolé. Les résultats de cette étude présentent des points de convergences et de divergences avec les résultats obtenus dans la communauté Baoulé. Dans ces deux communautés quand le nouveau-né doit rester seul, un brin de balai est glissé entre ces cheveux. À la différence en dehors du brin de balai Poloni a fait cas des nids d'hirondelles ou de l'encens brûlés, contrairement aux Baoulé qui mettent un morceau de tissu dans les cheveux du nouveau-né au niveau de la fontanelle.

Pour E. Petrel (2009, p.27), le cordon ombilical est soigné avec du khôl ou de la poudre antimoine. « Le khôl ou la poudre d'antimoine ayant des propriétés antiseptiques est utilisé pour soigner le cordon ». À la différence de cette étude, la nôtre montre que les membres de la communauté Baoulé se servent des feuilles d'une plante appelée localement Akpolè-n'kpli (*kalanchae crenata* de la famille des *crassulaceae*) pour traiter le cordon ombilical.

De même, certaines pratiques sont faites avec le cordon ombilical pour garder les liens familiaux ou souhaiter un avenir meilleur aux nouveau-nés. D. Vernon (1992, p.40), exprime le sens que la communauté donne à toutes les parties du corps. Chez les Ndjuka par exemple, au cours de la parturition, une mère crache sur le cordon ombilical sectionné au ventre de son enfant pour rétablir leur lien interrompu. Le sang du cordon ombilical est aussi utilisé pour badigeonner les articulations. Ces pratiques ont l'avantage de permettre à l'enfant de retrouver de la force et d'assurer à la mère d'engendrer d'autres enfants. Le but de ces pratiques est le même chez les Baoulés. Toutefois, leurs pratiques diffèrent des Ndjuka. En effet, après la naissance, la section du cordon est faite en proférant des paroles de bénédiction, de bonheur à l'égard du nouveau-né. Pour ce qui est de rendre souple les prochains accouchements, les Baoulés font cette pratique

avec le placenta, la nouvelle accouchée va s'abaisser sur le trou dans lequel se trouve celui-ci (le placenta). R. A. Atchouta, O. Y. Doubogan et A. Badou (2016, p.29), parlant justement du placenta, montrent dans leur travail chez les Wemé au Bénin, que prendre soin d'un placenta, garantirait l'avenir du nouveau-né. Ces auteurs soulignent, par ailleurs, qu'au cas où le placenta serait mal traité, le détenteur aurait une vie hypothéquée. Selon eux, le placenta jouerait un grand rôle, il aurait une importance capitale dans la destinée de tout individu. C'est pour cette raison qu'il faudrait l'enterrer avec soins suivi de rituels.

« Si le placenta est perdu, l'enfant n'a plus aucun avenir. Si vous laissez trainer le placenta qui est mangé par des souris alors votre enfant devient un parasite pour la société, un voleur, un va nu pieds. Cet enfant n'est ni oiseau ni animal. Il est perdu à jamais. Il est dans le monde seulement et nage à vue », disent-ils

Pour O. M. Tchétché (2013, p.8), chez le peuple Bété de Côte d'Ivoire, les pratiques biomédicales sont contraires aux normes de la communauté en matière de gestion du placenta. Considérant les interdits communautaires qui proscrivent à certaines multipares de se confier aux soignants du secteur biomédical pour l'accouchement.

Ces femmes ne se présentent à la maternité qu'après l'accouchement effectué à domicile. Elles dénoncent également la méconnaissance ou le mépris de l'importance culturelle du placenta affichée par de jeunes sages-femmes qui selon elles, sont les enfants du modernisme. En clair, elles veulent retourner chez elles en famille avec le placenta pour l'y enterrer. Car, selon la coutume Bété telle qu'expliquée par ces femmes, l'enterrement du placenta en famille fait que l'enfant, une fois devenu adulte, n'abandonne pas son village et ne peut mourir en dehors de son fief. Dans la communauté Baoulé, le placenta est également enterré comme chez les Wemé et les Bété. Mais

contrairement aux autres, les Baoulés ritualisent le placenta pour les prochains accouchements.

Pour A. F. Amani (2019, p.204), il existe une forme de communication entre la femme enceinte et son fœtus. Cette communication concerne le vomissement pendant la grossesse, car une femme en grossesse qui vomit, cela traduit le choix du futur goût alimentaire du nouveau-né une fois au monde.

« Le vomissement chez la femme enceinte n'est pas source d'inquiétude mais, traduit une forme de communication entre la mère et son futur enfant. En effet, par l'acte de vomissement, l'enfant déterminerait le choix de ces futurs goûts et préférences alimentaires. »

Chez les Baoulés étudiés, il existe également une communication entre la mère et le nouveau-né. Celle-ci se fait par les pleurs du nouveau-né. Ces pleurs sont l'expression d'un besoin (faim, sommeil, selle ou urine).

En outre, les plantes médicinales font partie des soins dont le nouveau-né bénéficie. A. M. T. Somé (2020, p.113) dans son étude sur l'adoption de l'allaitement maternel exclusif au Burkina Faso, montre que la santé de l'enfant et de la mère est en partie liée à l'usage de certaines plantes médicinales.

« La veille du baptême, nous cherchons les branches du "Pusga" (tamarinier) qu'on fait bouillir pour laver le bébé et le faire boire ainsi que sa maman. Nous enlevons l'écorce du "kamsan-ongo". Pour d'autres personnes c'est l'écorce du "kakang peelga" (figus) plus une autre plante appelée "pod-roollogo" que tu fais bouillir pour laver, purger et gaver le nouveau-né. Comme ça il restera toujours en bonne santé».

Quant à C. Ouedraogo (1999, p.48), il souligne que liuula (maladie d'oiseau) est causée par le cri d'un oiseau nocturne, qui porte ce nom. Elle indique que la maladie se manifeste souvent par des convulsions entraînant des mouvements de bras qui évoquent le battement des ailes d'un oiseau. Par ailleurs, elle relève que certaines pratiques communautaires sont indispensables à une meilleure santé de l'enfant. Ces pratiques

sont : les premiers lavements et les gavages. Les lavements ont pour fonction d'évacuer toutes les saletés du corps du nouveau-né. En ce qui concerne les gavages, ils ont pour rôle de réchauffer le ventre du bébé et de le nourrir. Les lavements et les gavages sont effectués à partir de décoction à base d'écorces ou de racines des plantes. Les résultats de l'étude de Somé et ceux de Ouedraogo au Burkina sont similaires à ceux de cette étude réalisée dans la communauté Baoulé. La communauté Baoulé utilise aussi les plantes médicinales pour assurer une meilleure santé au nouveau-né.

Par ailleurs, il existe des comportements à titre préventif adoptés par les nourrices afin de préserver la santé des nouveau-nés. En effet, C. Rollet et M. F. Morel, (2000, p.240-241), affirment que les rapports sexuels sont interdits pendant la période d'allaitement compte tenu de l'incompatibilité du lait maternel et le sperme. Cette interdiction des rapports sexuels selon ces auteurs, serait due au fait que « le sperme empoisonne le lait ». Dans ce contexte, le lait ayant subi une transformation ou des troubles, il deviendrait par conséquent dangereux pour la santé du nouveau-né. Tout comme ces auteurs, A. B. N. Lepopa (2020, p.183), dans une étude réalisée dans la communauté Nzèbi du Gabon, souligne également que pendant la période d'allaitement, la mère doit s'abstenir d'avoir des rapports sexuels avec son mari au risque de rendre l'enfant malade. En outre, au-delà des rapports sexuels entre les couples, l'auteur estime que lorsqu'une nourrice a des rapports extraconjugaux pendant la période d'allaitement, l'enfant est victime de maladies.

« Les comportements sont considérés comme ayant le pouvoir d'inscrire un dommage sur l'enfant, sont tout d'abord les rapports sexuels. En effet, de la naissance à la fin du sevrage, les relations sexuelles avec un autre homme que le père géniteur entraînerait chez l'enfant une maladie appelée chez les Nzèbi, tsaba ».

Les rapports extraconjugaux font parties des actes interdits dans la communauté Baoulé étudiée. A l'image de la communauté Nzèbi du

Gabon, dans la communauté Baoulé, une nourrice qui s'adonne à ces actes, exposerait son nouveau-né à des maladies pouvant conduire à sa mort. Les maladies dont seraient victimes le nouveau-né, sont la diarrhée et l'amaigrissement tant chez la communauté Baoulé que chez les « tsaba » dans la communauté Nzèbi. Par ailleurs, ces pratiques des nourrices sont qualifiées de « fihien » dans la communauté Baoulé et de « tsaba » chez les Nzèbi au Gabon.

Pour D. Bonnet (1988, p.46), chez les Mossis du Burkina Faso, montre qu'il est important d'observer une période de réclusion de sept jours après la naissance. Pendant cette période, la mère demeure enfermée dans une chambre d'où elle ne sort que le jour du baptême de l'enfant. Elle relève qu'à cette période, la femme est considérée comme impure en raison de l'écoulement de sang, tout comme pendant la période des menstruations. Elle précise également que la femme ne peut préparer à manger, ni toucher à quoi que ce soit, au risque de contaminer son entourage. Ces résultats sont différents de ceux des Baoulés ou après l'accouchement la nourrice fait deux semaines dans la maison avant de sortir officiellement. À cette période, la nourrice ne doit pas enjambrer son nouveau-né, au risque de lui laisser une mauvaise odeur corporelle.

Pour éviter toutes ces éventualités, les dispositions sont prises au niveau des nouveau-nés comme des nourrices. S'agissant des nourrices, elles doivent faire un effort de respecter ces pratiques communautaires. Concernant les nouveau-nés, comme palliatifs, ce sont les objets symboliques de santé.

CONCLUSION

La présente étude souligne la problématique des soins administrés aux nouveau-nés. Il ressort que la communauté Baoulé a recours aux us et coutumes pour faire face aux problèmes de santé maternelle, néonatale et infantile. Dans cette communauté, deux types de soins

interviennent dans le processus de prise en charge des nouveaux nés. Il s'agit d'une part des soins portant sur le traitement du cordon ombilical depuis la section jusqu'à la guérison de la plaie, le choix de l'unité de couchage, les périodes de prise du bain et les pleurs perçus comme un moyen de communication entre la mère et son enfant. D'autre part, afin de préserver la santé du nouveau-né et d'éviter qu'il ne soit exposé aux maladies, la nouvelle accouchée se doit d'éviter un certain nombre de comportements tels que : l'adultère les querelles de couple, les sorties nocturnes et les rapports conjugaux pendant la période d'allaitement. Cette recherche met donc en évidence les pratiques de soins et de prévention des maladies dans le cadre du bien-être des nouveau-nés dans la communauté Baoulé. Elle permet une compréhension des savoirs endogènes relatifs aux soins des nouveau-nés et à la prévention des maladies. Au regard de l'importance de ces savoirs endogènes pour le bien-être des nouveau-nés, une collaboration entre la biomédecine et les sciences sociales, en particulier l'anthropologie et la sociologie, s'avère nécessaire dans la prise en charge des maladies infantiles auxquelles ce type d'enfant est exposé.

Références bibliographiques

AHOANGONOU Dossi Salomé, 2020, « Chute du nœud ombilical et soins du corps du nouveau-né privilégiés par les savoirs populaires au Bénin » ; 2020/s1 hs1 (en ligne), p.107

<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2020-S1-page-105.htm>

AMANI Ahou Florentine, 2019, « Terminologie locale et interprétation populaire des maux de grossesse chez les baoule en Côte d'Ivoire » (en ligne), p.204.

URL:<http://dx.doi.org/10.19044/esj.2019.v15n1p199>
Doi:10.19044/esj.2019.

Pratiques de soins maternels, néonataux et infantiles
chez les communautés baoulé Faly de Bamoro,
Bouaké (Côte d'Ivoire)

ATCHOUTA Roger. Ayélodjou. DOUBOGAN Onibon. Yvette et BADOU Agnès. (2016) « Dynamique communautaire autour de la gestion de la santé maternelle et néonatale en milieu Weme au Bénin : controverses, logiques et stratégies des acteurs ». p.29.

BONNET Doris, 1988, Corps biologique, corps social : Procréation et maladies de l'enfant en pays mossi, Burkina Faso. Paris, ORSTOM.

HÉLÈNE Kane, 2020, « Soins aux nouveau-nés : les recommandations internationales face aux enjeux sociaux de la naissance » 2020/S1 HS1 (en ligne) <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2020-S1-page-17.htm>

KOFFI N'Dri Célestin, 2020, Représentations sociales et pratiques thérapeutiques liées à la prématurité infantile chez les Baoulé faly de Bouaké et chez les Gouro nanan de Kononfla (Côte d'Ivoire). Thèse de Doctorat Nouveau Régime en Socio-Anthropologie de la Santé, Université Alassane Ouattara de Bouaké, p.94-98.

LEPOPA Amélie Blanche Ngombo, 2016, Itinéraires thérapeutiques et représentations de la santé à l'enfance chez les Nzèbi du Gabon. Sociologie. Université de Lorraine, Français. (En ligne) <https://hal.univ-lorraine.fr/tel-01752397> NNT : 2016LORR0245.

OUATTARA Zié Adama, 2018, Vécu de la communication sanitaire autour de la moustiquaire imprégnée d'insecticide à longue durée d'action à Bouaké. Thèse de Doctorat Nouveau Régime en Socio-Anthropologie de la Santé, Université Alassane Ouattara de Bouaké, p.54

OUEDRAOGO Christine, 1999, « Pluralité des soins aux petits enfants, cas des moose de la ville de Ouagadougou ». (En ligne) http://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins_textes/pleins_textes_7/divers2/010018448.pdf

PETREL Erminia, 2009, Influence de la culture Marocaine sur la maternité des femmes de 1^{ere} et 2^e génération. Université Henri Poincaré, Nancy

Poloni, Arlette, 1990, Sociologie et hygiène. Des pratiques de propreté dans les secteurs périphériques de Ouagadougou, in société, développement et santé, Ellipse, Aupelf, p. 273-287.

ROLLET. Cathérine et MOREL. Marie. France, 2000, « Des bébés et des hommes, traditions et modernité des soins aux tout-petits », éditions Albin Michel.

SERVAIS Sophie, 2013, Les pratiques de soins des femmes enceintes à Bobo Dioulasso. Une médicalisation inachevée de la grossesse ? Mémoire de Master II, Aix-Marseille Université, p.46

SOMÉ. Arcens. Marie. Thérèse, 2020, « Le défi de l'adoption de l'allaitement maternel exclusif au Burkina Faso ». <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2020-S1-page-113.htm>

TCHÉTCHÉ Obou. Mathieu, 2013, « De la singularité à l'universalité éthique en santé de la reproduction : une contribution de la méthodologie qualitative ». ISSN 1715-8702 - http://www.recherche_qualitative.qc.ca/Revue.html. p.8.

VERNON Diane, 1992, Les représentations du corps chez les noirs marrons Ndjuka du surinam et de la Guyane Française. Paris, ORSTOM.

VONAN. Amangoua. Pierre. Claver, 2009, Santé de la reproduction et grossesse des adolescentes en Côte d'Ivoire, étude de cas à Abidjan et à Bonoua. Thèse de Doctorat Nouveau Régime en Socio-Anthropologie de la Santé, Université de Cocody à Abidjan, p.16

JAFFRÉ Yannick, 2020, « De quel agencement sociotechnique meurent les nouveau-nés d'Afrique de l'ouest ? », Une anthropologie fondamentalement engagée pour améliorer la santé néonatale, (Bénin, Burkina-Faso, Mali, Mauritanie, Togo) 2020/S1 HS1 (en ligne), p.37.



PERCEPTIONS ET PRATIQUES DE LA SOCIALISATION NUPTIALE DES ADOLESCENTS AU MALI

PERCEPTIONS AND PRACTICES OF THE NUPTIAL SOCIALIZATION OF THE ADOLESCENTS IN THE MALI

¹CAMARA Ichaka

¹ Sociologue, Maître-Assistant au Département de Sociologie-Anthropologie de la Faculté des Sciences Humaines et des Sciences de l'Éducation (FSHSE) de l'Université des Lettres et des Sciences Humaines de Bamako (ULSHB),
Camarai2000@yahoo.fr

.....
CAMARA Ichaka , Perceptions et pratiques de la socialisation nuptiale des adolescents au Mali , *Revue Espace, Territoires, Sociétés et Santé* 3 (6), 117-134,[En ligne] 2020, mis en ligne le 31 Décembre 2020, consulté le 2021-01-10 11:23:17, URL:
<https://retssa-ci.com/index.php?page=detail&k=137>
.....

Résumé

.....
La mortalité maternelle reste un véritable fléau, ce qui est inacceptable. Des femmes meurent chaque jour en Afrique Subsaharienne dont le Mali du fait de complications liées à la grossesse ou à l'accouchement. Une partie de ces décès se produit à Kayes et Diéma au Mali.

En dépit de l'impact de programmes de planification sur les pratiques reproductives, les couples sont réticents à la contraception moderne dans ces localités. Cette réticence s'explique en partie par la qualité de l'offre et les logiques communautaires. Les mécanismes destinés à faire réduire cette réticence sont au centre des préoccupations de nombreux acteurs dont les

chercheurs, les politiques, la société civile et plus largement la communauté internationale.

Cet article se propose d'appréhender les perceptions de la socialisation reproductive des adolescents dans les localités de Kayes et Diéma. Pour y arriver, nous avons opté pour des entretiens individuels auprès de 36 épouses, de 12 leaders religieux, de 52 personnes de caste et 26 responsables des structures étatiques, privées et d'ONG.

Les résultats mettent en avant un fonctionnement insuffisant de la socialisation reproductive des adolescents selon les localités à travers des réseaux de solidarité en raison de la modernité et des représentations religieuses. Ces adolescents s'en trouvent peu intégrés occasionnant le déclin et la remise en cause des pratiques, qui assureraient jusque-là leur insertion dans la communauté. Aussi, ces résultats identifient les principales perceptions, les déterminants socioculturels et les pratiques au service de la santé de la reproduction de l'adolescente.

Mots-clés : Adolescent, Diéma, initiatrice nuptiale, Kayes, socialisation

Abstract

.....
Maternal mortality remains a real scourge, which is unacceptable. Women die every day in Sub-Saharan Africa, including Mali, from

complications related to pregnancy or childbirth. Some of these deaths occur in Kayes and Diéma in Mali.

Despite the impact of planning programs on reproductive practices, couples are reluctant to use modern contraception in these localities. This reluctance can be explained in part by the quality of the offer and the community logics. The mechanisms intended to reduce this reluctance are at the heart of the concerns of many actors including researchers, politicians, civil society and more broadly the international community.

The current article aims at apprehending the perceptions of the reproductive socialization of the adolescents in the localities of Kayes and Diéma. To succeed, we opted for individual interviews with 36 married women, 12 religious leaders, 52 caste people and 26 responsible of state and private structures and Non-Governmental Organization.

The results suggest an insufficient functioning of the reproductive socialization of the adolescents according to localities through solidarity networks due to modernity and religious representations. These adolescents find themselves little integrated, causing the decline and questioning of the practices, which up to now ensured their integration into the community. Also, these results identify the main perceptions, socio-cultural determinants and practices in the service of adolescent reproductive health.

Keywords: Teen, Diéma, nuptial female initiator, Kayes, socialization

INTRODUCTION

En Afrique Subsaharienne et dans de nombreuses sociétés de culture arabo-musulmane dont le Mali chaque individu est appelé à jouer des rôles définis par l'âge et le sexe. Habituellement, les aînés, hommes et femmes, combinent leurs efforts pour assurer la socialisation des cadets visant à susciter et développer chez ces derniers « un certain nombre d'états physiques, intellectuels et moraux que réclament d'eux et la société dans son ensemble

et le milieu spécial, auquel ils sont particulièrement destinés. La socialisation est effectivement une contrainte imposée » (M. Darmon, 2008, p. 15). Ces efforts conjoints amènent l'adolescent à intérioriser les règles, les normes et les valeurs significatives de la société, dans laquelle il grandit. Cette intériorisation se caractérise, selon M.L. Hoffman (2006, p. 48-53), « par son aspect imitatif qui s'accomplit par la parole qu'accompagnent l'observation, l'art, le jeu, la musique et la danse ». C'est la raison qui fait qu'elle valorise la cohésion sociale et la primauté du collectif sur l'individuel. Le rapport intergénérationnel est au cœur du processus. Pour qu'il y ait socialisation, il faut qu'il y ait en présence une génération d'aînés et une génération de cadets. Ce lien intergénérationnel se caractérise par un fonctionnement de la socialisation à travers des réseaux de solidarité. Une insuffisance de cette solidarité débouche sur une crise d'intégration dont « les effets cumulatifs provoquent le déclin et la remise en cause des mécanismes, qui assuraient jusque-là l'insertion des individus dans le tissu social » (C. Dubar, 2015, p. 65-78).

L'adolescence désigne à la fois les transformations organiques, sociales et psychologiques (M. Emmanuelli, 2005, p. 257-275). Proches de cette vision, C. Sabatier et L. Lannegrand-Willemls (2005, p. 378-395) définissent l'adolescence comme l'ensemble des transformations cognitives, émotionnelles et comportementales. C'est une phase distincte et intermédiaire de l'enfance et l'âge adulte, qui requiert une attention et une protection particulières. Selon une vision similaire, R. Deslandes et R. Cloutier (2005, p. 61-74) et I. Habets (2011, p. 479-492) perçoivent l'adolescence comme une nouvelle phase d'autonomisation, de désaliénation par rapport aux dépendances préétablies. Ce qui signifie la réduction de l'aliénation, l'indépendance vis-à-vis des pratiques préétablies et des normes sociales. Cette réduction selon eux se réalise sur les plans cognitif, affectif et social. En effet, les adolescents aspirent à plus d'autonomie et cherchent à renégocier les liens sociaux avec

leurs familles, leurs pairs et leurs aînés. C'est le cas à Kayes et Diéma, deux localités maliennes de vieilles valeurs dont les dépositaires sont les aînés, notamment l'initiatrice nuptiale comme on l'appelle « magnamaga ». L'initiation nuptiale désigne une éducation du jeune couple en tant que personnes et membres de la communauté, au cours de laquelle ceux-ci sont placés sous l'autorité de deux aînés d'âge mur, femme et homme, chargés de les encadrer et éventuellement d'apporter des appuis conseils et des réprimandes, en cas de non observance de certaines règles et conduites bien établies. L'initiatrice joue le rôle d'aide et de conseillère auprès des couples nouvellement mariés durant la période des noces dont la durée varie selon les traditions locales entre trois et sept jours. La nuit des noces et les jours suivants, l'initiatrice reste avec le couple pour le former, l'orienter, l'informer, le sensibiliser, l'éduquer et le guider dans ses premiers pas afin de consolider son union et s'occupe de l'épouse en particulier. En échange, elle reçoit symboliquement une somme d'argent dérisoire selon les traditions, un pagne wax, les habits et ustensiles utilisés par la mariée dans la chambre nuptiale ainsi que d'autres cadeaux offerts par les tantes et sœurs de celle-ci.

Cependant, ce pan important de notre tradition est en passe de disparaître du fait de la modernité et des représentations religieuses. Ce qui peut affecter considérablement la santé de la reproduction de l'épouse. Cette disparition probable conduit à l'interrogation suivante : la socialisation nuptiale est-elle vraiment bénéfique au couple, surtout à la santé de la reproduction de l'épouse à Kayes et Diéma ? Plus précisément, comment cette socialisation est-elle perçue dans ces localités ? Quelles logiques sous-tendent cette initiation ? Comment contribue-t-elle à la santé de la reproduction de l'adolescente ?

On le voit, le présent article a pour objectif général d'analyser les déterminants, les pratiques nuptiales et les difficultés rencontrées par les acteurs à Kayes et Diéma. Pour ce faire, l'auteur se fixe des objectifs spécifiques dont les suivants : décrire la perception de la socialisation nuptiale

dans ces localités ; identifier les logiques qui se cachent derrière cette socialisation et des pratiques concrètes de l'initiatrice mises au service de la santé de la reproduction de l'adolescente.

Le présent travail part de l'hypothèse générale selon laquelle les perceptions de la socialisation nuptiale sont généralement influencées par l'expérience vécue par tout couple. Cette hypothèse générale nous conduit à formuler des hypothèses spécifiques dont les suivantes. La pratique démodée de la socialisation nuptiale tend à être considérée comme le fait de la modernité et la religion à Kayes et Diéma. La facilitation de la consommation du mariage ainsi que la protection contre les esprits sont quelques normes sociales qui expliquent cette socialisation. L'enseignement à l'hygiène de la voie génitale et l'espacement des naissances sont facteurs des connaissances concrètes de l'initiatrice au service de la santé de la reproduction de l'adolescente.

Ce travail s'articule autour de deux axes : le premier est consacré à un bref aperçu des milieux d'étude et la méthodologie ; le second axe présente l'analyse des résultats. L'article se termine par des discussions.

1. Bref aperçu des milieux d'étude et l'approche méthodologique

1.1. Bref aperçu des localités de Kayes et Diéma

Située à l'Ouest de Bamako et à cheval sur le fleuve Sénégal, la commune urbaine de Kayes est limitée à l'est par les communes rurales de Liberté Dembaya et de Hawa Dembaya, à l'ouest par les communes rurales de Liberté Dembaya et de Bangassi, au nord par la commune rurale de Khouloum. Elle compte 06 quartiers dont Khasso, Plateau, Kayes-N'di, Légal-Segou, Liberté, et Lafiabougou avec une superficie de 50 km² (PDSEC, 2011, p. 10). Sa population est estimée à 127.368 habitants (RGPH, 2009),

composés principalement de Khassonkés, Soninkés, Peulhs, Bambaras, Malinkés, Ouolofs et Maures, qui sont les ethnies dominantes.

Situé au nord de Kayes, le cercle de Diéma comprend une commune urbaine et 14 communes rurales dont Diéma avec une superficie de 12 440 km² (PDSEC, 2010, p. 28). Estimée à 179 235 habitants, sa population est composée essentiellement de Sarakolés, Bambaras, Peulhs, Maures, Kagoros et Kassonkhés.

Dans les localités listées ci-dessus - semblent se produire deux mouvements : d'un côté, la perte des valeurs qui fondent la société sous l'influence de la migration et de l'islam, et de l'autre, le regain d'intérêt pour ces valeurs menacées de disparition à travers les festivals (festival du khasho, festival international des rails de Kayes) et autres manifestations culturelles de défense des traditions (biennales) ou associations culturelles (Association pour la promotion de la langue et la culture Soninké). Ce retour aux valeurs traditionnelles se traduit dans le rejet par de nombreux jeunes gens, hommes et femmes, de la planification moderne. Ce rejet pourrait hypothéquer l'ambition de venir à bout de la terrible « règle des trop », c'est-à-dire trop d'enfants, trop tôt, trop tard et trop rapprochés, voire la mort maternelle.

1.2. Approche méthodologique

La recherche a opté pour des entretiens individuels. Durant une heure, ces entretiens visent à faire des relances très personnalisées et à garantir la spontanéité et la liberté des réponses de nos interviewés. Ces entretiens individuels ont été complétés par des groupes de discussion. Durant deux heures, ces groupes de discussion visent à accéder à des informations complémentaires là où l'un ou l'autre montre ses limites. La technique de la saturation (M. Blais et S. Martineau, 2006, p. 1-18) a été privilégiée pour ces entretiens. Sur cette base, nous avons retenu un échantillon issu de nos quatre groupes cibles. Nous avons interrogé accidentellement 126 personnes dont 74 femmes et 52 hommes,

âgées de 13 à 75 ans. Ces personnes se répartissent comme suit : 31 épouses et leurs familles, 12 leaders religieux, 52 personnes de caste et 26 responsables des structures étatiques, privées et d'Organisations Non Gouvernementales (ONG). Leur choix se justifie par le fait que ces personnes sont d'une manière ou d'une autre concernées par la socialisation dans leur localité ou parfois sont regroupées au sein d'institutions de socialisation. L'étude de terrain, qui s'est déroulée en février et mars 2019, a concerné les quartiers Razel, Lafiabougou et Marakaking pour Diéma ainsi que les quartiers Kassho, Liberté, Ségou-Légal, Plateau et Lafiabougou pour Kayes.

2. RESULTATS

La présentation porte essentiellement sur les principales perceptions, les déterminants socioculturels, les pratiques concrètes au service de la santé de la reproduction de l'adolescente à Kayes et Diéma et les discussions

2.1. Quelques perceptions de la socialisation nuptiale

Dans notre cas, deux perceptions semblent coexister : traditionnelle et moderne. D'abord, les aînés perçoivent la socialisation nuptiale comme une action exercée par une personne, homme ou femme, de caste selon les localités, sur l'adolescente, qui n'est pas encore mûre pour la vie sociale et reproductive. Selon eux, l'origine de cette pratique remonterait à la solidarité inter-lignagère dans l'empire du Mali sous le règne de Soudiata Keita au XIII^e siècle. Cette solidarité engageait deux couches principales : les « *horonw* » s'agissant des nobles et les « *nyamakalaw* » s'agissant des personnes de caste. Les seconds, constitués de forgerons, de cordonniers et d'esclaves, assuraient le tutorat de l'adolescente des premiers selon les localités et les familles. Ils formaient celle-ci suivant une relation d'interdépendance et de dette culturelle entre noble et homme de caste du Mandé

traditionnel. Les premiers doivent confier aux seconds leurs enfants, surtout les fillettes pour les éduquer, les modeler et les orienter par leur savoir-faire et leur savoir être. En retour, les nobles doivent les gratifier de cadeaux pour service rendu. Cette gratification permet aux hommes de caste d'assurer leur subsistance. Ces gens de caste constituaient une référence pour chacun des gestes de l'adolescente, exerçaient une certaine influence et façonnaient le comportement sexuel et procréateur de celle-ci.

Le vocable « *nyamakala* » vient des mots bambara « *nyama* », littéralement signifiant les « esprits », et « *kala* », s'agissant du « remède ». Un *nyamakala* désigne des hommes et des femmes de caste pouvant dire, voire et faire des choses qu'un homme ordinaire ne peut pas dire, voire ou faire. Au nombre des « *nyamakalaw* » se rapporte l'initiatrice nuptiale qu'on appelle « *magnamaga* » ou « *magnabaga* » selon les localités. Ce terme serait venu des mots bambaras « *mah* » s'agissant de la personne, et « *gna бага* » traduisant le socialisateur. Le terme « *magnabaga* » désigne donc quelqu'un, qui cherche à socialiser un couple, l'épouse en particulier.

L'initiation nuptiale est ainsi perçue à Kayes et Diéma comme une forme de socialisation fondée sur une fidélité aux traditions et coutumes du passé et l'oralité. En fait, le caractère héréditaire (reversée exclusivement aux personnes de caste), l'enseignement à long terme (la temporalité) et la mémoire (l'enseignement au souvenir) ainsi que la symbiose intime qui s'instaure entre l'aîné et le cadet, orientent dans une direction précise l'éducation que l'on donne aux enfants. Cette socialisation montre un important réseau de traits communs, car les traits listés ci-dessus se retrouvent à Kayes comme à Diéma, agencés souvent de manière identique. Aussi, elle est essentiellement fondée sur la prééminence du

pouvoir de l'aïnesse et le secret des vérités, car les plus âgés et les dépositaires des secrets ont un droit de regard et de critique sur la conduite des cadets, parce qu'ils sont supposés posséder plus d'expériences et des connaissances permettant de guider la jeune génération. Il n'était pas rare de voir ces personnes refuser de transmettre leur savoir et savoir-faire en l'absence d'une personne de confiance digne de ce nom. Même si souvent, elles pouvaient accorder de l'importance au climat positif, fait de formation accomplie précocement, par conséquent, de confiance à l'égard de l'impétrant. Une jeune épouse de Kayes note qu'une :

« Jeune femme très tôt formée devenait initiatrice. Comme on aime le dire en bamanankan demi sèni tèguè koko gnouman bé dèguè nonni, c'est-à-dire qu'un enfant aux mains bien lavées, arrive à pétrir la crème des sages » (Femme, groupe de discussion, quartier Lafiabougou, Kayes, 16 ans, 2019).

Autrement dit, l'âge n'est pas toujours synonyme de sagesse et de réussite dans la vie. C'est le cas de certaines initiatrices de Kayes qui très douées et intelligentes, manifestent la sagesse et connaissent le succès même étant jeunes. Ce succès leur provient des talents et non de leur âge.

Dans les localités concernées par l'étude, la socialisation nuptiale vise à fournir au couple, à l'épouse surtout, des informations sur le sens profond du mariage et de mère au foyer (la soumission et l'obéissance au conjoint, l'éveil aux petits soins de celui-ci et ses proches) ainsi que sur les contraceptifs traditionnels et leur meilleure utilisation. Ces contraceptifs portaient un nom codé comme « *djakoumakoun¹* » littéralement « tête de chat ». Les informations se donnaient de bouche à oreilles et dans la plus

¹Une allure métaphorique couramment utilisée en langue bambara pour codifier une pratique susceptible de choquer

l'opinion publique. Le sens littéral de ce mot n'est donc pas celui dont il est porteur.

grande discrétion. L'initiatrice exigeait à l'épouse de jalousement garder le secret pour que l'homme n'en sache rien. En échange, elle recevait 1/10 des habits, des nattes, des sandales et des ustensiles utilisés par la mariée dans la chambre nuptiale ainsi que d'autres cadeaux offerts par les tantes et sœurs de celle-ci. Ces ustensiles comprenaient essentiellement des Calebasses, des assiettes et écuelles en bois. Sont illustrateurs à cet effet, les propos d'un vieux forgeron de Diéma :

« L'initiatrice recevait pour services rendus 1/10 des pagnes de la mariée, des nattes, des sandales, des calebasses, des assiettes et écuelles en bois. Dans le cas échéant, elle laissait sa récompense à la discrétion du noble » (Homme, entretien individuel, quartier Razel, Diéma, 57 ans, 2019).

L'analyse de ce discours montre que l'initiatrice apportait son aide précieuse aux couples, aux épouses surtout moyennant une somme forfaitaire, voire discrétionnaire. Mais aujourd'hui, la socialisation nuptiale coïncide avec la modernité et les représentations religieuses croissantes dans la perspective de changement qui inversent les choses. Ici, la société ou la communauté n'est pas primordiale, mais c'est d'abord l'adolescent. Proposant une socialisation censée accompagner l'adolescent étape par étape pour qu'il adienne à lui-même, la modernité cherche avant tout à ne pas anticiper sur le temps et contrarier la vie de l'adolescent. De même, l'islam invite celui-ci à se couvrir (la question de la nudité des corps) selon son statut et celui de la personne en présence de laquelle il se trouve. C'est pourquoi certains jeunes couples de Kayes et Diéma établissent une relation entre la socialisation nuptiale, leurs comportements et leurs actions sociales. Le modèle de vie occidental et les représentations religieuses ne sont pas analogues aux mœurs et au style de vie, mais s'ils peuvent avoir la même préoccupation, comment éduquer un adolescent pour en faire un

être de bien ? Il est amené à se nourrir en même temps de son propre progrès et aussi de l'effet de l'action extérieure. Ce qui fait dire P. Riutort (2013, p. 63-74) que la socialisation est un moyen de se réaliser dans son être, d'ajouter « tout ce que nous n'avons pas à notre naissance et qui nous est donné par l'éducation ».

A ce jour, la socialisation nuptiale n'est plus considérée comme une entrée de l'adolescent dans le monde des aînés, voire son insertion à travers l'acquisition de savoir-faire et de certaines vérités dans un monde déjà constitué. En quelque sorte, elle est devenue une pratique statique qui s'ouvre peu aux autres modes dans le cadre de l'inculturation et de l'éclosion des valeurs de liberté. C'est pourquoi elle doit nécessairement s'adapter au contexte religieux et moderne. En effet, sont nombreux les jeunes gens de Kayes et Diéma à souhaiter qu'on permette au couple de garder le silence sur la virginité et de choisir lui-même comme initiatrice une personne familière ou ouverte d'esprit pour éviter tout conflit. Sont édifiants à cet effet, les propos d'un jeune enseignant de Kayes :

« Pour prévenir tout problème, une tante ouverte d'esprit s'est occupée de ma femme et moi dans la chambre nuptiale » (Homme, entretien individuel, quartier Plateau, Kayes, 28 ans, 2019).

Mais ce choix parfois ouvre la porte à des personnes non habilitées (non castes et, ou sans formation accomplie) qui s'invitent dans l'initiation. Pour un vieux chef local et coutumier de Diéma,

« L'initiation n'est plus pratiquée que par des personnes de caste, elle est devenue un gagne-pain pour les autres » (Homme, entretien individuel, quartier Marakaking, Diéma, 74 ans, 2019).

Selon une logique similaire, une vieille initiatrice de Diéma déplore :

« Une jeune femme non habilitée que j'ai refusée d'initier par principe, exerce l'initiation à ce jour de manière indépendante. Or, "un tronc d'arbre a beau séjourné dans l'eau, il ne saurait se transformer en caïman" » (Femme, entretien individuel, quartier Marakaking, Diéma, 62 ans, 2019).

De l'analyse de ce discours, il ressort que les personnes non habilitées s'invitent de plus en plus dans l'initiation nuptiale. Elles disputent aux personnes de caste la pratique en la réduisant à sa dimension monétaire et matérielle. Cette suppléance déforme les contenus pédagogiques, et de ce fait, se présente comme un facteur de dégénérescence d'une socialisation reproductive. En effet, des couples doivent s'habituer à la présence dans la chambre nuptiale de l'initiatrice à des fins d'extorsion d'argent, d'autres font face à la colère de certaines initiatrices suite au refus de leur céder les équipements luxueux provenant de la chambre nuptiale. Un médecin de Kayes raconte :

« Un ami à moi a fait face à la colère d'une initiatrice après avoir refusé de lui céder le matelas, le ventilateur et le téléviseur qui étaient dans la chambre nuptiale. Elle a souhaité que leur union en pâtisse pour avoir méconnu les services rendus » (Homme, entretien individuel, quartier Liberté, Kayes, 37 ans, 2019).

Aussi, des tentatives de séduction des nouveaux mariés par des jeunes initiatrices nous ont été rapportées sans qu'on ne soit parvenu à les documenter. Mais après tout, n'oublions pas que ces initiatrices ont des connaissances surnaturelles qu'elles peuvent utiliser pour cela.

Contrairement à Kayes, Diéma semble souffrir davantage de la déformation de la pratique. Si à Kayes des jeunes gens imposent la nuptialité aux épouses et à leurs familles afin de s'assurer la virginité, à Diéma les religieux mènent la vie dure à l'initiatrice. A ce propos, une vieille initiatrice de Diéma décrit :

« On nous menace et nous traite tous les jours de non musulmanes. A cause des menaces, des consœurs se sont réinstallées à Kayes et à Bamako » (Femme, entretien individuel, quartier Marakaking, Diéma, 62 ans, 2019).

Ces propos sont en partie corroborés par un leader religieux de ladite localité, lorsqu'il dit :

« Une pratique barbare ne peut entacher l'islam et ses valeurs. Une personne ne peut immerger une autre dans le bain rituel ou la regarder dévêtue » (Homme, entretien individuel, quartier Marakaking, Diéma, 58 ans, 2019).

Cet autre religieux de la même localité ajoute :

« Ce n'est pas musulman que d'apprendre à deux personnes à faire l'amour ou les regarder le faire » (Homme, entretien individuel, quartier Razel, Diéma, 49 ans, 2019).

Il faut dire que l'initiation du couple lors de la semaine nuptiale est un phénomène qui connaît des transformations essentiellement dues à la reconfiguration sociale et à l'évolution des mentalités. De plus, la contemplation de la nudité tant déplorée par les religieux est souvent sortie de son contexte. Le fait est que l'initiatrice est amenée à faire les corvées des nouveaux mariés comme surveiller de près les faits et gestes de la mariée, laver les vêtements de noces, chauffer

l'eau de bain, balayer la chambre nuptiale et laver les draps sales. Ces différentes corvées traditionnelles ne peuvent être nécessairement considérées comme des formes de mutations. Elles constituent des services qui facilitent la communication entre partenaires en présence. D'ailleurs, pour certains époux, la présence d'une initiatrice dans la chambre est plus qu'une chance. En plus de jouer le rôle de conteuse des coutumes et traditions, voire de dicter la conduite à tenir, elle arrive à maintenir un climat de plaisanterie avec les époux, qui brise tous les obstacles de communication surtout sur les sujets de sexualité et de fécondité. En fait, elle arrive à instaurer un cadre d'échange autour de la question. L'initiatrice est la personne avec qui les époux sont culturellement permis de tout partager. Ils se sentent plus à l'aise et plus en sécurité pour parler de sexualité lorsqu'il s'agit de l'initiatrice parce qu'il existe un climat de plaisanterie culturelle entre celle-ci et les nouveaux mariés, qui permet tout, y compris la discussion sur des sujets aussi sensibles que la sexualité et la fécondité. Outre cela, l'initiatrice possède de bons moyens pour façonner les conduites des époux, comme par exemple se fâcher ou faire des menaces de malédiction. Par ces moyens, elle arrive à orienter toutes les décisions liées à la conduite sociale, la sexualité et la fécondité. Mais, leur mauvaise représentation par endroit contribue fortement à la dévalorisation, voire l'abandon des pratiques nuptiales.

L'étude a conclu à un écart entre les perceptions traditionnelle et moderne des pratiques nuptiales en raison de la modernité et des représentations religieuses. D'une part, les aînés perçoivent la socialisation nuptiale comme une pratique sociale utile qu'il faut perpétuer afin de préparer l'épouse pour la vie sociale et communautaire. Également, nous remarquons que même si l'adolescente a des contraintes que la société lui impose, elle bénéficie d'une forte solidarité, qui l'accompagne pendant longtemps jusqu'à sa maturité. Il s'agit d'une tutelle qui peut paraître longue et lourde. Dans ces conditions, il n'y a

donc pas de tolérance pour l'adolescente qui enfreint les règles. D'autre part, les cadets et les religieux accordent une importance relative aux contenus traditionnels de la socialisation nuptiale, à la manière dont ces contenus se trouvent accentués et valorisés, au poids qui les marque. S'insurgeant contre toute tentative de restriction de la liberté de l'individu, les jeunes invitent avant tout à tenir compte de tous les problèmes des droits de l'homme, de toute la diversité et d'indiquer les écarts qui se produisent par rapport à la tendance générale. Les religieux ne sont pas une exception en la matière. Cette invitation amène à interroger les normes socioculturelles spécifiques de la socialisation nuptiale.

2.2. Quelques déterminants socioculturels de la socialisation nuptiale

Il est important d'étudier la socialisation nuptiale du couple sous l'angle des normes sociales, parce qu'elles permettent de prendre en considération les multiples logiques socioculturelles, qui guident les comportements dans les localités de Kayes et Diéma.

2.2.1. Logiques physiques

Au nombre de trois, ces logiques sont les suivantes. D'abord, la facilitation de la consommation du mariage, elle consiste au fait que durant les noces, l'initiatrice aide le jeune couple à mieux consommer le mariage, sans brutalité. Cette aide est indispensable, car des hommes soumettent les jeunes épouses à une dure épreuve croyant les pousser à plus de respect à leur égard. Sont édifiants à cet effet, les propos d'une jeune ménagère de Diéma :

« Quelqu'un doit empêcher l'homme de brutaliser la femme la première nuit des noces. Parfois, l'homme va trop fort dans l'acte sexuel croyant que le respect de l'épouse à son égard en dépend »
(Femme, groupe de discussion,

quartier Lafiabougou, Diéma, 21 ans, 2019).

En effet, hier comme aujourd'hui à Kayes et à Diéma par endroit, le fondement de la domination de l'homme sur la femme est encore sexuel. On conseille au nouveau marié d'entretenir des relations sexuelles avec l'épouse pendant chaque nuit de la semaine nuptiale pour asseoir son autorité définitivement sur celle-ci. On prépare les jeunes époux pour qu'ils tiennent bons pendant la semaine : plus elle souffre, plus elle sera soumise. Les femmes qui ont plus de plaisir avec les hommes sont tentées de demeurer avec ceux-ci. Atteignant leur majorité (14 à 20 ans) selon les localités sans entretenir de relation sexuelle avec un garçon, ces adolescentes se débattent comme un possédé dans le lit. Dans ces conditions, il est difficile pour un homme de parvenir à ses fins sexuelles en toute douceur.

Toutefois, la société autorisait les adolescents à certains jeux dans le respect de la virginité de l'adolescente, faits d'une relative liberté, pendant laquelle elle pouvait manifester des sentiments d'amour. La facilitation de la consommation du mariage s'accompagne d'une surveillance stricte de l'alimentation de la mariée.

Ensuite, la surveillance de l'alimentation de la mariée se traduit dans le fait que quelques jours avant le mariage, l'initiatrice soumet la future mariée à un régime censé la fortifier. Son alimentation devient légère à base de bouillie non sucrée et de soupe au poulet ou au poisson. L'idée est d'arriver à la "vider" de tout ce qu'elle avait consommé d'illicites. Également, elle doit être légère pour n'opposer aucune résistance aux ardeurs de son époux le soir des noces. Pour une initiatrice de Kayes :

« La future mariée doit être légère comme son alimentation afin de ne pas tenter de se refuser son époux » (Femme, entretien individuel, quartier Ségou-Légal, Kayes, 66 ans, 2019).

En plus de la prévention d'éventuelles difficultés pour l'époux d'accomplir son devoir conjugal, la surveillance de l'alimentation donc vise en réalité à « tuer et ressusciter » symboliquement l'épouse.

Concernant l'authentification de la virginité de la mariée, la société traditionnelle malienne impose à l'adolescente des normes et valeurs en matière de comportements sexuels, à savoir de se marier en gardant sa virginité. C'était une question d'honneur. C'est pourquoi pendant la nuptialité, l'épouse passe trois à sept jours selon les localités dans la chambre nuptiale, juste vêtue de tissus en cotonnade ou percale blanche, sous la surveillance d'une personne de caste. Le lendemain du soir des noces, la personne de caste exhibe la virginité de l'épouse au cas où sa percale est tachée de sang. Une ménagère de Diéma déplore :

« Une initiatrice récemment n'a pu tenir sa langue concernant la perte de la virginité d'une épouse. Pour cette raison, son époux a renoncé et exigé le remboursement de la dot. Elle est aujourd'hui la risée de tout le quartier. On dit qu'elle servira surtout de leçon à la jeune génération » (Femme, groupe de discussion, quartier Lafiabougou, Diéma, 26 ans, 2019).

La perte de la virginité est en effet considérée comme une honte pour toute la famille, voire tout le lignage. Cette honte représente l'une des techniques pédagogiques, la plus efficace pour convaincre l'adolescente d'adopter les comportements sociaux et procréateurs attendus comme garder sa virginité jusqu'au mariage.

Toutefois, cette menace sociale de réprobation fait développer des stratégies qui instaurent la virginité ou qui trompent. Couramment utilisées de nos jours, ces stratégies font croire à une virginité qui n'existe pas en vérité. Menant une vie sexuelle active, certaines adolescentes de

Kayes et de Diéma se procurent dans les pharmacies la veille des noces de petites pilules médicamenteuses que l'on peut vider de leur poudre, leur emplir de colorant alimentaire rouge et leur refermer. Hyper sensibles à l'humidité, ces pilules une fois dans l'appareil génital un peu avant le rapport, avec l'humidité générée par la cyprine due à l'excitation, vont libérer le colorant rouge, faisant croire à du sang. Une épouse de Kayes préfère que :

« Les filles qui sont dans des contextes où on exige d'elles d'être vierges lors du mariage disposent des moyens pour vivre leur vie comme elles en ont envie, quitte à être hypocrites, plutôt qu'elles se mettent en danger » (Femme, groupe de discussion, quartier Lafiabougou, Diéma, 27 ans, 2019).

A l'instar des déterminants physiques, l'initiation nuptiale répond à des croyances mentales.

2.2.2. Logiques mentales

Ces logiques sont la protection du couple, de la future mariée surtout pendant la réclusion et son éducation dans le sens profond du mariage. D'abord, la protection du couple (de la future mariée) pendant la réclusion, elle consiste au fait qu'au moins 3 à 15 jours avant la date de la cérémonie de mariage, les futurs mariés (l'épouse surtout) doivent limiter leurs activités, moins sortir hors de la maison. En effet, ils sont désormais rentrés dans une autre sphère de la vie et les esprits, bons comme mauvais, se battent pour pouvoir s'accaparer d'eux. Une initiatrice de Kayes pense que :

« Les nouveaux mariés, surtout l'épouse, sont comme des nouveaux nés, ou comme de nouveaux circoncis. Ces personnes sont recherchées par les esprits, bons comme mauvais (sorciers,

djinns). Ils méritent une protection mystique » (Femme, entretien individuel, quartier Liberté, Kayes, 54 ans, 2019).

Cette protection mystique grâce à sa connaissance du surnaturel est le plus souvent difficile à prouver car n'étant pas documentée. Aussi, il est difficile de l'extrapoler à toutes les initiatrices rencontrées.

Parallèlement à la protection, l'épouse bénéficie d'une éducation sur le sens profond du mariage et de mère au foyer. En général, le mariage va au-delà de l'union de deux personnes, il traduit l'alliance des familles et des communautés. Pendant la nuptialité, la jeune mariée reçoit une certaine éducation pour réussir sa vie communautaire. Elle apprend les manières admises, notamment les formules de politesse pour s'adresser à l'époux, aux parents, aux frères, sœurs et amis de celui-ci. Dans l'entretien accordé à un enseignant de Kayes, il ressort que cet enseignement est primordial :

« Une épouse est une étrangère dans sa nouvelle famille d'accueil. Elle y ignore les formules d'usage et de politesse. Quelqu'un doit lui enseigner toutes ces formules » (Homme, entretien individuel, quartier Khasso, 46 ans, 2019).

Cette étude révèle qu'à la base de la socialisation nuptiale du couple à Kayes et Diéma se trouvent essentiellement des logiques comportementales ou physiques (facilitation de la consommation du mariage, surveillance de l'alimentation et l'authentification de la virginité de la mariée) et mentales (la protection pendant la réclusion, l'éducation dans le sens profond du mariage et de mère au foyer). Faisant que le mariage dure et prend un sens, ces logiques s'étendent jusqu'à l'enseignement des méthodes traditionnelles au service de la santé de la reproduction.

2.3. Quelques pratiques au service de la santé de la reproduction

Par pratique sociale, nous entendons un ensemble de manières de faire, d'actions individuelles ou collectives développées et répétées par les individus, pour donner un sens à leur vie sociale. A cet égard, l'initiatrice influence le comportement procréateur du couple, de l'épouse surtout. Cette influence s'exerce à travers les enseignements.

2.3.1. Enseignement à l'hygiène de la voie génitale féminine

Après le rapport sexuel, de nombreuses filles ignorent que la peau au niveau de la zone intime est particulièrement sensible et doit être traitée avec délicatesse. Il n'est pas nécessaire de frotter ou savonner cette zone afin d'éviter de l'irriter, voire causer la sécheresse vaginale. Par ailleurs, l'appareil génital féminin peut retenir le sperme pendant plusieurs jours. Une jeune mariée doit apprendre à se débarrasser le plus vite du sperme à l'intérieur de l'appareil génital en faisant une douche vaginale profonde avec de l'eau claire tout simplement, si elle veut éviter une grossesse. Sont édifiants à cet effet, les propos d'une initiatrice de Kayes :

« Parfois, des épouses se frottent ou savonnent la partie intime ce qui amène des infections compromettant la santé de la reproduction. Nous leur expliquons comment nettoyer cette partie du corps sans danger et leur donnons des potions pour lubrifier l'appareil génital en cas de sécheresse »
(Femme, entretien individuel,

quartier Liberté, Kayes, 53 ans, 2019).

2.3.2. Connaissances des herbes médicinales

La connaissance des herbes médicinales aussi fait partie des compétences de l'initiatrice. Elle utilise des plantes locales pour traiter les diverses mauvaises odeurs, les douleurs, les impuretés, les infections vaginales et utérines. Elle a en effet une « incroyable » connaissance des vertus médicinales de certaines plantes, qui sont en langue bambara le *babi*², le *yirifarani*³, le *mougoudji*⁴. Ces plantes naturelles constituent des remèdes pour des maux allant de la sécheresse vaginale aux règles douloureuses en passant par les impuretés dans l'appareil génital féminin et l'utérus. Dans l'entretien accordé à une jeune enseignante de Diéma, il ressort que :

« Les plantes comme babi, yirifarani ou mougoudji purifient le vagin, nettoient le bassin et lui procurent une bonne odeur »
(Femme, groupe de discussion, quartier Lafiabougou, Diéma, 26 ans, 2019).

Mais, toute herbe médicinale n'est pas nécessairement bonne pour les humains, et certaines plantes peuvent se révéler dangereuses, voire mortelles. C'est le cas de la germandrée petit-chêne (*teucrium chamaedrys*), initialement utilisée sous forme de gélules de poudre brute pour perdre du poids, mais qui est responsable d'hépatites cytolitiques ou de destruction progressive des cellules du foie.

2.3.3. Diverses techniques de contrôle et d'espacement des naissances

² *Babi* : est la racine de vétiver, qui purifie l'appareil urinaire, génital et permet de lutter contre les infections.

³ *Yirifarani* : est un produit à base d'écorces d'arbres ou de plantes, de graines à avaler humidifiant le vagin, améliorant l'odeur de l'urine et de la partie intime. Également, ce produit soulage et traite

les règles douloureuses, nettoie l'utérus et le ventre de toutes impuretés, soigne et nettoie le ventre après l'accouchement.

⁴ *Mougoudji* : est un jus de farine de maïs ayant comme ingrédients le gingembre, le lait, le sucre servant de puissant lubrifiant naturel.

L'initiatrice recourt à diverses méthodes de contrôle et d'espacement des naissances en permettant au couple d'atteindre le nombre souhaité d'enfants et de déterminer l'espacement des naissances. A l'opposé de traiter l'infécondité, elle peut aussi utiliser des méthodes contraceptives comme l'abstinence périodique, l'allaitement maternel prolongé, le « *tafo* », la toile d'araignée, le miel et le jus de citron.

D'abord, l'abstinence périodique, elle consiste à s'abstenir pendant un moment du cycle à l'aide d'un collier de perles de couleurs rouge et blanche pour prévenir une grossesse non désirée. A cet effet, une vieille initiatrice de Diéma dit ceci :

« A l'aide de mon collier de perles, une femme ne mettra jamais d'enfant au monde. Mais, pour que ça marche, elle doit avoir un cycle menstruel compris entre 26 et 32 jours. Le 1^{er} jour des menstruations, elle déplace l'anneau sur la perle rouge et n'évite les rapports sexuels sans protection que pendant les jours correspondant aux perles blanches » (Femme, entretien individuel, quartier Marakaking, Diéma, 63 ans, 2019).

Force est de reconnaître les limites de cette méthode. La réussite est largement tributaire d'un ensemble de conditions comme le cycle menstruel compris entre 26 et 32 jours, la maîtrise parfaite des perles et de leurs couleurs, qui sont par moment difficiles à satisfaire. Également, loin d'être traditionnelle, ce collier pourrait être une forme de mutation du « *tafo* »⁵. Les ONG et les associations auraient pu développer cette pratique améliorée similaire aux anciennes pour faciliter l'adhésion des populations peu alphabétisées à la planification familiale.

⁵ « *Tafo* » : est une ceinture mystique à multiples nœuds produite par l'initiatrice. Cette ceinture aurait un pouvoir contraceptif de durée illimitée tant qu'elle serait portée à la ceinture ou de durée

Ensuite, l'allaitement maternel est une méthode qui consiste à allaiter l'enfant au sein pendant au moins les six (6) premiers mois, voire deux ans. Cela entraîne un retard de retour de couche et donc une période d'anovulation ou de blocage de l'ovulation. Sont illustrateurs à cet effet, les propos d'une vieille initiatrice de Kayes :

« Une femme qui allaite continuellement son enfant a de forte chance de ne pas tomber enceinte. Cette technique renforce le lien mère-enfant et assure une protection du nourrisson par les anticorps contenus dans le lait maternel » (Femme, entretien individuel, quartier Khasso, Kayes, 62 ans, 2019).

Concernant le « *tafo* », c'est une cordelette avec des nœuds, attachée autour du bassin de la femme dont le pouvoir repose aussi bien sur la psychologie que sur les incantations. Une jeune ménagère de Kayes trouve que :

« Le ''tafo'' est un puissant contraceptif traditionnel. C'est une cordelette dont la force repose sur les incantations de l'initiatrice » (Femme, groupe de discussion, quartier Lafiabougou, Diéma, 22 ans, 2019).

Acquis avant pour une compensation discrétionnaire comme signe de bonne volonté, ce « *tafo* » de nos jours se vend à des prix exorbitants de 5 000 FCFA par endroit.

Quant à la toile d'araignée, elle se place dans l'appareil génital féminin de façon à obstruer l'orifice externe du col, empêchant donc la montée des spermatozoïdes. Une initiatrice de Kayes parle de cette toile d'araignée comme :

« D'une technique de barrière. La toile sert de barrière entre l'utérus et

liée au nombre de nœuds. En revanche, la femme remet une somme forfaitaire comme signe de bonne volonté.

les spermatozoïdes » (femme, entretien individuel, quartier Ségou-Légal, Kayes, 71 ans, 2019).

Cependant, les agents actifs de ce dispositif opaque, issu du tissage de l'araignée et enduit de beurre de karité pour obstruer le col ne sont pas identifiés. Ce qui ne signifie pas pour autant qu'il ne représente aucun danger.

Enfin, le miel et le jus de citron peuvent être placés dans l'appareil génital par l'épouse avant l'acte sexuel. Ils entraînent soit une immobilisation des spermatozoïdes (miel), soit une destruction des spermatozoïdes (citron) agissant comme des spermicides. A ce propos, une vieille initiatrice de Diéma rassure que :

« c'est une des techniques héritées les plus efficaces, car il y a une double assurance » (Femme, entretien individuel, quartier Marakaking, Diéma, 62 ans, 2019).

L'on ne peut fermer les yeux sur quelques effets et complications provoqués par ces spermicides comme l'irritation vaginale et des pertes vaginales, une gêne au pénis, la gênante sensation de chaleur dans la partie génitale, la tablette de mousse vaginale ne fondant pas et conduisant parfois à des infections des voies urinaires.

L'étude retient l'éducation à l'hygiène de la voie génitale, les connaissances des herbes médicinales (le *babi*, le *yirifarani*, le *mougoudji*), les diverses techniques de contrôle et d'espacement des naissances (l'abstinence périodique, l'allaitement maternel prolongé, le « *tafo* », la toile d'araignée, le miel et le jus de citron) comme des connaissances concrètes de l'initiatrice au service de la santé de la reproduction.

DISCUSSION

Cette étude a identifié des perceptions (ancienne et moderne) et des logiques socioculturelles (physiques et mentales) de la socialisation reproductive. En somme, les

discussions portent sur ces perceptions et logiques socioculturelles.

3.1. Perceptions de la socialisation nuptiale

Notre étude a conclu au fait que les aînés ont tenté de développer un idéal de socialisation visant la formation de l'homme accompli par laquelle l'identité humaine se révèle, quelles que soient les localités et les manières dont ils procèdent pour mener la tâche éducative. La société impose à l'adolescent ses règles et ses normes. A partir d'un apprentissage, implicite ou explicite, « il doit intérioriser les manières de faire et de penser, les idéaux et les pratiques, les croyances et les rituels conformes à ses milieux de vie et à ses groupes d'appartenance » (G. Vallet, 2009, p. 53-63 ; M. Court, 2019, p. 402-405). Ici, en plus d'être moulé par le groupe, l'individu se soumet à la chaleur de celui-ci, de laquelle il ne peut se détacher. Il obéit aux codes et renonce à son espace individuel. Il vit une double réalité de l'unité et de la totalité : unité des modèles culturels et croyances ; totalité de l'homme qui se donne tout entier, corps et âme, à la chose collective. C'est le respect des principes (comportements sociaux et procréateurs attendus) de la vie en société de son époque qui lui permet de s'intégrer à ce groupe. Cette intégration s'opère par le biais d'institutions et d'agents de la socialisation comme l'aïnesse sociale dont l'initiatrice nuptiale.

Cette vision n'est pourtant pas totalement partagée par E. Kant et M. Mendelssohn (2006, p. 11) et F.M. Arouet, dit Voltaire (2005, p. 135), pour lesquels, « l'adolescent est socialisable par ce qu'il est guidé par la faculté de raisonner ; et sa vie est faite des habitudes, des comportements et passe par l'adaptation à la vie pour se faire éduquer ». Le but de la socialisation chez ces auteurs est

donc de rendre l'adolescent vertueux par l'acquisition des bonnes habitudes de vie. C'est aussi l'éveil critique de celui-ci face aux institutions. Les mœurs véhiculées par les aînés expliquent que les couples se détachent un peu des normes établies par la communauté et de leurs anciens, lesquels envisagent la socialisation strictement dans le cadre collectif. Pour les jeunes, c'est l'adolescent qui doit choisir comme initiatrice une personne familière ou ouverte d'esprit et il faut garder le silence sur la virginité afin d'éviter tout conflit. Les religieux ne diront pas le contraire. En ce sens leurs perceptions ne correspondent pas nécessairement aux normes traditionnellement acceptées.

Il existe un attachement des résidents de Kayes à la socialisation nuptiale tant qu'elle assure la virginité des nouvelles épouses ; alors qu'à Diéma, les jeunes et les religieux dénoncent et rejettent des pratiques déviantes de la socialisation nuptiale, perçues comme facteurs de dévalorisation, voire d'abandon. Cette déviation nous conduit à établir un parallèle entre les concepts tradition, modernité et religiosité. Lorsque la tradition est envisagée du point de vue temporel, elle signifierait ce qui est de l'ordre du passé ; par opposition au présent et au futur. C'est tout ce qui appartient à une époque révolue, et qui par conséquent, reflète une apparence dépassée. On peut aussi entendre un état primitif, voire un état de développement encore rudimentaire. Cet état paraît antinomique à la modernité qui s'oppose au passé ou au dépassé, pour s'identifier au présent ou à l'actuel. Autrement dit, la modernité constituerait ainsi une rupture radicale par rapport à la tradition.

Par ailleurs, la tradition pourrait aussi être envisagée par rapport à la morale ou la religion. Elle aurait alors pour contenu, un

ensemble de normes et de prescriptions destiné à la codification des attitudes et des comportements des individus dans une société donnée. Ici, la morale ou la religion s'opposerait aux valeurs traditionnelles, généralement taxées d'animistes.

Pourtant, il existe également des points de convergences entre ces concepts. Cette convergence est en partie corroborée par Antoine Compagnon (1990, p. 11) qui dénonce la prétention de la nouveauté que revendique la modernité. L'auteur parle notamment de « la superstition du nouveau » pour désigner cette propension au changement qui caractérise la modernité et qui la pousse très souvent au rejet de tout ce qui relève du passé pour ne considérer que l'actuel.

Or, l'expérience commune nous montre que ce qui est moderne aujourd'hui appartiendra au passé demain ; de même ce qui était déjà relégué au passé peut ressurgir pour faire partie du présent. Par exemple, certains styles vestimentaires jadis dépassés finissent par revenir à la mode au présent sans aucune difficulté. Cet exemple montre à suffisance la légèreté d'une rupture radicale entre les termes tradition et modernité.

3.2. Logiques socioculturelles de la socialisation

La socialisation nuptiale du couple à Kayes et Diéma obéit à des logiques comportementales ou physiques (facilitation de la consommation du mariage, surveillance de l'alimentation et l'authentification de la virginité de la mariée) et mentales (la protection pendant la réclusion, l'éducation sur le sens profond du mariage et de mère au foyer). Ces logiques font toutes que le mariage dure et prend un sens.

Cette position n'est pas totalement partagée par R. Le Coadic (2009, p. 317-340) et N. Ramognino (2007, p. 13-41), pour lesquels « les déterminants socioculturels de la socialisation évoluent avec une exigence de justice (un projet de réduction des inégalités sociales) ». C'est vrai que de nos jours, la charge de l'initiatrice est de moins en moins importante. L'accaparement des mauvais esprits du couple est désormais considéré comme une vieillerie sans fondement. L'épouse rarement exprime le besoin d'être légère comme son alimentation. C'est pourquoi, rares sont les familles qui aujourd'hui font de la virginité des filles une question d'honneur. Elles se soucient peu de la couleur du pagne nuptial. Les relations sexuelles sont de plus en plus banalisées. Des filles de plus en plus adolescentes ont des relations sexuelles avec plusieurs partenaires et bien avant le mariage. L'initiatrice ose rarement exhiber le pagne nuptial ensanglanté d'une adolescente déjà mère d'un ou de plusieurs enfants.

CONCLUSION

La socialisation nuptiale du couple est perçue diversement selon les époques. Les aînés perçoivent la socialisation nuptiale comme une pratique sociale utile qu'il faut perpétuer afin de préparer l'épouse pour la vie sociale et communautaire. En revanche, pour les cadets, cette socialisation est devenue une pratique statique qui s'ouvre peu aux autres modes de vie dans le cadre de l'inculturation et de l'éclosion des valeurs de liberté. Aussi, on constate une diversité de perceptions selon la localité de résidence. Contrairement à Kayes où des jeunes gens imposent la nuptialité aux épouses et à leurs familles afin de s'assurer la virginité, Diéma semble souffrir davantage de la déformation

de la pratique. Les religieux y mènent la vie dure à l'initiatrice.

La socialisation nuptiale à Kayes et Diéma obéit à des logiques comportementales ou physiques (facilitation de la consommation du mariage, surveillance de l'alimentation et l'authentification de la virginité de la mariée) et mentales (la protection pendant la réclusion, l'éducation dans le sens profond du mariage et de mère au foyer.)

L'éducation à l'hygiène vaginale, les connaissances des herbes médicinales (le babi, le yirifarani, le mougoudji), les diverses techniques de contrôle et d'espacement des naissances (l'abstinence périodique, l'allaitement maternel prolongé, le « tafo », la toile d'araignée, le miel et le jus de citron) sont quelques connaissances concrètes de l'initiatrice au service de la santé de la reproduction.

Cependant, le sens de cette recherche n'est pas d'opposer les pratiques traditionnelles aux pratiques modernes de la socialisation nuptiale, mais de créer une complémentarité entre elles. De ce fait, il faut distinguer les pratiques qui apparaissent conformes aux valeurs et aux principes acceptés, afin de tirer le maximum de profits.

Néanmoins, la socialisation reproductive des adolescents nécessite d'autres recherches complémentaires pour résoudre les problèmes de santé et de bien-être social auxquels ils sont confrontés.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

COMPAGNON Antoine, 1990, Les cinq paradoxes de la modernité, Paris, Éditions Du Seuil.

DARMON Muriel, 2008, La Socialisation, Paris, Armand Colin.

- DUBAR Claude, 2015, *La Socialisation : Construction des identités sociales et professionnelles*, 5^e Édition, Paris, Armand Colin.
- KANT Emmanuel et MENDELSSOHN Moses, 2006, *Qu'est-ce que les Lumières ?* Paris, Édition Fayard/Mille et une Nuits, La Petite collection.
- COURT Martine, 2019, « Thibaut : grandir à la ferme » In LAHIRE Bernard (dir.), *Enfances de classe. De l'inégalité parmi les enfants*, Paris, Seuil, p. 373-417.
- BLAIS Mireille, MARTINEAU Stéphane, 2006, « L'analyse inductive générale : description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes », *Recherches qualitatives*, vol. 26, n° 2, p. 1-18.
- DESLANDES Rollande et CLOUTIER Richard, 2005, « Pratiques parentales et réussites scolaires en fonction de la structure familiale et du genre des adolescents », *Revue française de pédagogie*, n° 151, p. 61-74.
- EMMANUELLI Michèle, 2005, « Les issues du travail psychique de l'adolescence », *Psychologie clinique et projective*, vol. 1, n° 11, p. 257-275.
- HABETS Isabelle, 2011, « Adolescence : Quand les revendications à l'autonomie dénoncent un manque d'appartenance », *Thérapie familiale*, vol. 32, n° 4, p. 479-492.
- HOFFMAN Martin L., 2006, « L'empathie, ferment de la moralité », *Cerveau et Psycho*, n°16, p. 48-53.
- LE COADIC Ronan, 2009, « L'autonomie, illusion ou projet de société ? » *Cahiers internationaux de sociologie*, vol. 2, n°121, p. 317-340.
- RAMOGNINO Nicole, 2007, « Normes sociales, normativités individuelle et collective, normativité de l'action », *Langue et Société*, vol.1, n° 119, p. 13-41.
- RIUTORT Philippe, 2013, « La Socialisation : Apprendre à vivre en société », *Premières leçons de sociologie*, p. 63-74.
- VALLET Guillaume, 2009, « Corps et socialisation », *Idées économiques et sociales*, vol.4, n° 158, p. 53-63.
- SABATIER Colette et LANNEGRAND-WILLEMS Lyda, 2005, « Transmission of family values and attachment: A French Three-Generation study », *Applied Psychology*, vol. 54, issue 3, p. 378-395.
- PROGRAMME DE DEVELOPPEMENT ÉCONOMIQUE, SOCIAL ET CULTUREL (PDSEC), 2010, *Cercle de Diéma, Kayes*.
- PROGRAMME DE DEVELOPPEMENT ÉCONOMIQUE, SOCIAL ET CULTUREL (PDSEC), 2011, *Commune urbaine de Kayes, Kayes*.
- RECENSEMENT GÉNÉRAL ET DE LA POPULATION ET DE L'HABITAT (GRPH), 2009, *Résultats provisoires, Bamako*.



PRATIQUES TRADITIONNELLES ET MODERNES DE CONTRACEPTION CHEZ LA FEMME RURALE AU MALI : L'EXEMPLE DE LA COMMUNE DE SANANDO

TRADITIONAL AND MODERN CONTRACEPTIVE PRACTICES AMONG RURAL WOMEN IN MALI: THE EXAMPLE OF THE COMMUNE OF SANANDO

¹DIALLO Issa et ²GUINDO Abdoulaye

¹Docteur en Sociologie de la santé, Maître-assistant, Faculté des Sciences Humaines et des Sciences de l'Éducation (FSHSE), issosfr@yahoo.fr

²Docteur en anthropologue, Maître-assistant, Faculté des Sciences Humaines et des Sciences de l'Éducation (FSHSE), chercheur associé à l'UMI Environnement, Santé, Sociétés 3189, abloguindo@yahoo.fr

DIALLO Issa et GUINDO Abdoulaye, Pratiques traditionnelles et modernes de contraception chez la femme rurale au Mali: l'exemple de la commune de Sanando, *Revue Espace, Territoires, Sociétés et Santé* 3 (6), 133-151, [En ligne] 2020, mis en ligne le 31 Décembre 2020, consulté le 2021-01-10 12:38:11, URL: <https://retssa-ci.com/index.php?page=detail&k=127>

Résumé

Cet article aborde la contraception chez les femmes de la commune rurale de Sanando au Mali. L'objectif est de répertorier les pratiques traditionnelles et modernes existantes dans la commune, d'analyser leur efficacité et enfin cerner les perceptions des femmes relatives à ces pratiques. Pour ce faire, la méthode qualitative a été exclusivement utilisée, ce qui nous a permis de faire une analyse plus fine de la question. A cet effet, le guide d'entretien qui était de type semi-directif, a servi d'instrument de recherche. A la fin de ce travail, les résultats révèlent que les pratiques traditionnelles d'espacement de naissance sont relatives à des plantes, à des gris-

gris, à la pratique du coït interrompu et au séjour de la femme chez sa belle-mère, tandis que celles qui sont relatives à la modernité utilisent des implants, les injections et les comprimés. S'agissant de l'efficacité des deux pratiques, les pratiques traditionnelles sont en voie de déperdition tandis que les pratiques modernes sont les plus convoitées. Quant aux perceptions, les femmes pensent que les pratiques traditionnelles n'ont pas d'effets nuisibles sur leur santé, par contre dans le cadre des pratiques modernes, les enquêtées semblent ne pas avoir le choix, elles se caractérisent, selon elles, par son efficacité mais avec des effets secondaires nocifs pour la santé.

Mots clés : Contraception, pratiques traditionnelles, pratiques modernes, femmes, Sanando

Abstract

This article discusses contraception among women in the rural commune of Sanando in Mali. The objective is to list the traditional and modern practices existing in the commune, to analyze their effectiveness and finally to identify women's perceptions of these practices. To do this, the qualitative method was used exclusively, which allowed us to make a more detailed analysis of the issue. For this purpose, the

interview guide, which was semi-directive, was used as a research instrument. At the end of this work, the results reveal that the traditional practices of birth spacing are related to plants, greys, the practice of interrupted coitus and the woman's stay with her mother-in-law, while those related to modernity use implants, injections and tablets. With regard to the effectiveness of both practices, traditional practices are in the process of being lost while modern practices are the most coveted. As for perceptions, the women believe that traditional practices do not have harmful effects on their health, whereas in the case of modern practices, the respondents seem to have no choice; they are characterized, according to them, by their effectiveness but with harmful side effects on health.

Keywords: Contraception, traditional practices, modern practices, women, Sanando

INTRODUCTION

En Afrique, la contraception occupe une place dans les politiques de santé publique. Les taux élevés de mortalité maternelle et infantile justifient l'attention accordée à ce sujet et souligne l'ampleur des défis (Coulibaly, 2014, p. 665). Quelques statistiques suffiraient à étayer nos propos. Selon L. Alkema et al. (2016, p.464), chaque jour dans le monde, 200 millions de femmes sont enceintes et parmi celles-ci, plus de 600 000 décèdent. La répartition des causes de ces décès montrent que 536 000 sont liés aux complications de l'accouchement et de la grossesse et 70 000 liés aux complications de l'avortement. L'Afrique subsaharienne représente près de 47% de ces décès alors qu'elle ne concentre que 14% de la population mondiale (Guengant, 2018, p.12). En Afrique, 1,2 millions de décès néonataux sont également enregistrés chaque année (USAID, 2013, p.7). Au Mali, selon les résultats de l'Enquête Démographie et

de Santé (EDS M IV, 2006, p.30), le ratio de mortalité est 464 pour 100 000 naissances vivantes. Pour la même année, 46 décès d'enfant de 0 à 28 jours sont enregistrés sur 1000 naissances vivantes contre 35 décès selon l'EDS V 2012-2013.

Bien que l'offre de santé soit globalement insuffisante, la répartition de ces décès montre de très fortes inégalité entre les milieux urbains et ruraux (Jaffré, 1999, p.7). Par exemple, au Mali, en 2009, la mortalité maternelle était de 555 décès pour 100 000 naissances vivantes contre seulement 115 décès en milieu urbain (RGPH, 2009, p.39). Ainsi que l'indique ces chiffres, le rapport de la mortalité maternelle en milieu rural est presque le quadruple de celui observé en milieu urbain. On peut ajouter un autre aspect, celui relatif aux décès féminins. En effet, sur dix décès féminins, trois sont liés à des causes maternelles dans l'ensemble. En milieu rural, sur dix décès de femmes, cinq sont imputables à la grossesse et à l'accouchement contre seulement une femme sur dix en milieu urbain (RGPH, 2009, p. 40).

Dans une de ces publications, au titre évocateur, « les contraceptifs sauvent des vies », le Fonds Mondial pour la Populations (UNFPA, 2012, p.1), a expliqué que l'écart des taux de décès entre les milieux ruraux et urbains est lié au manque d'accès à la planification familiale pour les femmes qui veulent retarder ou prévenir une grossesse. Il estime qu'en éliminant les grossesses non désirées, la planification familiale réduit les taux de mortalité maternelle et néonatale et améliore la santé et le bien-être des femmes et de leurs enfants.

Mais plus de 222 millions de femmes, dans les pays en développement, voulant retarder ou éviter une grossesse n'arrivent pas à le faire (UNFPA, 2012, p.2). Deux raisons sont avancées

pour expliquer cette situation. La première est liée au fait qu'elles n'y arrivent parce qu'elles n'y ont pas accès expliquant ainsi le faible taux de recours des femmes rurales aux méthodes de contraception. À titre indicatif, dans le cadre d'une enquête sur les « Facteurs Explicatifs de la Pratique Contraceptive Moderne des Femmes Fréquentant les Formations Sanitaires du District de Youwarou au Mali », O. Sylla *et al.* (2019), ont montré que le taux de l'utilisation des méthodes contraceptives modernes était faible en milieu rural soit 1,07%. Ce chiffre est en dessous de la moyenne nationale qui est de 9,6% (EDM-V 2012-2013). Une autre étude, un peu plus ancienne a également souligné un écart important entre Bamako, la capitale du Mali et les autres régions en matière d'utilisation de méthodes de planification familiale moderne. Ainsi, en 2006, alors que 14% de femmes de la région de Bamako recouraient à une méthode contraceptive moderne pour espacer les naissances, à Mopti, une région située au centre du Mali se trouvant à plus 400 km de Bamako, seulement 2% avaient recours à ces mêmes moyens pour satisfaire les mêmes besoins (Mariko, *et al.*, 2009, p.9).

La faible prévalence contraceptive a suscité des réflexions et interrogations de la part de divers acteurs dont les chercheurs, les politiques, la société civile et plus largement la communauté internationale qui s'interrogent tous sur les mécanismes de solutions. Les multiples initiatives prises en faveur de la Planification Familiale (PF) témoignent de l'engagement de ces acteurs. C'est ainsi qu'au Mali, le Programme National de Planification Familiale (PNPF) a été mis en place par le Ministère de la santé, celui-ci est appuyé dans cette tâche par de nombreuses organisations non gouvernementales (ONG) telles que l'Association Malienne pour la

Protection et la Promotion de la Famille (AMPPF), l'Association pour le Soutien du Développement des Activités de Population (ASDAP), le Groupe Pivot /Santé population etc. Le programme est également soutenu par les organisations internationales (FNUAP, OMS, UNICEF), la coopération bilatérale (Allemagne, Canada, Pays-Bas, Suisse et USAID); et beaucoup d'autres acteurs « nationaux » comme les parlementaires, la société civile et les Ministères s'occupant des départements : éducatif, du plan, de la jeunesse et du sports, de la communication, de la promotion de la femme, de l'enfant et de la famille.

L'organisation de tables rondes sur la PF avec les médias (télévision, radio), des caravanes des jeunes sur la PF, l'organisation des plaidoyers dans les régions, des campagnes publicitaires avec les affiches etc. sont entre autres des activités de promotions qui s'inscrivent dans ce cadre. En termes d'effets, l'organisation de ces activités et bien d'autres ont permis de faire avancer la consommation de certains produits, par exemple, le nombre de couple-année de protection (CAP) pour l'ensemble des quatre méthodes modernes les plus répandues (pilule, injectable, implant, Dispositif Intra Utérin (DIU)), a plus que doublé pendant la période 2009 à 2012. On note que ce progrès est dû particulièrement à l'utilisation des implants, qui a représenté près de la moitié du total des CAP réalisés en 2009 (Bijlmakers *et al.*, 2012, p. 12). Sur le plan des effets de la contraception sur le mouvement de la population, on estime qu'en 2009, l'utilisation de la contraception a permis d'éviter 16 000 grossesses non désirées, 12 000 naissances, 175 avortements, 1 200 cas de décès d'enfants de moins d'un an, 2 300 cas de décès d'enfants de moins de cinq ans et 100 cas de

décès maternels au Mali (Bijlmakers et *al.*, 2012, p. 15).

La seconde est liée aux craintes que les femmes ont des effets secondaires des produits contraceptifs. Dans ce cadre, les travaux d'A. Coulibaly (2014, p. 674), ont révélé que plusieurs femmes refusent d'utiliser les produits de contraception à cause des effets secondaires qu'ils produisent sur leurs corps notamment la surcharge pondérale, les vomissements, les nausées, les maux de tête, les aménorrhées, les saignements vaginaux, les règles ininterrompues, etc. La même source indique que ces désagréments font l'objet de plaintes quotidiennes adressées aux agents de santé qui proposent peu de solutions aux femmes.

En milieu rural, l'exceptionnalité de l'utilisation des produits contraceptifs par les femmes se double des difficultés spécifiques d'accès dans des contextes de ressources limitées.

L'ambition de cet article est de contribuer à renforcer cette faiblesse caractérisant les recherches sur la perception des femmes sur les produits contraceptifs. Il prolonge les différentes réflexions sur la PF au Mali en s'écartant de ces larges approches pour s'intéresser à la façon dont les femmes rurales perçoivent les produits de contraceptifs et quel usage elles en font.

Concrètement, nous avons choisi d'analyser ce qui se dit et ce qui se fait des produits de contraception modernes et traditionnelles dans une perspective de déterminer les préférences chez les femmes rurales en matière de méthodes de PF.

1. METHODOLOGIE

1.1. Présentation de la zone d'étude

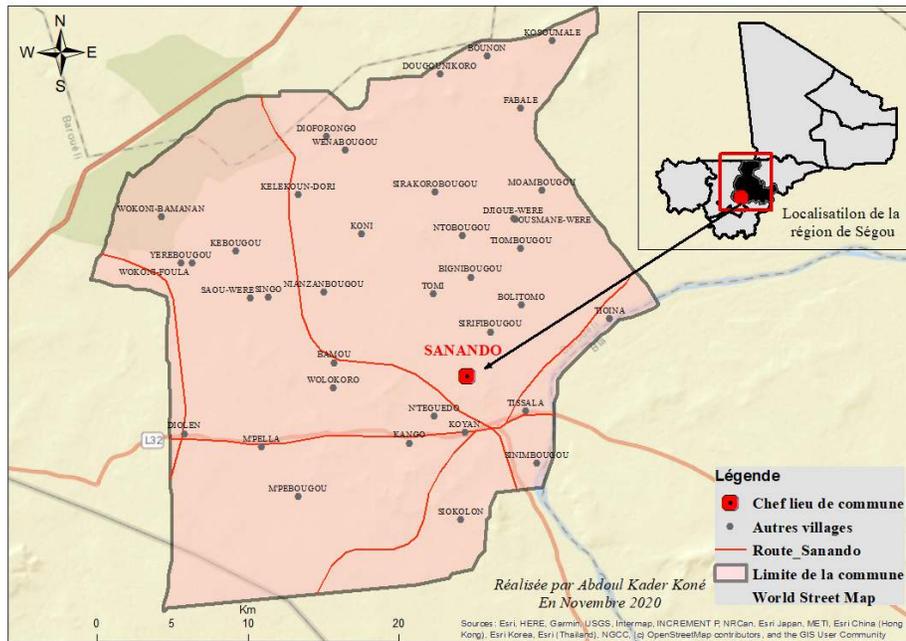
La commune rurale de Sanando est située à 65 km à l'Est de son chef-lieu de cercle (préfecture

de Barouéli) et à 65 km au Sud-ouest de la Région de Ségou (Carte n°1). Elle a été créée par loi N°96-059 du 4 novembre 1996 et est limitée au Nord par la commune rurale de Konobougou et de Barouéli centrale, au Sud par la commune rurale de Gouendo, à l'Ouest par la commune rurale de Konobougou et de Barouéli centrale et à l'Est par la commune rurale de Falo (préfecture de Bla). La sous-préfecture de Sanando compte quatre communes (N'gassola, Gouendo, Tessériila et Sanando) et la commune rurale de Sanando compte 38 villages.

La commune compte 20 005 habitants selon le RACE (Recensement Administratif à Caractère Electoral) de 2001. La commune est composée de Bambara, de Peulh et de Soninké. Malgré cette diversité ethnique, le bambara est la principale langue de communication.

L'agriculture est la principale activité des populations de la commune. Au plan religieux, la commune est essentiellement composée de musulmans mais la croyance aux cultes ancestraux est une réalité. Malgré cette réalité, certaines Organisation Non Gouvernementales (ONG) comme MARIE STOP, ONG anglaise présente dans plus de 38 pays et qui promeut la santé sexuelle et reproductive, sensibilisent les jeunes sur les avantages des méthodes modernes de contraception.

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



1.1. Processus de collecte des données

L'enquête s'est déroulée en mars 2018. Elle a été menée sur une durée de deux semaines. Au plan géographique, nous avons choisi cinq villages (Sanando, Koyan, Tissala, Sérifébougou et Tomi) sur les 38 que compte la commune en raison de leur proximité avec le Centre de Santé Communautaire du chef-lieu de commune (Sanando).

L'approche qualitative a été retenue. Elle a consisté à donner la parole à la population concernée par notre étude afin de connaître leurs perceptions et leurs expériences en matière de contraception. Une telle approche nous permet de parvenir à une compréhension plus approfondie de l'évolution de la perception de ce phénomène. Les études qualitatives sont

surtout pertinentes quand il s'agit d'étudier et de comprendre les phénomènes sociaux (Massé, 1995, p.12). Contrairement aux études quantitatives, qui cherchent le plus souvent à montrer le nombre et l'ampleur d'un phénomène, les études qualitatives, cherchent plutôt à comprendre le phénomène dans son contexte (Thagaard, 2003, p.25). Notons également que ce type de méthodologie permet avec un échantillonnage relativement peu étendu d'explorer un domaine encore moins étudié. L'enquête concerne deux catégories de cibles : les cibles primaires et secondaires. Les cibles primaires étaient composées de femmes mariées en âge de procréer (15-49 ans.) La tranche d'âge ainsi définie est d'autant plus importante du fait qu'elle soit directement concernée par la mortalité maternelle et néonatale. Ce qui fait que les

messages d'Information d'Éducation et de Communication (IEC) sur la Planification Familiale (PF) leur sont destinés. Pour toutes ces raisons, recueillir leurs avis sur les contraceptifs nous a semblé important. Notre échantillon comprend 48 femmes. Cet échantillon était fonction du temps imparti pour le travail et des moyens économiques déployés. Ces femmes ont été réparties entre les villages de la manière suivante : 10 femmes ont été interrogées à Sanando, 10 à Koyan, 10 à Tissala, 10 à Tomi et 8 à Sérifébougou. Sérifébougou ne compte que huit femmes car il est moins peuplé que les autres villages. Ces femmes ont été choisies au hasard au regard de leurs occupations champêtres. Ceci a eu l'avantage de donner la chance à un grand nombre de femmes de figurer dans l'échantillon.

Pour faire partie de l'enquête, les femmes devaient être mariées et bénéficiaires des services des initiatrices nuptiales. Il fallait également cumuler un minimum six années de résidence dans la commune.

Au cours de cette recherche de terrain, c'est l'entretien semi-direct qui a été utilisé, car il permet de traiter le sujet en profondeur. Ces entretiens se sont déroulés dans la journée avec l'implication des responsables des groupements de femmes qui nous ont aidés à mobiliser les femmes des quartiers. Les thématiques suivantes ont été abordées avec les 48 femmes :

- pratiques de contraception traditionnelles/modernes ;
- leur effectivité ;
- perception des femmes des pratiques de contraception

Quant aux cibles secondaires, elles constituent les personnes ressources. Il s'agit précisément des leaders religieux (six (cinq imams, un chrétien), des fabricants de tafo (deux), des initiatrices nuptiales (« magnan maka muso » (deux) et un relais de santé. Ces personnes ont été choisies en fonction de leur niveau de connaissance sur le sujet.

En ce qui concerne les leaders religieux, les questions posées étaient relatives à la position de l'islam et du christianisme par rapport à la contraception et des pratiques contraceptives en vigueur dans la commune de Sanando. Avec les fabricants de tafo, des initiatrices nuptiales et le relais de santé, les questions ont porté sur l'existence des pratiques traditionnelles (de bons fabricants existent-ils de nos jours ?), l'efficacité des produits et le niveau de convoitise des pratiques traditionnelles/ pratiques modernes chez les femmes mariées. Pour les personnes ressources, certaines ont été interrogées la nuit à domicile.

1.2. Méthode d'analyse des données

L'analyse des données a commencé par la transcription des enregistrements issus des entretiens individuels. Cette transcription s'est faite sur un fichier Word. Par rapport à un plan de rédaction qui a été élaboré en tenant compte des différentes variables du guide d'entretien, nous avons procédé à une exploitation des données par leur triangulation. Elle a consisté à épurer les données en éliminant les répétitions et les renseignements qui n'intéressaient pas l'analyse. C'est à la suite de cette activité que nous avons procédé à la rédaction de notre article descriptif et analytique, appuyé

par des extraits des verbatims issus des entretiens individuels.

1.3. Quelques considérations éthiques

La décision de faire partie de l'étude appartenait à chaque individu et c'était une démarche purement volontaire. Une fiche de consentement éclairé été soumis au préalable aux enquêtés qui ont signifié leur accord avant le début des enquêtes. A la fin de chaque entretien individuel un kit composé de savons (pour les femmes) et ou du thé (pour les hommes) a été remis à chacun des participants en guise de compensation pour le temps consacré à l'enquête.

Les participants ont par ailleurs eu la garantie que les informations recueillies feront l'objet d'un traitement confidentiel et ne feront l'objet d'aucune divulgation.

2. RESULTATS

2.1. Pratiques traditionnelles de contraception

Certains fruits et plantes contraceptifs permettent l'espacement des naissances. Ils ont donc une possibilité substantielle de permettre à la femme d'éviter de tomber enceinte à l'issue d'une relation sexuelle pendant la période féconde. Les enquêtes ont pu identifier quelques types de fruits, de plantes et d'amulettes contraceptives.

2.1.1. Fruits de Tomo ntigi (ricinus communis) et balan balan (cassia occidentalis)

Pour espacer les naissances, la plante tomo ntigi est beaucoup citée par les enquêtées. Elle consiste pour la femme d'avalier son

fruit. Le nombre de fruits avalés équivaut au nombre d'années effectué sans enfant. AK, originaire de Tissala confirme cette pratique, du moins théoriquement :

« Il y a un fruit dont la plante pousse sur le dépôt d'ordures. Son nom est tomo ntigi. Si tu avales un fruit, cela équivaut à un an d'espacement entre les naissances, deux fruits à deux ans. Le nombre de fruits avalés équivaut au nombre d'années d'espacement ».

Parallèlement, une autre plante connue sous le nom vernaculaire de balan balan, joue la même fonction. A.H, du village de Sérifibougou, ayant bénéficié des encadrements d'une initiatrice nuptiale, affirme que : « pour la contraception, mon initiatrice nuptiale m'a conseillée l'utilisation des graines du balan balan, une plante locale. Le nombre de graines avalées correspond au nombre d'années sans grossesse ».

Ce qui est visible, à l'analyse de ces discours, les plantes en question n'ont pas été utilisées par ces femmes. Pourtant, elles sont faciles à trouver malgré le déboisement fréquent et leur acquisition n'occasionne aucun frais. Au-delà de ces plantes, les gris-gris sont aussi utilisés comme méthode traditionnelle de contraception.

2.1.2. Tafos

Les tafos, sont des objets contraceptifs. Le plus souvent, c'est un fil de coton (de filage traditionnel) sur lequel on récite des incantations tout en confectionnant des nœuds. L'objet confectionné doit être amené par la bénéficiaire chez un cordonnier pour être enrôlée dans une peau

d'animal. La femme l'attache autour de sa taille. Tant qu'elle le porte, il n'y a aucune possibilité de tomber enceinte.

Le problème fondamental est qu'aujourd'hui, les dépositaires de ces savoirs sont rares. La plupart de ces connaisseurs meurent avec leur savoir sans une réelle transmission à leurs descendants ou d'autres personnes de confiance. A.S, du village de Sérifibougou, est parmi ceux-là qui fabriquent le tafo dans la localité. Il dégage les différentes fonctions de cet objet qui est d'une certaine utilité. Selon lui, le tafo est utilisé pour se donner une certaine assurance face à une fille imprudente qui a l'âge de procréer :

« En ce qui concerne la contraception sur le plan traditionnel, je peux le faire. Aujourd'hui, il n'est pas facile de contrôler un enfant. Donc si certains parents soupçonnent leur fille, ils viennent me voir. Et je fabrique le " tafo " pour elle. La fille l'utilise (en la portant au niveau de la ceinture) jusqu'à son mariage, mais une fois au foyer, elle peut l'enlever pour faire les enfants ».

Egalement, au cas où une femme a des enfants rapprochés, l'objet en question leur permet d'espacer les naissances en vue d'un épanouissement des enfants. Selon AS le même fabricant, le tafo sert à espacer les naissances :

« Certaines femmes aussi ont des enfants d'âge rapproché. Dans de tel cas, elles viennent me voir et je fais le " tafo " pour elles. Quand elles trouveront que l'enfant a atteint une certaine maturité et qu'elles veulent en faire, elles l'enlèvent et font leur enfant ».

La même pratique permet d'arrêter l'évolution, autant que la femme veut, d'une grossesse déjà contractée. Cette pratique est surtout convoitée par les parents qui sont face à une humiliation : celle d'avoir la grossesse avant le mariage. AS dégage une autre vertu de son tafo en ces termes :

« Ce tafo peut également faire stagner (bloquer) une grossesse. Quand une femme se rend compte que sa fille est enceinte et que cette grossesse n'est pas constatable physiquement, elle vient me voir. Je leur donne le tafo et la progression de la grossesse s'arrête jusqu'après le mariage. Arrivée chez le mari, la fille enlève le tafo et continue normalement sa vie ».

Le tafo a généralement des interdits. La femme ne doit pas, par exemple, se rendre au cimetière quand elle le porte. Mais, cet interdit relatif au cimetière ne concernent pas les musulmanes parce qu'elles ne vont pas au cimetière pour les enterrements. Cet interdit concerne plus les chrétiennes.

Par ailleurs, avec les changements socioculturels intervenus au niveau des villages, les femmes qui mènent des rapports extraconjugaux sont de plus en plus nombreuses. La pratique du tafo suscite de plus en plus d'engouement à cet effet chez ces femmes.

Au-delà de ces pratiques, d'autres existent. Elles sont relatives au retrait de l'homme au moment de l'éjaculation, le déménagement momentané de la femme chez sa belle-mère.

2.1.3. La pratique du coït interrompu et le séjour de la mariée chez la belle-mère (la quarantaine)

Comme pratique de contraception traditionnelle, certains leaders religieux ont parlé de retrait au moment de l'éjaculation (coït interrompu). Au moment de l'éjaculation lors du rapport sexuel avec la conjointe, le mari retire le sexe du vagin. Cela avait pour objectif d'éviter d'engrosser la femme afin d'espacer les naissances et garantir la santé de la mère. Le risque à ce niveau peut être grand si l'homme se laisse dominer par son plaisir. Une lenteur constatée dans ce retrait peut conduire à une grossesse non désirée. Un autre méfait de cette pratique est l'interruption à court de chemin du plaisir.

Une autre méthode d'espacement de naissance est le déménagement de la femme chez la belle-mère communément appelé la quarantaine. Ceci a l'avantage de séparer la femme du mari en réduisant la fréquentation. Dans la localité, cette stratégie ressemble un peu à la méthode de sevrage d'un enfant. DC pense qu' : « on prône d'abord la tradition » car « chez nous, quand la femme accouche, elle doit partager la chambre avec sa belle- mère ».

En faisant une analyse, ces pratiques traditionnelles ont aujourd'hui connues des changements. La première forme, même si elle est encouragée par certains religieux, est de plus en plus abandonnée parce qu'elle est un exercice difficile à faire. L'usage du préservatif masculin a été d'un apport considérable pour son abandon progressif. La deuxième semble aussi désuète au regard de l'influence des religions révélées

(l'islam et le christianisme). En effet, face à la cherté de la vie, au risque de débauche de la mariée une fois chez sa mère, la pratique est découragée.

Après l'identification des pratiques traditionnelles de contraception, il est utile cependant de parler de leur effectivité dans la commune.

2.2. Effectivité des pratiques de contraception

2.2.1. Les contraceptifs traditionnels : un contrat générationnel

Cette partie aborde la problématique de l'effectivité et du fonctionnement des pratiques traditionnelles de conception. A ce niveau, la remarque est de taille : les villages qui étaient considérés dans le temps comme des réservoirs de savoirs locaux en la matière, sont malheureusement en train de perdre ces pratiques traditionnelles. Ainsi, celles-ci sont délaissées au profit de celles modernes. Cet abandon progressif s'expliquerait par les nombreuses campagnes de sensibilisation menées par l'Etat et les ONG. En effet, ces pratiques sont abandonnées au point que beaucoup d'enquêtés ont des difficultés à les reconnaître pour ne les avoir pas utilisées. BC, du village de Sanando, affirme : « Je ne connais pas les pratiques traditionnelles. Mais je sais que ça existe ». Dans ce même ordre d'idée, BD, du village de Koyan ajoute : « Dans les causeries, on me parle de l'existence de ces pratiques mais je n'en ai jamais vues de mes yeux. (...) ».

La première enquêtée croit en son existence même si elle ne connaît pas la pratique. La

seconde, quant à elle, a appris son existence lors de causeries mais ne les a jamais vues de ses yeux. Qu'est ce qui peut expliquer cette situation dans une localité pourtant encrée dans la tradition ? Qu'est ce qui s'est passé entre temps pour que ces enquêtées ne puissent pas prendre connaissance de ces pratiques alors qu'elles y vivent depuis leur tendre enfance ? Ces questionnements trouvent leurs réponses dans le changement profond qu'ont subies les sociétés traditionnelles d'une part et d'autre part par le fait que ces enquêtées ne soient pas certainement imprégnées des réalités de leur société. L'hypothèse d'une tentative de léguer leur propre culture au second plan est plausible. Cette thèse de l'acculturation trouve sa confirmation chez cette enquêtée de Tissala, AD : « Ma grande mère me parlait des méthodes traditionnelles de contraception. Mais en vérité, j'étais trop petite et je n'ai rien compris. Elle faisait ces pratiques. Mais je ne m'y intéressais pas ». Dans ce discours, l'enquêtée a eu la chance d'avoir dans sa famille une grand-mère qui savait confectionner la contraception traditionnelle mais elle n'en a jamais profité du fait de son jeune âge. Elle renchérit : « On me dit qu'un des membres de notre famille possède cette même connaissance de la grand-mère ». Pourquoi ne s'est-elle pas intéressée à ce savoir lorsqu'elle a grandi ? Parce que, dit-elle : « J'ai un penchant pour la méthode moderne que la méthode traditionnelle ». KT, du village de Tissala, quant à elle explique vaguement et à l'allure d'un conte son niveau de connaissance de cette pratique traditionnelle :

« Autrefois, il paraît qu'on faisait la contraception avec un fruit d'arbre (ce produit était utilisé dans le to et on l'avalait). Je ne connais pas le nom de cet arbre. Il paraît que si l'on utilise trois fruits de cet arbre, on doit faire trois ans sans avoir un enfant. Le nombre de fruits détermine le nombre d'années sans conception d'enfant ».

Cette enquêtée s'exprime avec une certaine incertitude. Même si elle ne le dit pas avec précision, ce qui dénote de sa méconnaissance de cette méthode.

A l'analyse de ces discours, les enquêtées ont atteint l'âge de la majorité. Parmi les personnes interrogées, il y en a qui ne connaissent pas du tout la pratique traditionnelle, d'autres ont une idée vague mais ne s'y intéressent pas. Cet état de fait ne soulève-t-il pas des inquiétudes ? Assurément oui, si nous savons que cette pratique traditionnelle présente des avantages qui permettront de booster les indicateurs peu reluisants en matière de contraception. Nous assistons à une certaine déperdition des pratiques traditionnelles de contraception comme nous démontrent ces discours.

Par ailleurs, si les pratiques traditionnelles sont en voie de déperdition, force est de constater que celles modernes sont convoitées et expriment une certaine ascension par rapport aux premières.

2.2.2. Les contraceptifs modernes, une pratique en pleine évolution

Dans la commune rurale de Sanando, trois formes de pratiques modernes sont

répertoriées à savoir : les implants communément appelé en langue locale allumétini, les injections et les comprimés. KT, du village de Tissala note : « Je sais qu'il y a « allumétini » (implant), les comprimés et les piqûres. J'ai l'habitude de faire la piqûre, c'est elle qui m'a plu. Elle est passable. Elle peut interrompre les règles pendant un mois ». RT, du même village, abonde dans le même sens mais se montre plus méfiante en ce qui concerne le port du tafo : « En plus de la piqûre, il y a les comprimés, alumétini et autres. Pour les produits nouveaux, je ne vois pas de problème ».

Quant à l'effectivité de ces pratiques les sensibilisations menées par l'Etat et ses partenaires autour de cette contraception a été une réussite au niveau de la commune. En effet, les populations de la commune ont un penchant sur la moderne que sur la traditionnelle. Les populations, dans leur choix, donnent une importance particulière aux injections et aux implants. Ainsi, AD du village de Tissala note que :

« Je connais les injections et les comprimés dans le cadre des pratiques modernes de contraception. Mais ma préférence ce sont les injections. Mon mari étant un agent de santé à la retraite, me les recommandent ». Le choix de cette enquêtée s'explique par le fait que les injections sont sûres et la question d'oubli relative à son administration est moins évoquée, or les comprimés sont caractérisés par une possibilité d'oubli, car la dose doit être prise tous les jours. Aussi, l'enquêtée subit une influence de la profession de son mari qui relève du domaine biomédical. Cette influence est aussi notée par une autre

femme de Tissala, qui, cette fois, est elle-même relais de santé. Elle affirme :

« Je suis un relais de santé. Dans nos causeries avec les populations, nous abordons les questions de contraception. Tous les trois mois, les femmes doivent faire les injections contraceptives. Cela a pour but d'espacer les enfants et de mettre à l'aise les femmes (...). Cependant, nous leur demandons de le faire en accord avec leurs maris. Quant à moi-même, je fais les injections ».

BC du village de Sanando se prononce également en faveur de la modernité sans équivoque : « J'utilise les pratiques modernes, notamment les injections. Je le fais sur consentement de mon mari car ça nous arrange tous les deux. Je préfère l'injection du fait qu'elle a moins d'inconvénients contrairement aux autres types ».

Ces discours montrent à bien d'égard que la modernité s'est implantée dans le milieu. En plus d'être sensibilisé, l'Etat, les collectivités décentralisées et les ONG travaillent avec des relais de santé sur place mais aussi certains agents de santé à la retraite. Il faut noter dans les discours une préférence en faveur des injections par rapport aux comprimés, bien que ces injections présentent des inconvénients comme toute autre méthode moderne. Aussi, acquérir le consentement de son conjoint, constitue une autre facette de cette modernité.

En définitive, des choix sont opérés entre traditionnel et modernité par les femmes, quelles sont les raisons implicites ou explicites qui motivent ces choix ? Ceci

nous amène à nous intéresser à leur perception de ces deux pratiques.

2.3. Perception des femmes des pratiques de contraception

2.3.1. Perception par rapport aux effets des différentes pratiques

Les femmes ont des perceptions différentes des pratiques de contraception. Elles sont partagées entre les deux formes de pratiques en fonction de leurs effets désirables ou indésirables. Ainsi, KC du village de Koyan évoque les effets indésirables de la pratique moderne et opte pour celle traditionnelle, le tafo qui semble être utilisé par certaines femmes :

« La piqure pose des problèmes, car après deux ou trois fois de piqure, elle peut provoquer des saignements qui durent un mois et plus souvent. Son interruption n'est pas facile. Le tafo ne perturbe pas les règles or la piqure rend malade. Mon choix porte sur le tafo que la piqure ».

BC, du village de Sanando, abonde dans le même sens que KC. Si KC évoque le saignement quant à la piqure, BC par contre parle d'impact négatif de la piqure sur le placenta et le cycle menstruel, cela, en fonction de sa propre expérience : « Je trouve la traditionnelle efficace, je la préfère à l'injection car elle n'a pas d'inconvénients. Les injections ont un impact négatif sur le placenta. Selon ma propre expérience, elle modifie aussi le cycle menstruel ». DD, initiatrice nuptiale à Koyan trouve que les comprimés compliquent les naissances : « Les comprimés à force de les utiliser rendent malade. Les comprimés peuvent

compliquer la naissance. Aujourd'hui, les complications des naissances sont dues aux comprimés que les femmes prennent en nombre élevé ».

Elle est pour le tafo qui a des avantages certains : « le « tafo » est meilleur aux produits modernes. Car il ne rend pas malade ». KK de Tissala est d'ailleurs pour la valorisation des pratiques traditionnelles de contraception dans la mesure où les modernes engendrent des complications chez la femme qui conduisent au traitement, contrairement au tafo :

« Certes je n'en ai pas connu ni moderne ni traditionnel, mais je pense que le «tafo» est meilleur plus que les comprimés. Car si tu utilises le tafo, au moment où tu comprends que l'enfant a marché ou à un certain âge de maturité, tu peux enlever le tafo et faire ton enfant. Mais avec les comprimés, si tu veux arrêter des complications surgissent et tu dois suivre d'autres traitements encore. Donc si ça ne tient qu'à moi, je pense qu'on doit valoriser les pratiques anciennes ou traditionnelles ».

A l'opposé de es enquêtés, DD de Tissala estime la pratique moderne est meilleure et la défend bec et ongle : « Je n'ai pas eu de problème moi-même mais certaines disent qu'elles ont eu des problèmes avec les produits modernes. Elles évoquent des maladies comme le saignement de longue durée. Franchement, je n'ai rien remarqué de tout cela ».

A écouter les enquêtées, la pratique traditionnelle et surtout le tafo (même si son effectivité n'est pas bien visible) est plus appréciée que la moderne s'agissant de leurs effets. Les femmes se prononcent plus

pour la première que pour la seconde. Qu'en est-il de leur efficacité selon les enquêtés ?

2.3.2. Perception relative à l'efficacité des pratiques

S'agissant de la question de l'efficacité, les enquêtés ont des divergences de positions face aux deux pratiques de contraception. Certaines femmes, par crainte de l'efficacité du tafo, utilisent les deux formes de contraception à la fois. Ainsi, KT du village koyan affirme : « J'avais confiance au tafo, mais j'avais trop peur. Ce qui fait que j'ai mélangé les deux formes de contraception ». Cette enquêtée doute de ce produit traditionnel qui se donne gratuitement mais elle a donné un peu d'argent à celui qui fabrique pour que le produit ait la « baraka ». Contrairement à certains tafo, celui pour elle, est sans interdit : « Le mien n'avait pas de totem (ou interdit). Le tafo n'a pas de prix, mais je lui ai donné quelque chose et cela en fonction car c'est une vieille personne qui mérite considération et respect ».

Cette autre enquêtée affirme avoir jeté ses deux tafo qui se sont révélés inefficaces : « J'en ai utilisé jusqu'à deux. C'était des "tafo" qui n'avaient pas d'interdit. Ils ont été inefficaces et j'ai fini par les jeter ».

FF, lors du focus group à Tissala, raconte avec un ton rieur sa mésaventure quand elle a porté son tafo :

« Les méthodes traditionnelles ne sont plus bonnes. Peu d'entre elles sont efficaces. Une fois à Abidjan, quelqu'un m'a donné le tafo. Je l'ai attaché à ma ceinture. C'était sous forme de cordelette. Je suis tombée enceinte tout en l'utilisant. Dès lors, je ne

crois plus aux méthodes traditionnelles. Elles ne sont pas efficaces ».

Elle dénonce l'absence de sincérité des fabricants qui semblent transgresser plusieurs interdits sociaux, ce qui explique l'inefficacité de ces tafos :

« Les fabricants doivent confectionner ces tafos avec sincérité. Ils transgressent des interdits qui rendent aussi inefficaces ces pratiques ». FF défend donc la méthode moderne en ces termes : « Les méthodes modernes sont plus efficaces. Nous avons bien vu leur utilité et leur rôle. Elles n'ont pas d'inconvénients ».

AM de Tissala pense que l'inefficacité du tafo peut être dû : « à la manière de le confectionner ». AT, du village de Tissala a le même sentiment face aux pratiques traditionnelles :

« En matière d'espacement des naissances, les méthodes traditionnelles sont inefficaces. J'ai l'habitude de contracter la grossesse tout en portant un médicament traditionnel. C'était un "tafo". J'ai fini par l'enlever. Je l'avais acheté avec qui venait souvent d'Abidjan ».

Cette autre enquêtée pense que l'efficacité d'une contraception traditionnelle pose la question de compatibilité avec la personne : « Les méthodes traditionnelles efficaces ne sont pas compatibles avec tout le monde. Mon mari m'en avait cherché, ça n'a rien servi. J'ai contracté une grossesse tout en le portant à ma ceinture. C'était le "tafo". Paradoxalement, le même "tafo" a été efficace pour une autre personne. Ce "tafo" n'avait pas d'interdit. Après cela, je me suis orientée vers les modernes. Je fais

notamment les injections. Elles sont efficaces ».

Comment comprendre cette situation ? Pourtant ce tafo n'avait pas d'interdit. Pourquoi ce produit marche chez l'une et ça ne marche pas chez l'autre ? A ce niveau, nous pouvons questionner la régularité dans le port du produit. Si celle avec qui le produit n'a pas marché fait le sexe en oubliant de le porter, elle contracte la grossesse. L'hypothèse de l'interdit est exclue dans de pareil cas de figure.

Contrairement à ces enquêtés, certaines femmes ont eu la chance de tomber sur produits traditionnels efficaces en témoignent les propos de DD du village de Koyan :

« J'ai eu un produit d'espacement de naissance avec les « gaoulas » de vers Ségou. C'était du « tafo », je l'ai cherché pour ma nièce. Quand elle accouche, elle attache le « tafo ». Quand l'enfant marche, elle l'enlève et le garde dans sa caisse. Ce « tafo » était de bonne qualité et n'avait pas d'interdit ».

AD, du Tissala, atteste que sa sœur en avait en bonne qualité mais celui qui a confectionné pour elle n'est plus :

« Ma petite sœur en avait qui était vraiment efficace. Mais celui qui le confectionnait est décédé ». Elle affirme connaître : « un village vers San où on le confectionne et c'est encore efficace. Quand tu le portes ('tafo') tu l'enlèves au moment où tu as besoin d'avoir un enfant ».

En définitive, parmi les multitudes de produits contraceptifs traditionnels répertoriés, le tafo semble être le plus utilisé

parce qu'il n'a pas d'effet nuisibles pour la santé. Les enquêtés aiment particulièrement ce produit même si son efficacité est discutée. Malheureusement, ceux-là qui sont chargés de le confectionner sont de plus en plus rares. Quant à la pratique moderne, les enquêtés n'ont pas le choix, elle se caractérise par son efficacité mais avec des effets secondaires nocifs pour la santé.

3. DISCUSSION

Cette étude se décline en trois axes qui suivent :

3.1. Pratiques de contraception répertoriées

Le premier axe a consisté à répertorier les pratiques traditionnelles et modernes encore en vigueur dans la commune rurale de Sanando. En effet, ces pratiques sont relatives à des plantes dont la consommation de fruits permet d'espacer les naissances comme *Tomo ntigi* (*ricinus communis*) et balan balan (*cassia occidentalis*). Il s'agit aussi des gris-gris comme le tafo, du retrait de l'homme au moment de faire le rapport sexuel et le séjour de l'homme chez sa belle-mère. Cette étude s'apparente à celle de F. Tamboura (2008, p. 18) portant sur les adolescentes et jeunes adultes au niveau d'une clinique de Bamako. Elle a pu identifier en plus du tafo: « la toile d'araignée, le jus de citron, le miel et les solutions à boire à base de plantes comme pratiques de contraception ». J.M.Traoré (2010, p. 37) quant à lui, trouve comme pratique traditionnelle dans le CSréf de la commune IV, en plus du tafo et la toile d'araignée, la plante : « le Tomotigi » (*ricinus communis*). S'agissant des pratiques modernes, elles concernent les

implants, les injections et les comprimés. A. Dembelé (2018, p.31) identifie d'autres pratiques modernes en plus de celles-ci et dégage leurs avantages et inconvénients ainsi que leur efficacité. Il s'agit du : « patch EVRA, l'anneau vaginal, la contraception d'urgence, les spermicides etc. ». L'étude quantitative d'A. Gueye et al. (2016, p. 16) a révélé que dans certaines villes du Kenya, du Nigeria et du Sénégal 48% à 74% des femmes: « qui utilisent la contraception finissent par avoir des problèmes de santé », pour 47% à 72% d'entre elles, « les contraceptifs nuisent à la santé des femmes » et pour 37% à 62% « les contraceptifs peuvent endommager l'utérus ».

3.2. Planification familiale à Sanando : entre déperdition de la tradition et convoitise de la modernité

Le second axe a permis de connaître, laquelle des deux pratiques constitue plus une réalité sur le terrain de nos jours. Les enquêtes révèlent que les pratiques traditionnelles sont en voie de déperdition. M. Boité (2010, p. 18) pense que cette déperdition s'explique par le fait qu' : « Aujourd'hui les jeunes vivent dans un contexte marqué par l'effritement des valeurs « traditionnelles » ; l'exposition à d'autres cultures ». Les résultats révèlent aussi que les pratiques modernes sont convoitées et connaissent une certaine ascension sur celles traditionnelles. Selon A. Dembelé (2018, p.31), cette situation est due à : « leur efficacité, malgré les inconvénients, elles présentent un avantage certain pour les utilisatrices ».

3.3. Perception relative aux pratiques

Le troisième axe a porté sur les perceptions, les raisons qui motivent le choix des femmes à opter pour l'une ou l'autre pratique. Parmi les pratiques traditionnelles identifiées, le tafo semble être le plus utilisé. Les résultats montrent qu'il n'a pas d'effets nuisibles pour la santé. Les femmes ont un penchant pour ce produit malgré son inefficacité. Dans les différentes études (A. Dembelé, 2018, p. 31 ; Y. A. Cissé, 2010, p. 66 ; F. Tamboura, 2008, p.18; J.M. Traoré, 2010, p. 37), les pratiques traditionnelles de contraception sont abordées, mais la question de leur efficacité et leurs effets a été occultée. Dans le présent travail, les enquêtés s'y sont prononcés.

Quant à la pratique moderne, les enquêtés semblent ne pas avoir le choix, elle se caractérise par son efficacité mais avec des effets secondaires nocifs pour la santé. Il ressort de l'étude de Y.A. Cissé (2010, p.66) que : « les contraceptifs ont des inconvénients comme : la stérilité, les saignements, les maux de ventre pouvant être évités si on s'informe au niveau des structures spécialisées dans ce domaine ». Mais les enquêtées affirment que : « ces inconvénients sont négligeables par rapport aux avantages ».

CONCLUSION

Aux termes de cette étude, nous avons pu répertorier les pratiques traditionnelles et modernes existantes dans commune rurale de Sanando. En effet, si les pratiques traditionnelles d'espacement de naissance relevées sont relatives à des plantes, à des gris-gris, à la pratique du coït interrompu et au séjour de la femme chez sa belle-mère,

celles modernes met l'accent sur l'utilisation des implants, les injections et les comprimés.

S'agissant de l'effectivité des deux pratiques, les enquêtes révèlent que les pratiques traditionnelles sont en voie de déperdition même si certaines femmes continuent d'utiliser le tafo comme moyen de contraception. Les pratiques modernes sont les plus usitées.

Quant à la motivation des femmes par rapport aux pratiques, les résultats montrent que celles traditionnelles telles que le tafo, n'ont pas d'effets nuisibles pour la santé. Certaines femmes optent pour ce produit même s'il souffre d'un problème d'efficacité. Pour les pratiques modernes, les enquêtés semblent ne pas avoir le choix, elles se caractérisent par son efficacité mais avec des effets secondaires nocifs pour la santé.

Face à la cohabitation des deux formes de contraception, les enquêtés se trouvent dans un dilemme : choisir le traditionnel moins efficace sans effets nuisibles ou opter pour la modernité, efficace mais nocifs pour la santé. Si la première forme se caractérise par son aspect ésotérique (où l'accès à l'information n'est donc pas aisé) et la seconde s'ouvre au monde. Nous sommes en présence de deux logiques apparemment différentes mais qui sont complémentaires. Dans le cadre du développement endogène, il est intéressant d'identifier davantage de méthodes traditionnelles de contraception, d'étudier le mode de transmission de ce savoir local afin d'inciter les dépositaires à une large ouverture à l'extérieur à travers la sensibilisation. Egalement, la collaboration

est plus que nécessaire entre les deux types de savoirs, cela, dans un souci de trouver des méthodes de contraception qui soient plus efficaces avec quasiment pas d'effets secondaires.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

ALKEMA Leontine, CHOU Doris, HOGAN Daniel, ZHANG Sanqian, MOLLER Ann-Beth, GEMMILL Alison, MA FAT Doris, BOERMA Ties, TEMMERMAN Marleen, MATHERS Colin, SAY Lale. 2016. Global, regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: a systematic analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group. *Lancet*. 387 (10017): 462-74.

BIJLMAKERS Léon., CARR-HILL Roy, DOUMBIA Seydou, KANTE Nianguiry., DIARRA Kafing., MATHIJSEN Judith, SANOGO Nangourou, 2012, *Pratique contraceptive et la contribution des activités de planification familiale au Mali. Une étude dans le cadre de la coopération malienne-néerlandaise*, Consortium : ETC, Ecorys, Kit, CDR.

BOITE Mamadou, 2010, *Connaissances, pratiques et attitudes des jeunes en matière de contraception au niveau des grins*, Thèse de doctorat d'Etat, FMPOS, Bamako.

CISSE Youssouf Amadou, 2010, *Connaissances, pratiques et attitudes des jeunes en matière de contraception en milieu scolaire dans la commune urbaine de Gao*, Thèse de doctorat d'Etat, FMPOS, Bamako.

COULIBALY Abdourahmane, 2008. *Anthropologie d'une pratique de santé publique : le cas de la planification familiale au Mali*, thèse de doctorat d'anthropologie sociale et d'ethnologie, Paris, Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales (EHESS).

COULIBALY Abdourahmane, 2014 « Ah bon ! C'est ça donc ton secret ! ». *Pratique*

Pratiques traditionnelles et modernes de contraception chez la femme rurale au Mali: l'exemple de la commune de Sanando

contraceptive, émergence de nouveaux rapports au corps et à la sexualité au Mali, *Cahiers d'études africaines* (N° 215), p. 665-684.

DEMBELE Arouna, 2018, *Connaissances, attitudes et pratiques des adolescentes relatives à la contraception en milieu scolaire dans la commune V du District de Bamako*, thèse de doctorat, FMOS, Bamako.

Enquête Démographique de Santé au Mali V (EDSM V), 2013.

Enquête Démographique de Santé au Mali V (EDSM IV), 2006, citée par USAID

GUEGANT Jean-Pierre . 2018 La forte croissance démographique de l'Afrique freine son émergence, *La nouvelle Afrique*, N° 90 Mars –[en ligne] <https://www.vie-publique.fr/parole-dexpert/269994-croissance-demographique-de-lafrique>

GUEYE Abdou, SPEIZER Ilene S., CORROON Meghan et OKIGBO Chinelo C. 2016, *Croyance aux mythes relatifs à la planification familiale aux niveaux individuel et communautaire et pratique de la contraception moderne en Afrique urbaine, Perspectives Internationales sur la Santé Sexuelle et Génésique*, numéro spécial de 2016, pp.11–19, doi: 10.1363/FR01116.

MARIKO Soumaïla, AYAD Mohamed, HONG Rathavuth, KEÏTA Oumou, DIOP Mamadou, 2009. Pratique contraceptive et importance des besoins non satisfaits en matière de planification familiale au Mali, de 1995 à 2006. Analyses approfondies des Enquêtes Démographiques et de Santé au Mali, 1995-1996, 2001 et 2006. USAID

MASSE Raymond. 1995, *Culture et santé publique*, Boucherville, Gaétan Morin éditeur.

MAYER Robert. et OUELLET Francine., 1991, *Méthodologie de recherche pour les intervenants sociaux*, Boucherville, Gaétan Morin éditeur. SUSHEELA Singh. et DARROCH Jacqueline. E., 2012, *Une vue d'ensemble coût et avantages des*

contraceptions – Évaluation pour 2012, Guttmacher Institute.

SYLLA Ousmane, DJOURDEBBE Franklin Bouba, KANTE Sani, DEMBELE Fanta, KEITA Zibo, 2019, Facteurs Explicatifs de la Pratique Contraceptive Moderne des Femmes Fréquentant les Formations Sanitaires du District de Youwarou au Mali, *European Scientific Journal*, Vol 15 No 36 : 12-31.

TAMBOURA Fatoumata, 2008, *Préférences des adolescentes et jeunes adultes en matière de contraception à la clinique de l'AMPPF de Bamako*, thèse de doctorat, FMPOS, Bamako.

TRAORE Jean Marie, 2010, *Connaissances et utilisation de la contraception au Centre de Santé de Référence de la commune IV du District de Bamako chez 188 patientes colligées*, thèse de Doctorat, FMPOS, Bamako.

Recensement Général de la Population et de l'Habitat du Mali (RGPH), 2009. *Analyse des résultats. Thème : mortalité. 4^{ème}*, Institut National de la Statistique (INSTAT).

UNITED NATIONS FUND FOR POPULATION ACTIVITIES (UNFPA), 2012, Les contraceptions sauvent des vies, in www.unfpa.org, consulté le 18 décembre 2020.



Quatrième Partie :

SITUATION

NUTRITIONNELLE ET

BIEN-ÊTRE DE LA

MÈRE, DU NOUVEAU-NÉ

ET DE L'ENFANT



LES PRATIQUES NUTRITIONNELLES ET LA MALNUTRITION DES ENFANTS DANS LES DÉPARTEMENTS DU MAYO-TSANAGA ET DU LOM-ET-DJEREM

NUTRITION AND MALNUTRITION OF INFANTS IN THE MAYO-TSANAGA AND LOM-ET-DJEREM DIVISION

¹ NJIEMBOKUE NJUPUEN Ginette Octavie et ² MOUPOU Moïse

¹ Doctorante, Département de Géographie, Université de Yaoundé I-Cameroun, octavieginette@yahoo.fr

² Professeur Titulaire des Universités, Département de Géographie, Université de Yaoundé I-Cameroun, mmoupou1@yahoo.fr

NJIEMBOKUE NJUPUEN Ginette Octavie et MOUPOU Moïse, Les pratiques nutritionnelles et la malnutrition des enfants dans les départements du Mayo-Tsanaga et du Lom-et-Djerem, *Revue Espace, Territoires, Sociétés et Santé* 3 (6), 151-168, [En ligne] 2020, mis en ligne le 31 Decembre 2020, consulté le 2021-01-10 13:23:09, URL: <https://retssa-ci.com/index.php?page=detail&k=146>

Résumé

D'après L'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture, la faim progresse en Afrique. Faute de pouvoir se nourrir convenablement les populations sont confrontés au quotidien à une insécurité alimentaire. Les conséquences sont graves sur la santé des enfants. Au Cameroun, l'essentiel des repas dans le Mayo-Tsanaga et le Lom-et-Djerem est issu de la petite production agricole. L'environnement des soins et pratiques nutritionnelles ne favorisent pas une bonne situation nutritionnelle. Cet article vise à étudier les pratiques nutritionnelles des ménages et ses effets sur la

malnutrition des enfants dans les départements du Mayo-Tsanaga à l'Extrême-Nord et du Lom-et-Djerem à l'Est du Cameroun. Ce travail est le résultat de la combinaison de deux méthodes : hypothético-déductive et recherche interactive. Les résultats montrent qu'il existe un déficit en alimentation de la part des ménages (moins de 1 800 kilocalories/repas) et un mauvais état de santé des enfants. Les pratiques nutritionnelles, la difficulté d'accès à l'eau potable et aux services de santé sont les causes évidentes de cet état de santé. Les enfants, de pleines croissances, conciliées à ce régime, sont les premiers à ressentir et à manifester des signes de malnutrition.

Mots clés : Pratiques nutritionnelles, malnutrition, enfants, Mayo-tsanaga, Lom-et-Djerem

Abstract

According to the Food and Agriculture Organization of the United Nations, hunger is progressing in Africa, unable to decently feed its inhabitants the population is faced with food insecurity on a daily bases. The consequences are serious on the health of children. In Cameroon, most of the food in Mayo-Tsanaga and Lom-and-

Djerem comes from small agricultural production. The health, environment and nutritional practices do not favour a good nutritional situation. The objective of this article is to study the causal relationship between food consumed, infant health care and food hygiene that are responsible for the malnutrition of children in the Mayo-Tsanaga Division in the Far North Region and Lom-and Djerem Division in the East Region of Cameroon, not only in the absence of an inadequate food regime but in terms of the lack of potable water, health services and the high rate of the malnourished. This work is the result of the combination of two methods: hypothetico deductive and interactive research. The first results show that there is food deficit in households (less than 1800 kilocalories/meal) and a bad degrading state in childrens' health. It is linked to risk factors (nutritional practices, difficulties to access potable water and healthy services). Growing children must be well fed in this regime, not to fill or manifest signs of malnutrition.

Key words: Nutritional practices, malnutrition, children, Mayo-tsanaga, Lom-and-Djerem

INTRODUCTION

La malnutrition est une urgence humanitaire. Elle touche 52 millions d'enfants de moins de cinq ans dans le monde (Action Contre la Faim, 2014, p.3). De façon générale, elle altère la croissance, diminue les performances physiques et intellectuelles, rend l'organisme plus sensible aux infections.

Un tiers des décès d'enfants sont dus à des carences nutritionnelles. 1 enfant sur 3 ne mange pas bien surtout au cours des 1000 premiers jours de sa vie (Fonds des Nations unies pour l'enfance, 2019, p.15). Dans le pire des scénarios suscités, le Cameroun est évoqué. Les résultats d'enquêtes par Grappes à Indicateurs Multiples (2015), démontrent qu'en matière d'état nutritionnel, environ 15 % des enfants âgés de moins de cinq ans souffrent d'insuffisance

pondérale (4% de façon sévère). Près de 32 % d'enfants souffrent de malnutrition chronique et 13 % de façon sévère. Le risque de mortalité infanto-juvénile avant l'âge de 5 ans est de 79% (Enquête Démographique et de Santé V, 2018, p.21). Quatre régions (Est, Extrême-Nord, Adamaoua, Nord) présentent des scores dégradés de la situation générale en matière de dysfonctionnement alimentaire médiocre, pauvre ou limite (Programme National de Sécurité Alimentaire/Programme Alimentaire Mondial, 2016, p.13).

Le profil alimentaire de l'Extrême-Nord et de l'Est montre que les enfants de 6-23 mois ne consomment que des compléments, des féculents et de l'eau (Standardized Monitoring and Assessment of Relief and Transitions 2017, p.31). Le faible pouvoir d'achat, l'insuffisance des stocks alimentaires des ménages, la précocité de la période de soudure et l'arrivée spontanée des personnes déplacées internes limitent l'accès aux produits alimentaires (Programme Alimentaire Mondial, 2018 : diapo. 6). En raison de la proximité avec la République Centrafricaine, l'Est connaît un trafic important des denrées alimentaires, l'une des causes des inflations des prix sur le marché local. L'enclavement physique et socio-économique, les techniques de production archaïque et la monotonie de la diète aggravent la précarité nutritionnelle des ménages. (G. O. N. Njiembokue, 2015 p.135). Dans ces conditions, quels sont les pratiques nutritionnelles des ménages pour leurs enfants dans les départements de Mayo-Tsanaga à l'Extrême-Nord et du Lom-et-Djerem à l'Est du Cameroun ? Ce travail vise à étudier les pratiques nutritionnelles des ménages et ses effets sur la malnutrition des enfants dans les départements du Mayo-Tsanaga à l'Extrême-Nord et du Lom-et-Djerem à l'Est du Cameroun. Cette contribution veut aussi mettre en exergue les gradients sociaux en termes d'alimentation, d'état de santé en lien avec la nutrition au-delà de son lien avec les contraintes sociales.

1. Matériels et méthodes

1.1. Présentation de la zone d'étude

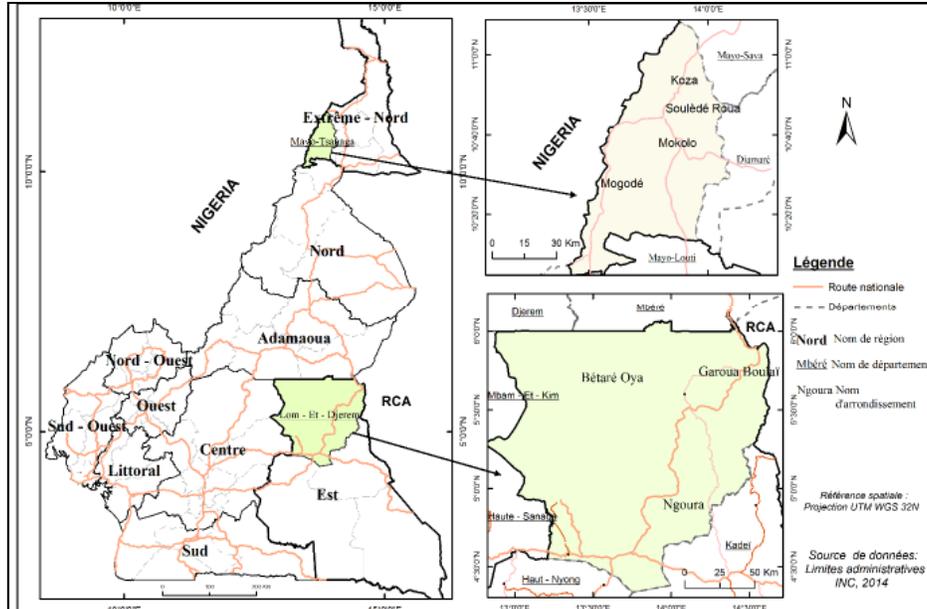
Le Chef-lieu du Département du Mayo-Tsanaga est Mokolo. Il est limité au Nord par le Département du Mayo-Sava, au Sud par le département du Mayo-Louti dans la Région du Nord, à l'Est par le département du Diamaré, à l'Ouest par la République Fédérale du Nigeria. Il couvre une superficie d'environ 4 433 km² répartie au sein de sept unités administratives (Carte n°1). Le Mayo-Tsanaga, foyer d'émigration est un département peuplé avec une forte densité de 699 971 habitants pour 159,3 habitants au km² (3e Recensement Général de la Population 2005, p.44).

Le Département du Lom-et-Djerem est allongé dans la partie septentrionale de la Région de l'Est du Cameroun. Il couvre une superficie de 26 353 Km². Son chef-lieu est Bertoua. Il est limitrophe par le Mbere au Nord, le Djerem au Nord-Ouest, le Mbam au Sud-Ouest, la République Centrafricaine au Nord-Est, la Kadey au Sud-Est, le Haut-Nyong et la Haute Sanaga au Sud (Carte

n°1). Le Lom-et-Djerem sur une superficie de 26 345 km² abrite une population de 275 784 habitants soit 10,5 habitants au km² (3e Recensement Général de la Population 2005, p.40). De par leurs positions, le Mayo-Tsanaga à l'Extême-Nord et le Lom-et-Djerem à l'Est du Cameroun sont des départements frontaliers qui les ouvrent aux migrations. Le Cameroun y a accueilli des réfugiés provenant de la République Centrafricaine et du Nigéria. On compte environ 237 000 réfugiés dilués au sein de la population du Lom-et-Djerem (Smart 2017, p. 7). Le camp de Gado abrite 24 678 réfugiés (Haut-Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés, Profil de site mai 2018, p.1). Le Mayo-Tsanaga accueille 106 247 réfugiés soit 59 297 réfugiés confinés dans un camp du village Minawao (Haut-Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés, Statistique des réfugiés du 13 septembre 2019, diapo 1). L'enquête de sécurité alimentaire effectuée en 2016 par le Programme

National de Sécurité Alimentaire (PNISA) montre que ces deux régions sont en état d'insécurité alimentaire sévère ou modéré.

Carte n°1 : Localisation des zones d'étude



1.2. Données

Pour la réalisation de ce travail, les données sont de deux sources. Les données de sources secondaires sont issues des recherches documentaires dans les centres de lecture et les rapports d'activités des institutions. Cette documentation a servi à faire le point sur les techniques d'alimentation au Sahel, les résumés sur la nutrition et la pathologie nutritionnelle, sur les chiffres de la malnutrition dans les zones d'enquête, sur les aires de santé et leurs fonctionnements.

Les données de sources primaires proviennent des enquêtes de terrain et entretien avec les ménages cibles des zones d'enquêtes. L'enquête de terrain s'est effectuée au mois d'août 2018 et mars 2019 dans le Mayo-Tsanaga et au mois de septembre 2018 et avril 2019 dans le Lom-et-Djerem. Sur la base d'une grille d'entretien, six (6) chefs de centre de prise en charge des malnutris ont répondu aux questions sur les pratiques alimentaires des ménages, les possibles causes de la malnutrition et la difficulté de la prise en charge des malnutris.

Dans six (6) centres de prise en charge des malnutris des villages enquêtés (Mokolo, Rumshiki, Mogodé Garoua-Boulaï, Betare-Oya, Diang), cinq (5) mères venues en consultation ont répondu aux questions sur les pratiques alimentaires au sein du ménage et les difficultés rencontrées au quotidien sur la base d'une grille d'entretien. C'est sous la houlette d'un personnel de santé que les mères volontaires ont pu répondre aux questions, refusant tout contact avec une inconnue. Même pour la prise de vue, il a fallu arborer une blouse et se faire passer pour un personnel de santé.

Par ailleurs, nous avons eu recours aux focus groups pour collecter des données qualitatives auprès des chefs de ménages et des mères (parce que les hommes fournissent les denrées et les femmes s'occupent de la cuisson des repas et du partage au sein de la famille). Huit focus groups ont été constitués dans le Mayo-Tsanaga et cinq

(5) dans le Lom-et-Djerem avec une moyenne de huit (8) à neuf (9) personnes par groupe pour un total de 104 participants. Dans le Mayo-Tsanaga, les groupes étaient constitués de deux (2) groupes de femmes, de quatre (4) groupes d'hommes et de deux (2) groupes mixtes. Par contre dans le Lom-et-Djerem, il y'a eu un seul groupe de femmes et quatre (4) groupes mixtes. Le nombre par groupe dépendait de la volonté à répondre aux questions et de la disponibilité. Le nœud des échanges portait sur les habitudes alimentaires au sein du ménage, les problèmes nutritionnels, les pratiques de soins infantiles et les moyens de subsistance.

Sur une grande feuille, on a établi la composition des plats consommés au sein des ménages sur la période d'une semaine. Les participants du groupe de travail répondent aux questions sur ce qu'ils mangent au quotidien. À côté de ces enquêtes de terrain, des observations directes ont été réalisées en lien avec les pratiques nutritionnelles des enquêtés. Un appareil photographique pour la prise des vues a été utilisé pour matérialiser certains faits.

1.3. Méthodes

Le logiciel ARGIS a été utilisé pour la réalisation de la carte de localisation. La représentation proportionnelle des repas a été utilisée pour obtenir une bonne estimation des quantités et la composition des divers aliments consommés dans les ménages et leurs fréquences de repas. Sur une période de sept (7) jours, on ventile les repas pris au quotidien (matin, midi et soir), l'objectif est de ressortir s'il y'a diversité du régime alimentaire et le nombre de repas pris. L'application de la méthode participative préconise l'utilisation des échantillons de céréales pour faire des représentations or en lieu et place des symboles alimentaires, nous avons utilisé des marqueurs et des papiers formats pour cocher les réponses au cours des travaux en atelier. Le calcul des valeurs nutritives des aliments s'est fait à l'aide la méthode QuiBB de la Banque Mondiale (2006). C'est une méthode

d'enquête par sondage aléatoire basée sur l'étude des indicateurs du bien-être des ménages parmi lesquelles l'autoconsommation. Utile pour comprendre l'état nutritionnel des ménages et établir le lien avec la malnutrition des enfants du ménage. Les données enregistrées à l'aide du dictaphone lors des entretiens ont été retranscrites fidèlement.

2. RESULTATS

L'alimentation doit fournir un apport calorique proportionné à la dépense d'énergie pour charrier les nutriments importants au bon fonctionnement de l'organisme. Pour les enfants de 0 à 5 ans, la régularité et la diversité des repas est gage d'une formation normale des organes (G. Denou Sabou, 2015, p. 6).

Planche n°1 : Les différents plats de couscous consommés dans les Monts Mandara



Cliché : Njiembokue, août 2018



Cliché : Njiembokue, mars 2019

La photo n°1 présente un plat couscous de mil et la sauce de gombo. La photo 2 met en relief un plat de couscous, sauce d'arachide nanti de petits poissons secs. Les sauces faites à base de feuilles pour accompagner le couscous sont multiples : la sauce de feuilles de kelin-kekin (*Corchorus* Spp), de tasba (*Cassia Obtusifolia*), de gombo (*hibicus esculentus*), de moringa (*Moringa Oliefera*), de baobab (*Adansonia digitalia*), de gouboubo (*Ceratotheca sesamoïdes*) et d'oseille (*Hibiscus sabdariffa*) (O. Eyog Matig et al. 2006, p.10-18). Chaque ethnie en consomme selon ses préférences et ses croyances aphrodisiaques.

2.1. Profil alimentaire dans les deux départements : culture alimentaire et tradition

2.1.1. Pratique alimentaire dans le Mayo-Tsanaga

L'histoire décrivait déjà les comportements alimentaires dans le massif montagnard du Mayo-Tsanaga. Le mil constitue la base de l'alimentation pour une proportion de 9,7% et les légumes pour 37,8% restent le nœud de l'alimentation des ménages. D'après les observations du terrain actuel, la situation n'a guère beaucoup évoluée. Le plat principal est resté malgré le temps, le couscous à base de mil (Planche n°1), la variante est l'introduction du couscous de maïs et parfois du riz dans les habitudes alimentaires.

Au cours d'une semaine, le plat de base demeure le couscous de mil ou de maïs. Les sauces sont variées mais manquent d'additifs d'origine animale qui se prêtent au jeu culinaire une ou deux fois par semaine. L'alimentation manque peu d'éléments d'origine animale parce que c'est le fait de la civilisation et non par contrainte du milieu naturel (P. Gourou (1991) cité par G. Courade (1992, p. 746 ; Walter Van Beek, 1988, p. 24). Les bêtes sont destinées aux sacrifices et aux fêtes (A. Hallaire, 1989, p.332). Le chef de ménage met à disposition de la femme selon ses moyens 1 sac de maïs ou de mil pour un mois. Le

repas en moyenne c'est 2 fois par jour. Le « tchaï » en fufulbé est un thé vert, très consommé. Cette boisson revêt une identité culturelle, traîne une réputation de brûler les graisses et facilite la digestion. De Magoumaz jusqu'à Gouria en passant par Midré II, les fréquences et les types de repas sont pareils au sein des ménages.

Très peu d'ingrédients sont utilisés lors de la préparation des mets, il suffit d'avoir un peu d'huile, du cube, du sel et de l'eau pour faire une sauce. Le repas est beaucoup plus culturel que nutritif selon l'observation de Tremolières : « l'homme consomme, avant tout, des symboles » (D. Sautier & M. O'Déyè, 1989, p. 12). Or le processus de décorticage des céréales fait perdre aux graines leur poids de 20 à 25 % et la qualité du produit obtenu a une valeur nutritive insuffisante (D.Sautier & M. O'Déyè, 1989, p. 56). Une ration à base de sorgho couvre très insuffisamment les besoins en riboflavine et en acide ascorbique. Ce qui peut expliquer les carences de vitamine C chez les populations consommant en grandes quantités de gros mil (Perisse, 1966 ; Bascoulergue & Le Berre, 1963 cités par J.C. Favier, 1977, p.20).La façon de prendre les repas, le « comment », « où », « quand » et « avec qui » on prend ses repas a autant d'importance que le qu' « est ce qu'on mange » (D. Sautier et al., 1989, p. 17).

Le repas se prend en famille. La culture voudrait que les hommes mangent ensemble et les femmes, les enfants à part ; dans le cas des familles nombreuses. Toutefois, le fait que les enfants de moins de 5 ans mangent avec les adultes est un sérieux désavantage pour eux. L'enfant est lent en ce qui concerne la prise, la mastication des bouchées ce qui n'est pas le cas des plus âgées. Le temps qu'il prend pour manger, le plat commun se vide et à la fin du

repas, c'est probable qu'il n'ait pas assez mangé. L'enfant qui s'alimente exclusivement au plat familial, servi parfois 1 ou 2 fois par jour, reçoit en apparence une portion volumineuse d'un plat souvent très épicé, de faible valeur énergétique, contenant peu de matières grasses et de protéines. Dans ce cadre, les apports reçus couvrent à peine 60-70 % des besoins caloriques et 80-90% des besoins en protéines. En 2018, le taux de prévalence de la malnutrition aiguë est de 9,7%. Le taux de prévalence de la malnutrition chronique globale est de 35,9% et de la malnutrition chronique sévère à 14,1% (CAMEROUN/SMART, 2018, p.11).

2.1.2. Pratique alimentaire dans le Lom-et-Djerem

Malgré les repas ventilés, La base de l'alimentation demeure le manioc (*Manihot esculenta*). Un tubercule de la famille botanique des Euphorbiaceae (Aguéguia et al., 2000, p. 36). D'un point de vue de la nutrition, la série de trempage ou rouissage, séchage que subit le tubercule l'essore complètement de ses éléments nutritifs. Les risques liés aux modifications du contenu des tubercules en énergie et en nutriments peuvent avoir des effets sur l'état nutritionnel surtout dans les zones rurales où les régimes alimentaires sont peu diversifiés (S.Treche, 1989, p.389). La province de l'Est vient en tête pour la consommation du fufou et en 3e pour le manioc frais (Simeu Kamdem, 1996, p. 259 ; A. Agueguia et al. 2000, p. 41). La boule de manioc est souvent accompagnée par de nombreuses sauces ; les légumes, les viandes et les produits de la cueillette. Ce tout rassemblé donne des plats typiques de la Région de l'Est (Planche n°2).

Planche n°2 : Typologie des repas dans le Lom-et-Djerem



Cliché : Njiembokue, septembre 2018



Cliché : Njiembokue, septembre 2018

Un bon plat de couscous manioc servi avec sa sauce d'arachide et les fibres du sisongho (3) ou « Pennisetum purpureum ». La partie moelleuse de la plante est prise et bouillie puis incorporée à une sauce. Le Kamo é njay » (4) en kako le couscous qui se mange avec du « soya », c'est une viande de bœuf braisée et vendue sur présentoir par les « vendeurs de soya » ; elle est achetée découpée pour accompagner le couscous. Ce cas de figure est beaucoup plus rencontré du côté des arrondissements de Betaré-Oya, Ngoura et Garoua Boulai. La réalité est toute autre dans l'arrondissement de Diang où les plats sont plus consistants. Les légumes-feuilles sont plus présents dans l'alimentation en tant que complément mais aussi en terme de diversité dans le régime alimentaire qui sans cela aurait été un régime monotone (O. Eyog Matig et al. 2006, p.114). Kogni (1986, p.125) dans sa thèse sur l'Est explique que : « leur alimentation n'est ni variée ni équilibrée [...] leur viande n'est pas bien préparée, ils en font une simple bouillie composée des morceaux plongés dans une émulsion d'huile et d'eau salée [...]. Les légumes particuliers sont appelés kok [...]. Ces feuilles ne sont pas coupées pour être cuites ; mais elles sont tout simplement malaxées, salées et mangées crus parfois. Les Kako l'appellent « salade indigène ». P. Roulon-Doko (2001, p.119) fait la même description : « on prépare dans un plat un peu d'eau à laquelle on ajoute sel et piment, puis

on y verse les feuilles coupées en fines lanières, ou parfois, dans le cas du Gnetum africanum, les feuilles sont simplement déchirées et on les tourne à la main en les écrasant contre le fond du plat de façon à leur faire rendre leur jus tout en les imbibant de sauce » ou « au pire une eau pimentée dans laquelle on pourra au moins tremper ses morceaux de boule » (p.73). Forts attachés à la boule de manioc, ils en font une consommation soutenue ; c'est ce que A. Socpa (2011, p.13) appelle la monotonie diététique. Le mélange de farine manioc-maïs se fait occasionnellement. D'ailleurs le maïs cultivé est destiné à la vente et à la fabrication de la bière locale.

Les membres d'une famille quel que soit le sexe et l'âge mangent ensemble dans le plat familial. Il s'ensuit une compétition certaine : « Autour d'un plat de 'dia' couscous en langue gbayà, celui qui est le plus rapide mange beaucoup. Nous appelons ce moment « concours des 10 doigts » déclare le jeune David du village Woumbou.

2.1.3. Calcul de la valeur nutritive de repas de consommation populaire selon la méthode QuiBB de la Banque Mondiale (2006)

Un repas est une nourriture que l'on prend pour s'alimenter souvent à des heures spécifiques de la journée. La fréquence peut varier selon le

Les pratiques nutritionnelles et la malnutrition des enfants dans les départements du Mayo-Tsanaga et du Lom-et-Djerem.

contexte, la disponibilité, les pratiques et les croyances. Les groupes de travail ont permis de faire des représentations proportionnelles des plats consommés au quotidien (Tableau n°1 et Tableau n°2).

Tableau n°1 : Représentation proportionnelle de la consommation alimentaire des ménages de Zamay (Mayo-Tsanaga)

Jours / Moment de prise de repas	Dimanche	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi
Matin		beignet tchaï (thé)			beignet tchaï (thé)	beignet tchaï (thé)	
Midi							
Soir	Couscous gombo	Couscous moringa	Couscous lalo soit les feuilles de kelin kelin	Couscous gombo	Couscous feuilles de foléré	Couscous feuilles de foléré	Couscous moringa

Source : Enquêtes de terrain, août 2018

Au cours d'une semaine, le plat de base est le couscous de maïs ou de mil. Les sauces de légumes sont variées mais manquent d'additifs d'origine animale qui se prête au jeu culinaire une ou deux fois par semaine. La prise des beignets avec du thé le matin est selon les moyens dont dispose le ménage. Le repas se prend une fois autour de 16 heures et deux fois pour ceux qui peuvent se le permettre.

Tableau n°2 : Représentation proportionnelle de la consommation alimentaire des ménages de Woumbou (Lom-et-Djerem).

Jours / Moment de prise de repas	Dimanche	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi
Matin							
Midi	Couscous manioc légumes	Couscous manioc poissons	Couscous manioc viandes	Couscous manioc légumes	Couscous manioc légumes	Couscous manioc légumes	Couscous manioc légumes
Soir	Couscous légumes	Couscous poissons	Couscous viandes	Couscous légumes	Couscous légumes	Couscous légumes	Couscous légumes

Source : Enquêtes de terrain, septembre 2018

Il en ressort que dans la partie Est du département du Lom-et-Djerem, le repas est pris en moyenne deux fois par jour (le matin au réveil ou midi et le soir du retour des chantiers d'orpaillage). La base du plat est le couscous de manioc. Le poisson ou la viande s'ajoute à la cuisine occasionnellement selon la tenue du marché périodique et l'éloignement des campements. Les ménages du Lom-et-Djerem sont très dépendants du marché.

Avant 2013, les ménages du Mayo-Tsanaga et du Lom-et-Djerem pouvaient avoir 3 repas par jour. Le nombre de repas diminue avec l'arrivée et la pression des réfugiés et des déplacés internes sur les ressources disponibles. Les femmes doivent gérer avec parcimonie la ration d'un sac de mil ou de maïs quel que soit le nombre de personne au sein du ménage.

On a sur la base des repas ventilés dans le Mayo-Tsanaga et le Lom-et-Djerem fait le choix d'un

repas chacun à analyser. Sur la base de l'apport calorifique que peut contenir un repas, on peut mieux comprendre l'état nutritionnel d'un ménage et le lier à la malnutrition des enfants. À partir de la base des données sur la composition des aliments (Tableau n°3), où chaque aliment correspond à un certain nombre de calories et de nutriments, le calcul de l'apport calorifique a pu se faire.

Tableau n°3 : Valeur nutritionnelle des aliments couramment consommés dans les zones d'études

Aliments	Énergie (calorie)	Lipides (g)	Eau (ml)	Protéines (g)	Glucides (g)	Calcium (mg)
Maïs, blanc, farine	335	1,0	12	8,0	77	6
Manioc (farine)	363	0,5	9	1,1	88,5	84
Mil	341	4,0	12	10,4	71,6	22
Sorgho	347	3,2	10	11,1	74,1	26
Niébé	338	1,4	11	22,5	61,0	104
Arachide, sèche	549	44,8	7	23,2	23	49
Arachide fraîche	332	25,0	45	15,0	12,0	30
Huiles végétales	884	110,0	0	0	0	0
Légumes verts foncés (amarante, foléré, koko)	42	0,2	94	4,6	8,3	410
Baobab, feuille crue	67	0,3	77	3,8	13	400
Manioc, feuille crue	90	1,0	72	7,0	14	350
Oignon ou échalote	1,2	9,6	41	0,1	1,0	27
Champignon frais	30	0,5	90	1,5	7	20
Gombo frais	35	0,2	89	2,1	7	84
Gombo, feuille crue	58	0,6	82	4,4	9	530
Poisson séché	309	6,3	20	63,0	/	3000
Chenilles séchées	430	15,4	249	52,9	16,9	185
Viande de bœuf	237	17,7	63	18,2	0	11
Piment séché	312	9,4	13	13,9	56,0	538
ail	131	0,1	63	5,2	30,2	33
Lait de femme	67	3,1	87	1,1	9,1	0
Bière locale	25	0,2	-	-	0	-

Source : FAO (1968) et Platt (1962)

Pour le Mayo-Tsanaga, le plat retenu est le couscous de maïs accompagné de la sauce de foléré faite avec de la pâte d'arachide « ham-ham » en kapsiki.

$$\text{Soit } Q_{\text{kcal}} = 335x + 42y + 884z + 549w$$

$$x = \text{farine de maïs ; } y = \text{feuille de foléré}$$

$$Q_{\text{kcal}} = \mathbf{1\ 810\ Kilocalories}$$

$$z = \text{huiles végétales ; } w = \text{arachides sèches}$$

La quantité de kilocalories que peut procurer ce plat est de **1 810 Kilocalories**. L'ajout des ingrédients comme l'oignon, la tomate, l'ail ou la viande, le poisson va dépendre des moyens financiers des ménages.

Pour le Lom-et-Djerem, le couscous de manioc accompagné des légumes de koko à la pâte d'arachide est le plat retenu.

$$\text{Soit } Q_{\text{kcal}} = 335x + 363y + 42z + 549q + 884w$$

$$x = \text{farine de maïs ; } y = \text{farine de manioc}$$

$$Q_{\text{kcal}} = \mathbf{2\ 173\ kilocalories}$$

$$z = \text{légumes ; } q = \text{arachide ; } w = \text{huile}$$

La proportion de kilocalorie de ce plat est de **2 173 kilocalories**. Bien que le koko soit classé ici parmi les légumes verts foncés, il faut noter qu'il a une teneur de 16,5 % en protéines, de 5,9 % en lipides plus que les autres légumes du même groupe (F. Mialoundama, 2007, p.117). Les chiffres obtenus ne sont qu'une estimation car plusieurs facteurs entrent en jeu. Le mode de cuisson, le mode de conservation qui altère la qualité de l'aliment et lui fait perdre les constituants et les concentrés de vitamines. Malgré les nombreuses combinaisons des différents plats, l'apport en kilocalories est très faible en deçà du nombre 2 400 kilocalories recommandé par la FAO/OMS pour se maintenir en santé. Ce nombre est recommandé pour un individu par jour en tenant compte de la déficience de son état de santé ; or on a noté que la répartition du repas intrafamilial bien que culturel n'aide pas les ménages à combler ce déficit pour un individu surtout le jeune enfant. Il a peut-être le ventre plein mais les nutriments nécessaires pour être en parfaite santé sont insuffisants. C'est pour cela que la consommation soutenue d'un tel aliment est désavantageux. Il faut une combinaison dans les

5 groupes d'aliments qui existent, consommer aussi des aliments crus comme les fruits pour compenser les pertes de nutriments lorsqu'un aliment est cuit, séché ou fumé.

Il existe une relation entre l'utilisation des aliments à la portée des ménages et les pratiques des soins au sein du ménage, l'accès à l'eau et l'assainissement qui sont des éléments clés de la compréhension de l'état nutritionnel d'une population donnée. De prime à bord, certaines tranches de la population sont les plus exposées et ne manifestent pas le problème de la même façon ; d'où la priorité sur les enfants de 0 à 5 ans.

2.2. Pratiques des soins infantiles : allaitement maternel et le sevrage

L'alimentation des nourrissons et du jeune enfant (ANJE) est spécifique. La période d'allaitement est déterminante pour le développement de l'enfant. Des Monts Mandara jusqu'au département du Lom-et-Djerem, les bébés qui naissent sont soumis à l'allaitement maternel certes mais les soins sont inappropriés (Encadrés 1, 2 et 3)

Encadré n°1 : Alimentation du nourrisson dans la localité de Mokolo

Les femmes ici ont une conception erronée du « colostrum ». Il s'agit de ce premier liquide qui sort dès la succion du bébé. Elle le jette, disant que c'est un liquide sale. L'autre problème c'est que dès la naissance, le bébé prend déjà de l'eau, la bouillie, pourtant le métabolisme de l'enfant n'est pas prêt à recevoir ce type de nourriture. Conséquence : les diarrhées, de multiples infections et s'ensuit une malnutrition. En plus, elles n'écourent pas les conseils prodigués ici au CNAS.

Propos recueillis auprès d'une infirmière au CNAS de Mokolo, mars 2019

Chez un nourrisson en bonne santé, le lait d'une mère en bonne santé apporte suffisamment d'eau et d'électrolytes pendant six mois et l'enfant n'a pas besoin de suppléments d'eau. Or il est jeté, considéré comme impur par les mères.

Encadré n°2 : Alimentation du nourrisson dans la localité de Garoua-Boulaï

Que ce soient les femmes réfugiées ou les autochtones, le bébé d'à peine quelques jours est vite soumis aux aliments solides (eau, bouillie et couscous) bref tout ce que les adultes de la famille consomment. Au sein de la communauté réfugiée, le marabout écrit en arabe, lave ces écrits et le liquide recueilli est donné à boire au bébé. il est censé protéger l'enfant des mauvais desseins de la vie. Le bébé généralement a des diarrhées et emmené très tard au centre de santé lorsque la santé de l'enfant décline. Cette pratique met la vie de l'enfant en danger.

Propos d'une employée interprète au CNAS de Garoua-Boulaï, avril 2019

Encadré n°3 : Pratique d'alimentation des nourrissons dans la localité de Diang

Malgré les disponibilités alimentaires, les femmes pour la plupart analphabètes, sont ignorantes des bonnes pratiques de la composition des aliments de compléments pour l'enfant dès 06 mois. L'une des causes de la malnutrition des enfants dans la localité est la jeunesse des mères ; elles accouchent très tôt à partir de 14 ans, la jeune fille est déjà sexuellement active et en cas de grossesse rapprochée, le bébé est vite délaissé pour le suivant. En plus, le jeune enfant en famille consomme ce que les parents consomment sans aucun soin.

Propos du relais communautaire chargé de la nutrition au CMA de Diang, juin 2019

Ce n'est qu'en cas de maladie que le bébé a besoin de boissons supplémentaires et cela doit être fait sous contrôle médical. Même le traitement clinique peut modifier la flore intestinale et aggraver l'état nutritionnel de l'enfant. Une diarrhée non infectieuse peut-être due à un changement brusque de nourriture et mis dans un régime familial inadapté (M. Latham, 1979, p.3). Le jeune enfant sevré brusquement a 1,33 fois plus de chance d'être touché par la malnutrition (Tsilefinirina, 2007, p.36). À l'Est, le taux de prévalence de la malnutrition aiguë est de 2,5% en 2018. Celui de la prévalence de la malnutrition chronique globale est estimé à 35,4% et de la malnutrition chronique sévère à 13,2% (CAMEROUN/SMART 2018, p.11).

Un enfant qu'on prive ou à qui on introduit très tôt une alimentation solide et riche en féculents devient moins résistant aux attaques extérieures et plus exposé aux infections multiples. Ces pratiques ou croyances plombent la résistance de l'organisme à l'infection. L'organisme d'un jeune enfant mal entretenu et mal nourri génère difficilement des anticorps. L'organisme est alors incapable de se défendre face aux infections opportunistes qui aggravent l'état sanitaire de l'enfant pouvant le conduire à la mort. Il a 9 fois plus de risque de décéder d'une pneumonie, 2 fois plus d'un excès palustre, 6 fois plus d'une rougeole (Dos nutrition, 2010, p.10). M. Latham (1979, p.7) quand il travaillait en Tanzanie, a eu souvent l'occasion d'expliquer aux parents pourquoi l'enfant était atteint de kwashiorkor. Les parents incrédules de nier et protester avec véhémence que leur enfant ne puisse souffrir de

malnutrition. Ils ne se rendaient pas compte que l'Uji fait uniquement à base de manioc ou de maïs, ne suffit pas à protéger l'enfant de la malnutrition, même si on lui en donne à suffisance. Les séquelles de cette carence peuvent être irréversibles et se transmettent de mère en fille.

L'accès à l'eau influence l'utilisation de la nourriture au sein du ménage, considéré comme un nutriment alimentaire très important. Son utilisation, son accès à une eau potable est utile pour comprendre l'exposition des ménages aux maladies infectieuses.

2.3. La problématique de l'eau et des services de santé

L'eau est un nutriment indispensable à la vie. Les problèmes de santé ont parfois un lien avec un approvisionnement insuffisant ou à une consommation d'eau insalubre. Dans le Mayo-Tsanaga, le problème d'approvisionnement en eau potable se pose avec acuité. En saison des pluies, les mayo sont débordés pour le bonheur des ménages ruraux. En saison aride, l'eau est une denrée rare au point où le fait de prendre un bain est un luxe. En dehors des mayo, l'approvisionnement est assuré par les puits/forages (surtout en zone de plaine) peu nombreux et très profonds pouvant aller jusqu'à 60 m à 80 m. En zone de montagne, l'eau est une équation difficile à résoudre et les populations à l'aide des bidons font des kilomètres pour chercher la denrée dans les bas-fonds au risque de faire des mauvaises rencontres avec les félins à la recherche de l'eau. L'eau est utilisée pour les tâches ménagères et on évite de gaspiller le

liquide au maximum. Parfois il faut creuser les lits des « mayo » asséchés et attendre près de 4 heures pour qu'elle monte et qu'on puisse la recueillir. Les enfants qui descendent dans ses trous de fortune se trouvent souvent ensevelis sous les tonnes de sable.

Dans le Lom-et-Djerem, la situation est différente car nantie en cours d'eau, le problème se pose maintenant au niveau de l'accès à l'eau potable. Dans chaque village, il existe au moins un point d'eau aménagé et équipé d'une pompe. Le problème se pose généralement au niveau de la gestion et l'entretien de ces points d'eau qui facilement sont en panne et laissés à l'abandon. Quant à la traiter pour la consommation, c'est un réel problème. Les soins de santé publique font partie de ces facteurs, garant du bien-être nutritionnel des enfants.

Le milieu rural des zones d'études est structurellement défavorisé. Or ces zones traversent des périodes de crise sécuritaire et alimentaire d'envergure. Dans ce contexte défavorisé, le nombre de patients ou d'infections augmente. L'un des facteurs qui met en mal le statut nutritionnel d'une population est l'accès physique aux services de santé de proximité du point de vue quantitatif et qualitatif. La Région de l'Est en 2015 compte 888 682 habitants pour 161 formations sanitaires toutes catégories confondues. L'Extrême-Nord compte 3 856 740 habitants pour 370 formations sanitaires (MINSANTE/Profil sanitaire analytique, 2016-2020 p.39). La faible accessibilité financière de la part de la population, l'éloignement même des formations sanitaires, insuffisants, mal équipés et mal entretenus, la faible disponibilité des médicaments sont autant de maux qui plombent le service de santé camerounais. L'environnement de la santé publique est l'une des causes sous-jacentes du cadre conceptuel de la malnutrition. Malgré l'accroissement de la population, la situation des infrastructures n'évolue pas. Le District de santé de Mokolo encadre en tout 19 aires de santé avec un seul hôpital de district. Le district de santé de Garoua-boulaï pareil avec une population de 63 857 âmes.

Au Centre Médical d'Arrondissement de Diang, bien qu'étant un centre de prise en charge de la malnutrition, un seul relais communautaire est formé à la prise des paramètres anthropométriques. Les centres de santé insuffisants sont censés prodiguer des conseils sur les bonnes pratiques alimentaires aux mères lors des consultations prénatales et postnatales. L'insuffisance de personnels formés et les ruptures de stocks des intrants alimentaires compromettent la prise en charge des malnutris et favorisent la malnutrition. L'Extrême-Nord et l'Est sont deux régions où on note moins de 55% de femmes ayant effectué 4 visites prénatales. Où les femmes ayant reçus les soins de la part d'un prestataire de santé formé est en déca de la moyenne nationale (Enquête Démographique et de Santé du Cameroun-V, 2018, p. 23).

2.4. La prévalence de la malnutrition

La malnutrition est le résultat d'une carence ou d'un excès en nutriments spécifiques ou d'un régime alimentaire non varié (non diversification de la diète selon les tranches d'âge). Dans le cas présent, la malnutrition est une pathologie nutritionnelle par carence des vitamines et des minéraux nécessaires pour le fonctionnement de l'organisme. Par insuffisance ou par manque, l'organisme se nourrit dans les réserves des muscles, commence alors une détérioration de la santé et de l'aspect physique de l'enfant. Cette maladie est latente, et se déclare un jour où l'enfant est atteint d'une autre maladie. Avec des repas peu fréquents ou pauvres en glucides, l'enfant ne consomme pas assez de nutriments utiles. Par conséquent, il est affecté par une forme très grave de malnutrition qu'est la kwashiorkor. Il est tout le temps malade, perd ses cheveux, les yeux sont hagards. Amaigri, il mange difficilement. En plus, il ne fait pas son âge (preuve évidente d'un retard de croissance physique (Planche n°3). Cette malnutrition est partout présente, dans le Mayo-Tsanaga et le Lom-et-Djerem.

Planche n°3 : Les enfants victimes de la malnutrition dans le Mayo-Tsanaga et le Lom-et-Djerem



L'enfant (5) est atteint de kwashiorkor. L'enfant (6) est atteint d'une malnutrition aiguë sévère qui s'est accélérée par une infection, couché, la tête porte le poids du corps et, affaibli par la maladie, il bouge à peine. Les enfants avec malnutrition aiguë sévère (MAS) hospitalisés sont suivis à la minute sinon la courbe clinique peut continuer à baisser et la mort est évidente.

Dans la période de février 2015 à septembre 2018, le Centre de Nutrition Ambulatoire (CNA) de Betare-oya a dépisté et enregistré 546 enfants avec malnutrition aiguë modérée (MAM) dont 246 garçons et 300 filles. Près de 342 malnutris à cause des complications ont été référés au Centre de Nutrition Thérapeutique Interne (CNTI) dont 164 garçons et 178 filles. Au CNA de Mokolo, 296 MAM sont pris en charge dans la période de janvier 2017 à août 2018. Par contre, 537 MAS sont enregistrés au CNTI dans la période de mars à août 2018. Le registre affiche également pour cette période, les cas d'abandon (21 cas), et de décès (17 cas). Le CNA de Diang a enregistré 42 enfants malnutris dont 19 garçons et 23 filles dans la période de janvier à août 2018. Le CNA de Rhumshiki quant à lui affiche un record de 77 enfants malnutris. Les problèmes décrits par le personnel de santé surtout de l'Est sont les cas où les enfants sont conduits trop tard dans les centres de santé,

l'organisme affaibli par les infections ou les cas d'évasion.

3. DISCUSSION

La pratique nutritionnelle au sein des ménages du Lom-et-Djerem et du Mayo-Tsanaga est problématique à cause des choix alimentaires monotones, un faible accès à l'eau potable et aux services de santé. L'on constate que les céréales et les féculents, base l'alimentation dans les 2 départements subissent des transformations qui les essore complètement de leurs éléments nutritifs. Les travaux de D. Sautier & M. O'Déyé (1989, p. 11) donnent les raisons de la valorisation des céréales locales : la valorisation technologique qui consiste à la mécanisation de procédés locaux pénibles pour un essai de complémentation protéique ; la valorisation économique c'est-à-dire valoriser sans les transformer pour rendre leurs prix plus compétitifs et la valorisation culturelle, chaque aliment, chaque préparation culinaire revêt une signification culturelle et une valeur symbolique pour expliquer l'évolution de sa consommation. Toutefois ces prouesses dans la valorisation des céréales qui occupent une place de choix dans le régime alimentaire des ménages du sahel ne sauraient remettre en cause le fait que les graines

dénudées de leurs nutriments causent des problèmes de santé au consommateur final.

Ce déséquilibre entre l'apport nutritif et les besoins réels de l'organisme des enfants en pleine croissance se présente sous forme de malnutrition. La malnutrition est surtout liée à un déficit des aliments nutritifs, aux pratiques des soins infantiles inadaptés. Même en ce qui concerne la vaccination des enfants, le taux global de couverture est encore faible (A. Socpa, 2001 p. 30). Ces résultats s'accordent avec ceux de Dyonio (2017, p.8), en ces termes que la malnutrition se pose au Tchad dans un contexte de déficit infrastructurel socio-sanitaire, une insuffisance du personnel de santé en quantité et en qualité et une mauvaise répartition géographique. Les populations vivent dans un contexte de pauvreté, de manque d'eau potable et une production céréalière qui constitue la base de l'alimentation souvent affectée par les aléas climatiques à la fois structurelle et conjoncturelle couplée de comportements en matière de nutrition. A. M. Podlewsky (1961, p.129), décrit l'allaitement maternel pratiquée chez les Hina, dans la partie méridionale de l'arrondissement de Mokolo. Dans les premières heures de l'accouchement, le premier lait « le colostrum » est rejeté dans 30 % des cas au profit de l'eau bouillie (88%), du lait chauffé (10%) et du lait de vache (2%). L'auteur ajoute que dans l'ensemble (p.150), l'alimentation est moins bonne et l'état de santé des enfants en pâtit terriblement. Walter Van Beek (1982, p.187) fait la même observation chez les kapsiki. Dès la naissance, le bébé reçoit de l'eau avec un peu d'ocre et de kamajirivi (*dicliptra verticillata*) une plante considérée comme salubre pour l'enfant et le premier lait est pressé et jeté, jugé mauvais pour l'enfant. La durée de l'allaitement va dépendre de la prochaine grossesse.

Les symptômes (ventre bedonnant, corps amaigri, œdèmes ...) sont pareilles (Planche n°2) et les enfants malnutris se comptent avec des cas de décès. Cette maladie est comme une maladie dégénérative de l'aspect physique car le corps subit des modifications importantes. En dehors d'apport alimentaire insuffisant, la malnutrition

des enfants a d'autres causes comme le soulignent les résultats d'enquêtes de Tsilefinirina (2007, p.30) dans le district de Fianarantsoa I. 14,9 % des femmes sont ignorantes qu'il faut des consultations prénatales, et les consultations postnatales. 5,8% des femmes allaitantes sèvrèrent leurs enfants avant 6 mois à cause de la négligence à l'endroit du bébé. Le manque de volonté de la part des femmes d'allaiter leurs bébés, la profession de la mère qu'elle soit salariée ou paysanne. Les raisons d'esthétiques, quand la mère s'attache à sa silhouette féminine. L'état de santé de la mère et de l'enfant, le niveau d'instruction de la mère, les femmes illettrées ou à faible niveau d'instruction, difficile pour elles d'améliorer les connaissances et d'adopter un changement de comportement. Par contre dans la commune rurale d'Iarinarivo, sur 180 mères enquêtées, 168 mères soit 98,90% donnent le colostrum à leurs enfants, en revanche 2 mères, soit 1,10% le jettent. La prévalence des enfants allaités au sein est de 56,81% et seule la fréquence de la tétée diminue au fur et à mesure que l'enfant grandit (R. T. Andomany, 2007, p. 33 et p. 35).

Le bien-être nutritionnel dépend du contenu en nutriments des aliments consommés et par leur absorption par l'organisme. Ceci en fonction des besoins déterminés par l'âge, le sexe, le niveau d'activité physique, l'état de santé en plus de l'efficacité de l'utilisation par l'organisme.

CONCLUSION

La diète est monotone et manque de nutriments essentiels dans le régime alimentaire des ménages du Mayo-Tsanaga et le Lom-et-Djerem. La répartition des repas au sein du ménage est régie par des règles strictes du respect de la hiérarchie familiale mais il n'en demeure pas moins qu'elle soit un désavantage pour les jeunes enfants.

Cette sous-alimentation combinée aux mauvaises pratiques de soins infantiles de l'allaitement jusqu'au sevrage a des effets sur la

Rapport final enquête SMART 2018, CAMEROUN/UNICEF, 83 pages.

COURADE Georges., 1992, « le fait alimentaire, territoire à conquérir de la géographie », In Tiers-Monde, tome 33, n°132, pp 743-762.

DENOU Sabou Gisèle, 2015, Fenêtre d'opportunité des 1000 premiers jours de vie, Rapport de l'atelier de partage sur les enjeux et défis de la nutrition, sur la croissance économique, Communication 2 AgriProfocus, 12 p.

DOS Nutrition, 2014, La nutrition une affaire de tous ; recommandations sectorielles pour une approche intégrée de la sous-nutrition, Génération nutrition, 40 pages.

DYONIO, 2017, Analyse géographique de la malnutrition chez les enfants de moins de 05 ans : Cas de la ville de Mao/Tchad, Mémoire de Master, Université de Yaoundé I, 122 p.

EYOG MATIG Oscar., NDOYE Ousseynou., KENGUE Joseph & AWONO Abdon, 2006, les Fruitières Comestibles du Cameroun, Ed Institut International des ressources phytogénétiques (IPGRI), 220 p.

Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture, Fonds International de Développement Agricole, Organisation Mondiale de la Santé, Programme Alimentaire Mondial, Fonds des Nations Unies pour l'Enfance, 2019, L'État de la sécurité alimentaire dans le monde 2019. Se prémunir contre les ralentissements et les fléchissements économiques, Rome, FAO, 229 p.

FAVIER Jean-Claude, 1977, « Valeur Alimentaire de deux aliments de base africains : le manioc et le sorgho », ORSTOM, Paris, 122 p.

FAVIER Jean-Claude, 1989, « Valeur nutritive et comportement des céréales au cours de leurs transformations », Céréales des Régions chaudes, éd. John libbey, pp 285-297.

HALLAIRE Antoinette, 1989, « Risque alimentaire et stratégies paysannes au nord des Monts Mandara

santé des enfants. La malnutrition qui n'est qu'une manifestation est aussi tributaire de l'accès à l'eau potable et aux services de santé de proximité. Le jeune enfant le manifeste par les modifications corporelles et la désagrégation des fonctions de l'organisme. Les admissions dans les centres de prise en charge sont quotidiennes et parfois les enfants arrivent dans un état de santé détérioré. En effet, malgré que ces zones d'étude soient sous surveillance humanitaire, la situation ne semble guère s'améliorer. Cependant, les institutions en charge doivent encourager les ménages à acquérir les connaissances sur les bonnes pratiques alimentaires pour un changement de comportement et désenclaver les zones rurales pour un meilleur accès aux soins de santé.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

ACTION CONTRE LA FAIM, 2014, Mettre fin à la malnutrition d'ici 2030 ; faire de la deuxième conférence internationale sur la nutrition une étape décisive, ACF, 24 pages.

AGUEGUIA Antoine, APEDO-AMA Adakou, FONTEM Dominic, MANGA Gabriel, MBOUA Jean-Claude, MOUEN Mispas, NDZANA Xavier, NGEVE MBUA Jacob, PONÉ KAMDEN Dieudonné, TCHUANYO Martin, TETKA Jules, TIKI MPONDO Georges, WOUAMANE Mbélé, ZOK Simon, 2000, « Le manioc, un aliment pour tout le monde », In Les richesses du sol, DES/ZEL/GTZ, pp 35-81.

CAMEROUN/Ministère de la Santé Publique, 2016, Profil sanitaire analytique, OMS/ AHO, 121 p.

CAMEROUN/Institut National de Statistique, 2018, Enquête Démographique et de Santé du Cameroun 2018, Yaoundé, Cameroun, 71 pages.

CAMEROUN/Standardized Monitoring and Assessment of Relief and Transitions, 2018, Enquête nutritionnelle SMART et de mortalité rétrospective chez les femmes, les adolescents et les enfants au Cameroun (Est, Adamaoua, Nord et Extrême-Nord),

Les pratiques nutritionnelles et la malnutrition des enfants dans les départements du Mayo-Tsanaga et du Lom-et-Djerem.

(Cameroun) », In *Le risque alimentaire*, Éditions de l'ORSTOM, pp 327-334.

KOGNI, (1986), Bertoua, Batouri, Belabo : étude comparative de trois villes de la province de l'Est-Cameroun, Thèse de Doctorat, Université de Yaoundé, 264 p.

LATHAM Michael , 1979, *Nutrition Humaine en Afrique Tropicale*, Manuel pour le personnel de santé, 2e Ed, FAO, Rome, 306 p.

MIALOUNDAMA Fidèle, 2007, *Le Koko ou mfumbu (Gnétacées) une plante alimentaire d'Afrique Centrale*, L'Harmattan, 212 pages.

MINISTERE DE L'ÉCONOMIE, DE LA PLANIFICATION ET DE L'AMENAGEMENT DU TERRITOIRE/RADEC, 2013, *Rapport sur le développement économique du Cameroun : Région de l'Est*, MINEPAT-Est, 81 p.

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE/FONDS DES NATIONS UNIES POUR L'ENFANCE, 2014, *Situation nutritionnelle au Cameroun SMART 2014*, Régions de l'Extrême-Nord, du Nord, de l'Adamaoua et de l'Est du Cameroun, Rapport final, 21 p.

NJIEMBOKUE NJUPUEN Ginette Octavie, 2015, *Insécurité alimentaire en milieu forestier camerounais*, Mémoire Master, Université de Yaoundé I, 163 p.

PROGRAMME ALIMENTAIRE MONDIAL, 2018, *Présentation des résultats du dépistage nutritionnel dans 13 districts de santé du Mayo-Tsanaga et au Camp de Minawao*, diapositive 1 à 8.

PROGRAMME NATIONAL DE SECURITE ALIMENTAIRE/PROGRAMME ALIMENTAIRE MONDIAL, 2018, *Évaluation de la sécurité alimentaire dans les régions de l'Est, Adamaoua, Nord et Extrême-Nord*, 38 p.

PODLEWSKI André Michel, 1961, « *La dynamique des principales populations du Nord-Cameroun (Entre Bénoué et Lac Tchad)* », ORSTOM, 189 pages.

ROULON-DOKO Paulette, 2001, *Cuisine et nourriture chez les Gbaya de Centrafrique*, L'Harmattan, 410 p.

REDIMALALA TOJO ANDOMANY, 2007, *Alimentation des enfants de 0 à 24 mois et malnutrition précoce dans le commune rurale d'Iarinarivo SDSPS Ambohidratrimo*, Mémoire de Licence en Nutrition, INSPC, 86 p.

SAUTIER Denis, O'DÉYÉS Michèle, BRIGAS Nicolas & O'DÉYÉS Marc, 1989, *Mil, maïs, sorgho : techniques et alimentation au Sahel*, L'Harmattan, 173 p.

SIMEU KAMDEM Michel, 1996, « *Le manioc au Cameroun, une filière vivrière autorégulée* », Cahiers d'Agriculture n°5, pp 257-264.

SOCPA Antoine, 2011, *Analyse globale de la sécurité alimentaire et de la vulnérabilité (CFSVA)*, Dossier de candidature pour l'inscription sur la liste d'aptitude au grade de Maître de Conférences, Université de Yaoundé I, 405 p.

TRECHE Serge, 1989, « *Risques liés aux variations de la valeur nutritionnelle des aliments : le cas des tubercules cultivés au Cameroun* », In *Le risque en agriculture*, Éditions de l'ORSTOM, pp 375-394.

TSILEFINIRINA Abel Jean, 2007, *Sevrage précoce et statut nutritionnel des enfants de 0 à 24 mois à Fianarantsoa I*, Mémoire de Licence en Nutrition, Institut National de Santé Publique et Communautaire, 94 p.

FONDS DES NATIONS UNIES POUR L'ENFANCE, 2019, *La situation des enfants dans le monde 2019 : enfants, nourriture et nutrition, bien grandir dans un monde en mutation*, UNICEF, 258 pages.

WALTER VAN BEEK, 1982, « *Les savoirs kapsiki, In Santerre* », éd : la quête du savoir, essais pour une anthropologie de l'éducation au Cameroun, Laval, Presses Universitaires, pp 180-207.



MILIEU DE PROVENANCE DES MERES NOURRICES ET CHOIX DES MODES D'ALIMENTATION DES NOURRISSONS DANS LE DISTRICT D'ABIDJAN (COTE D'IVOIRE)

ENVIRONMENT OF ORIGIN OF NURSE MOTHERS AND CHOICE OF INFANT FEEDING METHODS IN THE DISTRICT OF ABIDJAN (COTE D'IVOIRE)

¹KONE Siatta, ²ADIKO Adiko Francis et ³AGNISSAN Assi Aubain

¹Assistante en sociologie de la santé, Institut des Sciences Anthropologiques de Développement (ISAD) - Université Félix Houphouët-Boigny - Abidjan, Côte d'Ivoire, ksia85@yahoo.fr.

²Chargé de recherche en sociologie de la santé, Centre Ivoirien de Recherches Economiques et Sociales (CIRES), Université Félix Houphouët-Boigny, Côte d'Ivoire ; Centre Suisse de Recherches Scientifiques en Côte d'Ivoire, adiko.francis2@gmail.com

³Maitre de conférences en sociologie anthropologie, Institut des Sciences Anthropologiques de Développement (ISAD) - Université Félix Houphouët-Boigny- Côte d'Ivoire, agnissane@yahoo.fr

KONE Siatta, ADIKO Adiko Francis et AGNISSAN Assi Aubain, Milieu de provenance des mères nourrices et choix des modes d'alimentation des nourrissons dans le district D'Abidjan (Côte d'Ivoire), *Revue Espace, Territoires, Sociétés et Santé* 3 (6), 169-185, [En ligne] 2020, mis en ligne le 31 Decembre 2020, consulté le 2021-01-10 20:43:59, URL: <https://retssa-ci.com/index.php?page=detail&k=140>

Résumé

Dans les pays en développement, la dénutrition maternelle et infantile constitue un problème majeur de santé publique. En Côte d'Ivoire, les disparités géographiques observées sur les pratiques alimentaires des nourrissons sont fondées sur un système de pensées marquées par l'ignorance, les croyances familiales, idées

reçues et d'autres facteurs socioculturels. L'objectif de cette étude est de comprendre la relation entre le lieu de provenance des mères nourrices et les choix de mode d'alimentation des nourrissons reçus dans les formations sanitaires du district d'Abidjan. Pour cette étude quantitative, la collecte de données a été effectuée auprès de 1 028 mères nourrices reçues dans les formations sanitaires de différents niveaux de soins où les initiatives de promotion de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE) sont implantées. Ces participantes ont été sélectionnées lors de consultations à l'intérieur et à l'extérieur du Centre de Santé Urbain à base Communautaire de Riviera Palmeraie, de la Formation Sanitaire Urbaine à base Communautaire d'Abobo Sagbé Nord, de l'Hôpital Général de Bingerville et du Centre Hospitalier et Universitaire de Treichville. Les résultats ont révélé que les deux facteurs de la provenance des nourrices que sont le lieu de résidence et le type d'habitation, ont une relation certaine avec les choix du type d'alimentation et des premiers aliments donnés aux nourrissons. Ainsi, la prise en considération des représentations locales de l'alimentation du nourrisson dans la conception et la mise en œuvre de stratégies communautaires, reste un défi

Milieu de provenance des mères nourrices et choix des modes d'alimentation des nourrissons dans le district D'Abidjan (Côte d'Ivoire) majeur à relever pour la santé maternelle et infantile.

Mots clés: Mode d'alimentation, premier aliment, mère nourrice, nourrisson, santé maternelle et infantile

Abstract

In developing countries, maternal and child undernutrition is a major public health problem. In Côte d'Ivoire, the geographic disparities observed in infant feeding practices are based on a system of thoughts marked by ignorance, family beliefs, preconceived ideas and other socio-cultural factors. The objective of this study is to understand the relationship between the place of origin of nursing mothers and the choices of feeding method of infants received in health facilities in the district of Abidjan. For this quantitative study, data was collected from 1,028 nursing mothers received in health facilities of different levels of care where initiatives to promote infant and young child feeding (IYCF) are implemented. These participants were selected during consultations inside and outside the Community-based Urban Health Center of Riviera Palmeraie, of the Community-based Urban Health Training of Abobo Sagbé North, of the General Hospital of Bingerville and the Treichville Hospital and University Center. The results revealed that the two factors of the origin of the nannies - place of residence and type of dwelling, have a definite relationship with the choices of the type of food and the first foods given to infants. Thus, taking into account local representations of infant feeding in the design and implementation of community strategies remains a major challenge for maternal and child health.

Keywords: Feeding method, first food, nursing mother, infant, maternal and child health

INTRODUCTION

Dans de nombreuses régions du monde, l'insécurité alimentaire sévit eu égard aux conditions environnementales et socioéconomiques qui limitent l'accès à une alimentation suffisante, saine et nutritive nécessaire à la satisfaction des besoins énergétiques et vitaux des populations (G. Courade et J. Peltre-Wurtz, 1991, p.3 ; FAO *et al*, 2018, p.64). Dans les pays en développement, la dénutrition maternelle et infantile constitue un problème majeur de santé publique dont les conséquences sur le développement des capacités humaines entravent la bonne contribution des populations aux efforts de développement économique et social. La sous-alimentation a causé environ 45 % des décès chez les enfants de moins de 5 ans, principalement dans les pays à revenu faible et intermédiaire (R. E. Black *et al*, 2013) et un facteur de risque de plus de 28% des décès d'enfants de moins de cinq ans en Afrique (M. Ezzati *et al*, 2002). Pour les nourrissons et jeunes enfants, un bon développement du phénomène de lactation et un allaitement maternel adapté, complétés si nécessaire par des aliments de supplémentation spécialement formulés, demeure la condition sinéquanon pour mieux répondre à la sécurité alimentaire et prévenir la malnutrition infantile (OMS, 2014, p.9).

Avant l'âge de six mois, le lait maternel est considéré comme le régime alimentaire optimal pour le nourrisson en ce sens qu'il réduit le retard de croissance et assure un développement physique et mental harmonieux (J. Akre, 1989, p. 44). Ainsi il est largement recommandé dans le monde entier dans la mesure où il protège les nouveaux-nés. Comme on l'a dit, les répercussions de l'allaitement sont nombreuses pour les nourrissons. L'allaitement exclusif au sein contribue à procurer aux nourrissons et jeune enfants les nutriments, anticorps, hormones et anti-oxydants et autres facteurs que contient le lait maternel (UNICEF, 1998, p. 24). Par conséquent, la question de la fonction vitale de

l'allaitement maternel exclusif a été historiquement mise en évidence dans les débats sur le développement des nourrissons et jeunes enfants dans le monde.

A partir de six (6) mois, le mode d'alimentation de l'enfant est l'alimentation mixte. A cette période de la vie du nourrisson, il est introduit d'autres aliments que le lait maternel. L'alimentation mixte signifie donc qu'il reçoit à la fois du lait maternel et un autre aliment ou liquide, notamment de l'eau, du lait non humain ou une préparation pour nourrissons avant l'âge de 6 mois (UNHCR, 2015, p. 6 ; R. Forero et al, 2018, p. 613). Il est dit mixte, car l'enfant est tantôt allaité, tantôt alimenté avec des substituts du lait maternel (préparations commerciales pour nourrissons, les céréales et d'autres aliments). En réalité, l'apport d'aliments complémentaires au lait maternel contribue à fournir les quantités adéquates de nutriments (protéines, énergie et micronutriments) nécessaires pour combler le déficit nutritionnel d'un nourrisson (K. F. Michaelsen *et al.*, 2003, p. 50 ; WHO, 1998, p. 14).

Par conséquent, l'insuffisance pondérale et les conséquences de maladies d'origine alimentaire chez les jeunes enfants sont d'autant plus réduits que l'allaitement maternel est pratiqué de manière exclusif au sein au cours des premiers de la vie. Dans les pays en développement où les nourrissons ont souvent un faible poids corporel ou un retard de croissance, les quantités d'énergie provenant d'aliments complémentaires, semblent importantes de 0,3 MJ (76 Kcal) / jour entre l'âge de 3 à 5 mois (K. F. Michaelsen *et al.*, 2003, p. 50 ; WHO, 1998, p. 14). Or dans les pays de la CEDEAO¹, les taux d'allaitement exclusif ont enregistré une baisse significative de 33% à mesure que l'âge du nourrisson de moins de 6 mois augmentait, avec ceux du Nigéria et de la Côte d'Ivoire étant les plus faible, inférieurs à 20,0% (K. E. Agho *et al.*, 2019, p. 4). Pourtant les populations vulnérables, exposées aux crises successives que connaît cette sous-région,

souffrent de carences en micronutriments et ont de ce fait besoin d'un soutien préventif et curatif supplémentaire. Ainsi conscient de la menace que constitue la problématique de la dénutrition maternelle et infantile pour le développement économique et social des populations, les pouvoirs publics sont de plus en plus encouragés dans la mise en place des interventions globales visant à soutenir l'allaitement maternel exclusif et améliorer les pratiques d'alimentation complémentaire du nourrisson (A. Lartey, 2008, p. 107).

En Côte d'Ivoire, les travaux sur l'exploration des fondements socio-anthropologiques révèlent que des pratiques alimentaires « inappropriées » des mères dans le Nord-ouest du pays, seraient à l'origine de la malnutrition des enfants de 0 à 5 ans. En effet, les populations de ces localités perçoivent certaines préparations locales sous forme de bouillies de maïs comme étant porteuses de qualités nutritionnelles et thérapeutiques sous prétexte qu'assurent l'embonpoint chez les nourrissons. En fait, les femmes font savoir que la bouillie appelé *Anango-Baga* donne une belle forme aux bébés et les rend présentables à la communauté (T. R. Oulahi et M. Fofana, 2016, p. 22-23). Or, à l'Est du pays, par jour ces bouillies pauvres en micronutriments sont insuffisamment et irrégulièrement données aux enfants de moins de 5 ans (S. Arnaud, 2004, p. 48). Par ailleurs ayant identifiée la présence d'agents pathogènes sous forme de bactéries sur cet aliment traditionnel, il est recommandé une amélioration de sa production afin de garantir l'hygiène et la salubrité ainsi que la santé des enfants (S. Aka-Gbézo *et al.*, 2017, p. 2617).

Ainsi dans les régions ivoiriennes, les pratiques alimentaires des mères sont façonnées par un système de pensées marquées par l'ignorance, les croyances familiales, idées reçues et d'autres facteurs socioculturels. Par exemple, les disparités géographiques ont été observées sur la pratique de l'initiation précoce de l'allaitement

¹ CEDEAO (Communauté Economique des Etats de l'Afrique de l'Ouest)

(RCI, 2015, p. 36). En effet, les nourrissons résidant dans les régions du Sud-Ouest (14%), du Nord-Est (16%), du Centre (17%), n'ont pas été immédiatement mis au sein dans l'heure qui suivait leur naissance. En revanche, les nourrissons vivant dans les régions du Centre-Ouest (55%) et du Centre-Nord (47%) ont été allaités de manière précoce. Pourtant cette situation d'inégalités géographiques semble être corrigée par l'intégration systématique de la promotion de l'allaitement maternel et de la lutte contre l'anémie et la carence en vitamine A, dans les activités des districts sanitaires dans la ville d'Abidjan et dans la grande partie des pôles de développement du pays (PNN, 2010, p. 24)

Nous nous sommes donc demandé en quoi le milieu d'habitation de la mère peut influencer le type d'alimentation offert à bébé. Quelles sont les implications sociologiques des lieux de résidence des mères sur les choix de premiers aliments et d'alimentation complémentaire des nourrissons ? Cette étude à visée descriptive et analytique, cherche à comprendre comment le lieu de provenance des mères nourrices influence les choix de mode d'alimentation des nourrissons reçus dans les formations sanitaires du district d'Abidjan. De façon spécifique, il s'agit d'identifier les facteurs qui sous-tendent les choix alimentaires pour leurs nourrissons et d'analyser la nature de la relation de cette variable avec la provenance des mères nourrices.

1. Données et méthodes

1.1. Champs d'étude

Le district d'Abidjan représente le champ géographique de notre étude. C'est une ville cosmopolite de l'Afrique subsaharienne. L'agglomération d'Abidjan est située au Sud du

golfe de Guinée et est comprise entre les latitudes 5°00' et 5°30'N et les longitudes 3°50' et 4°10'W. En tant que capitale économique de la République de Côte d'Ivoire, le district d'Abidjan constitue un pôle de développement du pays et une source potentielle d'emplois pour les femmes et les jeunes. C'est un véritable poumon économique, car il abrite l'essentiel des entreprises de tous les secteurs d'activités. Le district d'Abidjan compte plus de cinq millions d'habitants et s'étend sur une superficie de 2 119 Km², soit 0,6% du territoire national. Il regroupe treize (13) communes que sont : Abobo, Adjamé, Anyama, Attécoubé, Bingerville, Cocody, Koumassi, Marcory, Plateau, Port-Bouët, Treichville, Songon et Yopougon. C'est conformément à la loi N°2001-478 du 09 Août 2001 que l'ex-ville d'Abidjan a été érigée en district. C'est avec cette disposition législative que se sont ajoutées aux dix (10) communes, les trois (3) communes rurales, à savoir Anyama, Bingerville et Songon.

1.2. Choix des sites d'enquête

Le cadre de l'étude est composé par les localités du district d'Abidjan. L'étude visait les formations sanitaires où les initiatives de promotion de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE) sont implantées. Par exemple, l'International Baby-Food action network. Côte d'Ivoire (IBFAN-CI) a formé et installé des « groupes de soutien » dans les communes du district d'Abidjan. Dans ce cadre, l'ONG² a envisagé l'instauration du label de l'Initiative Hôpital Amis des Bébé (IHAB)³ en vue de la promotion de l'allaitement maternel exclusif. Ce critère a justifié le choix de quatre (4) centres de santé des communes d'Abobo, de Cocody, de Bingerville et de Treichville (Carte n°1).

² ONG : Organisation Non Gouvernementale

³ La désignation « Ami des bébés » est consignée par le Comité Canadien pour l'Allaitement à tout centre de santé qui respecte chacune des dix conditions prédéfinies pour le succès de

l'allaitement exclusif, mais aussi toutes les neuf dispositions visant à garantir l'allaitement artificiel, énoncées dans la Déclaration conjointe de l'OMS et de l'UNICEF (C. M. Pound *et al*, 2012, p. 322-323).

Carte n°1 : Localisation des 13 communes du district d'Abidjan et de la zone d'étude



L'étude a donc concerné respectivement :

- le Centre de Santé Urbain à base Communautaire (CSUCOM) de Riviera Palmeraie,
- la Formation Sanitaire Urbaine à base Communautaire (FSUCOM) d'Abobo Sagbé Nord,
- l'Hôpital Général (HG) de Bingerville et,
- le Centre Hospitalier et Universitaire (CHU) de Treichville.

Ce critère de choix est croisé avec celui de la prise en compte des trois niveaux de services de soins de santé, traditionnellement distingués. Cela a permis de mieux cerner la problématique de l'alimentation des nourrissons chez les femmes qui reçoivent les premiers soins dans les centres de primaires, puis, sont orientées vers les centres de santé de soins secondaires et si nécessaire, dans un centre de santé de soins tertiaires.

1.3. Echantillonnage

Il s'agit des critères de choix des individus dans l'échantillon. Ainsi, nous nous sommes intéressées aux mères nourrices de bébés âgés de 6 mois maximum⁴ pour faire la différence entre

l'allaitement exclusif et les autres types d'alimentation.

Cependant, concernant les nourrices qui n'arrivaient pas à donner l'âge exact de leurs bébés, nous avons eu accès aux carnets de santé de ces enfants pour regarder la date de naissance et par ce moyen, nous avons déterminé l'âge de ces enfants.

Comme critère, nous avons aussi les différents quartiers de provenance des mères nourrices.

Le concept variable indépendante « Milieu de provenance » sous-entendu « Milieu de vie » a pour variables dépendantes « Lieu de résidence » (Cocody, Treichville, Bingerville et Abobo) et « Type d'habitation » (Cour commune, Villa, Appartement) des nourrices.

Pour la détermination de l'échantillon, nous nous servons des populations féminines des différentes zones enquêtées que sont : 21 150 femmes à Abobo Sagbé Nord : 6 343 femmes à Bingerville quartier agriculture, 2 958 femmes à Treichville zone portuaire, 2 426 femmes à Cocody Riviera Palmeraie (INS, estimation 2012).

Notre étude concerne donc les nourrices, c'est-à-dire les femmes en âge de procréer qui ont un bébé dont l'âge est compris entre 0 et 6 mois. Aussi, nous nous sommes intéressées à la tranche

⁴ L'allaitement exclusif pour les bébés de 0 à 6 mois est la norme de l'OMS.

Milieu de provenance des mères nourrices et choix des modes d'alimentation des nourrissons dans le district D'Abidjan (Côte d'Ivoire)

d'âge des femmes comprise entre 25 et 29 ans, en excluant celles qui ne sont pas comprises dans cet intervalle. Nous avons fait ce choix parce que nous considérons qu'à cet âge de maturité, la femme plus apte à écouter les conseils sur ce qui concerne l'alimentation de son enfant et particulièrement, la pratique de l'allaitement exclusif. Le tableau n°1 montre que la population de cette tranche d'âge était plus importante par rapport aux autres tranches d'âge.

Tableau n°1 : Population féminine âgée de 25 à 29 ans

Commune	Effectif (N)	Pourcentage
Riviera Palmeraie	276	8,88
Abobo Sagbé Nord	2 058	66,20
Treichville (zone portuaire)	284	9,13
Bingerville	491	15,79
Total	3 109	100,00

Source : Institut National de Statistique (INS), estimation 2012

Pour déterminer le nombre d'individus à interroger dans l'échantillon, nous avons utilisé la formule de Bernoulli. Le choix de cette formule se repose sur la disponibilité de données statistiques officielles sur la pratique de l'Allaitement Exclusif dans les différents centres de santé qui sont nos zones d'enquêtes.

La taille de notre échantillon est obtenue à partir de la formule suivante :

$$n = e^2 \times N / e^2 + d^2 (N-1),$$

où : $e = 1,96$; $d = 0,05$ et $N = 3 109$, donc $n = 1 028,586448$, soit $n = 1 028$

Ainsi, l'échantillon est constitué de 1 028 mères nourrices. Ces participantes ont été sélectionnées lors des vaccinations, des pesées ou des consultations externes de leur bébé, mais aussi, dans les services de nutrition et de maternité des différents centres de santé indiqués ci-dessus. Cette sélection a été faite soit avant ou après ces services. L'enquête a commencé le 06 décembre 2012 et a pris fin le 30 mars 2013 et a duré environ quatre (4) mois.

Nous avons appliqué la méthode de quota pour déterminer le nombre de nourrices dans chaque commune. Ainsi dans l'utilisation de cette méthode, l'on fait une représentation de la

population mère dans l'échantillon. Ceci revient à déterminer le nombre de nourrices à enquêter dans chaque commune, comme suit :

- Riviera Palmeraie, $1 028 \times 8,88\% = 91$
- Abobo Sagbé Nord, $1 028 \times 66,20\% = 681$
- Treichville, $1.028 \times 9,13\% = 94$
- Bingerville, $1 028 \times 15,79\% = 162$

Le tableau n°2 donne l'effectif de mères nourrices enquêtées dans chaque zone.

Tableau n°2 : Nombre de mères nourrices à enquêter

Zones d'enquête	Nombre de nourrices
Riviera Palmeraie	91
Abobo Sagbé Nord	681
Treichville	94
Bingerville	162
Total	1028

Source : Données d'enquêtes, Koné Siatta, 2013

Dans notre étude, le questionnaire administré auprès de 1028 nourrices comportait des sections sur (i) les types d'habitation et le milieu de résidence et (ii) les types d'alimentation et le premier aliment donné au bébé.

1.4. Méthode de collecte, de traitement et d'analyse des données

Le traitement des données issues du questionnaire administré auprès de 1028 nourrices a consisté en la codification, la saisie, et l'apurement des données. Après la vérification des données, celles-ci ont été transférées vers le logiciel d'analyse statistique Statistical Package for Social Science (SPSS, version 20.) pour la tabulation et l'analyse. L'analyse a porté sur les 588 ménages qui ont répondu à l'outil de collecte. Elle a été univariée et bivariée. La significativité des relations statistiques a été mesurée par le test de Khi2. Le degré de significativité des associations a été indiqué par la valeur du p de Pearson et l'appréciation des relations entre variables qualitatives a nécessité le calcul du V de cramer.

1.5. Limites de l'étude

Les limites de l'étude sont en rapport avec l'échantillonnage, en ce sens que l'hôpital a été choisi comme lieu d'enquête. En effet, le calcul de l'échantillon sur la base des données de recensement de l'Institut National des Statistiques (INS, estimation 2012), peut être considéré comme une insuffisance méthodologique. Ceci a été dû à l'absence des données chiffrées concernant les effectifs de mères nourrices dans les différents centres de santé où l'enquête a eu lieu. Par ailleurs, la période de vaccination, de pesée et de consultation externe choisie pour mener l'enquête dans les centres de santé, a été comme un facteur limitant de l'approche méthodologique adoptée. En fait, la contrainte majeure a été la coïncidence du jour pour effectuer les actes médicaux, notamment la vaccination à faire les vendredis dans les différents centres de santé, à l'exception du CHU de Treichville. A ce niveau, la double option du centre de santé ou du ménage⁵, selon la

préférence de la mère nourrice pour mener l'enquête (F. A. Adiko, 2016, p. 60), aurait évité de se confronter à cette difficulté du terrain d'étude.

2. Résultats

2.1. Etude de la relation entre le milieu de vie des mères nourrices et le premier aliment donné au nourrisson

2.1.1. Relation entre le lieu de résidence et le premier aliment donné au nourrisson

L'étude descriptive a consisté à mettre en relation le lieu de résidence et le premier aliment donné au nourrisson. Ainsi, elle a permis de calculer les fréquences et proportions des nourrices donnant de l'eau sous la forme diverse, du lait maternel et autres aliments liquides comme premiers aliments à leur nouveau né, selon que celles-ci vivent dans les quartiers à proximité des formations sanitaire ciblées dans l'étude (Tableau n°3).

Tableau n°3 : Distribution des mères nourrices selon l'influence du lieu de résidence sur le premier aliment donné au nourrisson

		Premier aliment donné à bébé			Total
		eau minérale, eau plate, eau tiède	Lait maternel	autres (sérum glucosé, eau sucrée, jus de fruit, autre lait, miel, datte	
Lieu de résidence	Abobo	12 1,8%	242 35,5%	427 62,7%	681 100,0%
	Bingerville	2 1,2%	149 92,0%	11 6,8%	162 100,0%
	Treichville	5 5,3%	81 86,2%	8 8,5%	94 100,0%
	Riviera palmeraie	2 2,2%	70 76,9%	19 20,9%	91 100,0%
Total		21 2,0%	542 52,7%	465 45,2%	1028 100,0%

Source : Données d'enquêtes, Koné Siatta, 2013

L'analyse du tableau n°3 renseigne que :

- à Abobo, les nourrices enquêtées ont donné 1,8% d'eau minérale, plate ou tiède à leurs bébés, 35,5% de lait

maternel et 62,7% d'autres aliments tels que le sérum glucosé, eau sucrée, jus de fruits, autre lait, miel et les dattes ;

⁵ Au ménage, la mère nourrice est plus présente en chambre de réclusion (F. A. Adiko et al, 2018, p. 9)

Milieu de provenance des mères nourrices et choix des modes d'alimentation des nourrissons dans le district D'Abidjan (Côte d'Ivoire)

- à Bingerville, les enquêtées ont donné 1,2% d'eau minérale, plate ou tiède aux bébés, 92% de lait maternel et 6,8% d'autres aliments liquides ;
 - à Treichville, les bébés ont reçu 5,3% d'eau minérale, plate ou tiède, 86,2% de lait maternel et 8,5% d'autres aliments liquides ;
 - à la Riviera Palmeraie, les bébés ont reçu 2,2% d'eau minérale, plate ou tiède, 76,9% de lait maternel et 20,9% d'autres aliments liquides.
- Le croisement des proportions de nourrices résidant dans les quartiers ciblés avec celles de ceux adoptant les différents types de premiers aliments du nourrisson, a donné les résultats ci-après (Tableau n°4).

Tableau n°4 : Tests du Khi-deux (lieu de résidence / premier aliment donné au bébé)

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	260,107	6	0,000
Nombre d'observations valides	1028		

Source : Données d'enquêtes, Koné Siatta, 2013

Le tableau n°4 donne un effectif théorique de 25% concernant trois (3) cellules. Ce qui signifie que le test est significatif au seuil alpha égal à 5% à 6 degrés de liberté. Autrement dit, le lieu de résidence a une influence sur le premier aliment donné au bébé.

Mais la valeur de V de Cramer (0,356) montre que cette relation entre le lieu de résidence et le premier aliment donné au bébé est une relation faible.

2.1.2. Relation entre le type d'habitation et le premier aliment donné au nourrisson

Les données de l'étude ont permis d'approfondir les connaissances sur l'appréciation de la typologie de la relation entre les premiers aliments donnés au nourrisson et le style d'habitat des nourrices. Le tableau n°5 présente le récapitulatif des fréquences et proportions des nourrices donnant de l'eau sous la forme diverse, du lait maternel et autres aliments liquides comme premiers aliments à leur nouveau nés, selon que celles-ci vivent dans des cours communes, appartements ou villas.

Tableau n°5 : Distribution des mères nourrices selon l'influence du type d'habitation sur le premier aliment donné au nourrisson

		Premier aliment donné au nourrisson			Total
		Eau minérale, eau plate, eau tiède,	Lait maternel	autres (sérum glucosé, eau sucrée, jus de fruit, autre lait, miel, datte)	
Type d'habitation	Villa	2	74	15	91
		2,2%	81,3%	16,5%	100,0%
	Cour commune	8	270	341	619
		1,3%	43,6%	55,1%	100,0%
	Appartement	11	198	109	318
		3,5%	62,3%	34,3%	100,0%
Total	21	542	465	1028	
	2,0%	52,7%	45,2%	100,0%	

Source : Données d'enquêtes, Koné Siatta, 2013

L'analyse du tableau n°5 montre que 2,2% des enquêtées habitant dans une villa ont donné de l'eau minérale, de l'eau plate et de l'eau tiède, tandis que 81,3% du lait maternel et 24,4% d'autres liquides comme le sérum glucosé, l'eau sucrée, les jus de fruits, autre lait, le miel et les dattes, à leurs bébés.

Par ailleurs, 1,3% des nourrices habitant dans une cour commune ont déclaré donner de l'eau, 43,6% du lait maternel et 55,1% les autres liquides, à leurs bébés.

Quant aux nourrices enquêtées vivant dans un appartement, 3,5% ont dit donner de l'eau, 62,3% du lait maternel et 34,3% les autres liquides, à leurs bébés.

Le croisement des proportions de nourrices résidant dans les types d'habitation spécifiés avec celles de ceux adoptant les différents types de premiers aliments du nourrisson, a donné les résultats ci-après (Tableau N°6).

Tableau n°6 : Tests du Khi-deux (type d'habitation / premier aliment donné au bébé)

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	72,535	4	0,000
Nombre d'observations valides	1028		

Source : Données d'enquêtes, Koné Siatta, 2013

D'après le tableau n°6, la valeur de Khi-deux calculée est égale à 72,535. Cependant, la valeur de Khi-deux lue dans la table à 4 degrés de liberté est égale à 9,488. Cette dernière valeur étant inférieure à celle calculée, l'on peut affirmer que le test est significatif au seuil de 5% à 4 degrés de liberté. Cela veut dire qu'il existe un lien entre le type d'habitation et le type de premiers aliments du nourrisson.

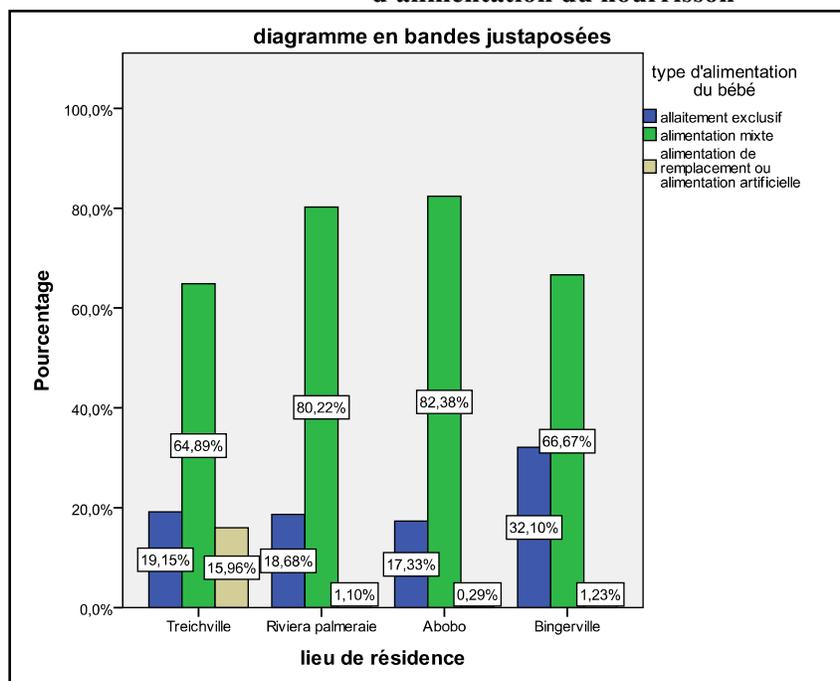
La valeur du V de Cramer est 0,188. Celle-ci indique que la relation entre les deux variables est faible.

L'étude de la relation entre le lieu de résidence et le type d'alimentation du nourrisson a été effectuée à partir des tris croisés entre ces deux modalités. Comme indiqué dans la méthodologie, le lieu de résidence est déterminé à partir des proportions de mères nourrices formées par l'ONG IBFAN-CI et habitant les localités d'Abobo, Bingerville, Treichville et Riviera Palmeraie. Quant aux types d'alimentation du nourrisson, ils résultent des proportions des nourrices qui adoptent l'allaitement exclusif, l'alimentation mixte et l'alimentation de remplacement ou l'alimentation artificielle. Le graphique n°1 indique les proportions de nourrices selon le lieu de résidence et le type d'alimentation du nourrisson.

2.2. Etude de la relation entre le milieu de vie des mères nourrices et le mode d'alimentation du nourrisson

2.2.1. Relation entre le lieu de résidence et le type d'alimentation du nourrisson

Graphique n°1 : Répartition des mères nourrices par lieu de résidence et type d'alimentation du nourrisson



Source : Données d'enquêtes, Koné Siatta, 2013

L'analyse des résultats présentés par le diagramme en bandes justaposées a fait ressortir que :

- parmi les nourrices, 17,3% des enquêtées ont pratiqué l'allaitement exclusif contre 82,4% pour l'alimentation mixte et 0,3% pour l'alimentation de remplacement, à Abobo.
- 32,1% des nourrices enquêtées ont pratiqué l'allaitement exclusif contre 66,7% pour l'alimentation mixte et 1,2% pour l'alimentation de remplacement, à Bingerville.
- 19,1% des enquêtées ont pratiqué l'allaitement exclusif contre 64,9% pour l'alimentation mixte et 16% pour l'alimentation de remplacement, à Treichville.

- 18,7% des nourrices enquêtées ont pratiqué l'allaitement exclusif contre 80,2% pour l'alimentation mixte et 1,1% pour l'alimentation de remplacement, à la Riviera Palmeraie.

L'on remarque les différences au niveau des pourcentages entre les différents groupes. Il est important de signaler que ces tris croisés ne peuvent pas permettre de conclure à des relations significatives entre ces groupes, encore moins aux sens de ces relations. Le test khi-deux sera alors utilisé pour vérifier si cette différence est significative. Les résultats des tests croisés entre les proportions de nourrices résidant dans les quartiers ciblés avec celles de ceux adoptant les différents modes d'alimentation du nourrisson, sont présentés dans le tableau n°7 qui suit.

Tableau n°7 : Tests du Khi-deux (lieu de résidence / type d'alimentation du nourrisson)

	Valeur	Ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	126,069	6	0,000
Nombre d'observations valides	1028		

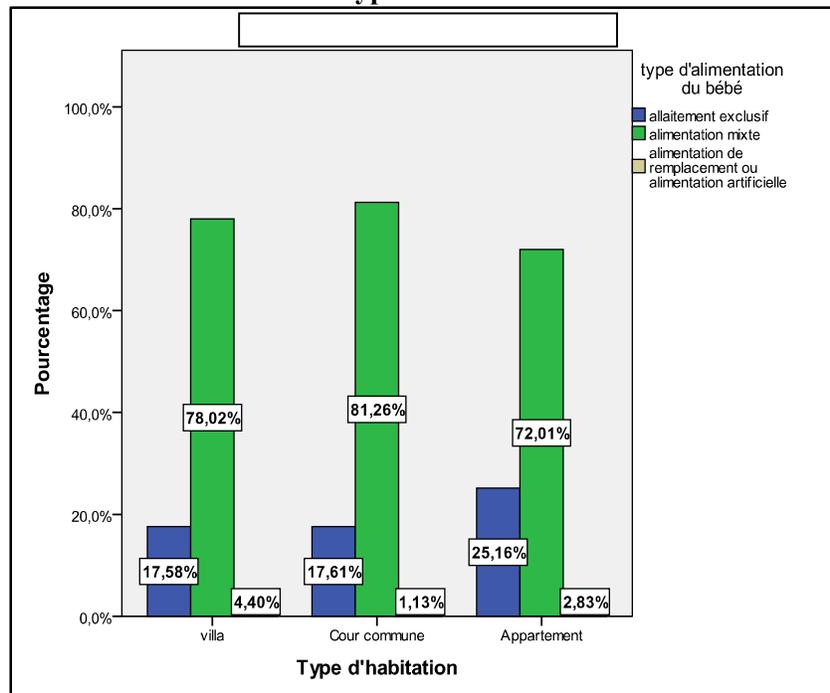
Source : Données d'enquêtes, Koné Siatta, 2013

De l'analyse du tableau précédent, il ressort que la valeur de khi-deux calculée est égale à 126,069. Cependant, la valeur de khi-deux lue dans la table à 6 degré de liberté est égale à 12,592. Cette dernière valeur étant inférieure à celle calculée, nous pouvons affirmer que le test est significatif au seuil de 5% à 6 degré de liberté. Cela veut dire qu'il existe un lien entre le lieu de résidence et le type d'alimentation du nourrisson. En d'autres termes, l'environnement dans lequel vit la nourrice a donc une influence sur le type d'alimentation que la nourrice offre à son bébé. La valeur du V de Cramer est 0,248. Celle-ci indique que la relation entre les deux variables est faible.

2.2.2. Relation entre le type d'habitation et le type d'alimentation du nourrisson

Dans l'étude, le type d'habitation (villa, cour commune, appartement) a été mis en relation avec le type d'alimentation (allaitement exclusif, l'alimentation mixte et l'alimentation de remplacement ou l'alimentation artificielle). Les fréquences et proportions de nourrices vivant dans les types d'habitation et adoptant ces différences modes d'alimentation pour leur nourrisson sont résumées dans le graphique n°2.

Graphique n°2 : Répartition des mères nourrices par type de d'habitation et type d'alimentation du nourrisson



Source : Données d'enquêtes, Koné Siatta, 2013

Le graphique n°2 relatif au diagramme en bandes type de d'habitation et type d'alimentation du juxtaposées des fréquences des nourrices par nourrisson révèle que :

Milieu de provenance des mères nourrices et choix des modes d'alimentation des nourrissons dans le district D'Abidjan (Côte d'Ivoire)

- parmi les enquêtées qui habitent dans des villas, 17,58% ont pratiqué l'Allaitement Exclusif, 78,02% ont opté pour l'alimentation mixte et 4,40% utilisent le lait artificiel ou de remplacement ;
- concernant les enquêtées qui habitent dans des cours communes, 17,61% affirment avoir pratiqué l'Allaitement Exclusif, 81,26% ont opté pour l'alimentation mixte et 1,13% ont utilisé le lait artificiel ;
- pour celles qui habitent dans des appartements, 25,16% pratiquent l'Allaitement Exclusif, 72,01% l'alimentation mixte et 2,83% ont utilisé le lait de remplacement.

L'on remarque des différences entre les pourcentages entre les différents groupes. Nous allons vérifier si ces différences sont significatives au seuil alpha égal à 0,05 avec un test Khi-deux.

Tableau n°8 : Tests du Khi-deux (type d'habitation / type d'alimentation du nourrisson)

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	14,779	4	0,005
Nombre d'observations valides	1028		

Source : *Données d'enquêtes, Koné Siatta, 2013*

Le tableau n°8 indique que la valeur de Khi-deux calculée est égale à 14,779. Celle qui est lue à 4 degrés de liberté au seuil de 5% reste égale à 9,488. L'on constate que la valeur de Khi-deux calculée est supérieure à celle lue dans la table. Cela amène à dire que le test est significatif au seuil alpha égal à 5%. En d'autres termes, le type d'habitation a une influence sur le type d'alimentation du bébé.

La valeur V de Cramer (0,085) indique que la relation entre les deux variables est très forte.

3. Discussion

3.1. L'importance de l'allaitement maternel exclusif comme premier aliment donnés aux nourrissons dans les milieux de vie des mères

Il ressort de l'analyse des données de l'étude que le lieu de résidence et le type d'habitation des mères nourrices détermine le premier aliment donné au nourrisson. En effet, une relation statistiquement significative existe entre ces deux variables et le premier aliment. Mais le lieu de résidence et le type d'habitation ne sont pas forcément liés au choix du premier aliment du

nourrisson, si l'on se réfère aux valeurs du V de Cramer. Toutefois à l'exception des milieux populaires, notamment à Abobo⁶ et dans les cours communes, où les mères donnent les aliments liquides à base d'eau et de décoctions aux nourrissons, le lait maternel (52,7%) apparaît comme le premier aliment sur lequel l'étude s'est globalement focalisée. Ce résultat corrobore avec l'étude de A. Coulibaly *et al* (2014, p. 559) qui a mis en évidence que la pratique de l'allaitement exclusif est influencé par le lieu d'origine et d'habitation de la mère. Les travaux de A. K. J. Mouroufié *et al* (2019, p. 3) réalisés dans les centres de santé à Abidjan ont montré que l'allaitement maternel exclusif est le plus couramment pratiqué avec plus de 54% des mères. En réalité, cette vision est largement partagée dans les débats sur le développement des nourrissons et jeunes enfants dans le monde. En effet, le lait maternel est reconnue comme le régime alimentaire optimal pour le nourrisson de moins de six mois en ce sens qu'il réduit le retard de croissance et assure un développement physique et mental harmonieux (OMS, 1989, p. 42). Ainsi il est largement recommandé dans le monde entier en ce sens qu'il protège les nouveaux-nés. Comme on l'a dit, les

⁶ Les études réalisées sur l'urbanisation accélérée et l'environnement socio-économique dans la ville d'Abidjan révèlent que les 53 quartiers d'Abobo abritent des cours

communes tramées dont la majorité (76%) se retrouve à Abobo Sagbé (A. P. R. KOUACOU, 2014, p. 39 ; K. M. DIBY, 2018, p. 33).

répercussions de l'allaitement sont nombreuses pour les nourrissons. L'allaitement exclusif au sein contribue à procurer aux nourrissons et jeunes enfants les nutriments, anticorps, hormones et anti-oxydants et autres facteurs que contient le lait maternel (UNICEF, 1998, p. 24). Il a donc des effets positifs qui concernent la nutrition, la croissance et le développement, et aussi la protection contre les infections, les allergies et certaines maladies chroniques chez les nourrissons et jeunes enfants. Mais, dans la mesure où nombre de facteurs comme l'indisponibilité des mères (47,24%) et le problème de satiété des nourrissons (25,41%) influence négativement sa pratique par les femmes de niveau primaire et analphabètes, beaucoup reste à faire dans le cadre de la promotion de l'allaitement maternel pour atteindre les cibles mondiales en matière de nutrition d'ici 2025 (A. K. J. Mouroufié *et al.*, 2019, p. 3). Dans les pays africains, des interventions visant à améliorer l'état nutritionnel des mères et les taux d'allaitement maternel sont nécessaires afin d'optimiser les résultats de santé pour les nourrissons (A. Prentice *et al.*, 1987, p. 487 ; K. G. Ericksen, 2017, p. 263 ; OMS, 2019, p. 10). En somme, les changements dans le mode de vie associés à de faibles mesures réglementaires pour la protection de l'allaitement, constituent un risque pour l'atteinte et le maintien du taux minimum ciblé de 50 % (OMS, 2019, p. xi).

3.2. Le choix des modes d'alimentation des nourrissons : la prédominance de l'influence des réseaux de sociabilité des mères

Les résultats de l'étude a montré que le choix du type d'alimentation du nourrisson est liée au statut de l'habitation des enquêtées. Cette association était statistiquement significative, mais avec la valeur du V de Cramer qui indiquait que la relation entre les deux variables étaient très fortes. Le taux de l'allaitement mixte était plus élevé chez les enquêtées vivant dans les

cours communes que celles vivant dans les villas ou les appartements. Ceci s'expliquerait par la présence des différentes personnes de la mère nourrice auprès d'elle. De plus avec les différentes interventions des autres membres de la cour commune, la nouvelle mère est amenée à intégrer le lait maternel (43,6%) aux aliments liquides comme l'eau, le jus de fruits et de feuilles de tisane (55,1%) dans l'alimentation du nourrisson. La prédominance de l'influence des réseaux de sociabilité des mères a été relevée par nombre de travaux de recherche effectués notamment en milieu populaire urbain. Selon G. A. W. Kanteng *et al.* (2014, p. 3), ces réseaux composés de la mère de l'allaitante, de la belle-mère, d'une tante, d'une sœur, ayant l'expérience de plusieurs maternités, expliquent le choix inoportun au moment de la diversification alimentaire des nourrissons vivant dans la zone urbaine congolaise. Mais dans ce domaine, nombre de facteurs liés au contexte local peuvent influencer les comportements des mères. Dans son étude à Bamako, K. Sanogo (2011, p. 46) a montré que la majorité des mères ayant reçu des conseils sur l'alimentation appropriée de la petite enfance (90,48%) donnent de l'eau de datte ou de l'eau pure au nouveau-né avant le début de l'allaitement et des tisanes en plus du lait maternel avant 6 mois pour des raisons coutumières. Outre les raisons d'ordre socio-culturel (le respect des us et coutumes, des croyances, traditions ...), certains comportements de ces mères peuvent être expliqués par la méconnaissance des pratiques de l'alimentation complémentaire au lait maternel, ainsi que les préjugés. L'étude de A. K. J. Mouroufié *et al.* (2019, p.4) a mis en évidence qu'à Abidjan, le recours aux aliments complémentaires autres que le lait maternel justifie que la majorité des mères (54%) utilisent de l'eau dans l'alimentation des nourrissons. Toutefois, les femmes en situation de précarité peuvent avoir l'habitude de pratiquer des actes déviants provoquant la diarrhée chez leurs enfants malnutris. Ainsi à en croire les recherches menées sur les perceptions de causes de maladies infantiles, ces pratiques répandues

dans beaucoup de pays, peuvent comporter un risque pour la santé du nourrisson parce qu'elles augmentent le risque de diarrhées et d'autres maladies infectieuses (C. M. Monte et E. R. Giugliani, 2004, p. S136 ; O. B. Ogunba, 2010, p. 334 ; Muhimbula et Issa-Zacharia, 2010, p. 680).

Conclusion

L'étude s'est attelée à rechercher comment le lieu de provenance des mères nourrices influence les choix alimentaires pour les nourrissons. Les résultats ont conclu que les deux facteurs de la provenance des nourrices que sont le lieu de résidence et le type d'habitation, ont une relation certaine avec les choix du type d'alimentation et des premiers aliments donnés aux nourrissons. L'analyse plus approfondie permet d'établir que seulement le type d'habitation est fortement lié au type d'alimentation, tous les autres tests statistiques relevant des relations faibles. Cependant, on peut retenir que le premier aliment du nourrisson de moins de 5 ans semble être le lait maternel. Au-delà de 5 ans, l'alimentation mixte reste pratiquée par la plupart des mères nourrices de la zone d'étude. En réalité, ces données probantes peuvent être vues comme une preuve de réussite des initiatives de promotion de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE). Dans ce domaine, les actions menées dans la zone d'étude par l'International Baby-Food action network Côte d'Ivoire (IBFAN-CI) en faveur de la promotion de l'allaitement maternel exclusif des enfants de moins de 5 ans, ont été d'un apport considérable. Ensuite, les programmes nationaux de nutrition et de santé mère-enfant mènent des actions visant à encourager l'intégration des aliments du régime complémentaire comprenant des plats à base de mélanges variées de céréales, de tubercules féculents, de légumineuses et de légumes. Etant

donné que les composants du lait maternel sont généralement insuffisants chez les femmes en milieux pauvres, la conception et la mise en œuvre de stratégies communautaires intégrées restent des défis à relever pour le renforcement de la santé maternelle et infantile.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

ADIKO Francis Adiko, YAO Léopold Yao et GRONGNET Jean-François, 2016, Étude anthropologique de l'alimentation lors du *Tambrya* à Abidjan (Côte d'Ivoire), In Vassas Claudine (sous-direction), Les Mangeurs du XXI^e siècle, Nourriture et identité, éd. électronique, Éd. du Comité des travaux historiques et scientifiques (Actes des congrès nationaux des sociétés historiques et scientifiques), Paris, 57-68

ADIKO Francis Adiko, NINDJIN Charlemagne et YAO Léopold Yao, 2018, Normes alimentaires et sanitaires appliquées aux nouvelles accouchées chez les Akan en milieu rural ivoirien, *Revue Espace, Territoires, Sociétés et Santé*, [Mis en ligne le 19 Janvier 2019], consulté le 2020-07-21, URL: <https://www.retssa-ci.com/index.php?page=detail&k=32>

AGHO Kingsley Emwinyore, EZEH Osita Kingsley, GHIMIRE Pramesh Raj, UCHECHUKWU Osuagwu Levi, STEVENS Garry John, TANNOUS Wadad Kathy, FLEMING Catharine, OGBO Felix Akpojene et GLOMACH, 2019, Exclusive Breastfeeding Rates and Associated Factors in 13 "Economic Community of West African States" (ECOWAS) Countries, *Nutrients*, 11, 3007, doi:10.3390/nu11123007

AKA-GBEZO Solange, KONAN Amino Georgette, N'CHO Mathias, ACHI Patricia, KOFFI-NEVRY Rose, KOUSSEMON-CAMARA Marina et BONFOH Bassirou, 2017.

- Screening of antimicrobial activity of lactic acid bacteria isolated from anango baca slurry, a spontaneously fermented maize product used in Côte d'Ivoire, *Int. J. Biol. Chem. Sci.* 11(6): 2616-2629.
- AKRE James (sous dir.), 1989, L'alimentation infantile. Bases physiologiques, *Bulletin WHO : Supplément* Vol. 67, Genève, OMS.
- ARNAUD Stéphane, 2004, Etat nutritionnel et qualité de l'alimentation des enfants de moins de 2 ans dans le village de Damé (Côte d'Ivoire) : Caractérisation et essai d'identification des déterminants de la malnutrition protéino-énergétique et des pratiques alimentaires, Mémoire de DESS, Académie de Montpellier, Université de Montpellier II.
- BLACK Robert E., VICTORA Cesar Gomes, WALKER Susan P., BHUTTA Zulfiqar A., CHRISTIAN Parul, DE ONIS Mercedes, EZZATI Majid, GRANTHAM-MCGREGOR Sally, KATZ Joanne, MARTORELL Reynaldo, UAUY Ricardo et the Maternal and Child Nutrition Study Group, 2013, Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries. *Lancet*, 382: 427–51.
- COULIBALY Amed, TANO Aké Odile, VROH BI Bénie Joseph, TRAORE Youssouf et DAGNAN Simplicie N'Cho, 2014, Facteurs socioprofessionnels et pratique de l'allaitement exclusif par les primipares à Abidjan (Côte d'Ivoire), *Santé publique*, 4(26) : 555-562.
- COURADE Georges et PELTRE-WURTZ Jacqueline, 1991, « La sécurité alimentaire à l'heure du néolibéralisme », ORSTOM, Cahiers de sciences humaines, Paris, vol. 27, n° 1-2.
- DIBY Kouakou Martin, 2018, Pauvreté urbaine et émergence d'initiatives économiques informelles de survie à Abobo, une commune de l'espace périphérique nord d'Abidjan en côte d'Ivoire, *Revue Canadienne de Géographie* / *Tropical Canadian Journal of Tropical geography*, 5(1) : 30-38.
- ERIKSEN Kamilla Gehrt, 2017, Maternal nutrition, breast milk micronutrients and infant growth in rural Gambia, Doctoral thesis, University of Cambridge.
<https://doi.org/10.17863/CAM.18805>
- EZZATI Majid, LOPEZ Alan D., RODGERS Anthony, VANDER Hoorn Stephen et MURRAY Christopher J. L., 2002, *Selected Major Risk Factors and Global and Regional Burden of Disease*, *The Lancet*, vol. 360 no9343 pp.1–14.
- FONDS DES NATIONS-UNIES POUR L'ENFANCE (UNICEF), 1998, La situation des enfants dans le monde 1998, New York, UNICEF.
- FORERO Roberto, NAHIDI Shizar, DE COSTA Josephine, MOHSIN Mohammed, FITZGERALD Gerry, GIBSON Nick, MCCARTHY Sally et ABOAGYE-SARFO Patrick, 2018, Application of four-dimension criteria to assess rigour of qualitative research in emergency medicine, *BMC Health Serv Res*, 18(1):120.
- Haut Commissariat des Nations-Unies pour les Réfugiés (UNHCR), 2015, Pratiques d'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants. Procédures opérationnelles standard pour la gestion des substituts du lait maternel pour les enfants de 0 à 23 mois dans les situations de réfugiés, Genève, UNHCR.
- KANTENG Gray A. Wakamb, LUBALA Toni Kasole, MUTOMBO Augustin Mulangu et al., 2014, Perception de l'allaitement maternel et de la diversification alimentaire dans une zone urbaine congolaise, *The Pan African Medical Journal*, 19: 336.

KOUACOU Aya Pascale Rega, 2014, Caractéristiques physiques et sociologiques des zones criminogènes dans la commune d'Abobo, Mémoire de master en géographie, Bouaké, Université Alassane Ouattara, Côte d'Ivoire.

LARTEY Anna, 2008, Maternal and child nutrition in Sub-Saharan Africa: challenges and interventions. *Proceedings of the Nutrition Society*, 67, 105–108.

MICHAELSEN Kim Fleischer, WEAVER Lawrence, BRANCA Francesco et ROBERTSON Aileen, 2000, Feeding and Nutrition of Infants and Young Children: Guidelines for the WHO European Region, with emphasis on the former Soviet countries. WHO Regional Publications, European Series, No. 87. Copenhagen.

MOUROUFIE A. K. J., KOUAKOU Egnon K. V., KOUAKOU Firmin Kouassi, TANO F. Ebou, KOUAKOU AC, et al., 2019, Evaluation of Factors Influencing Breastfeeding in Children Aged 0 to 24 Months Received in an Urban Community Health Center in Abidjan Cocody (Côte d'Ivoire). *J Palliat Care Med* 9: 348. doi:DOI: 10.4172/2165-7386.1000348

MUHIMBULA Happiness S. et ISSA-ZACHARIA Abdulsudi, 2010, Persistent child malnutrition in Tanzania: Risks associated with traditional complementary foods (A review). *African Journal of Food Science* Vol. 4 (11), pp 679-692.

<http://www.academicjournals.org/ajfs/pdf/pdf2010/Nov/Muhimbula%20and%20%20Issa-Zacharia.pdf>

OGUNBA Olubukola Beatrice, 2010, Diet Diversity in Complementary Feeding and Nutritional Status of Children Aged 0 to 24 Months in Osun State, Nigeria. A Comparison of the Urban and Rural Communities, ICAN:

Infant, Child, & Adolescent Nutrition. vol. 2 • no. 6, DOI: 10.1177/1941406410385451

ORGANISATION DES NATIONS UNIES POUR L'ALIMENTATION ET L'AGRICULTURE (FAO), International Fund for Agricultural Development (IFAD), Fonds des Nations-Unies pour l'Enfance (UNICEF), United Nations World Food Programme (WFP) et World Health Organization (WHO), 2018, The State of Food Security and Nutrition in the World. In: Building climate resilience for food security and nutrition. Rome, FAO.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE (OMS), 2014, Plan d'application exhaustif concernant la nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant, Genève, Organisation Mondiale de la Santé. https://www.who.int/nutrition/publications/CIP_document/fr/

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE (OMS), 2019, Nutrition dans la Région africaine de l'OMS. Brazzaville : Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Afrique.

OULABI Taté Roger et FOFANA Memon, 2016, Observation of a corrélation between eating habits of mothers and malnutrition of children 0 à 5 years during an anthropological exploration in the Department of Seguela (CÔTE D'IVOIRE), *European Journal of Research in Social Sciences*, Vol. 4 No. 8.

POUND Catherine M., UNGER Sharon L. et Société canadienne de pédiatrie, section de la pédiatrie hospitalière, comité de nutrition et de gastroentérologie, 2012, L'Initiative Amis des bébés : protéger, promouvoir et soutenir l'allaitement. *Paediatrics & Child Health*, 17(6), 322–327.

PRENTICE Ann, JARJOU Landing M. A., DRURY Patrick J., DEWIT Odile et

CRAWFORD Michael A., 1989, Breast-milk fatty acids of rural Gambian mothers: effects of diet and maternal parity. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*, 8:486–90.

Programme National de Nutrition (PNN), 2010, Rapport du landscape analysis côte d’ivoire, MHSP, Abidjan, Côte d’Ivoire.

REPUBLIQUE DE COTE D’IVOIRE (RCI), 2015, Analyse de la situation nutritionnelle en Côte d’Ivoire, Rapport juillet 2015, Abidjan, Côte d’Ivoire.

SANOOGO Korotimi, 2011, Connaissances et pratiques des mères en matière d’alimentation de la petite enfance au village du Point G en commune III du District de Bamako, Thèse de doctorat unique, Faculté de médecine, de pharmacie et d’odonto-stomatologie, université de Bamako.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), 1998, Complementary feeding of young children in developing countries : a review of current knowledge. World Health Organization, Geneva (document WHO/NUT/98.1)



VARIA



L'ÉTHIQUE NON ESCLAVAGISTE DE LA TRAITE DES ENFANTS DANS LE SUD-BÉNIN : FAIT DE SOCIALISATION OU D'EXPLOITATION HUMAINE ?

THE NON-SLAVERY ETHICS OF CHILD TRAFFICKING IN SOUTH BENIN: SOCIALIZATION OR HUMAN EXPLOITATION?

¹ CHABI IMOROU Azizou

¹Maître-Assistant des Universités (CAMES), Département de Sociologie-Anthropologie (DS-A), Université d'Abomey-Calavi (UAC), ciazizou@yahoo.fr

CHABI Imorou Azizou, L'éthique non esclavagiste de la traite des enfants dans le Sud-Bénin : fait de socialisation ou d'exploitation humaine ?, *Revue Espace, Territoires, Sociétés et Santé* 3 (6), 187-204 [En ligne] 2020, mis en ligne le 31 Décembre 2020, consulté le 2021-01-10 20:48:34, URL: <https://retssa-ci.com/index.php?page=detail&k=119>

Résumé

Situé en Afrique de l'Ouest francophone, le Bénin a souvent été cité par nombre d'observateurs et de structures de protection ou de sauvegarde de l'enfance, comme l'un des pays où sévit « la traite des enfants » sous toutes ses formes. Face à ce phénomène, les actions de répression des pouvoirs publics de même que les nombreuses sensibilisations menées par les ONGs nationales ou internationales n'ont enregistré que très peu de succès. Ce faible succès noté dans le champ de la protection est lié à une compréhension peu profonde des mécanismes d'une pratique aux origines très anciennes. Cet article tire sa source d'une recherche sur les fondements des causes structurelles du phénomène de la traite des enfants menée dans huit (08) communes de la

partie méridionale du Bénin. L'objectif visé est de comprendre le phénomène en procédant à une analyse fine des logiques et représentations qui y sont liées. Les données utilisées sont issues de recherches empiriques de type ethnographique (observations, interviews, études de cas) analysées sous le prisme de l'approche systémique et stratégique. Cette étude démontre que, parmi les différentes formes de « traite des enfants », il y a des formes socialement tolérées qui tirent leur fondement dans des logiques de socialisation de l'enfant ou de renforcement de lien familial au sein des communautés. Dans ce contexte, plusieurs pratiques liées à la traite des enfants obéissent à des rationalités non esclavagistes qui ne s'inscrivent nullement dans un esprit d'exploitation de l'enfant.

Mots clés : Bénin, inégalités, logiques sociales, socialisation, traite des enfants

Abstract

Located in French-speaking West Africa, Benin has often been cited by many observers and child protection or safeguard structures as one of the countries where "child trafficking" in all its forms is rampant. Faced with this phenomenon, the repressive actions of the

public authorities as well as the numerous awareness-raising campaigns carried out by national and international NGOs have met with very little success. This limited success in the field of protection is linked to a shallow understanding of the mechanisms of a practice with very ancient origins. This article is based on research on the foundations of the structural causes of the phenomenon of child trafficking conducted in eight (08) communes in the southern part of Benin. The objective is to understand the phenomenon by carrying out a fine analysis of the logics and representations related to it. The data used is derived from empirical research of ethnographic type (observations, interviews, case studies) analyzed under the prism of the systemic and strategic approach. This study shows that, among the different forms of "child trafficking", there are socially tolerated forms that are based on the logic of socialization of the child or the strengthening of family bonds within communities. In this context, several practices related to child trafficking obey non-slavery rationalities that are in no way part of a spirit of child exploitation

Key words: Benin, Child trafficking, Inequalities, Social logics, Socialization

INTRODUCTION

En Afrique de l'Ouest, la traite des enfants met en relation les Etats qui nourrissent principalement les flux de la main-d'œuvre enfantine d'une part, et des échanges à la fois internes et transfrontaliers d'autre part. Dans les faits, ce sont les filières nationales qui acheminent les enfants des zones rurales vers les principaux centres urbains littoraux à partir desquels s'opère leur transfert vers la destination finale : le Gabon, le Burkina Faso, la Côte-d'Ivoire, le Ghana, le Mali, le Nigeria et le Togo (S. Loungou, 2003a, p. 487 ; S. Loungou, 2003b p. 260).

Au premier rang d'entre eux se placent le Bénin et le Togo qui monopolisent respectivement 52

% et 43 % de la main-d'œuvre enfantine (M. Smeets et A. Bissielo, 2002, p.489).

En effet, le phénomène du placement d'enfants existe depuis longtemps au Bénin. Dans certaines sociétés béninoises, la circulation des enfants dans plusieurs familles était courante. Cependant, depuis quelques temps, cette pratique socio-culturelle de placement s'est transformée en abus et en exploitation sexuelle (C. Gnimadi et al., 2000, p.12).

Selon le protocole des Nations Unies signé à Palerme en 2000, la traite d'enfant est définie comme le recrutement, le transport, le transfert, l'hébergement ou l'accueil d'une personne de moins de 18 ans à des fins d'exploitation. Et ce, même dans le cas où la victime a donné son consentement et qu'il n'y a eu aucune menace, l'utilisation de la violence ou autres formes coercitives. De même, l'analyse de la situation des enfants au Bénin en 2017 (cf. UNICEF, 2017 p.10) montre que le phénomène du travail des enfants est également en nette aggravation par rapport à 2008 avec plus d'un enfant sur deux (52,5%) impliqué dans le travail des enfants et près de quatre sur dix d'entre eux (40%) travaillent dans des conditions dangereuses. Les départements les plus touchés par ce phénomène sont le Couffo (82%), le Plateau (68%), l'Alibori (62%) et le Borgou (60%). En dehors des travaux domestiques familiaux traditionnels (travaux ménagers, petits travaux agricoles...), les enfants sont employés comme domestiques à domicile, pour faire du petit commerce ou sont sous-traités pour de gros travaux (agriculture, exploitation des mines) au Bénin ou dans les pays voisins (UNICEF, 2017, p.9). En effet, si les facteurs socio-culturels fournissent des éléments d'explication de la traite des enfants, le désengagement de l'Etat du secteur productif et des compressions dans les effectifs de la fonction publique, se sont en fait révélés totalement inadaptés aux réalités économiques ouest-africaines (BIT, 1993, p.275), suscitant même l'accroissement de la pauvreté dans de larges couches de la population. Mais comment comprendre que bien des disparités sociales, culturelles,

économiques, politiques influencent-elles la traite des enfants dans l'arène sociale méridionale du Bénin ?

Le présent article qui se focalise sur une recherche de type socio-anthropologique vise à comprendre les causes structurelles et profondes de la traite des enfants. Il identifie et analyse les logiques et représentations des acteurs sur le phénomène tel qu'il est pratiqué, vécu et organisé.

1. DONNEES ET METHODES

1.1. Sites d'investigation

Les sites ayant fait l'objet d'investigation se situent dans la partie méridionale du Bénin. Il s'agit initialement des communes voisines d'Allada et de Zè qui ont été retenues pour mener les enquêtes. Ces deux localités appartiennent à la même aire socio-culturelle composée de communautés Aïzo qui sont des sociétés patriarcales hiérarchisées et stratifiées. On distingue la classe des princes dont est issue le roi, la classe des notables d'où sortent les ministres sont issus, la classe des sages constituée des chefs de collectivités, le clergé constitué du féticheur en chef et ses disciples, les courtisans du roi (les autres personnages qui ont accès à la cour), la classe des paysans, etc. Au niveau familial, les Aïzo sont constitués de communautés à dominance polygamique avec une forte autorité du père qui est le chef de famille. Le droit d'aînesse y est également prépondérant (cf. Mission de Décentralisation, 2006, p.18)

De par l'organisation familiale, la division du travail révèle une présence active des femmes et des enfants dans la production familiale. Toutes les activités autour de la production incombent aux femmes : la vente, la conservation, la transformation, etc. Quant à l'agriculture dans la commune, elle concerne aussi bien les hommes, les femmes que les enfants. Les femmes constituent les piliers des ménages. Ce sont elles

qui ont à charge les dépenses quotidiennes et la scolarisation des enfants.

Cependant, il faut préciser que la nécessité d'investiguer les différentes trajectoires des enfants victimes de traite nous a amené à faire quelques investigations dans d'autres communes notamment communes d'Abomey-Calavi, d'Akpro-Missérété et de Pobè avec lesquels les communautés Aïzo entretiennent d'intenses rapports d'échanges et de déplacement d'enfants.

1.2. Démarche de collecte des données

La démarche méthodologique adoptée est centrée sur les méthodes de recherche en sciences sociales appliquées à la sociologie compréhensive de Max Weber (1963, p.130). Elle est essentiellement qualitative et tourne autour d'une combinaison de phases et techniques de recherche. Une première phase a été consacrée à la consultation de la documentation scientifique ainsi que de la littérature grise (rapport de consultation, rapports d'activités, documents de projets, etc.) relative à la mise en œuvre de la politique et stratégie nationale de protection de l'enfance au Bénin.

Une seconde phase a été consacrée aux travaux de terrain faite d'enquête de type ECRIS (Enquête rapide d'identification des conflits et groupes stratégiques) conçue par T. Bierschenk et J-P. Olivier de Sardan (1997, p.5). Cette démarche nous a paru plus indiquée parce qu'elle nous éloigne des sentiers consensuels que nous offrent les théâtralisations sur les sujets sensibles et moralement chargés tels que ceux de la traite et l'exploitation des enfants. A travers l'identification des groupes stratégiques, la démarche ECRIS a permis de répertorier les conflits qui traversent le champ complexe des droits des enfants et toutes les dynamiques sociales et politiques que les actions des organisations non gouvernementales (ONG) ont engendrées dans leurs différents milieux d'intervention autour de ces problématiques. L'objectif est ici de produire

L'éthique non esclavagiste de la traite des enfants dans le sud-bénin : fait de socialisation ou d'exploitation humaine ?

des données fines de terrain à partir d'entretiens individuels approfondis avec des acteurs clés notamment les enfants victimes, les intermédiaires de traite des enfants, les acteurs institutionnels et les personnes ressources (cf. tableau n°1). De même, trois entretiens de groupe (*focus group discussion*) ont été organisés avec les enfants vivant dans les centres de protection de l'enfance en présence des responsables de ces centres. Ainsi, un premier focus group a eu lieu le 12 décembre 2019 à la « Maison de l'espérance » située au quartier Hindé à Cotonou avec un groupe de huit (8) enfants d'âge compris entre 9 et 11 ans (5 filles et 3 garçons). Un deuxième entretien de groupe a eu lieu le 13 décembre au centre de protection « SOS Vidomègon » situé dans l'enceinte du grand marché de Dantokpa avec 13 filles âgées de 11 à 15 ans. Enfin un troisième entretien de groupe a eu lieu le 15 décembre au « foyer Laura Vicuna » à Zogbo (Cotonou) avec six (6) enfants (5 filles et un seul garçon) d'âge compris entre 10 et 15 ans. Au cours de ces entretiens, les échanges structurés autour d'un guide d'entretien ont

porté sur leurs conditions de vie dans leur famille d'origine, leur trajectoire depuis le milieu familial jusqu'au centre d'accueil ainsi que leur expérience avec le centre d'accueil. Hormis les entretiens individuels et de groupes nous avons effectué sur le terrain quelques observations sociologiques notamment dans les lieux de travail ou de vie de certains enfants : les ateliers d'apprentissage, les marchés urbains (Dantokpa et Gbogbanou notamment), les chantiers de construction de bâtiment, etc. Une grille d'observation détaillée a été utilisée à cet effet.

Par ailleurs, il convient de préciser que cette étude est essentiellement qualitative. La méthode d'échantillonnage choisie est non probabiliste et basée sur deux techniques : celle du choix raisonné et celle par boule de neige. Quant aux enfants interrogés lors des focus group, ils ont été identifiés par les responsables du centre sur la base de consentement préalable. Au total, quatre-vingt-deux (82) personnes ont été interrogées comme indiqué dans le tableau n°1.

Tableau n°1 : Nombre de personnes interviewées

Catégorie de cible	Effectif
Enfants victimes de traite	28
Parents (<i>géniteurs, oncle ou tante</i>)	09
Intermédiaires (<i>amis ou autre connaissance de la famille ou conducteurs de taxis</i>)	06
Acteurs institutionnels et autres personnes ressources (<i>agents des centres de protection sociale, responsable de centre d'accueil et de sauvegarde, animateurs d'ONG</i>)	12
Enfants pris en charge dans les centres d'accueil et de sauvegarde (<i>focus group</i>)	27
Total	82

1.3. Méthodes de traitement et d'analyse des données

Les données recueillies sur le terrain ont fait l'objet d'analyse spécifique. Les données issues de la documentation ont fait l'objet d'une

thématisation et de regroupement suivant les thèses défendues par les auteurs. Quant aux données issues des entretiens, elles ont été transcrites, thématiques, recoupées puis triangulées. Ainsi le contenu des discours tenus par les informateurs a été analysé sous l'angle de la sociologie compréhensive de Max Weber

(1963, p.28) et de l'approche systémique et stratégique de Crozier et *al.*, (1977, p.101). Ainsi, les pratiques et représentations qui sont liées à la traite des enfants et qui obéissent à des logiques de socialisation de l'enfant sont présentées et discutées. Les données d'observations ont été utilisées pour compléter et décrire les situations concrètes du terrain.

2. RESULTATS

2.1. Le visage de la traite des enfants : origines historiques et mécanismes

Dans la partie méridionale du Bénin, il existe quelques convergences dans le « visage » de la traite des enfants. D'une part, dans l'histoire des communautés car celles-ci ont, de façon très anodine, eu des expériences assez semblables de traite des enfants. D'autre part, le phénomène s'est observé dans un environnement économique attrayant qui motive les candidats à la traite.

L'histoire de la partie méridionale du Bénin permet de dire que la traite des enfants, qui constitue une pratique assez courante, n'est pas un phénomène nouveau. Dans cette partie du Bénin qui a été la porte de contact avec l'occident, l'expérimentation de la traite des enfants avait déjà commencé au cours de la période coloniale. C'est en effet au cours de cette période que les missionnaires et les fonctionnaires en provenance de la métropole ont souvent eu recours à des pratiques peu éloignées de celles qui prévalent de nos jours au phénomène de traite. Les missionnaires tout comme les colons qui leur ont succédé ont souvent recruté des enfants dans le but d'assurer soit leur évangélisation ou leur scolarisation. Ces enfants quittaient le domicile de leurs parents pour s'installer vers les tuteurs blancs qui se chargeaient de leur donner une éducation qui était à peine soutenue localement : l'apprentissage du Français. Mais à côté de cette éducation, ceux-ci devaient servir d'interprète ou de garçons de course au domicile de leurs

maîtres qui n'hésitent pas à solliciter leur assistance sous toutes les formes. A cette époque, les enfants qui avaient réussi sont ceux qui ont été confiés aux « blancs » qui leur avaient donné une éducation à la fois religieuse et scolaire :

« ...Pendant la période coloniale, les missionnaires blancs prenaient aussi des enfants chez nous pour leurs petits travaux. Ces enfants étaient enviés par leurs pairs parce qu'ils s'habillaient et mangeaient avec beaucoup de luxe. Ils vivaient aussi dans un bon cadre, ce que presque tous les parents souhaitaient pour leurs enfants... »
(Entretien avec K. T. enseignant à la retraite à Gomè Sota, Akpro Misséréte, 8/12/2019).

C'est ainsi que toute une génération de cadres dahoméens de l'époque sont passés par cette trajectoire qu'ils aiment souvent citer en modèle aux générations actuelles. Bien que ces pratiques ne relèvent pas de la traite à proprement parler, du moins telle qu'elle est pratiquée aujourd'hui, les populations s'en sont appropriées au lendemain des indépendances lorsque de nombreux enfants pour étudier devaient quitter leurs parents des villages pour s'établir dans des internats ou chez des tuteurs résidant en ville. L'usage de ces déplacements a donné le sentiment que pour réussir, les enfants dont les chances scolaires étaient réduites pouvaient se rattraper ailleurs chez un tuteur. On retrouve aujourd'hui de nombreuses survivances de cette perception.

Le fait que les enfants ayant quitté leurs parents pour vivre chez les blancs avaient des chances de réussir (apprendre le français pour devenir des alliés de l'entreprise coloniale), pratique largement acceptée et encouragée, s'est poursuivi au lendemain de l'indépendance. Désormais, l'enfant "réussi" est celui qui a pu se déplacer de sa campagne pour s'établir ailleurs, là où il a dû vivre de nombreuses autres expériences et découvertes qui ont fait de lui un

L'éthique non esclavagiste de la traite des enfants dans le sud-bénin : fait de socialisation ou d'exploitation humaine ?

évolué, un émancipé ou un civilisé (« é houn nounkoun »).

A côté de ces pratiques liées au système colonial, les liens qui unissaient les communautés entre elles favorisaient les déplacements des enfants d'une famille à l'autre. Ces déplacements se faisaient le plus souvent à l'intérieur du même village, les mouvements en dehors du village étant beaucoup plus limités à de rares cas, notamment quand la situation de l'enfant l'exigeait comme les cas de maladie de l'enfant, les déplacements ou décès d'un ou des deux parents.

Dans les deux cas, il s'agissait généralement de déplacements intra-communautaires qui transcendaient les frontières des actuels Etats. Ainsi, que ce soit chez les Aïzo d'Allada, les Toffins de So-Ava, les Yoruba de Pobè où encore les Mina de Bopa les parents n'envoyaient et n'adoptaient d'enfant qu'à l'intérieur de leur communauté qui peut s'étendre bien au-delà de leurs frontières nationales (au Nigéria ou au Togo). De ce fait, le traitement réservé aux enfants des différentes familles ou à l'ensemble des enfants à charge n'était pas différent comme le souligne un enquêteur :

« on ne faisait pas la différence entre l'enfant placé et l'enfant de la famille »

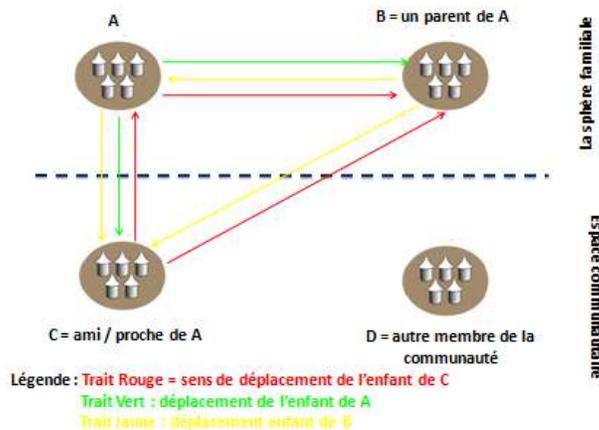
d'accueil. La maltraitance avait toujours existé mais, les enfants s'y plaisaient parce que tous les enfants étaient traités de la même manière ».

(Entretien avec Mme Damienne, Elue locale à Allada, 11/ 12/ 2019).

Il faut relever toutefois le cas assez particulier en pays Aïzo, où les enfants étaient utilisés sous forme de « procuration » devant assurer le paiement d'une dette restée impayée par un parent. Dans ce cas, l'enfant gardé en procuration devait servir de main d'œuvre auprès du créancier de la famille jusqu'à concurrence de la somme due.

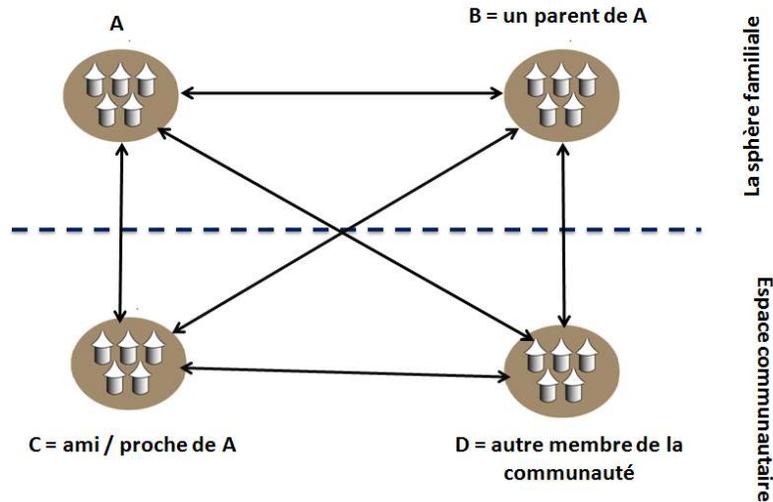
Ces pratiques observées au temps colonial se sont poursuivies au lendemain des indépendances avec l'arrivée aux affaires de cadres et évolués dahoméens qui eux avaient déjà expérimenté les bienfaits de leur séjour hors du cercle parental. Ces derniers ne s'opposent nullement pas aux sollicitations de leurs parents qui voyaient en eux des personnes capables de les aider dans l'éducation de leurs enfants. C'est l'évolution progressive de ces pratiques qui a ouvert les pistes de la traite des enfants. La figure n°1 résume la mobilité traditionnelle des enfants. Cette mobilité se déroulait entre les deux principales sphères du système social : la famille et la communauté.

Figure n°1 : Le triangle de la mobilité traditionnelle des enfants



Source : Données d'enquête, 2019

Figure n°2 : la mobilité des enfants aujourd'hui : l'échange généralisée



Source : Données d'enquête, 2019

2.2. Les différentes figures de la traite

✓ La « domestique »

L'observation empirique permet de constater qu'en matière de traite des enfants, les pratiques ne sont pas les mêmes. Les différentes formes de traite qui ressortent des terrains respectifs peuvent être regroupées en deux grandes catégories. Il y a d'un côté des formes ordinaires de traite d'enfants qui relèvent du banal, du « normal » et qui sont tolérées voire acceptées par les communautés. Il y a à côté de ces pratiques ordinaires, celles qui sont décriées et qui font l'objet de dénonciation.

2.2.1. Les formes banales et socialement tolérées

Les formes courantes de traite s'opèrent à partir de quelques pratiques quotidiennes qui sont largement tolérées par les communautés rencontrées. Les observations et les études de cas constatées dans les différentes localités investiguées permettent de les regrouper en cinq (05) formes banales. Ces formes de traite sont vécues comme relevant de l'ordinaire, de pratiques omniprésentes dans le quotidien de plusieurs ménages.

Chaque couple de fonctionnaires, chaque ménage a « sa domestique » qui l'aide dans les activités ménagères du foyer. Dans les villes, le recours aux domestiques est quasi incontournable en raison de l'importance des tâches quotidiennes du foyer que doivent accomplir seules les épouses dans le cadre d'une division sociale du travail qui confère à la femme les activités domestiques. Celles-ci peuvent alors vaquer à d'autres activités rémunératrices sans courir le risque d'une désorganisation du travail domestique nécessaire à sa vie de couple : cuisine, ménage, petites courses. De l'avis des femmes patronnes de domestique, celles-ci préfèrent généralement de petites filles âgées de moins de 12 ans, qui sont les plus faciles à soumettre aux ordres sans aucun risque de les voir transformé en véritables « co-épouses ». Au-delà de cet âge, elles sont unanimes à reconnaître qu'on ne peut leur faire confiance puisqu'elles finissent par devenir des concubines des membres du ménage (les enfants, mais surtout les tuteurs). Lors des enquêtes à Allada, une jeune dame qui tentait de nous montrer la légitimité de recourir à une

domestique dans un contexte où l'essentiel du travail domestique est réservé aux femmes, a raconté comment, une de ses amies qui aurait accordé une grande confiance à une domestique gardée dans son ménage depuis son bas âge, acceptait à la fois les avances de son mari puis d'un des co-locataires de la concession. Depuis ce temps, elle s'est résolue à éviter les domestiques pubères.

La rémunération du travail de la domestique se fait de diverses manières en fonction des modalités négociées à l'avance. Ce paiement peut être mensuel ou annuel et est versé aux parents de l'enfant à travers de nombreux intermédiaires en placement d'enfant. Parfois la rémunération consiste à donner une gratification n'intervenant qu'après service rendu le plus souvent laissée à l'appréciation des tuteurs-patrons. Ces derniers peuvent décider d'inscrire la fille à un atelier artisanal d'apprentissage ou lui porter une assistance financière à la préparation de son trousseau de mariage lorsque les parents biologiques décident de l'envoyer en union.

Le recours systématique et généralisé des ménages à l'utilisation des domestiques au sein des ménages (parfois même par des agents chargés de la lutte contre la traite), la relative facilité avec laquelle les domestiques s'intègrent dans leur milieu d'accueil laisse penser qu'il s'agit là d'une forme assez banale de traite.

✓ *Les enfants « baby sisters »*

Pour faire face aux contraintes de la maternité, les nouvelles mamans ont souvent recours aux services de petites filles. Celles-ci jouent le rôle de « baby sister » assurant la garde quotidienne du nouveau né tout au long de son cycle de croissance ainsi que d'autres tâches connexes : porter le bébé au dos, l'assister dans ses jeux, laver les layettes, etc. Comme dans le cas des domestiques, qui bien évidemment jouent parfois aussi ce rôle, le recours aux enfants « baby sisters » est aussi systématique après les accouchements et de nombreux parents n'hésitent souvent pas à offrir les services de

leurs progénitures parfois même au détriment de leur scolarisation. Ainsi, dans la plupart des ménages ayant une nourrice cohabite une petite « baby sister », à l'aise dans sa prestation qui consiste pour l'essentiel à « jouer avec le bébé »¹. Ces enfants vivent un réel plaisir de vie hors du cercle familial parental mais aussi parfois de moments difficiles de violences corporelles ou symboliques.

✓ *Les enfants « jobistes »*

Il s'agit généralement d'enfants qui, pour suppléer au manque de moyens de leurs parents, s'adonnent à de petits jobs souvent négociés directement par ces derniers. On citera ici en exemple les « jobs de vacances » que tout écolier désireux de satisfaire ses besoins en scolarisation (Kaki, cahier, frais de scolarisation) doit faire de façon cyclique en temps de repos scolaire. Ainsi, dans l'Atlantique tout comme dans l'Ouémé, de nombreux enfants préfèrent mettre à profit leurs vacances en migrant vers des pôles où ils peuvent s'occuper. Ces jobs à temps partiel leur permettent d'avoir des revenus substantiels que ceux-ci utiliseront à la rentrée. Ainsi, à Ayou dans la commune d'Allada, les périodes de vacances sont devenues des moments où de nombreux enfants quittent leur village pour vendre des CD. A Pobè, ce sont de nombreux enfants qui cultivent les champs agricoles situés du Nigéria et qui reviennent avec assez de moyens suscitant ainsi l'envie de leurs voisins. Cet état de chose montre que l'enfant qui est intelligent et qui n'est pas paresseux doit se « débrouiller » à travers ces jobs de vacances. Mais entre les jobs de vacance et les jobs en plein temps, le pont est souvent vite franchi, puisque le mirage du revenu issu des jobs conduit de nombreux enfants à ne plus retrouver les chemins de l'école. Un parent d'élève pour nous montrer les bienfaits de ces jobs déclarait ainsi que « *le champ est de nos jours mieux que l'école* ».

¹ Selon l'expression utilisée par plusieurs épouses enquêtées.

✓ **Les enfants « apprentis »**

C'est pour un parent un fait assez banal et ordinaire d'envoyer son enfant, dont les résultats scolaires sont jugés insuffisants, en apprentissage d'un métier auprès d'un artisan. Ceci constitue aux yeux de nombre d'interlocuteurs, une grande opportunité pour lui éviter de tomber dans la délinquance et les autres fléaux sociaux. C'est fondamentalement la quête de cet apprentissage d'un métier artisanal qui justifie souvent les déplacements des plus petits vers les villes où les opportunités sont plus grandes. Mais, en ville ceux-ci ne peuvent que s'inscrire dans des centres non conventionnels de formation en raison de leur bas âge qui les rend inéligibles à l'inscription dans des centres professionnels. Mettre un enfant déscolarisé dans un atelier d'apprentissage artisanal (forge, maçonnerie, menuiserie, plomberie, vulcanisation, etc.), c'est lui donner une chance de réussir sa vie d'autant plus que selon les propos d'un interlocuteur *''tous les enfants ne sont pas intelligents pour aller à l'école''*. Certes, cet apprentissage constitue un véritable raccourci dans la qualification de l'enfant, mais il est plus risqué en raison de la force physique que cela nécessite.

✓ **L'aide familiale ou circonstancielle**

Aller dans le champ de son papa, du maître d'école, du patron d'atelier, etc. et y exercer des travaux parfois durs sont autant d'activités qui occupent les enfants dans les localités parcourues. On peut parler ici d'une « aide familiale » ou « circonstancielle » c'est-à-dire qu'elle se limite au cercle restreint que constitue l'espace de socialisation de l'enfant. Cette pratique même si elle est parfois dénoncée (notamment en cas d'abus), apparaît souvent aux yeux des acteurs comme légitime. Ainsi, refuser de travailler pour son frère ou son père, pour son maître ou pour son patron est signe d'un manque de respect et expose à une forte réprobation de l'entourage. Pourtant, la limite n'est pas clairement définie entre un travail que l'on exerce « dehors » à des fins lucratives dans les magasins, les ménages, ou les rues et un travail exercé du « dedans » pour son père, son frère ou son patron qui eux ne donneront rien en rémunération. Quoiqu'il en soit, l'aide familiale qu'apporte l'enfant à sa famille ou son entourage l'amène certainement à prendre conscience de sa force de travail. Chacune de ces formes met l'enfant au cœur de l'organisation du travail social dans la société toute entière et sont des catégories émiques qui ne correspondent souvent pas aux catégories normatives de traite ou d'exploitation des enfants (Tableau n°2).

Tableau n°2 : Les formes banales de la traite des enfants

Formes banales de traite	Type de rapports adulte-enfant	Catégories émiques	Catégories éthiques (normatives)
La ''domestique''	Assistance au foyer	Education sociale et familiale (''enfant confié'' ou adopté)	Exploitation-Traite & Maltraitance (ETM)
La ''Baby sister''	Assistance à la maternité	Education sociale et familiale	Exploitation - Traite & Maltraitance (ETM)
Le ''Jobiste''	Rapport salarié –employeur	Enfant intelligent, qui sait se ''débrouiller'' (le ''bon'' enfant)	Exploitation de l'enfant
L'enfant apprenti	Transmission de techniques professionnelle	Professionnalisation / formation de l'enfant	Déscolarisation / exploitation
L'aide familiale ou circonstancielle	Echange d'aide	Socialisation de l'enfant	Exploitation

Source : *Données d'enquête, 2019*

2.2.2. Les formes de traite décriées et dénoncées socialement inadmissibles

A l'opposé des formes de traite qui relèvent de l'ordinaire au niveau communautaire au Sud-Bénin, il existe des formes largement décriées qui elles, font l'objet de dénonciation. Les formes de traites qui sont décriées sont issues des exemples que les acteurs rencontrés ont tenté d'indiquer comme relevant des abus de diverses formes qu'exercent certains adultes sur les enfants. Si les communautés sont unanimes sur le caractère assez déviant de ces formes, il n'en demeure pas moins qu'elles sont pratiquées sous une forme assez dissimulée par ces mêmes communautés.

✓ *Les petites bonnes à-tout-faire ou « vidomègon »*

Il s'agit ici non pas d'un usage de la main d'œuvre dans l'espace domestique stricto-sensu, mais plutôt d'une utilisation des enfants dans des activités lucratives. Il faut alors distinguer les « domestiques » et « baby sister » des « vidomègon » ou petites bonnes. Ces derniers en effet, jouent un quasi rôle de main d'œuvre utilisée le plus souvent hors du domicile notamment dans la restauration, le commerce ambulante, le commerce de détails voire le commerce de gros.

Le système « vidomègon », qui était au départ une pratique à travers laquelle les petites filles n'ayant pas été à l'école s'initient aux activités commerciales, est de l'avis de plusieurs informateurs pervertis par des actes parfois inhumains dont elles sont victimes : sévices corporels de tout genre, non paiement des rémunérations mensuelles, abandon.

✓ *Les enfants ouvriers*

En ce qui concerne les garçons, ce sont de nombreux petits enfants qui sont utilisés comme ouvriers agricoles ou comme tâcherons dans des entreprises de construction. Dans l'ensemble, ce

sont les enfants en provenance de l'Ouémé et du Plateau qui sont les plus utilisés comme ouvriers dans le domaine de la construction immobilière. Ceux-ci seraient même les plus courtisés par les promoteurs en raison dit-on de leur assiduité et de leur finesse dans le travail.

« Dans un bâtiment encore en chantier que je visitais en compagnie d'un ami, ce dernier tentait, pour dissiper ma pitié et ma compassion à leur endroit, de me convaincre que ces petits enfants ainsi que les autres en provenance de Porto-Novo (âge variant entre 12 et 15 ans) qui se trouvent dans la plupart des chantiers ouverts dans le quartier étaient la meilleure main d'œuvre à laquelle on devrait faire recours si l'on veut comme lui un travail bien fait. Les adultes étaient selon lui moins assidus. Il précise en outre que chacun d'eux devrait gagner sur chaque chantier le double du salaire annuel d'un enseignant du primaire » (Observation de terrain, Abomey-Calavi, 22/12/2019).

Il reste cependant que ce salaire est confisqué par leurs parents qui ne leur rétrocèdent que l'infime partie et qui en toute logique les contraignent dans cette nouvelle forme de salariat.

✓ *Les mineurs « travailleurs de sexe »*

Bien que cette recherche n'évoquait pas explicitement la situation des mineurs travailleurs de sexe (TS), de nombreux enquêtés nous ont confié que la plupart des enfants qui quittaient les localités parcourues pour se retrouver dans les villes de l'intérieur ou de l'extérieur du pays favorisaient en *catimini* la prostitution des moins de 18 ans. Cela est vrai aussi bien pour les filles que pour les garçons. Selon les nombreux témoignages, la plupart des filles qui séjournaient auprès des tuteurs pour l'une ou l'autre des formes de traite, finissent dans leur aventure par s'y livrer ou dans certains

cas elles étaient victimes de plusieurs viols commis par des adultes et aussi par de jeunes gens du même âge. Chez les garçons, de nombreuses dames des marchés n'hésitent souvent pas à les solliciter pour assouvir leurs

désirs sexuels. Les populations pensent que les maladies sexuelles dont souffraient la plupart des enfants de retour d'exode étaient liées à ces abus.

Tableau n°3 : Les cas décriés et dénoncés de traite d'enfants

Formes de traite décriées	Nature des rapports adulte-enfant	Catégories émiqes	Catégories éthiques (normatives)
Les "petites bonnes" ou "vidomègon"	Assistance dans la sphère de production économique	Education sociale et familiale	Exploitation- Maltraitance - Traite
Les enfants ouvriers	Rapport salarié - employeur	Meilleure qualité de la prestation (bon enfant)	Exploitation / Maltraitance
Les mineurs T.S	Clientélaire	Aventure et tourisme	Violence (VFF)

Source : Données d'enquête, 2019

2.3. Déterminants structurels favorables à la traite des enfants

2.3.1. La pauvreté ambiante et généralisée

Le contexte général de pauvreté qui frappe la grande majorité des communautés étudiées a été souligné comme cause de la traite. En effet, la pauvreté contraint les parents dans une incapacité perçue ou réelle de subvenir aux besoins essentiels de leurs enfants. De tels parents ne s'opposent donc pas à toute idée ou à toute initiative venant de l'enfant et qui tendent vers son autonomisation. Ainsi, est née progressivement l'idée selon laquelle le travail des enfants est à même de réduire la pauvreté du ménage et parfois même à le rendre riche. Le préjugé selon lequel "l'école ne donne rien" milite en faveur de cette idée. Mais, les populations soulignent que toutes les activités ne rendent pas les enfants riches et que chaque localité a sa filière porteuse.

De même, la pauvreté est liée à d'autres facteurs eux-mêmes producteurs de traite dont l'analphabétisme et surtout la polygamie qui dans les zones d'enquête parcourues continuent d'être un symbole de prestige social. En effet, se marier à plusieurs femmes, relève d'un fait socialement admis dans les sociétés agricoles. L'individu y tire un profit personnel, qui est la disponibilité d'une main d'œuvre champêtre

(femmes et enfants) et la participation aux dépenses du ménage sous toutes ses formes. A Pobè plus précisément, un homme polygame est considéré comme un « grand » et un monogame « un paresseux ». Ne pas être polygame est alors considéré comme une incapacité, toute ascension sociale incite logiquement le promu à engager d'autres épouses. Ainsi, les propos du chef d'arrondissement de Towè révèlent que ne pas le faire peut susciter des pressions sociales :

«...Si la mauvaise récolte peut provoquer le départ du paysan, la bonne récolte l'incite à prendre une femme en plus. ... Tout le monde au village me dit, maintenant que tu es CA, prends une seconde épouse ... Ainsi ta femme ne pourra plus te dominer... »
 (Entretien avec le Chef d'Arrondissement de Towé, Pobè, 7 / 12 / 2019)

Si cette cause a été abondamment soulignée par les uns et les autres, elle ne demeure pas une cause immuable d'autant plus que de nombreux pauvres n'ont pas leurs enfants en situation de traite.

2.3.2. Le mirage de la ville et l'exode rural des plus petits

Il est à noter que clairement qu'il existe une réelle aspiration des plus petits à la vie citadine. En effet, la plupart des enfants arrivant dans les

centres urbains (Cotonou, Porto-Novo, Abomey-Calavi) sont pour la plupart le fruit d'un exode rural alimenté par les mirages de la ville. C'est ainsi que beaucoup d'enfants abandonnés à leur fantasme sur l'urbanité ont dû quitter leur village pour se lancer dans une aventure citadine à travers laquelle ils pensent gagner leur vie. Dans cette aventure, ils sont aidés par leurs proches ou d'autres jeunes gens plus expérimentés maîtrisant les codes de vie du milieu urbain. Il faut relever cependant que la ville semble attirer les enfants déscolarisés (les « demi-lettrés ») plus que ceux qui n'ont jamais mis pieds à l'école. Ils sont en effet nombreux à tenter leur chance en ville, là où leur connaissance quoique embryonnaire du français leur permette de transcender les barrières linguistiques, assurer une intégration et permettre un gain plus facile à l'emploi.

Les moins lettrés préfèrent aller vers des localités où vivent des communautés parlant les mêmes langues qu'eux. Si la ville est attrayante pour les petits et pour les parents qui se décident à les y envoyer, c'est parce que dans ces localités, les opportunités d'apprentissage sont plus nombreuses et ce sont ces opportunités d'apprentissage qui sont servis aux parents réticents.

2.3.3. Les courtiers locaux en traite et leurs stratégies

Le monde de la traite est aussi celui d'un réseau d'intermédiaires qui jouent localement des rôles de courtiers. Dans le cas de la mobilité des enfants, ils interfèrent entre les parents et la famille d'accueil pour assurer clandestinement (mais parfois aussi ouvertement) les déplacements de ces derniers. Dans leurs démarches, ils se rapprochent des parents et leur font des propositions que ceux-ci acceptent volontiers. Mais il arrive aussi que ce soit les parents qui sollicitent leur « professionnalisme ». Pour garantir le succès des motivations au départ, l'intermédiaire de sexe masculin s'adresse au père du garçon et la femme intermédiaire s'adresse à la maman

lorsqu'il s'agit des filles. Il arrive également que l'initiative de contacter l'intermédiaire vient de l'enfant lui-même.

Dans un espace social réduit (un village ou un quartier de ville), l'intermédiaire est généralement connu d'autant plus que son activité est acceptée et, comme nous l'ont témoigné de nombreux interlocuteurs, il existe des familles de « coutiers en traite » c'est-à-dire des familles dans lesquelles on peut compter plusieurs individus actifs dans ce « métier » dans un schéma plus général de mobilité sociale générationnelle.

Les bons intermédiaires sont issus de leurs rangs et justifient de certaines caractéristiques : longue expérience, régularité dans le paiement, forte capacité à faire aboutir les déplacements, capacité de négociation avec les parents, etc. Ainsi, chaque enfant confié constitue une mission à accomplir avec succès y compris celui lié à la réussite des enfants confiés qui en dernier ressort consolide la réputation du courtier. C'est donc une lourde responsabilité que d'accepter conduire un enfant à l'aventure. Et la plupart des intermédiaires veillent bien à ne pas manquer à leur rôle.

D'un point de vue organisationnel, le courtage en traite fonctionne en réseau. Le négociateur au sein de la famille n'est souvent pas celui qui assure directement le déplacement. L'étude révèle de nombreux acteurs situés à divers niveaux de la chaîne :

- L'acteur principal, fils du terroir situé en amont et en aval (négocie avec les deux parties) ;
- Le conducteur de taxi-moto « *zémidjan* », maîtrise les différents chemins. Il est un passeur de frontière pouvant éviter de tomber dans les mailles du dispositif sécuritaire ;
- L'agent de répression ou de contrôle (relais, police, gendarme, etc.) devenu agent facilitateur grâce aux pratiques corruptives.

Finalement, les intermédiaires sont les seuls à connaître les nouvelles destinations des enfants et ce sont eux qui donnent les nouvelles de ces derniers à leurs géniteurs. En cas de contrat (rémunération mensuelle), ce sont ces intermédiaires qui perçoivent les montants à transmettre aux parents. Dans les cas où il n'existe pas de contrat, tout geste généreux à l'endroit des géniteurs et venant des familles d'accueil doit nécessairement transiter par l'intermédiaire qui se charge de la redistribution. C'est ce qu'illustrent les propos d'une intermédiaire :

« Les dames à qui je trouve les enfants viennent de temps en temps sans les enfants. Elles m'amènent vers la fin de l'année à l'approche des fêtes, des cadeaux et elles en amènent aussi aux parents des enfants qui sont avec elles. Tous les cadeaux descendent chez moi, mais elles prennent le soin de préparer les colis avant de venir ici. Chaque colis est destiné à une famille donnée, donc ce n'est pas moi qui fait le partage des cadeaux, mais c'est moi qui me charge de les amener dans les familles respectives [...] Elles peuvent me donner du riz, de l'huile, de la tomate. Il y en a qui me donne de l'argent en plus des dons en nature : 2000f, 3000f, 5000f. Tout dépend de la personne ». » (Entretien avec Mme A. D., intermédiaire, Allada, 11/12/2019)

La gestion des rémunérations fait ressortir que les intermédiaires tirent directement leur rétribution du fruit du travail des enfants confiés. Madame Agbanou, une intermédiaire expérimentée a par exemple proposé de « trouver un enfant » contre le paiement d'une somme de 15.000 FCA. Dans cette somme, 5.000 FCFA seront remis aux parents, le reste servira à acheter quelques tissus puis à faire les courses liées à son implication. Quoiqu'on dise, les intermédiaires tirent un large profit du placement des enfants beaucoup plus que les

parents eux-mêmes. Ils alimentent les processus de placement à travers nombre de stratégies.

2.4. Les logiques sociales et culturelles favorisant la traite

La traite des enfants dans l'univers social béninois reste problématique du fait des facteurs qui militent en faveur de la pratique ou de sa légitimation. Il s'agit des facteurs socio-économiques, des représentations, des logiques sociales et culturelles assez caractéristiques de la vie sociale « ordinaire ». Certes, ces causes à elles seules ne suffisent pas pour justifier le fait et ses dérivés, c'est pourquoi, il est mentionné ici du matériau recueilli au regard des données disponibles et pouvant servir de terreau assez fertile à l'analyse de la pratique.

2.4.1. La traite en réponse aux besoins psychologiques

Se réaliser à court terme est l'ambition de la plupart des enfants rencontrés dans les lieux de travail. Cette ambition se construit souvent en rapport avec les modèles de réussite du milieu. Ainsi, les modèles de réussite rencontrés dans les zones d'enquête sont entre autres la femme commerçante du marché Dantopka, le jeune forgeron, le jeune maçon chef chantier, le jeune migrant de retour avec une moto, ou un groupe électrique, etc.

Le discours justificatif de la traite consiste souvent à citer des « modèles de réussite » de la traite :

« Monsieur J. qui a 25 ans et qui vit au Nigéria depuis 5 ans a indiqué qu'il s'est investi à ses débuts comme agent de sécurité publique avant de se lancer dans l'apprentissage de la coiffure. Aujourd'hui, il est maître-coiffeur et a ouvert son atelier qui lui permet de gagner un peu plus de 10 000 francs par jour ». (Rapportage d'entretien avec J. A., coiffeur, Abomey-Calavi, 20/12/2019).

2.4.2. La fonction de maintien du lien social

La mobilité des enfants joue un rôle de maintien du lien social au sein des communautés. Ainsi, un polygame qui a plusieurs enfants à sa charge n'hésitera pas à envoyer quelques uns à ceux qui n'en ont pas pour témoigner des liens sociaux existant entre eux. Ce dernier a le devoir de le traiter comme le sien c'est-à-dire comme « son propre enfant ». Le traitement dont il est question n'est pas un souci pour le parent. Il faut éviter de refuser la demande d'adoption d'un enfant par une connaissance que ce soit un parent ou non de peur de voir celui-ci comprendre qu'on veut lui « monter » qu'on a des enfants. L'enfant est alors devenu le symbole du lien solide entre les parents et le tuteur de l'enfant et l'enfant pouvait demander à aller vivre chez son oncle le plus généreux. Un parent n'acceptera pas aussi l'enfant de celui avec qui il n'a pas des relations cordiales. Un oncle ou une tante qui prend l'enfant de son frère, doit considérer que ce n'est que son enfant qu'il a pris.

2.4.3. La traite des enfants et la sorcellerie

Le phénomène de la sorcellerie et du magico-religieux que l'on observe dans les consciences collectives a été observé sur le terrain de la traite des enfants. Pour réussir, il faut être éloigné de tout regard extérieur qui pourrait nuire par jalousie. C'est pourquoi, l'exode des enfants en dehors des frontières est important dans les localités frontalières. Dans certaines familles au Sud Bénin, il faut se conformer au rituel d'accompagnement et de sécurisation de la mobilité, cérémonie que l'on organise et dont les frais s'élèvent à 15000 Fcfa et qui sont pris en charge par le « solliciteur » d'enfants, afin d'annoncer le départ de l'enfant aux dieux et de demander leurs bénédictions. Dans cette somme d'argent, les 5000f servent d'argent de boissons et autres rituels. Les 10 000f restants sont utilisés pour acheter des tissus, des pagens aux parents de l'enfant qui devra partir. A Zoungbomè par exemple, traditionnellement

l'enfant est soumis, dès le quatrième jour de sa naissance, il est réalisé une consultation divinatoire le « fâ » pour connaître son destin et savoir comment l'orienter pour qu'il connaisse la prospérité le long de sa vie. Le « fâ » permet de prédire l'avenir de l'enfant et de prendre des mesures pour gérer au mieux sa vie dans son intérêt et celui de sa famille. Les propos de cette personne ressource montre l'importance de cette consultation.

« ...Le 'fâ' peut voir que l'enfant et son père où sa mère ne peuvent pas emprunter le même portail jusqu'à un moment donné, donc il faut attendre le moment opportun indiqué par le 'fâ' pour dénouer cet obstacle par des cérémonies. Ce qui oblige les parents à envoyer l'enfant ailleurs pour son adoption » (Entretien avec A. T. Conducteur de Zémidjan, Abomey-Calavi, 20/12/2019)

2.4.4. La nébuleuse des ONGs de lutte contre la traite des enfants

Les organisations non gouvernementales sont aujourd'hui trop nombreuses à s'engager dans la lutte contre la traite d'enfants. Les mécanismes de protection mis en œuvre par les ONGs consistent à dénoncer les cas auprès de la police. Or, le phénomène de démarchage ou d'intermédiation dans les pratiques de déplacement des mineurs s'est accentué, avec la répression de la traite des enfants. Ceci s'explique par le fait que le phénomène de la traite est encre dans le quotidien des communautés et le dispositif anti-traite n'est pas assez opérationnel.

« ...Une femme membre de cette église au départ est aujourd'hui indépendante et récupère pour son propre compte les enfants qu'elle va placer. C'est un métier qui paye bien... Si une fille gagne 6000 CFA par exemple, c'est 3000 CFA qui lui revient. Et, à la fin de l'année, l'intermédiaire perçoit une ristourne

équivalant à un ou deux mois de travail de la fille, pareil pour les garçons... »
(Entretien avec un chef de village à Allada, 12/12/2019).

Il faut préciser que bien que les organes de répression existent, les populations préfèrent souvent la conciliation dans des conflits nés des cas décriés, d'autant plus que ceux qui sont les premiers informés sont des proches ou parents de l'enfant ou de son tuteur. Les dénoncer revient généralement à s'attirer l'inimitié de ces derniers. De même, les efforts de synchronisation que l'on observe au niveau central ne sont que peu visibles en milieu local. Il n'y a souvent pas appropriation de la lutte par les communautés qui se réunissent parfois dans le but de capter la rente. Il n'existe pas une veille systématique de longue durée pouvant dissuader.

Globalement et de façon schématique, les actions de lutte contre la traite se structurent autour de l'offre de main d'œuvre infantile : réduire les départs, dénoncer et sanctionner les abus, décourager les intermédiaires, encourager les retours, etc. De telles interventions n'ont que des effets peu durables du fait des facteurs structurant le champ de la traite des enfants : la demande exprimée quotidiennement et le besoin de main d'œuvre des ménages. Une action plus durable consiste à agir sur ces facteurs convergents qui produisent la traite.

3. DISCUSSION

Les données ci-dessus décrites permettent de ressortir que la traite des enfants au Bénin et dans plusieurs parties de l'Afrique se fonde structurellement sur quatre éléments importants. Le premier est lié à l'historicité de la traite qui loin d'être un phénomène nouveau n'est que la facette de pratiques qui se sont déroulées au temps colonial et dont se sont appropriées progressivement les populations. Nos réflexions rejoignent ici celles de S. Morganti (2014, p.24) ou de H.B. Hounyoton (2017, p.12) qui situent l'origine du phénomène de *vidomègon* dans

l'institution du mariage et dans la solidarité de la famille traditionnelle africaine (S. Lallemand, 1988, p.18). C'est aussi ce que tente de souligner A.S. Tidjani (1998, p. 44, p. 128) lorsqu'il se réfère aux coutumes dans son explicitation du phénomène. Ce faisant, leur lecture du phénomène comme une forme « d'esclavage masqué » (S. Morganti, 2014, p.80) comporte un biais interprétatif basé sur une appropriation du discours mondialisé sur la protection des droits de l'enfant. Ce qui est officiellement représenté comme traite n'est nullement considéré comme tel par ceux qui sont censés en être les victimes (S. Morganti, 2014, p.91). La banalisation généralisée de nombreuses formes élémentaires de traite au sein des communautés montre à quel point elles sont guidées par une éthique non esclavagiste qui n'est pas cependant exempte de dérives décriées par les communautés elles-mêmes.

Le deuxième axe de réflexion est relatif au pluralisme et à l'enchâssement des causes structurelles du phénomène qui agissent de façon systémique. Ainsi, contrairement aux travaux qui postulent que derrière chaque forme du phénomène se trouve une ou plusieurs causes (BIT, 1993, p.20 ; E.-O. Aboubar, 2009, p.22 ; D. L. Ndembi, 2006, p.13) - la pauvreté étant la cause la plus citée dans les rapports produits par les structures chargées de la protection - ce travail fait ressortir le pluralisme des causes qui structurellement interviennent à la fois pour produire une traite qui ne saurait être limitée à de l'esclavage moderne (T. Parisot, 2002, p.24) ou de « l'esclavage domestique » pour reprendre ici une expression stigmatisante de l'ONG Plan International.

Si les jeunes enfants sont candidats à la traite et si leurs parents autorisent leurs déplacements ou leur placement auprès de tierce-personnes, c'est parce qu'ils espèrent par cette voie assurer la réussite. Les différentes perceptions que les populations se font de la « chance de réussir » la vie en est un fort déterminant selon Y. Pesqueux (2017, p.6). Au sein des communautés béninoises, la construction d'une maison, l'achat d'une moto, la célébration d'un mariage

sont quelques signes de réussite. Ainsi, un garçon ou une fille qui parvient à réaliser ces projets à partir des gains issus de son déplacement est souvent cité comme exemple à suivre par les autres enfants. Or, très souvent les enfants de retour, après une longue période de mobilité, arrivent à assumer ces charges socialement valorisées (O. Diaz, 1998, p.48).

L'évocation de ces cas de réussite ne signifie pas que les populations ignorent les mésaventures y afférentes. De nombreuses aventures mal vécues sont aussi évoquées. Pour les populations, ces mésaventures peuvent même être évitées si l'on prévient la colère des dieux à travers des sacrifices. C'est pourquoi des sacrifices et rituels sont souvent organisés en prélude au départ afin d'augmenter les chances de réussir des enfants candidats à l'exil (A. Bissielo, 2005, p 4).

La honte sociale de ne pas réussir et de voir ses pairs construire maison d'habitation, d'acquérir moto, radio et télévision, etc. motive les enfants à quitter leurs parents pour aller tenter eux-aussi leur chance, loin des regards de jaloux déjà « contents » de leur situation actuelle.

Les perceptions que les communautés enquêtées ont de l'enfant et des rapports de pouvoir entre ce dernier et le reste de la communauté constituent aussi une cause structurelle de la traite. Dans la classification sociale, il faut en effet distinguer entre l'âge social d'un enfant et son âge biologique. Ainsi, l'âge social apparaît comme l'élément le plus important dans l'appréciation de l'individu. Un enfant qui a biologiquement 13 ans peut être considéré comme un adulte si ce dernier dispose de réelles capacités d'assumer des responsabilités financières correspondantes. Inversement un adulte de 30 ans qui n'a pas quitté ses parents et qui vit à leur dépend est toujours considéré comme un enfant.

Sous un autre aspect, le fait que les communautés Aïzo, Fon et Goun soient des sociétés patriarcales hiérarchisées et stratifiées, l'enfant demeure un être soumis aux ordres des plus âgés. L'enfant ne choisit pas, mais c'est le

père ou la mère qui décident à sa place. De ce fait, tout enfant est comme un individu appartenant à tout le monde et tout le monde doit lui assurer une éducation. Le bon enfant, c'est celui qui est docile, c'est celui qui ne se révolte pas contre ses aînés même lorsque ceux-ci le maltraitent. Une des causes de la maltraitance est que les enfants Aïzo ont une faible personnalité pour signifier leur incapacité à contrarier les adultes.

Le troisième axe de la réflexion est lié aux figures porteuses de traite. En procédant à une comparaison entre les catégories émiques et les catégories éthiques ou normatives les analyses révèlent que les pratiques en cours relèvent dans leur ensemble d'un mécanisme de socialisation de l'enfant. Plusieurs auteurs ont déjà corroboré cette thèse (A-B. Imorou, 2009, p.33 ; A. Stella, 1996, p.17 ; E. Goody, 1999, p.40). Ainsi, certaines situations de traite relèvent plutôt d'une reproduction sociale de castes (au sens de P. Bourdieu, 1998, p.30). C'est le cas par exemple avec la forge qui occupe dans l'Ouémé la majorité des petits garçons en quête de mieux-être. Ainsi, au-delà du fait que la forge constitue une activité pour les enfants de cette communauté, elle est un mode de vie à maintenir et à reproduire. Les enfants pensent donc qu'ils ont le devoir d'exercer ce travail laissé par leurs parents car « c'est dans l'enfance que la pensée et l'action s'aiguillent pour le reste de l'existence » (F. Dupuy, 2008, p.160).

Lutter contre le phénomène présente à cet égard un impératif de prendre en considérations les réalités sociales liées au contexte de leurs interventions. La « cascade » d'actions de lutte contre la traite qui sont souvent des actions peu organisées devront se baser sur des connaissances empiriques.

CONCLUSION

Cette recherche qui s'inscrit dans l'approche compréhensive de la traite des enfants a permis d'analyser les causes structurelles et profondes

de cette pratique et sa légitimation au Sud Bénin.

Les données collectées et analysées montrent bien que bon nombre de facteurs interagissent pour co-produire le phénomène de traite. De son historicité qui loin d'être un phénomène nouveau n'est que la facette des pratiques qui se sont déroulées au temps colonial et dont se sont appropriées progressivement les populations. D'où la banalisation généralisée de nombreuses formes élémentaires de traite. Quant aux figures porteuses de traite, il est à noter que les catégories émiques et les catégories éthiques ou normatives convergent vers cette pratique de traite dont on distingue les formes banales et socialement tolérées et les formes décriées et dénoncées socialement inadmissibles qui dans leur ensemble dénotent d'un mécanisme de socialisation de l'enfant et non d'exploitation humaine. On note également un pluralisme et un enchevêtrement des causes structurelles et profondes de cette pratique qui agissent de façon systémique.

Au demeurant, face à de tels constats, le passage à des propositions de lutte plus humanisante du phénomène semble plus commode afin de faciliter un processus de réflexion concertée et responsable autour de ce dernier et d'adopter une approche basée sur l'équité et les droits humains.

Aujourd'hui plus que par le passé, il importe d'éviter la victimisation des communautés et des enfants afin de répondre au crédo de l'Unicef relatif aux droits de l'enfant d'une part et en œuvrant pour l'atteinte des Objectifs de Développement Durable qui vise à faire de la réalisation des droits des enfants et des femmes un de ses principaux défis pour le développement, d'autre part.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

ABOUBAR El-Oumar, 2009, Le trafic des enfants au Bénin: analyse des conditions socio juridiques et du cadre administratif, Mémoire de

maîtrise en sciences juridiques, Université de Parakou.

BIERSCHENK Thomas et OLIVIER DE SARDAN Jean-Pierre, 1997, ECRIS : Enquête Collective Rapide d'Identification des conflits et des groupes Stratégiques, in Bulletin de l'APAD [En ligne], 7 | 1994, mis en ligne le 03 décembre 2007, consulté le 07 septembre 2020. URL : <http://journals.openedition.org/apad/2173> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/apad.2173>

BISSIELO Anaclé, 2005 – « Introduction à la problématique du trafic et du travail des enfants au Gabon. », Séminaire sur la problématique du trafic et du travail des enfants au Gabon, Libreville, mars, p. 1-5.

BOURDIEU Pierre, 1998, La domination masculine, Paris, Éditions du Seuil.

BUREAU INTERNATIONAL DU TRAVAIL (BIT), 1993, « Le travail des enfants en Afrique », Revue internationale du travail, Genève, n° 3, vol. 132, 36 p.

CROZIER Michel et FRIEDBERG Erhard, 1977, L'acteur et le système, Paris, Seuil.

DIAZ Olvera (dir.), 1998, Le travail des enfants étrangers à Libreville, Libreville : UNICEF.

DUPUY Francis, 2008, Anthropologie politique, Paris, Armand Colin.

GNIMADI Candide, ADEGBIDI Florent, DEGBOE Kokou, 2000, Etude sur les enfants

travailleurs des villes de Cotonou, Porto-Novo et Parakou, UNICEF, Cotonou, 2002.

GOODY Esther, 1999, « Sharing and transferring components of parenthood : the West African case », CORBIER M. (dir.), Adoption et fosterage, Paris, de Boccard, pp. 369-388.

L'éthique non esclavagiste de la traite des enfants dans le sud-bénin : fait de socialisation ou d'exploitation humaine ?

HOUNYOTON Hospice Bienvenu, 2017, Le vidomegonat. Socialisation et protection de

l'enfance au Bénin. Des origines à nos jours, Achères, Monde global éditions nouvelles.

IMOROU Abou-Bakari, 2009, « Les mobilités des enfants et des jeunes : analyse de quelques stratégies et tactiques et implications dans la gestion de leurs trajectoires sociales », paper drafted for the workshop Child and youth migration in West Africa :

research progress and implications for policy, 9-10 juin 2009, Development research centre on migration globalisation and poverty, Accra, university of Ghana, 20 p.

LALLEMAND Suzanne, 1988, « Adoption, fosterage et alliance », Anthropologie et sociétés, vol. 12, no 2, p. 25-40.

LOUNGOU Serge, 2003a, Le trafic d'enfants, un aspect de la migration ouest africaine au Gabon, pp. 485-505

LOUNGOU Serge, 2003b, « Immigration et xénophobie au Gabon », Géopolitique Africaine, Yaoundé, n° 10, pp. 255-268.

MISSION DE DECENTRALISATION, 2006, Monographie de la Commune d'Allada, Cotonou, Afrique Conseil.

MORGANTI Simona, 2014, À l'écoute des « victimes » : les défis de la protection des vidomègon au Bénin, Autrepart (4) n°72, 77-94

NDEMBI Denise Landria, 2006, Le travail des enfants en Afrique subsaharienne. Le cas du

Bénin, du Gabon et du Togo. Paris : L'Harmattan.

PARISOT Thierry, 2002 – « Sur la piste de l'esclavage moderne », Manière de voir, n° 62, p. 25-28.

PESQUEUX Yvon, 2017, Robert E. Freeman et la théorie des parties prenantes en question, Master, Paris, France.

SMEETS Marine et BISSIELO Ange, dir., 2002. Les enfants travailleurs immigrés à Libreville et Owendo en 2001-2002, Rapport synthétique UE-ALISEI. Libreville : ALISEI, septembre.

STELLA Alessandro, 1996, « Pour une histoire de l'enfant exploité », in SCHLEMMER B. (dir.), L'Enfant exploité. Oppression, mise au travail, prolétarianisation, Paris, Karthala, p. 31-48.

TIDJANI Abdou Serpos, 1998, Notes sur le mariage au Dahomey, Ivry-sur-Seine, Éditions nouvelles du Sud.

FONDS DES NATIONS UNIES POUR L'ENFANCE (UNICEF), 2017, Analyse de la situation des enfants au Bénin, Cotonou, UNICEF. WEBER Max, 1963, La Sociologie compréhensive, Paris, Plon.



LA PROBLEMATIQUE DE L'IMMIGRATION CLANDESTINE DE LA JEUNESSE DE SAVÈ AU BENIN FACE AUX DEFIS SANITAIRES

THE PROBLEMATIC OF CLANDESTINE IMMIGRATION OF THE YOUTH OF SAVÉ IN BENIN FACE TO THE HEALTH CHALLENGES

¹ SAHGUI Nékoua Pomidiri Joseph

¹ Enseignant-Chercheur, Maître de Conférences des universités
Université Abomey-Calavi (UAC)/BENIN
Département de Sociologie-Anthropologie
E-mail : sahpojos.lakrohoun@gmail.com

SAHGUI Nékoua Pomidiri Joseph, La problématique de l'immigration clandestine de la jeunesse de Savé au Bénin face aux défis sanitaires, *Revue Espace, Territoires, Sociétés et Santé* 3 (6), 205-220, [En ligne] 2020, mis en ligne le 31 Decembre 2020, consulté le 2021-01-10 20:54:53, URL: <https://retssa-ci.com/index.php?page=detail&k=145>

Résumé

L'immigration clandestine des jeunes en Afrique de l'Ouest et particulièrement ceux du Bénin vers les pays limitrophes n'est pas un phénomène nouveau. Elle est une réalité socioculturelle que vivent les populations de la commune de Savé. Cette recherche se propose d'identifier les causes de l'immigration clandestine des jeunes de la Commune de Savé, les défis sanitaires vécus et les moyens thérapeutiques. De nature qualitative, la démarche méthodologique adoptée pour cette recherche est basée sur les techniques de collecte des données telles que la recherche documentaire, les entretiens approfondis et l'observation directe. La technique d'échantillonnage utilisée pour la sélection des informateurs est le choix raisonné. Ces techniques ont permis d'interroger 65 acteurs en

lien avec le sujet traité. La théorie des réseaux relationnels et celle de la causalité cumulative ont permis d'analyser les résultats empiriques obtenus.

Les résultats de cette recherche montrent d'abord que l'immigration clandestine des jeunes de la commune de Savé au Bénin vers le Nigeria est due à la pauvreté monétaire, la forte pression démographique, le changement climatique, etc. Ensuite, les conditions de vie et de travail de ces jeunes immigrés dans les zones d'accueil sont souvent à la base de nombreuses maladies (envoûtements, plaies incurables, paludisme grave) dont ils sont victimes. Une fois contractée la maladie, la plupart de ces immigrés préfèrent revenir auprès des parents dans leur commune d'origine pour se faire soigner. Enfin, les moyens thérapeutiques utilisés par ces immigrés clandestins pour traiter les différentes maladies contractées sont liés à la perception sociale de celles-ci.

Mots clés : Savé/Bénin, immigration clandestine, jeunesse, défis sanitaires, moyens thérapeutiques

Abstract

Illegal immigration of young people in West Africa and particularly those from Benin to bordering countries is not a new phenomenon. It

is a socio-cultural reality witnessed by the commune of Savè population. This research aims at finding out the causes of illegal immigration of young people in the Commune of Savè, the health challenges they are going through as well as the therapeutic remedies. The qualitative method approach adopted for this research is based on such data collection techniques as documentary research, in-depth interviews and direct observation. The sampling technique adopted for the selection of informants is that of reasoned choice. These technique allowed to interview 65 actors in relation to the topic. The theory of relational networks and that of cumulative causality made it possible to analyze the empirical results obtained in the field.

The results of this research show, firstly, that the illegal immigration of young people from the commune of Savè in Benin to Nigeria is due to financial poverty, high population density, climate change, etc... Secondly, the living and working conditions of these young immigrants in the host areas cause them to be victims of various sicknesses (bewitchment, incurable wounds, and severe malaria). These immigrants who are victims of these diseases very often return to their parents in their commune of origin to seek treatments. Finally, the therapeutic means used by these illegal immigrants to cure these various diseases depend on the social beliefs about them.

Keywords: Savè/Benin, Illegal immigration, young people, health challenges, means

INTRODUCTION

Malgré son importance et faute de données statistiques adéquates, la question d'immigration clandestine reste une préoccupation majeure pour de nombreux chercheurs en sciences sociales et humaines. Au Bénin, certaines recherches ont été consacrées sur la dynamique d'immigration clandestine des jeunes de différentes communes vers les pays voisins et les causes qui favorisant cette immigration (H. Kombiéni, 2012, p.9 et A. Houssou, 2013, p. 51). Dans la commune de Savè

cette dynamique d'immigration clandestine des jeunes constitue un problème pour l'avenir et le devenir de la commune. Cette commune est dominée par l'agriculture quand bien même on note une diminution du nombre d'actifs dans ce secteur au cours de ces dernières années au profit d'autres activités telles que le commerce et les transformations avec la République Fédérale du Nigeria, favorisant les échanges (Recensement Général de la Population et de l'habitation (RGPH4, 2013). Le pays d'accueil (Nigeria) est alors davantage considéré comme un espace de travail qu'un espace de résidence (C. Zanou, 2004, p.37), la décision d'immigrer pour un individu est d'ailleurs souvent le résultat d'une stratégie familiale et non individuelle pour maximiser les revenus (S. Ammassari, 2004, p.69).

A Savè, près de 60% de la population est jeune et pratique une agriculture intensive sur brulis (PDC, 2015). Avec l'insuffisance pluviométrique observée chaque année, la jeunesse est contrainte à l'immigration qui leur apparaît comme la seule stratégie possible d'autonomisation (J. Sahgui, 2012, p.131). En dépit de l'amélioration de certains indicateurs, la situation sociale de certaines communes du Bénin dont Savè reste préoccupante (MEF, 2005, p.27). La commune de Savè dominée par l'agriculture quand bien même on note une diminution du nombre d'actifs dans ce secteur au cours de ces dernières années au profit d'autres activités (le commerce et les transformations) et présentant une proximité avec la République Fédérale du Nigeria, favorisant les échanges a toujours eu depuis le renouveau démocratique un solde migratoire négatif, dont le point culminant est -1441 en 2013 (INSAE, 2014). Le Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH4, 2013) classe la commune au rang des communes à soldes migratoires négatifs après Abomey, Covè et Zagnanando. Elle est considérée comme l'une des communes à fort taux d'émigration vers le Nigeria. De par sa complexité, l'immigration clandestine des jeunes de la commune de Savè présente à la fois de nombreux risques dans la zone d'accueil au

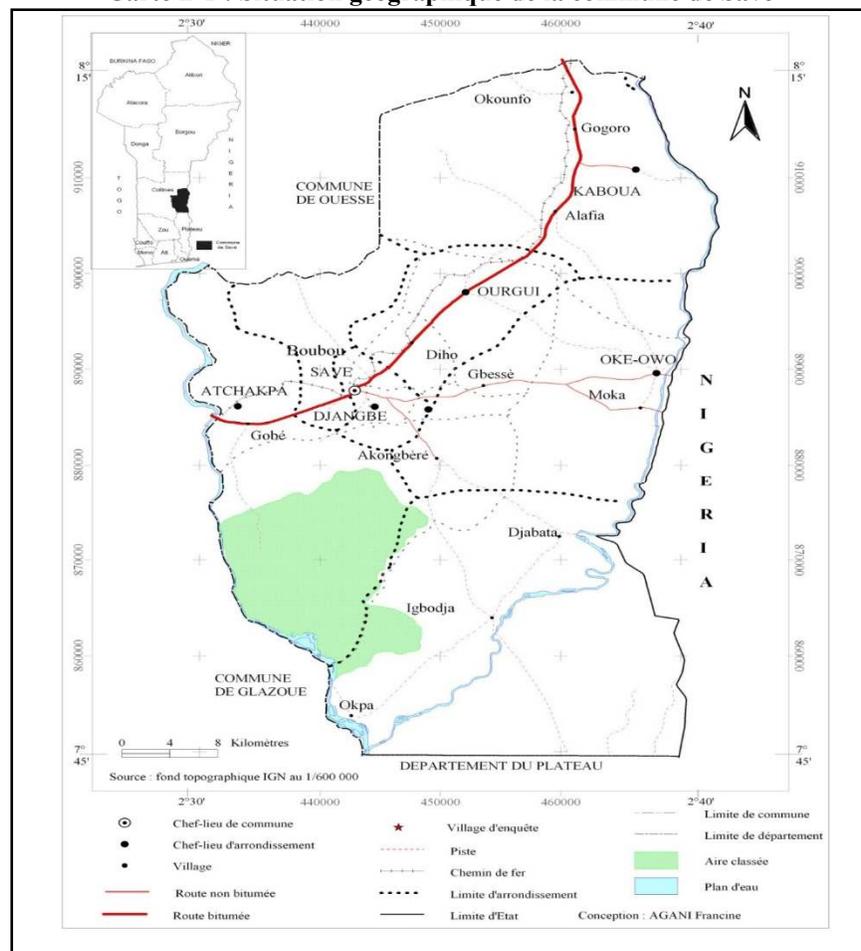
Nigeria et de nombreux défis sanitaires pour les immigrés clandestins (S.Tchao, 2010, p.37). Parfois seul, ou accompagné, l'immigré clandestin de Savè au Nigeria revient auprès des parents pour de nombreuses raisons dont entre autres les raisons de santé. Cette recherche se propose d'identifier les causes de l'immigration clandestine des jeunes de la Commune de Savè, les défis sanitaires vécus et les moyens thérapeutiques utilisés en cas de maladies.

La Commune de Savè est située dans la partie centrale du Bénin dans le département des collines, entre 7°42' Latitude Nord et 8°45' Longitude Est. Elle s'étend sur 2228 km² et est limitée au nord par la commune d'Ouessé, au Sud par la commune de Kétou dans le département du plateau, à l'Ouest par les Communes de Glazoué et de Dassa-Zoumè, à l'Est par les Etats d' Oyo au Nigeria, de Kwara et d'Ogun de la république Fédérale du Nigeria. La ville de Savè, chef-lieu de la commune, est située, à environ 255 km de Cotonou. Elle est traversée par la RNIE 2 et la RNIE 5 (Savè-oké-owo).

1. METHODOLOGIE

1.1. Présentation de la Commune de Savè

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



1.2. Données de l'étude

Plusieurs groupes socioculturels ou ethniques cohabitent dans la Commune dont les Shabè et les Nago. La population concernée par l'immigration clandestine est à majorité la jeunesse, c'est-à-dire entre 15 à 30 ans (INSAE, 2014).

La technique d'échantillonnage utilisée pour la sélection des informateurs est le choix raisonné. Les critères de sélection sont : être immigrant ayant été malade et guéri dans la commune de Savé, être immigrant malade ayant recherché les soins, les parents d'immigrants, les médecins et les tradithérapeutes. Ces choix car, les immigrés sont les principaux acteurs concernés, les parents sont ceux-là qui orientent leurs fils malades et les

médecins et thérapeutes sont les soignants, donc en contact avec les malades. Parmi ces différentes catégories d'acteurs interrogés, la variable âge n'est pas un critère de sélection mais l'enquête doit être capable de fournir des informations recherchées sur le sujet d'enquête. L'enquête étant purement qualitative, un total 65 informateurs ont été interrogés dans la commune de Savé plus précisément dans l'arrondissement central avec un guide d'entretien sur consentement oral. Avec la technique de choix raisonné, le seuil de saturation a été atteint après les 65 informateurs. La confidentialité des déclarations et l'anonymat des informateurs ont été garantis car les données sont traitées de manière à ne pas pouvoir identifier les personnes interrogées.

Tableau n°1 : Récapitulatif de la liste des informateurs interrogés

Catégorie d'acteurs		Nombre d'acteurs interrogés		
		Hommes	Femmes	Total
Immigrants de retour (malades ou guéris)		32	06	38
Parents des immigrants		10	04	14
Soignants	Médecins	6	02	08
	Tradithérapeutes	05	00	05
Total		50	15	65

Source : Donnée de terrain, mai 2019

1.3. Méthodes d'analyse des données

La priorité a été accordée l'identification des causes de l'immigration clandestine des jeunes de la Commune de Savé et les défis sanitaires auxquels ces immigrés sont confrontés dans les zones d'accueil au Nigeria. La recherche est de nature qualitative. Les techniques de collecte des données sont l'entretien approfondi et l'observation directe. Au cours de la collecte des données empiriques, il est demandé aux immigrants les motivations qui sous-tendent le choix des destinations (Nigeria) réalisés sur la base des guides d'entretiens. L'observation directe réalisée

à l'aide d'une grille d'observation dans les écoles et marchés de la commune. La recherche documentaire a permis de prendre connaissance de la position de certains auteurs sur la question de l'immigration clandestine.

Les informations collectées ont été traitées de façon manuelle avec la méthode de tri thématique. Ainsi les données collectées ont été saisies et transcrites par le logiciel Microsoft Word. Dans un premier, il a été procédé à l'élimination des informations peu pertinentes par rapport au sujet abordé. Ensuite, des données ont été regroupées et traitées par thématiques. Enfin, des analyses et commentaires de celles-ci ont permis la rédaction de cet article.

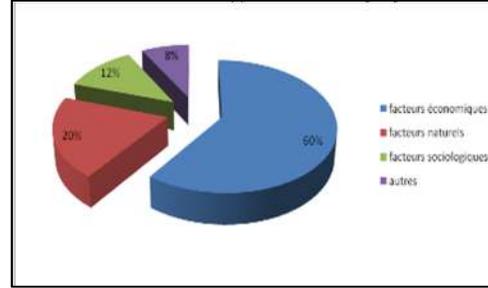
2. RESULTATS

2.1. Les causes de l'immigration clandestine dans la Commune de Savè

Avant la période coloniale les immigrations avaient généralement eu lieu à l'intérieur des aires culturelles homogènes ou à l'intérieur des zones d'influence des différents royaumes ou chefferies, pour des raisons de sécurité (J. Igue, 2004, p). Mais, depuis des années, la tendance semble tournée avec acuité vers les pays limitrophes à la recherche d'un ailleurs meilleurs (J. Sahgui, 2007, p. 9). Et c'est cette forme d'immigration qui est plus remarquable dans certaines localités du Bénin en l'occurrence dans la Commune de Savè.

A travers la recherche documentaire, certains facteurs explicatifs de l'immigration clandestine des populations de la commune de Savè sont connus. Ils sont d'ordre naturel et humain (dégradation de l'environnement, sécheresse, feux de brousse, pression anthropique due à une forte croissance démographique entraînant la rareté des terres cultivables. Selon le rapport PDC (2010) de la Commune de Savè, la poussée démographique a augmenté la pression sur les sols déjà fragiles qui entrent par endroits (surtout dans des hameaux) dans un état de dégradation permanent très avancé rendant ainsi toute la production agricole difficile et non rentable. Se trouvant dans l'incapacité de subvenir à leurs besoins élémentaires, les jeunes de cette Commune optent pour l'immigration clandestine vers le Nigeria voisin. Le graphique n°1 présente les proportions des facteurs d'immigration de populations dans la Commune de Savè.

Graphique n°2 : répartition proportionnelle des facteurs des migrations de populations



Source: Donnée de terrain juillet 2019

D'après cette figure, les facteurs économiques occupent une proportion importante qui va au-delà de la moitié de la proportion totale. Ils sont suivis des facteurs naturels qui avoisinent le quart de la proportion totale et les facteurs sociologiques et autres qui respectivement sont de 12 % et 8 % de la proportion totale.

2.2. Les facteurs sociologiques

Les facteurs sociologiques ont énormément contribué à l'immigration des populations de la Commune de Savè depuis leur installation. Ces facteurs sont liés aux contraintes de peuplement des différents groupes socioculturels dont notamment les Mahi, les Pila-Pila et les Somba, qui se sont installés et occupés surtout les terres cultivables de la Commune. Ils sont majoritaires dans les arrondissements tels que Bèssé, Igbodja, djabata, Dani. Cette situation de cohabitation avec des autochtones par les populations étrangères augmente la densité de la population dans la commune avec pour conséquences l'insuffisance des espaces cultivables. N'est-ce pas pour cela que N.P., 17juin 2019 a affirmé en ces termes :

« Chez nous ici à Savè, il y a beaucoup d'étrangers venant d'autres communes du Bénin et cela s'explique du fait que l'ex

Société Sucrière de Savè (SSS). Les travailleurs originaires d'autres communes sont restés après la fermeture de la société et font les champs actuellement alors que la population de Savè est en majorité des agriculteurs ».

Cette affirmation montre que la présence de plusieurs groupes socioculturels dans la commune de Savè venant d'horizon divers est l'un des facteurs favorisant l'immigration clandestine des jeunes vers le Nigeria voisin à la recherche de la terre.

2.3. Les facteurs économiques

Selon les différents consultés, les facteurs économiques qui favorisent les immigrations clandestines dans la commune de Savè se rapportent à l'histoire économique et la faiblesse des revenus de la jeunesse de la commune de Savè d'une part et le manque criant d'emplois alors que le nombre de diplômés ne cesse de s'accroître chaque année. Comme le montrent les données du RGPH 4, l'indice de pauvreté monétaire dans cette commune est de 33,6 %. (INSAE, 2013). Et selon la (Banque Mondiale, 2015), le Bénin étant un pays pauvre et endetté, comme la plupart des pays en Afrique de l'Ouest il lui manque beaucoup de défis à relever sur les plans : éducation- formation, santé, infrastructures mais surtout l'emploi des jeunes. Pour certains parents des immigrés de la commune de Savè rencontrés :

« S'insérer dans le monde du travail pour les diplômés est devenu un parcours du combattant. La demande d'emploi est supérieure à l'offre. Le chômage des jeunes est devenu endémique surtout dans les zones rurales ou les jeunes, majoritairement analphabètes ou avec un niveau scolaire faible, qui exercent les petits métiers vivent au jour le jour » (K.D. 14 mai 2019)

De toute évidence, tout cela entraîne une précarité dont la conséquence directe est la pauvreté qui conduit à la jeunesse à l'immigration vers le Nigeria. Cette pauvreté monétaire entretient des relations avec d'autres facteurs tels que : la détérioration des conditions de vie et du travail qui tendent à persister. En dépit des politiques de redressement, les problèmes sociaux sont toujours présents et la situation des ménages devient de plus en plus précaires que jamais. Ainsi, comme l'a remarquablement notifié F. Ndiaye (2010, p.31) : « le manque de perspectives d'emploi engendrant un désespoir profond est en grande partie responsable de l'immigration clandestine des jeunes de nos communes vers le Nigeria ». Le manque de travail représente une part importante des motifs avancés par les informateurs rencontrés sur le terrain. En vue de faire face à cette précarité, beaucoup des jeunes, prennent le chemin de l'immigration en quête d'un meilleur niveau de vie. Et ceci dans une grande incertitude dans d'un avenir meilleur.

A en croire la quasi-totalité des informateurs interrogés dans la commune Savè : Le manque d'emploi touche plus la population juvénile et le nombre s'accroît d'année en année. Ce durcissement des conditions de vie et du travail pousse des jeunes à prendre le chemin de l'aventure. Dans le cas espèce, favorisés par la proximité de la commune de Savè avec le grand voisin de l'Est ; le Nigeria reste et demeure le premier pays d'accueil pour la plupart des immigrés, à quelques rares exceptions près.

Par ailleurs, La population de Savè étant globalement rurale, le déclin de l'agriculture surtout celle de rente a compromis la satisfaction des besoins de certaines couches sociales de la commune : les

jeunes, les adultes et mêmes les enfants qui vont à la recherche de travail afin de pouvoir répondre à leurs besoins quotidiens. De plus cette population ne dispose que de la production agricole et de quelques moyens de transformation rudimentaires, pour satisfaire à ses besoins fondamentaux. A ces raisons économiques qui poussent la jeunesse à l'immigration, s'ajoutent les facteurs naturels qui sont aussi défavorables à la commune de Savè

2.4. Les facteurs naturels

Il s'agit ici de la baisse de la fertilité des sols due aux facteurs anthropiques, des changements climatiques et l'insuffisance pluviométrique

2.4.1. La baisse de fertilité des terres agricoles

Selon les observations faites lors de nos enquêtes de terrain, et les informations reçues auprès des différents acteurs rencontrés, dans la commune de Savè l'agriculture pratiquée est du type extensif et itinérant sur brulis. Cette situation combinée au climat tropical provoque une minéralisation trop rapide de la matière organique qui devient presque rare dans le sol et n'arrive plus à soutenir la production agricole quelques années après le défrichage. Ainsi on assiste à un rendement très faible dans certaines régions de la commune entraînant parfois l'insécurité alimentaire chez les populations (Photo n°1).

Photo n°1: Photo n°1: Champ de maïs en fin de récolte à Oké-Owo



Sources : Enquête de terrain, mai 2019

Cette image nous montre l'aspect d'un champ de maïs en fin de récolte. Il faut noter que le rendement de ce champ de maïs est très faible. C'est alors une raison fondamentale pour que le cultivateur se rende en ville ou au Nigeria pour travailler et avoir de l'argent afin de répondre aux besoins fondamentaux de sa famille. Prenons le cas d'un informateur (producteur à Monka) qui est à son propre compte s'exprimant en ces termes :

« Les agriculteurs de Savè sont confrontés à d'énormes difficultés. Il y a trois ans, j'ai fait des prêts pour l'agriculture, mais cette année le rendement était très faible. Alors que l'argent utilisé n'était pas à moins. Que devais-je faire pour rembourser l'argent prêter ? J'étais obligé de fuir pour aller au Nigeria, pour chercher l'argent afin de rembourser mes dettes. L'arrivée là-bas, j'ai passé plus de temps que prévu. J'ai fait pratiquement 04 ans au Nigeria » (T. Moussa, 45 ans environ, 14 mai 2019).

Ces propos confirment l'hypothèse selon laquelle le faible rendement des activités agricoles dû à la pauvreté des sols contraint certains jeunes agriculteurs à l'immigration clandestine vers le Nigeria.

Par ailleurs, la poussée démographique dans la commune a augmenté la pression

sur les sols déjà fragiles (PDC Savè, 2015) qui entrent par endroits (surtout dans des hameaux) dans un état de dégradation permanent très avancé rendant ainsi toute la production végétale difficile et non rentable. Cette baisse drastique de la fertilité de ces sols provoque l'invasion de la flore qui favorise l'apparition de certains adventices ennemis des cultures. Ceci provoque le départ des populations vers les sites agricoles plus éloignés de même que l'exode rural des jeunes qui abandonnent la terre pour des activités plus rémunératrices dans les villes et surtout dans le Nigeria voisin. N'est-ce pas ce qu'affirme cet informateur anonyme rencontré le 17 mai 2019 à la gare routière de Savè :

« Aujourd'hui si beaucoup de jeunes vont au Nigeria, c'est parce qu'ils n'ont pas d'autres possibilités. Il y a 20 ans en arrière, la commune n'était pas peuplée. La population augmente chaque année, alors que les terres cultivables quant à elles restent intactes ou diminuent. Dans cette situation, que faire pour subvenir à nos besoins ? Voilà la principale question. Les gens pensent que c'est pour un simple plaisir que les jeunes de Savè vont au Nigeria. On n'est jamais heureux dans un pays étranger, tout le monde le sait. Mais on est obligé de le faire »

Cela montre que la population de la commune de Savè s'accroît de façon exponentielle entraînant un décroissement arithmétique des ressources naturelles. Ce qui oblige les jeunes à immigrer vers le Nigeria voisin. A cela, s'ajoute le changement climatique.

2.4.2. Le changement climatique

La commune de Savè appartient à une région soumise à la fois aux influences équatoriales et aux influences du régime

alterné de type guinéen. C'est la zone où s'estompent les influences de la mousson du Sud-Ouest et de l'alizé continental appelé harmattan du Nord-est (PDC de la commune de Savè, 2015, p.11). Cette situation se manifeste dans la répartition des pluies qui est marquée par l'apparition de deux saisons pluvieuses de mars à juillet et de septembre à novembre qui, aujourd'hui sont en pleine variation et réduisent l'ampleur des activités agricoles. Tous les informateurs rencontrés ont unanimement reconnu que le climat a connu un changement (retard, insuffisance et rareté des pluies dans la commune de Savè. Un de nos informateurs climatologue résident dans la commune, rencontré affirme que :

« Le retard et l'irrégularité des pluies sont devenus des phénomènes fréquents et d'importance dans la commune depuis des décennies. La forte dépendance aux ressources naturelles, le régime pluvial de l'agriculture et la précarité des conditions de vie de la commune font d'elle une région vulnérable poussant ainsi la jeunesse à immigrer vers le Nigeria afin de subvenir à leurs besoins fondamentaux ».

Face à cette dégradation du climat, les populations sont confrontées à une baisse régulière des rendements des produits alimentaires et animaux entraînant les jeunes à immigrer vers le Nigeria à la recherche des terres cultivables.

Cette immigration n'est pas sans conséquences sur la santé des immigrés de la commune de Savè

2.5. Les défis sanitaires des jeunes clandestins immigrés de Savè au Bénin

Les défis sanitaires auxquels sont confrontés les immigrés clandestins de la Commune Savè sont de deux ordres.

2.5.1. Les conditions de vie

Selon les données de terrain, les jeunes partis à la recherche de meilleures conditions de vie au Nigeria vivent souvent en milieu rural dans les habitations précaires pouvant être exposés ainsi à des maladies de tout genre. Ces immigrés clandestins n'ont souvent pas accès aux centres de santé ou à des hôpitaux pour se soigner. Ils ne sont souvent pas reconnus par l'Etat Fédéral du Nigeria. A cela s'ajoutent leur environnement immédiat. Les habitations construites en matériaux précaires font que l'hygiène et l'assainissement sont quasi absents. Les maisons n'ont pas de toilettes (WC), tous les besoins se font dans la nature; alors que l'eau qu'ils consomment vient des rivières. Conséquences, tous sont souvent victimes à des maladies hydriques. Leurs positions sociale et géographique font d'eux des clandestins, vulnérables et prédisposés à toutes sortes de maladies.

L'immigration des jeunes de la Commune de Savè constitue un défi à relever par les autorités à tous les niveaux ; car, ils sont les principaux propagateurs de transmission de certaines maladies qu'ils transmettent à la population restée au village. Certains de ces immigrés font souvent recours à des parents restés à Savè pour résoudre certains problèmes de santé, d'où la source de contamination.

2.5.2. Les conditions de travail et risques de maladies

Les immigrés de retour rencontrés nous ont confié qu'ils constituent pour la plupart une

main d'œuvre importante dans les fermes au Nigeria. N'ayant aucune formation professionnelle, ils sont utilisés dans les travaux champêtres afin de subvenir à leurs besoins. Dans l'exercice ces tâches, ils sont exposés à de nombreux risques (blessures, piqûres d'insectes, etc., qui, par négligence, deviennent des maladies graves. Avec l'utilisation des insecticides et des herbicides, ces jeunes sont exposés à des maladies infectieuses. Les immigrants de retour interviewés déclarent souffrir de maladies telles que les envoûtements, plaies incurables, paludisme grave, les maux de ventre, les maux de tête.

Par ailleurs, certains jeunes prennent des comprimés et autres produits dont la qualité n'a été testée dans aucun laboratoire sous prétexte que ces derniers leur donnent de l'énergie et la vitalité pour bien travailler dans les champs. Les propos ci-dessous d'un ancien immigrant rencontré à Savè est révélateur :

« Moi je suis resté au Nigeria plus de 15 ans dans les fermes. Lorsque les travaux champêtres commencent, notre patron nous donne des fortifiants une fois par semaine. Même sans manger, tu peux travailler toute la journée sans sentir la fatigue, ni la faim. C'est un comprimé qui est vraiment très efficace si tu veux travailler beaucoup. Cela nous permet de gagner beaucoup de l'argent. Car tu peux faire le double de ce que tu devrais faire sans prendre le comprimé » (homme, 47 ans ancien immigrant).

Cette affirmation montre à suffisance que les immigrés la plupart analphabète, sont exploités ; ils sont « aimés » grâce à leur

force physique. Avec la consommation de ces comprimés, ils sont vraiment exposés à de nombreuses maladies plus tard.

Pendant leur période de maladie, les autres immigrants en bonne santé ramènent leurs frères malades au village pour la quête de soins.

2.6. Les moyens thérapeutiques utilisés par les immigrants clandestins

Les moyens thérapeutiques utilisés par les migrants clandestins de la commune de Savé sont intimement liés à la perception des maladies. Mais quelle que soit l'origine, tous sont d'abord pris en charges à domicile dès leur retour en famille selon les déclarations des répondants. C'est aussi une manière pour eux d'apprécier l'évolution de la maladie afin de choisir le recours adéquat. N'est-ce pas pour cela que N.T. affirme en ces termes :

« Lorsque nos enfants ou nos frères reviennent du Nigeria malades, c'est à la maison d'abord qu'on les traite. Nous avons quelques connaissances des plantes médicinales pour traiter telle ou telle maladie. Nos parents nous ont laissé au moins quelque chose. C'est lorsqu'on constate que le mal nous dépasse, qu'on va chez les traditérapeutes. Eux-mêmes savent que tout le monde a quelque chose. Car, arrivée là-bas, ils demandent d'abord, ce que nous avons fait avant de venir chez-lui».

2.6.1. Une automédication mixte

Les immigrants de Savé porteurs de maladies rencontrées ont affirmé à l'unanimité que le traitement de leur maladie a commencé à domicile. La priorisation de ce type de recours conforte la classification des systèmes de soins qui place en premier rang l'automédication parmi les types de recours (J-C. Abric, 2003, p.56).

L'automédication est le premier réflexe, elle englobe l'utilisation des plantes et des produits disponibles. Les malades ont rapporté que ce traitement est plus simple et ne nécessite pas de longs déplacements vers les hôpitaux qui sont dans les villes ou chefs-lieux des arrondissements. Le conseil de l'entourage, d'un vendeur de médicament ou des plantes médicinales leur suffit. Aussi l'expérience antérieure avec les immigrants malades et guéris par les plantes médicinales à domicile est déterminante dans l'automédication et influence beaucoup le choix des médicaments ou des plantes. La connaissance d'un médicament choisi en automédication, en présence d'un symptôme donné, est généralement transmise par l'expérience antérieure. Mais elle se nourrit également des conseils de l'entourage, au point que l'expérience des proches est susceptible de venir se substituer à la sienne propre (S. Fainzang, 2010, p.67). N'est-ce pas pour cela qu'un de nos informateurs affirme :

« Je n'ai pas besoin d'aller à l'hôpital avant d'être guéri de cette maladie. On a toujours soigné les gens à la maison avec les plantes et les médicaments que nous maîtrisons très

bien. Il y a deux ans, ma tante était revenue du Nigeria malade et c'est avec les plantes médicinales qu'elle a été traitée » (T.G. 42 ans environ, Savè).

L'automédication est beaucoup plus pratiquée dans la zone du fait de la perception des maladies dont sont souvent victimes des immigrés. Selon les acteurs, plusieurs décès sont survenus à l'hôpital à cause de la qualité des soins administrés par les infirmiers. Ce sont des circonstances qui confortent les acteurs dans ce recours, le choix de l'automédication est alors défensif, entraîné par les mésaventures connues précédemment soi-même ou par autrui au centre de santé...

2.6.2. Le recours aux tradithérapeutes en cas d'échec du traitement à domicile

Le recours au tradithérapeute intervient lorsque le traitement à domicile se révèle inefficace après des jours ou des semaines. Pendant ce temps, l'intensité de la douleur augmente et l'inactivité du porteur sont autant de signes inquiétants aussi bien pour le porteur que son entourage qui font penser à un envoutement dans la plupart des cas et interpellent le tradithérapeute qui selon les répondants, est le soignant le mieux approprié pour gérer le mal dans cette phase. L'affirmation d'un de nos informateurs rencontré lors des enquêtes de terrain est révélatrice à cet effet :

«Il y a deux ans mon jeune frère était revenu du Nigeria avec un ventre ballonné. Après deux semaines de tentative de traitement à la maison, rien n'y fit. La douleur persistait,

il n'arrivait pas à dormir, ni à manger. C'est ainsi que notre oncle paternel nous a conseillé de l'emmener chez à Kaboua chez un tradithérapeute. Ce que nous avons fait sans hésiter. Arrivée là-bas, tout ce qu'il a demandé, nous avons donné. Trois jours après, le jeune a commencé par manger un peu un peu. Une semaine après, il nous a libéré et nous a donné les feuilles et racines pour continuer le traitement à la maison. Je vous jure que, c'est grâce à ce tradithérapeute que mon jeune frère vit actuellement »

Cette affirmation confirme le rôle que jouent les tradithérapeutes dans le traitement et la guérison de certaines maladies chez certains immigrés qui reviennent avec des maladies contractées au Nigeria.

Le tradithérapeute fait alors deux types de traitement, celui physique et spirituel. Tout en traitant le mal, il combat en même temps les éventuels les forces maléfiques en dessous. Il utilise alors des feuilles des produits à appliquer sur la partie douloureuse, d'autres à avaler contre la douleur, mais fait également des scarifications, des rituels pour combattre la force du mal tout en implorant les esprits bienfaiteurs.

Par ailleurs, la connaissance nosologique populaire fait état de ce que certaines maladies ne devraient pas être traitées dans les centres de santé sous prétexte que les injections, compliquent le traitement. Sur la base de ces perceptions, les malades préfèrent les tradithérapeutes en vue de se mettre à l'abri d'une telle éventualité. Et le traitement chez le tradithérapeute est moins contraignant. Il est négociable et moins coûteux ce qui n'est pas le cas à l'hôpital de

l'avis des répondants. Il pose ainsi toute la problématique de l'influence des facteurs économiques dans les recours thérapeutiques autrement dit, les raisons qui sous-tendent les choix des cheminements thérapeutiques, ne résultent pas que de la perception du mal, mais aussi et surtout, tant des réalités socio-économiques que du coût de transports vers les centres de traitements modernes.

2.6.3. Le recours à la médecine moderne

Le recours à la médecine moderne est la dernière étape dans le traitement des malades après l'automédication à domicile et chez les tradithérapeutes. A ce niveau, l'appréciation de la satisfaction des malades pris en charge est faite autour de deux variables i) l'accueil d'un malade, c'est-à-dire le regard de l'agent de santé sur le malade, ii) le cadre physique, l'espace d'internement des malades avec le respect de leur intimité et de leur estime de soi et iii) la qualité des soins administrés appréciés par le malade. Un des informateurs qui a voulu se prononcer dans l'anonymat conclut en ces termes :

« La plupart des malades revenus du Nigeria comme tout malade d'ailleurs n'aiment pas aller dans les centres de santé parce que : d'abord la médecine moderne, les infirmiers ou les médecins ne sont pas du tout accueillant. Si tu n'as un parent et tu emmènes ton malade là-bas, il peut mourir facilement. Les agents de santé de nos centres de santé d'aujourd'hui fonctionnent sur les relations et l'argent. Ensuite, dans certains centres, le cadre n'est pas propre,

les lits des malades sont mal entretenus et parfois les salles sont insuffisantes pour contenir tous les malades. Enfin, les soins coûtent chers et la qualité n'y est pas à certains endroits. C'est pourquoi beaucoup des malades préfèrent se soigner à la maison ou chez les tradithérapeutes »

Ces sous variables ne sauraient être exhaustives pour apprécier la satisfaction des malades admis dans les centres de santé dans sa globalité. En effet, après la consultation faite par l'agent de santé et l'administration des soins nécessaires, la satisfaction des malades constitue un aspect crucial dans le domaine de la qualité des soins, dont le critère ultime est de savoir dans quelle mesure les soins rencontrent les besoins (subjectifs et objectifs) du malade. Selon la majorité des malades interviewés, il appartient surtout au malade de déterminer si les soins dispensés ont contribué à améliorer sa santé ou sa qualité de vie. La satisfaction du malade dans les centres de santé est un concept complexe, multidimensionnel et est dépendante non seulement de la qualité technique des soins, mais aussi des relations interpersonnelles qui s'établissent entre le personnel soignant et les malades, de la qualité de la prise en charge médicale et des informations reçues. De façon générale, il faut préciser que la décision du choix thérapeutique n'est pas uniquement du ressort du malade même si ce dernier est adulte. Quelques membres de sa famille sont impliqués en l'occurrence les hommes (époux, père, grands frères, etc.). Les femmes mariées quant à elles ont une autonomie de décision très restreinte voire inexistante sur l'itinéraire

thérapeutique et le moment de la prise de décision de recherche de soin. Le statut social se révèle dans ce cas un facteur de recours tardif aux soins.

3. DISCUSSION

Les causes de l'immigration clandestine dans la Commune de Savè sont d'ordre socio-économique, même si les changements viennent aggraver la situation de certaines populations déjà précaire (C. Daum, 1998). Ces causes de l'immigration sont donc multiples avec ses conséquences sur les acteurs.

L'Organisation Internationale pour les Migrations (OIM) en 2008 soulignait que « la quête d'un emploi sera au cœur de la plupart des immigrations clandestines du XXI^e siècle » (OIM, 2008). Et pour F. Ndiaye, (2010, p. 67), « le manque d'initiative entrepreneuriale des jeunes et la responsabilité des familles sont aussi des facteurs justifiant l'immigration clandestine dans la plupart des localités du Bénin vers les villes frontalières. Considérée comme un eldorado, certains jeunes finissent par se désillusionner car, confrontés à de nombreux risques tant sanitaires que sécuritaires dans les différentes localités d'accueil (A. Adepoju, 1996, p.61). La plupart de ces immigrés clandestins sont confrontés à des problèmes de santé dans les zones d'accueil au Nigeria car, les conditions de vie et de travail ne sont toujours pas reluisantes (L. Agodo, 2009, p.37). L'immigration semble être un mirage, un imaginaire pour les jeunes à la quête des conditions meilleures dans la mesure où les risques encourus sont

énormes. Bien que l'immigration n'est pas une fatalité, certains jeunes dans leurs désirs de s'affirmer empruntent cette voie sans mesurer des conséquences y afférentes. N'ayant pas les moyens financiers pour faire face à la maladie au Nigeria, ces immigrés clandestins reviennent auprès des parents à Savè pour se faire soigner. Selon H. Kombiéni, (2013, p.37), « La plupart des immigrés qui tombent malades reviennent dans leur communes respectives pour se faire soigner auprès des siens ».

La notion d'immigration clandestine ouvre en grand le regard porté sur une variété de situations, de processus, d'évènements et d'acteurs. Il s'agit en outre d'un terme complexe, non chargé de sens positif ou négatif. Il peut donc être utilisé de manière objective, sans introduire d'emblée de connotations idéologiques ou normatives. Effectivement, si l'immigration est souvent perçue comme préjudiciable par les parents restés au village en haussant son niveau de vulnérabilité, elle peut également se révéler favorable pour un accroissement d'opportunités pour les jeunes immigrés. La situation de ces jeunes va ainsi dépendre de nombreux facteurs, tels que la reconnaissance par les autorités Nigérianes, leurs droits et devoirs, qui vont impacter sur les ressources à mettre à leur disposition et donc sur les risques encourus par ceux-ci sur le territoire nigérian. Adopter une approche permettra ainsi de mieux saisir les spécificités des immigrations clandestines des jeunes et donc, dans une perspective de protection, d'y répondre de manière adéquate les attentes.

CONCLUSION

Confrontée à des nombreuses difficultés d'ordre socio-économique et écologique, la jeunesse béninoise en général et celle de la Commune de Savè en particulier, migre de façon clandestine vers les pays voisins, notamment le Nigeria où existent les possibilités d'amélioration de leurs conditions de vie et de travail. Les données collectées ont montré que les causes et les facteurs favorisant l'immigration clandestine des jeunes dans la Commune de Savè sont d'ordre naturel et anthropique (proximité de cette commune de la République Fédérale du Nigeria, la dégradation des terres, sécheresse, la forte croissance démographique entraînant la rareté des terres cultivables). La forte dépendance aux ressources naturelles, le régime pluvial de l'agriculture et la précarité des conditions de vie dans la Commune font d'elle une région vulnérable poussant ainsi la jeunesse à immigrer vers le Nigeria afin de subvenir à leurs besoins fondamentaux. La croissance démographique sans cesse de la commune de Savè comme partout ailleurs au Bénin, réduit les espaces cultivables de certains ménages qui sont contraints à immigrer vers les zones frontalières notamment le Nigeria. Ainsi l'évolution des terres cultivables est inversement proportionnelle à la croissance démographique. Face à cette réduction continue des terres cultivables dans certaines zones de la Commune de Savè, beaucoup de jeunes ne disposent plus d'espaces cultivables suffisants pour

satisfaire à leurs besoins et ceux de leurs familles. Le manque d'emplois des jeunes est devenu endémique surtout dans les zones rurales où les jeunes, majoritairement analphabètes ou avec un niveau scolaire faible, exercent les petits métiers et vivent au jour le jour.

Ainsi, dans leur immigration clandestine, les jeunes de la commune de Savè sont confrontés à de nombreux problèmes de santé (enrouements, plaies incurables, paludisme grave, les maux de ventre, les maux de tête). Leurs positions sociale et géographique dans les localités d'accueil font d'eux des hommes entièrement à part, vulnérables et prédisposés à toutes sortes de maladies. Ils vivent dans les habitations précaires et sont exposés à de nombreuses intempéries dont les conditions hygiéniques sont très désagréables. Ces immigrés sont souvent victimes à des maladies hydriques et autres. Et pour traiter ces maladies contractées, la plupart de ces jeunes sont obligés de revenir auprès des parents. La trajectoire thérapeutique de ces immigrés est d'abord l'automédication à domicile. Mais au cas où ceci se révélerait inefficace, le patient se dirige ensuite vers les tradithérapeutes et enfin la médecine moderne si le mal persiste.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

ABRIC Jean-Claude, 200, Méthodes d'étude des représentations sociales, Ramonville Saint-Ange : Erès, 296p.

ADEPOJU Aderanti, 1996, International Migration and from Africa: Dimensions,

- Challenges and Prospects, Dakar and Stockholm: PHRDA/CEIFO, 198p.
- AGODO Laurent, 2009, Les migrations de population dans la Commune de Savalou, impacts socio-économique. Mémoire de maîtrise de Géographie humaine et économique, FLASH, 68p.
- AMMASSARI Savina, 2004, Gestion des migrations et politiques de développement : optimiser les bénéfices de la migration internationale en Afrique de l'Ouest, BIT, 237p.
- BANQUE MONDIALE, 1910, Le développement accéléré en Afrique au Sud du Sahara, programme indicatif d'action, Washington, 223 p.
- BANQUE MONDIALE, 2015, Rapport Mondial sur le développement en Afrique de l'Ouest, 277p.
- COMITE DE PILOTAGE PDC2 Savè, 2011-2015, Commune de Savè, Plan de Développement Communal, pp.1-99.
- DAUM Christophe, 1998, Les associations des Maliens en France: migrations, développement et citoyenneté, Paris, Karthala, 213p.
- FAINZANG Smith, 2010, « L'automédication : une pratique qui peut en cacher une autre ». *Anthropologie et Société*, 34(1) pp.115-133).
- FALL Papa Demba, 2004, Etat nation et migration en Afrique de l'Ouest : le défi de la mondialisation, Unesco, 26p.
- GAUTHIER Alfred, 2011, Les Hommes et la terre, Paris, Edition Bréal, 304p.
- HOUSSOU Alfred, 2013, Conséquences économiques de l'immigration dans la commune de Bassila au Nord-Ouest du Bénin, mémoire de Maitrise, UAC, FLASH, 76p.
- IGUE John, 2004, Les migrations ouest africaines, Paris, Puf, 215p
- KOMBIENI Hervé, 2012, « Les immigrations féminines dans la commune de Glazoué au Centre du Bénin », In actes du colloque, UAC, pp.75-92
- INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DE L'ANALYSE ECONOMIQUE (INSAE), 2013, RGPH 4, Recensement Général de la Population et de l'Habitat, 311p.
- MINISTERE DE L'ECONOMIE ET DES FINANCES (MEF), 2005, Manuel d'information sur les statistiques de la pauvreté des ménages au Bénin, Cotonou, Bénin, 111p.
- MINISTERE DE LA FAMILLE, DE LA PROTECTION SOCIALE ET DE LA SOLIDARITE (MFPSS), 2002, Manuel d'information, d'éducation et de communication pour la lutte contre les migrations de population et le trafic des enfants, Cotonou, 1ère édition, 67 p.
- MOUSSA Wallis, 2008, Immigration rurale et gestion foncière à Bassila. Mémoire de maîtrise de sociologie anthropologie, FLASH, 76 p.
- NDIAYE Fousséni, 2010, L'immigration clandestine au Sénégal: facteurs explicatifs et stratégies de lutte. Mémoire de licence professionnelle de sociologie anthropologie, ESUP Dakar, 96 p.

ORGANISATION INTERNATIONALE
POUR LES MIGRATIONS (OIM), 2008,
Visage de l'immigration en Afrique
subsaharienne : Quel rôle joue la diaspora
dans le développement ? p.31

PLAN DU DEVELOPPEMENT
COMMUNAL (PDC), 2015, Populations
et activités de la commune de Savè, Mairie
de Savè, 211p.

PROGRAMME DES NATIONS-UNIS
POUR LE DEVELOPPEMENT (PNUD),
2010, Programme mondial du
développement humain, 227p.

SAHGUI Joseph, 2012, Migrations,
changements socioculturels et
développement chez les Bialebe de
l'Atacora au Nord-Ouest du Bénin, Thèse
de doctorat unique, UAC/FLASH, 325p.

SAHGUI Joseph, 2017, « Stratégies
familiales, dynamiques géostratégiques et
migrations agricoles des Somba du Nord
Bénin à Koumassi au Ghana et à Saki au
Nigeria au tournant de la colonisation
française », REKOSS, (Côte-d'Ivoire,
ISSN, 262923-0, Vol.1, N°2 pp.257-284.

TCHAO Sylvain, 2010, Migration et
risques de contamination des maladies
hydriques dans la commune de Glazoué au
Centre du Bénin, Mémoire de maîtrise en
Géographie, FLASH/UAC, 81p.

ZANOU Célestine, 1986, Les migrations de
population et leurs impacts socio -
économiques en pays Maxi dans le Zou
Nord. Mémoire de Maîtrise de Géographie,
FLASH, UNB, 157 p



EXODE RURAL ET RISQUES DE PROFUSION DES MALADIES SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES EN MILIEU BEDJONDE DANS LE BASSIN DU MANDOUL AU TCHAD

RURAL EXODUS AND THE RISK OF SEXUALLY TRANSMITTED DISEASES IN THE BEDJONDE COMMUNITY IN MANDOUL BASIN IN CHAD

¹PALOU Baïsserné Ludovic

¹Maître-Assistant/Géographie, Ecole Normale Supérieure de N'Djamena, paludovbapa@gmail.com

PALOU Baïsserné Ludovic, Exode rural et risques de profusion des maladies sexuellement transmissibles en milieu Bedjonde dans le bassin du Mandoul au Tchad, *Revue Espace, Territoires, Sociétés et Santé* 3 (6), 221-232, [En ligne] 2020, mis en ligne le 31 Decembre 2020, consulté le 2021-01-10 21:21:17, URL: <https://retssa-ci.com/index.php?page=detail&k=148>

Résumé

Les bédjonde sont une petite communauté villageoise confrontée à de faibles rendements agricoles sur des sols de qualité médiocre. Les productions agricoles ne permettent plus de prendre en charge ladite communauté et de gagner des revenus. En plus de cela, les éleveurs, protégés par des nantis et les autorités administratives dévastent les champs des paysans sans être inquiets. D'où l'appauvrissement permanent de la population, particulièrement les jeunes qui, pour subvenir à leurs besoins émigrent dans les zones urbaines, notamment à N'Djamena. La promiscuité aidant, ils ont des rapports avec des multiples partenaires. L'objectif de cette étude est d'explorer les raisons de leur exode et d'expliquer les risques qu'ils courent par rapport

aux maladies sexuellement transmissibles. Sept villages sur douze que compte le milieu d'étude ont été choisis. Cent trente-huit migrants ont été échantillonnés à Bédjondo dont quatre-vingt-onze d'entre eux ont été retenus pour les enquêtes. Cent-une personnes ont été échantillonnées à N'Djamena parmi lesquelles, soixante ont été retenues pour l'enquête. Ces derniers appartiennent tous aux sept villages retenus pour l'étude. Les résultats de l'étude indiquent que, les maladies sexuellement transmissibles pourraient se propager par deux voies. Pour les mariés, tout comme les célibataires qui développeraient des relations avec des partenaires fixes, le risque de la propagation de la maladie pourrait être restreinte et intrafamiliales. Par contre, ceux qui sont mariés et qui mènent des activités extraconjugales avec des multiples partenaires, le risque de la propagation des MST pourrait se développer de manière irréfutable dans le milieu de retour.

Mots clés : Bédjonde, revenus, migration, pauvreté, santé, maladies sexuellement transmissibles

Abstract

The Bedjonde community. They are a small village farming community who are experiencing a low field of the crops. The soil is depleted. The harvest of the crops does not allow the farmers to earn money for their needs. Moreover, the armed searched, protected by wealthy masters and ever by local authorities put their cattle in farms to grange the crops. Chence, the ongoing pauperization of the population, and specifically, the youth who migrate to urban areas to look for alternatives to meet their needs. Their welcoming in town is a very difficult situation. So they are constrained to rent little rooms with a large number of mixed residents. This proximity situation allows them to have intercourse with this study is to explore the seasons for their exodus and to explain the risks they run in relation to STDs. Out of twelve Bedjonde villages, seven were selected for this study. One hundred and thirty-eight were sampled in Bedjondo village, and ninety-one were tagged for the investigation. One hundred and one participants were targeted in N'Djamena among which sixty were selected for the survey. All these participants belong to the targeted villages. The studies reveal that STDs expand through two channels. First, with stable married couples and bachelors, the expansion of the STDs is restricted and interfamily. Second, as soon as they get married and get involved in extra-married sexual activities with the multiples partners, the dissemination of the STDs are beyond doubt in the return village of the migrants.

Keywords: Bedjonde, income, migration, poverty, health, sexually transmitted diseases

INTRODUCTION

L'exode rural est appréhendé de manière restreinte, large ou stricte. Large, il fait référence à un dépeuplement des campagnes ; restreinte, il

correspond à un dépeuplement des campagnes au profit des villes (L. Thomsin, 1947, p.12). Au sens strict, il explique un départ en masse qui, le plus souvent désigne la migration des ruraux vers les villes, dès lors que celui-ci est relativement importante et continue (A. Watterman, 2016, p.15). La pratique de l'exode rural est ancienne et était menée autrefois essentiellement par les hommes, juste pour la recherche des revenus (E. Piquet, 2013, p.9). Observé tout au long de l'histoire de l'humanité, il se déroule aujourd'hui encore à l'échelle planétaire avec les intensités et selon des modalités qui, chaque fois sont diverses (J. Fairbairn et L. Gustafson, 2006, p.39). Il concerne beaucoup plus, les pays en développement où les campagnes alimentent une importante migration vers la ville. Les logiques de migration sont multiples et intégrées (pauvreté, chômage, désir d'acquérir des biens de consommation, etc.), mais les raisons économiques restent partout ailleurs, le principal mobile, impulsé par la pauvreté en milieu rural (M-N. Randriamiharisoa, 2014, p. 24). En Afrique subsaharienne, la population vivant en-dessous du seuil de pauvreté est passée de 179,6 millions en 1980 à 201,2 en 1990, à 218,6 en 1993 et en 1998 à 291 millions (PNUD, 2018). En 2000, on estimait qu'une personne sur deux dans cette partie du continent vivait en-dessous du seuil de pauvreté (H. Mwanza et K. Kabata, 2002, p.2).

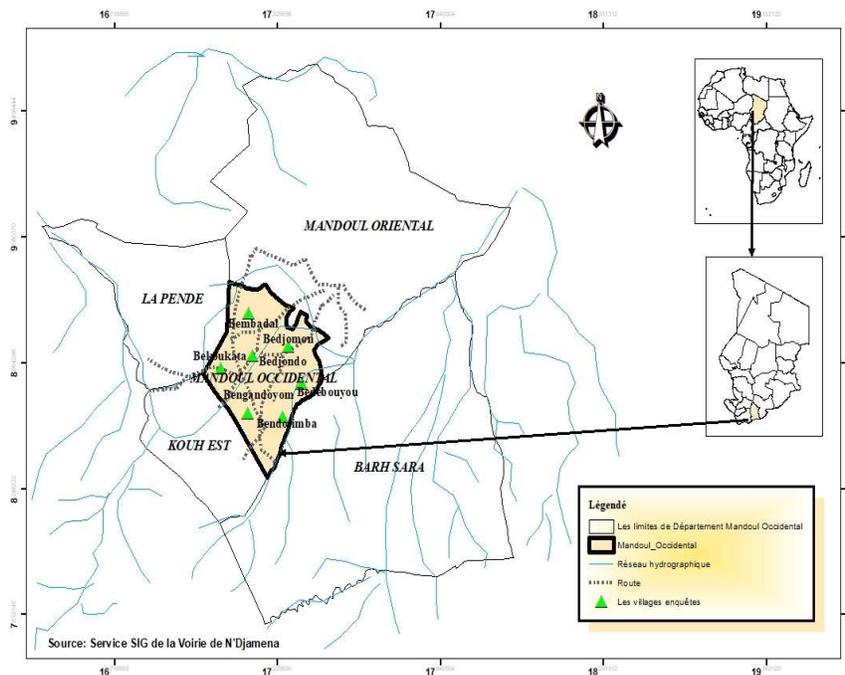
Au Tchad et plus précisément à Bendjondo dans le bassin du Mandoul, l'indice de la pauvreté y est largement supérieure à la moyenne nationale (70,9%) ; jusqu'en 2011, il était classée parmi les zones les plus pauvres du Tchad, avec un taux de 69,3% (GRAMPTC, 2011, p.6 ; PNUD, 2012, p.3). Il est situé entre 8°45 et 11°20 de latitude nord, et 10°10 et 10°40 longitude est, et est, à environ 600 km au sud-est de la capitale. D'une superficie de 1409 km², il appartient au domaine tropical humide avec une pluviométrie moyenne annuelle, variant entre 1000 à 1200 mm (Direction des Ressources en Eau et de la Météorologie, 2018). Il est limitée au nord par le Département du Mandoul oriental, à l'est par le

Département du Bahr Sarah, au sud par celui du Kouh et de la Pendé à l'ouest (Carte n°1). L'agriculture se pratique sur des sols pauvres aux rendements très précaires. La seule culture de rente qui est le coton, subit des méfaits de la crise financière où les coton-culteurs n'espèrent plus sur les revenus. Cependant, depuis l'exploitation pétrolière dans la région déjà depuis plus de vingt ans, les paysans se trouvent expropriés de leurs champs et de leurs forêts au détriment des champs pétroliers. En plus de cela, viennent s'ajouter les conflits agriculteurs-éleveurs où le paysan bédjonde, sans défense, se trouve d'année en année dépourvue de ses maigres récoltes (V. Motode-Madji, 2012, p.58).

Face à ces difficultés, les jeunes bédjonde abandonnent leur village en raison de la précarité de la vie. Ils espèrent réussir économiquement en ville et profiter des effets de la modernité. Ceci crée deux quotients, à savoir le facteur attractif (pull factor), qui caractérise le lieu d'accueil (N'Djamena) et le facteur répulsif (push factor), la zone de départ (Bedjondo). A N'Djamena, les

migrants, faute de moyens de survie et par solidarité, développent un style de vie très contigu. La promiscuité dans laquelle vivent ces migrants à N'Djamena n'est qu'un mode de vie particulier. Ils sont nombreux à se partager les mêmes logements, tout sexe confondu. Ceci laisse présager des risques dont celui de la santé et plus précisément les risques de profusion des maladies sexuellement transmissibles. Comme dirait J-P. Olivier de Sardan, (2003, p.14), et E. Piquet, (2013, p.5), les maladies sexuellement transmissibles sont soit une pathologie d'importation et les migrants en sont les porteurs, soit une pathologie d'adaptation et les migrants sont la proie dans un environnement contraignant. De prime à bord, l'on est en mesure de se demander, si les migrants bédjonde ne seraient pas vulnérables aux maladies sexuellement transmissibles? La présente étude a pour objectif d'identifier les raisons de la migration des bédjonde et d'expliquer les risques qu'en courent ces migrants par rapport aux maladies sexuellement transmissibles.

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



1. DONNEES ET METHODES

1.1. Données

Pour mener cette étude, deux techniques de recueil des données ont été combinées. Il s'agit de la recherche documentaire et les enquêtes par questionnaire. La recherche documentaire s'est appesantie sur la consultation de certains travaux de recherche et d'ouvrages traitant de la problématique de l'exode rural et des maladies transmissibles. Ces données nous ont permis de cerner que l'exode rural est un facteur important de la profusion des maladies sexuellement transmissibles. Ces documents ont été consultés au sein des bibliothèques et de certains moteurs de recherches en ligne.

Dans la zone de départ, sept villages sur les douze que compte le milieu d'étude, soit 58,33% ont été retenus. Ces choix ont été opérés en fonction de la taille de ces villages et en fonction de l'ancienneté de leur existence (Tableau n°1). Le neuvième arrondissement municipal de la ville de N'Djamena, supposés être le bastion des migrants des sept villages de Bédjondo a été retenu pour l'enquête. Trois quartiers (Ambata, Gassi et Atrone) sur les onze que compte le 9^{ème}

arrondissement municipal de la ville de N'Djamena ont été retenus par l'enquête.

1.1.1. Enquête par questionnaire

L'investigation sur le terrain s'est traduite par les entretiens et l'enquête par questionnaire. Les informations recueillies sont à la fois qualitatives et quantitatives. L'enquête s'est fondée sur l'échantillonnage probabiliste simple, associé à un sondage stratifié à deux niveaux en raison des deux sites. Le sondage ou le tirage systématique faisant partie de l'échantillonnage aléatoire est retenu pour la circonstance. Ce sondage a permis de tirer à intervalles réguliers de longueur $K=N/n$. N, tiré au hasard, représente la population des migrants échantillonnés (à N'Djaména et à Bédjondo). Au total, 249 migrants ressortissants des sept (7) villages, ont été échantillonnés dont 138 à N'Djamena et 101 à Bédjondo. Sur les 249 échantillonnés, l'enquête a touché au total 151 personnes dont 91 migrants de retour à Bedjondo et 60 migrants, vivant à N'Djamena, soit 63,17% (Tableau n°1). Il faut préciser que les enquêtes n'ont concernés que les ressortissants des sept villages ; qu'ils soient à N'Djamena ou à Bédjondo. Ce choix a été fait dans l'optique de bien cerner les raisons de départ et les risques liés à la migration.

Tableau n°1 : Répartition des enquêtés par village au niveau de Bédjondo et à N'Djamena

N/0	Villages	Migrants de retour échantillonnés à Bédjondo selon leur village d'appartenance (N)	Migrants de retour enquêtés selon leur village d'appartenance (n)	Migrants échantillonnés à N'Djamena selon leur village d'appartenance (N)	Migrants enquêtés à N'Djamena selon leur village d'appartenance (n)
1	Bédjomon	22	13	10	6
2	Bembadal	21	12	12	9
3	Béboukata	21	12	22	12
4	Bédoubouyou	14	8	12	9
5	Bédjondo	19	11	16	9
6	Bégandoyom	25	15	14	6
7	Bendodima	16	10	15	9
Total		138	91	101	60

Source: Travaux de terrain, 2016

A part les questionnaires, des entretiens ont été effectués avec dix focus groups dont six (6) à

Bédjondo (milieu de départ) et quatre (4) à N'Djaména (milieu d'accueil). A Bédjondo, les focus groups étaient constitués des personnes

ressources des villages retenus, les anciens migrants dont l'âge varie entre 25 et 40 ans, tout sexe confondu. Chaque focus group était constitué de 10 à 15 personnes selon la disponibilité de chacun et selon les villages. L'objectif était de recueillir les informations sur les bienfaits et les conséquences de la migration. Ceux organisés à N'Djamena ont concerné les jeunes (filles et garçons) en activité dont l'âge variait entre 18 à 25 ans. Le nombre des participants variait entre six (6) et dix (10) personnes. Quarante-cinq (45) logements des migrants dans les trois quartiers retenus ont fait l'objet de notre visite, ceci dans l'objectif de recenser le nombre des migrants par chambre, selon le sexe, afin de décrire leur style de vie et d'analyser les risques liés à leur promiscuité.

Une descente dans les centres de santé de la région nous ont permis d'avoir des entretiens directs avec six (6) agents de santé dans deux (2) différents hôpitaux de Bédjondo, puis avec le médecin chef de l'hôpital central, tous travaillant dans le service d'infectiologie. L'objectif de ces entretiens était de s'informer sur la méthode de contamination des maladies sexuellement transmissibles, du nombre de ceux qui étaient exposés à cette contamination et enfin de savoir comment ces maladies se propagent. Les agents de santé nous ont aidés à poser des questions aux patients infectés. Ces questions concernaient leur parcours et de celui de leur partenaire ; cela pour

permettre de vérifier si les infectés sont des migrants de retour, leur partenaire ou les deux.

1.2. Méthode de traitement des données d'enquête

La restitution des résultats a été faite à l'aide des logiciels Word pour le traitement du texte. Le logiciel SPSS a permis de codifier les données recueillies sur le terrain afin de générer des tableaux et des graphiques à l'aide d'Excel. Quant aux données qualitatives, les questions posées lors de différents groupes ont été codifiées. La régularité de cette codification a été testée dans les différents focus groups. Les traitements ont été effectués par le logiciel ATLAS.ti. Ce qui a formé la base de notre analyse qualitative.

2. RESULTATS

2.1. Une migration effectuée pour des raisons diverses

Du départ, la migration est entreprise par les différents candidats comme une stratégie de diminution des risques liés à la survie. Dans ce cas de figure, ils espèrent que la migration est un moyen vital pour venir à bout leurs problèmes. Ces problèmes sont variés et se concentrent sur cinq points comme consignés sur le tableau n°2.

Tableau n°2: Répartition des migrants selon les tranches d'âge et selon leur raison

Raisons Age	Insécurité	Pauvreté	Etudes	Famille	Changer ma vie	Total
[15 ans-19 ans]	2,10%	4,71%	0,00%	0,00%	5,56%	12,37%
[20 ans-24 ans]	2,25%	6,98%	1,18%	2,18%	6,32%	18,91%
[25 ans-29 ans]	2,35%	9,73%	1,18%	2,63%	6,69%	22,58%
[30 ans-34 ans]	1,18%	9,41%	0,00%	2,03%	8,01%	20,63%
35 ans et plus	5,81%	10,15%	0,00%	1,20%	8,35%	25,51%
Total	13,69%	40,98%	2,36%	8,04%	34,93%	100,00%

Source: Travaux de terrain, avril 2017

Les raisons du départ des bédjonde de leur village pour la ville sont nombreuses et se concentrent sur cinq grands points dont la pauvreté (près de 41%), les vœux de changer de

vie pour près de 35%, l'insécurité provoquée par les conflits agriculteurs-éleveurs (13,69%), les études (2,36%) et l'incitation des parents à la migration (8,04%). De plus près, leurs raisons ne se ressemblent pas, mais divergent selon les tranches d'âge. Dans le tableau n°2, c'est la pauvreté qui est le premier facteur qui exhorte à la migration. Cette raison émane beaucoup plus des jeunes âgés de 25 ans et plus. Quelques rares migrants (2,36%), âgés entre 20 et 29 ans évoquent les raisons d'étude. La deuxième raison émise par les migrants, est le vœu de changer de vie (34,93%). La troisième raison est l'insécurité due aux conflits agriculteurs-éleveurs qui gangrènent les campagnes de Bédjond. Cette chaîne de difficultés conduit les jeunes

bédjondes au désespoir, au point qu'ils n'espèrent trouver la solution aux problèmes de leur vie qu'en ville, précisément dans la capitale (N'Djamena).

2.2. Une dominance de la candidature de la jeunesse féminine à l'exode rural

La décision de migrer des bédjonde varie avec l'âge et selon le sexe. Quel que soit le sexe, quatre tranches d'âge ont été perçues chez les prétendants à l'exode rural. Elles se répartissent entre 15 et 34 ans. Au sein de ces âges, les aspirants de sexe féminin sont les plus importants avec un taux de 52,94% contre 47,06% pour le sexe masculin, comme le montre le tableau n°2.

Tableau n°3: Répartition des migrants selon le sexe et les tranches d'âge

Tranche d'âge \ Sexe	[15-19 ans]	[20-24 ans]	[25-29 ans]	[30-34 ans]	Total
Femmes	15,29%	24,71%	7,06%	5,88%	52,94%
Homme	4,71%	21,18%	14,12%	7,06%	47,06%
Total	20,00%	45,88%	21,18%	12,94%	100,00%

Source : Travaux de terrain, 2018

Au regard des données inscrites dans le tableau n°3, l'exode rural est plus observé auprès de la gente féminine. Au sein de ces populations, il faut révéler la présence de mineurs sans repère familial qui pourraient représenter une population facilement influençable. En revanche, c'est à partir de 24 ans que les garçons migrent beaucoup vers la ville. A cette même tranche d'âge, les filles sont moins importantes dans la migration ; certaines sont déjà de retour et renoncent à repartir.

La photo n°1 montre les candidates à la migration depuis le départ. Leur décision de migrer est mitigée. Elle est souvent influencée par celles de leur fiancé ou de leur prétendant, de leurs parents ou de l'un d'eux. Parfois, c'est une décision prise

par elles-mêmes en toute souveraineté sans le consentement de la famille. La décision du fiancé ou du prétendant prime sur celle des parents. Car la fille, pour échapper à l'emprise familiale, préfère suivre son fiancé en ville. Parmi nos répondantes, 18,45% sont venues en compagnie de leur conjoint à N'Djamena pour préserver leurs fiançailles. Pour ces dernières, le voyage est préparé de concert avec les fiancés. Certaines candidates à la migration (23,89%), déclarent être incitées par les parents à la migration. Pour cette catégorie des parents, la migration est le moyen par lequel, ils espèrent résoudre le problème de survivance. D'autres encore (32,56%), déclarent avoir quitté sans l'avis des parents, échappant ainsi au contrôle de ceux-ci.

Photo n°1: Des filles en attente de départ pour N'Djamena à Bédjondo



*Cette photo n°1 représente des candidates à l'exode rural, prêtes à rejoindre la capitale N'Djamena pour atteindre le rêve du bonheur proposé par les politiques en milieu urbain.
 Source: Cliché E. NDERKANZOUKOU, 2016*

2.3. Une répartition sexuée des activités des migrants à N'Djamena

A N'Djamena, les migrants exercent dans le secteur informel, moyennant des salaires dérisoires, en dessous du SMIG (Salaire Minimal Interprofessionnel Garanti) qui est de 60 000 FCFA le mois, pour ceux qui sont employés

comme domestiques. Ils déclarent que ledit salaire n'arrive pas à les prendre en charge. Ceci pourrait être une des raisons qui amène certaines migrantes à s'adonner à la prostitution. Les activités exercées par ces migrants se recensent dans la cordonnerie, les travaux domestiques, les petits commerces ambulants (la vente de cigarettes, de bonbons, de cola, etc.) comme le montre le tableau n°4.

Tableau n°4: Une division sexuée des tâches des migrants à N'Djamena

Activités Sexe	Artisanales	Autres	Commerce	Etudes	Travaux domestiques	Total
Femme	2,35%	1,18%	2,35%	0,00%	47,06%	52,94%
Homme	28,24%	7,06%	9,41%	1,18%	1,18%	47,06%
Total	30,59%	7,06%	11,76%	1,18%	48,24%	100%

Source : Travaux de terrain, 2018

Cependant, comme le montre le tableau n°3, les filles sont plus représentées (près de 53%) que les hommes (47,06%) dans la répartition des activités exercées à N'Djamena. Les activités exercées par les migrants connaissent des disparités selon les sexes. Alors que les hommes se retrouvent beaucoup plus dans les activités artisanales du type libéral (28,34%), les femmes quant à elles s'intéressent aux activités domestiques (un peu plus de 47%).

2.4. Des migrants au style de vie précaire en ville

Les migrants habitent des quartiers périphériques. Leur concentration dans ces quartiers relève de deux phénomènes : le réseau de relation et le coût de loyer relativement moins cher par rapport à celui des quartiers du centre-ville (E. S. Nderkankoukou., 2016, p. 65). Ils mènent un style de vie contigu où la promiscuité est un principe. Selon nos enquêtes, la promiscuité est présente dans les logements des migrants. La moyenne par chambre est d'au moins cinq personnes, tout sexe confondu. Dans plus de 25% des logements visités, on recense en moyenne deux à trois couples (époux et femmes)

par chambre. Dans 15% des logements visités, quatre à huit filles se partagent la même chambre, sous le contrôle de deux à quatre garçons. Chacune d'entre-elles déclare n'avoir aucun partenaire fixe. Dans le même cadre, les résultats nous donnent plus de 11% de logements où six à neuf personnes en moyenne (filles et garçons) habitent la même chambre. Sur 15% des logements, 3 à 5 filles vivent ensemble avec en moyenne avec deux garçons et dans 20% des logements, le nombre de ceux qui habitent n'est pas connu avec exactitude. Par contre, dans 12% des logements visités, 3 à 5 garçons ou filles vivent ensemble.

Selon les informations reçues lors de nos entretiens, la saturation dans les différentes chambres relève de la solidarité des anciens migrants. Ces derniers jouent un grand rôle dans le processus d'insertion des nouveaux. Ils forment un réseau de sociabilité favorable à leur intégration. Aussi, les nouveaux qui arrivent adoptent le même style de vie. C'est ainsi que la population migrante bédjonde s'accroît et ceci, dans la promiscuité. C'est un réseau social entre le push factor (Bédjondo) et le pull factor (N'Djamena).

2.5. Des migrants vulnérables aux maladies sexuellement transmissibles (MST)

Si les communautés rurales pensent qu'il y a des avantages liés à l'exode, il n'est pas exclu qu'il y ait autant de défis à relever. Ceux-ci sont les conséquences liées aux risques de la santé et

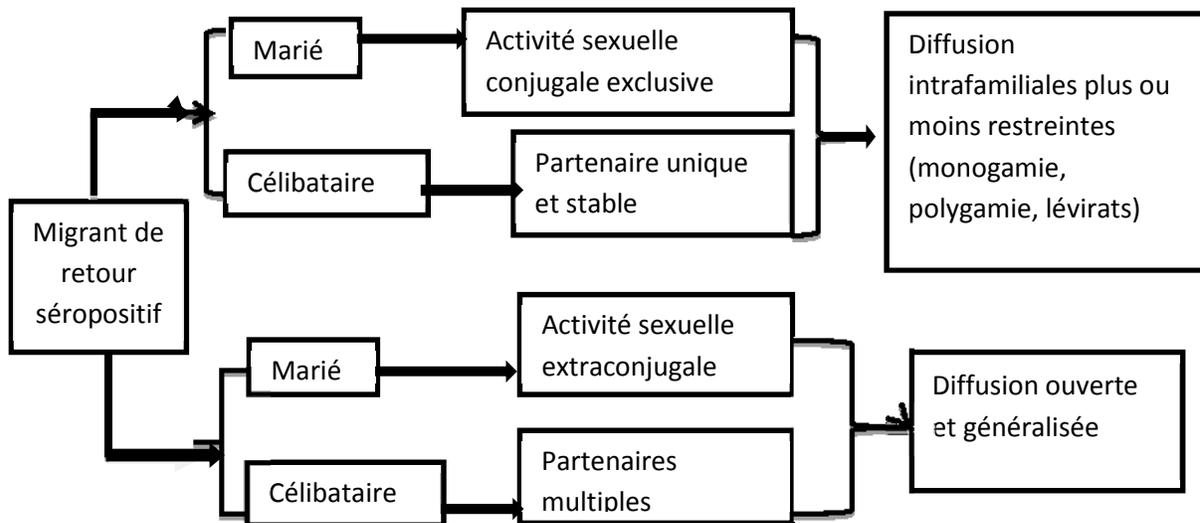
spécifiquement ceux liés aux maladies sexuellement transmissibles (MST).

2.5.1. Une propagation des MST vue comme conséquence de la migration

A Bédjondo dans le milieu de départ, il résulte de nos entretiens dans les différents focus groups, que les maladies sexuellement transmissibles pourraient être entretenues par les migrants de retour dans leur village d'origine. Certains membres de différents focus groups s'indignent sur la question du risque de profusion des maladies sexuellement transmissibles en disant : « *comment voulez-vous que nos enfants ne nous amènent pas des maladies ? Ils vivent seuls, ensemble et sans contrôle des parents, ni celui des autorités traditionnelles* ». Encore que, cela se justifie par l'avis de nos répondants à Bédjondo dont 48, 32% d'entre-deux reconnaissent le risque de contamination des maladies vénériennes dans leur style de vie, pendant leur séjour à N'Djamena.

Des résultats d'enquête, plus de la moitié des répondantes confirment aux agents de santé, avoir eu des relations sexuelles avec des partenaires qu'elles ne connaissaient pas. Le style de vie des migrants dans la promiscuité comme dans leur liberté sexuelle, pourraient les exposer aux risques des maladies sexuellement transmissibles (MST). Selon les analyses de nos entretiens, le risque de la propagation des MST dans le milieu de retour passerait par deux axes (Figure n°1) selon le comportement sexuel des migrants.

Figure n°1: Cheminement du risque de propagation des maladies sexuellement transmissibles par les migrants



Source: R. Lalou et V. Piché, 2004, p.156, adaptée et modifiée par L. B. PALOU, 2020

Comme se présente la figure n°1, le risque de diffuser les maladies sexuellement transmises pourrait dépendre du statut sérologique du migrant. Le risque de la propagation pourrait provenir de deux cas différents. Comme le montre la figure n°1, la diffusion du virus pourrait être intrafamiliale ; c'est dans le cas où le migrant développerait des activités sexuelles conjugales exclusives sans d'autres partenaires en dehors de son cercle conjugal. A la question de savoir : « vous qui vivez dans la même chambre tout sexe confondu, êtes-vous marié ou chacun de vous a son partenaire fixe », plusieurs réponses sont évoquées dont nous en retenons quatre pour illustrer la vulnérabilité de ces migrants :

- Nous sommes mariés malgré que nous vivons ensemble ;
- Personne n'a un partenaire fixe ;
- Le nombre de garçons et des filles n'est pas équitable pour qu'on parle de partenaire fixe ;
- Le problème du sexe est un dernier souci, car notre but est ailleurs, etc.

Ces propos nous amène à dire que, si le migrant est célibataire et qu'il développe des activités

sexuelles avec un seul partenaire, la diffusion de la maladie pourrait être plus ou moins restreinte. Si le migrant est marié ou célibataire et qu'il entretient des relations sexuelles avec d'autres partenaires multiples, la diffusion serait ouverte, et pourrait se généraliser avec le temps.

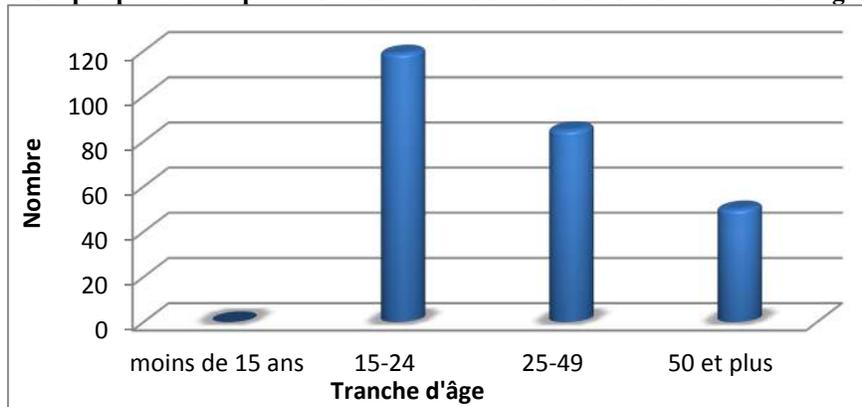
2.5.2. Des données des centres de santé de Bédjondo

Même si les données des centres de santé de la zone de départ ne pourraient pas expliquer totalement le risque de profusion des maladies sexuellement transmissibles par les migrants, l'on ne peut s'en douter qu'elles peuvent être vraisemblables, si l'on s'en tient aux différents propos lors de nos entretiens selon lesquels : « *ce sont nos enfants qui nous amène les maladies sexuellement transmissibles* ». Rien que pour le mois de décembre 2017, le rapport statistique du registre des centres de santé donne un total de 354 personnes infectées par des maladies sexuellement transmissibles. Parmi elles, 119, soient 33,61% sont âgés entre 15 et 24 ans et 185 d'autres, soit 52,25% sont âgés entre 25 et 49 ans et plus de 14% sont âgés de 50 ans et plus.

En dehors de cela, le rapport de la statistique des centres de santé de l'année 2016, relatées dans le graphique n°1, témoignent de la gravité de la

maladie, selon les tranches d'âge (graphique n°1).

Graphique n°1: Répartition des infectés du MST selon leur tranche d'âge



Source: Travaux de terrain, avril 2016

Les plus jeunes (entre 15 et 49 ans) sont plus infectés selon la lecture du graphique n°1. Les moins de 15 ans sont moins rares et ceux qui sont âgés de plus de cinquante ans diminuent en nombre par rapport aux deux dernières tranches d'âge. De l'analyse des entretiens que les agents de santé nous ont aidé à faire avec certaines personnes infectées, il se trouve que près de trois quart d'entre-deux sont soit des migrants de retour ou que leur partenaire est un migrant de retour ou les deux. Ce constat se fait aussi par la chute du nombre de personnes infectées à partir de 50 ans et plus, dont la mobilité spatiale est faible.

DISCUSSION

La migration est escomptée par les migrants bédjonde pour contrer le risque de la pauvreté. Les travaux de K. Gray (2009, p.18), met en cause cette théorie. Les résultats des travaux de N. Rebaï (2009, p.32) et K. Gray (2009, p.34), démontrent qu'il y a certes une rentrée de revenus afin de mieux investir, mais l'exode n'est pas sans conséquences. Les migrants sont souvent confrontés aux risques de la malnutrition, de l'insécurité et aux graves crises

de santé, puisque ils sont sans couverture sanitaire et sans assurance. Dans cette même ligne d'idée, les résultats de la présente étude ont démontré que la migration bédjonde est motivée par l'extrême pauvreté, l'insécurité et le vœu de changer sa vie. Les mêmes résultats ont prouvé que le style de vie de ces migrants à N'Djamena est du type contigu. Deux à trois couples peuvent se partager la même chambre tout comme plusieurs filles et garçons logent la même chambre. Ce qui pourrait les exposer au risque de la santé, surtout celui des maladies sexuellement transmissibles. Alors que les résultats des travaux R. Lalou et V. Piché (2004 p.252), au Sénégal montrent qu'une fois que les migrants, même lorsqu'ils sont mariés, ont souvent des relations sexuelles avec des partenaires occasionnelles au cours de leurs migrations ou de leurs déplacements. Les mêmes travaux de R. Lalou et V. Piché, (2004, p.234), effectués sur la migration dans la vallée du fleuve Sénégal atteste qu'il y a un fort risque de prolifération des maladies sexuellement transmissibles. Le risque des maladies sexuellement transmissibles est une pathologie d'importation. Ces maladies comme d'autres infections, se transmettent de personne à personne et circulent dans les directions et aux rythmes des déplacements humains. C'est ainsi

que leurs résultats apportent un éclairage sur la dynamique de l'épidémie, car Ils démontrent que la relation entre la migration et les maladies sexuellement transmissibles se fait d'une manière mécanique, sans référence explicite aux modes de transmission. Ce qui prouve qu'il est difficile de travailler sur les risques de transmission des maladies sexuellement transmissibles. Le risque de profusion des maladies sexuellement relève de la probabilité alors que son développement exigerait des enquêtes sérologiques des enquêtés.

Les travaux de mémoire de E. Nderkanzoukou, (2016, p.54), sur la migration du même peuple, démontre que la mobilité des migrants a accentué la liberté sexuelle. Cette liberté est acquise à la faveur de l'éloignement, de la rupture avec le milieu d'origine et de l'effritement des mœurs et des coutumes. Ce qui est très contraire à la vie sociale des bédjodes, qui entre temps étaient soumis aux contraintes de la tradition.

CONCLUSION

Dans la plupart des cas, l'exode rural est mené pour des raisons diverses avec des objectifs bien spécifiques dont le plus important est économique. Tout comme chez les bédjonde, dans le bassin du Mandoul au Tchad, leur migration a pour objectif, la recherche d'une meilleure condition de vie en ville. Les raisons de leur migration sont la pauvreté, l'insécurité alimentaire, les mauvais rendements agricoles, les divers conflits agriculteurs-éleveurs qui sévissent dans les milieux, etc. Arrivés en ville, ces migrants adoptent un style de vie très contigu. Plusieurs personnes, tout sexe confondu se partagent les mêmes chambres. La question posée est celle du risque de la santé dont celle liée aux maladies sexuellement transmissibles. Les résultats mis en évidence sont assortis des constats et les enquêtes de terrain, puis des focus groups organisés dans le milieu d'accueil comme dans le milieu de départ. Les risques de propagation des maladies sexuellement

transmissibles pourraient passer par deux voies selon la sérologie du migrant. Si le migrant est séropositif et qu'il est monogame ou célibataire et qu'il développe des relations sexuelles avec des partenaires, le risque de profusion est intrinsèque. Par contre, si le migrant séropositif est polygame ou célibataire et qui développe des relations extraconjugales ou avec d'autres partenaires, le risque de profusion est ouvert.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

FAIRBAITN Joyce et GUSTAFSON Léonard, 2006, Comprendre l'exode rural : lutte contre la pauvreté rurale, Rapport intermédiaire du comité permanent de l'agriculture et de la forêt, Canada, 94p.

FONDS DES NATIONS UNIES POUR L'ENFANCE(UNICEF), 2015, Evaluation indépendante de la composante de survie et développement de l'enfant de l'enfant du programme de coopération TCHAD-UNICEF. Rapport d'évaluation Version Finale.

GRAMPTC, 2011, Groupe de Recherches Alternatives et de Monitoring du Projet pétrole Tchad-Cameroun.

GRAY Klarc, 2008, « Out-migration and rural live Hood in the southernecuadorianandes », Thèse de doctorat en géographie, Université de Caroline du Nord, 375p.

GUEMOND Yves et KAYSER Bernard, 1970, « L'exode rural et ses conséquences dans la région Midi-Pyrénées », In Etudes rurales, n°40, pp. 140-141.

LALOU Richard et PICHE Victor, 2004, Les migrants face au Sida : Entre gestion des risques et contrôle social, L'exemple de la vallée du fleuve Sénégal, Institut national d'études démographiques | « Population » 2004/2 Vol. 59 | pages 233 à 268.

MAFFESOLI Michel, 1979, La conquête du présent, Paris, Puf.

McKANZIE David, 2007, « A profile of the world's young developing country migrants », World Bank and IZA, Discussion Paper No.2948.

Exode rural et risques de profusion des maladies sexuellement transmissibles en milieu Bedjonde dans le bassin du Mandoul au Tchad

MOTAZE Akam, 2013, Mémoire migrante et structure territoriale, in Sciences sociales, Sciences du langage et Développement, Vol. XIV, Yaoundé CLE, p.12

MOUTEDE-MADJI Vincent, 2012, « Exploitation pétrolière et mutations spatio-économiques dans le Logone oriental (Tchad) », Thèse Unique de Géographie, Université de Lomé/Togo, Lomé 412p.

MWANZA Hugo et KABATA Kabata., 2002, Pauvreté et marginalisation rurales en Afrique au sud du Sahara, Belgeo [En ligne], 1 | 2002, mis en ligne le 31 mars 2002, consulté le 30 avril 2019. URL : <http://journals.openedition.org/belgeo/15423> ; DOI : 10.4000/belgeo.15423

NDERKANZOUKOU Swasi Eugène, 2018, « Migrants climatiques : logiques de départ, trajectoires de vie et expériences de retour dans la localité de Bedjondo », Mémoire de Master en sociologie, Université de N'Djamena, Faculté des Sciences Humaines et Sociales, N'Djamena, 187p.

OLIVIER DE SARDAN Jean-Pierre, 2003, L'enquête socio-anthropologique de terrain : synthèse méthodologique et recommandations à usage des étudiants, LASDEL, Études et Travaux, n°13.

PIGUET Etienne, 2013, « Les théories des migrations, Synthèse de la prise de décision

individuelle », Revue Européenne des Migrations Internationales, vol. 29, n°3.

PIGUET Etienne, 2013, Les théories des migrations. Synthèse de la prise de décision

individuelle », Revue Européenne des Migrations Internationales, vol. 29, n°3.

RANDRIAMIHARISOA Mialy-Nambinia., 2016, « L'Exode rural à Madagascar », Mémoire de Maitrise, Université d'Antananarivo, Faculté de droit d'Economie, de Gestion et de Sociologie, Antananarivo, 89p.

RAPPORT DU PROGRAMME DES NATIONS UNIES POUR LE DEVELOPPEMENT (PNUD),

2012, Tchad : cadre d'accélération des OMD, décembre 2012, 35p.

RAPPORT DU PROGRAMME DES NATIONS UNIES POUR LE DEVELOPPEMENT (PNUD), 2018, Le développement Humain, p. 123.

REBAÍ Nasser, 2009, « Migración y cambiosconcretos en la sierra ecuatoriana : un punto de vista desde la parroquiaJuncas » – Provincia de Cañar, Pucara, n°21, pp.17-23.

STARK Oded, 1985, The new economics of labor migration'', The American Economic Review, pp. 845-867

THOMSIN Laurence, 1997, Le point sur l'exode rural en Wallonie de 1947 à 1997, Bulletin de la Société géographique de Liège, 39, 2000/2, 53-64

THUMERELLE Pierre-Jean, 1986, Peuples en mouvement, Paris, SEDES et CDU, 1986, p.9

WATTERMAN Alan, 2016, « l'Exode rurale et l'agriculture paysanne Enquête exploratoire pour le canton de Jipijapa-Equateur », Mémoire de Master, Université Libre de Genève, Genève, p.85.

WILLIAM Lens, 2017, Déclaration de, Directeur général de l'Organisme des Nations Unies chargé des migrations à l'occasion de la Journée mondiale de l'alimentation, le 16 octobre 2017.



LES FACTEURS DE PÉRENNISATION DES MALADIES TROPICALES NEGLIGÉES DANS L'EXTRÊME - NORD CAMEROUNAIS (XIX^{ème} au XXI^{ème} SIÈCLE)

FACTORS OF THE PROLIFERATION OF NEGLECTED TROPICAL DISEASES IN THE FAR NORTH OF CAMEROON (19TH TO 21ST CENTURY)

¹DANGMO Tabouli

¹Doctorant en Histoire, Faculté des Arts, Lettres et Sciences Humaines (FALSH), Université de Ngaoundéré (Cameroun), Laboratoire Économie et Société (LESO), taboulinorb@ gmail.com

DANGMO Tabouli, Les facteurs de pérennisation des maladies tropicales négligées dans l'extrême - nord Camerounais (XIX^{ème} au XXI^{ème} siècle), *Revue Espace, Territoires, Sociétés et Santé* 3 (6), 233-250, [En ligne] 2020, mis en ligne le 31 Décembre 2020, consulté le 2021-01-10 21:30:45, URL: <https://retssa-ci.com/index.php?page=detail&k=131>

Résumé

L'Extrême-Nord du Cameroun est fréquemment frappé par des pathologies endémiques appelées Maladies Tropicales Négligées (MTN), pour ne citer que le trachome, la bilharziose, l'onchocercose et la lèpre. Ces pathologies constituent un problème de santé publique et l'un des fléaux que rencontrent les populations pauvres des milieux ruraux et urbains de la région. Cet article tente d'identifier dans une perspective sociohistorique, les facteurs qui sont à l'origine de la pérennisation des maladies dans cette zone. La méthodologie est basée sur la recherche documentaire, l'observation de terrain, les entretiens avec le personnel de santé et les malades (anciens et nouveaux) dans

plusieurs structures de santé de l'Extrême-Nord. En 2018, sur les 80 anciens et nouveaux malades enquêtés, 57,6% souffrent de maladies liées au manque d'eau potable. Toutes les personnes interrogées ont chacune une idée sur les origines de ces pathologies suscitées. Les résultats de l'étude montrent que les facteurs de prolifération de ces maladies tropicales sont variés. On note parmi ceux-ci, l'influence de la nature comme le climat, le relief, le comportement de l'homme de même que ses activités socioculturelles et économiques. La connaissance des facteurs favorisant l'implantation de ces maladies dans l'Extrême-Nord est indispensable dans l'application de la politique sanitaire pour son éradication. En outre, des stratégies axées sur la sensibilisation de la population ainsi que sur une politique de dépistage adéquate de ces maladies sont autant de mesures qui contribueront à l'élimination des MTN dans cette région.

Mots-clés : Maladies Tropicales Négligées, santé publique, facteurs naturels, facteurs anthropiques, Extrême-Nord camerounais, politique sanitaire.

Abstract

Far North of Cameroon is daily struck by endemic pathologies labeled Neglected Tropical Diseases (trachoma, bilharzia, onchocerciasis and leprosy). These pathologies constitute a public health matter and one of the plagues faced by the poor population of rural and urban areas of the region. This article attempts to identify from the socio-historical perspective, the main factors of the proliferation of these diseases of NTD in this area. The methodology is based on documentary research, field observation, interviews with health personnel and patients (old and new) in several health structures in the Far North. In 2018, out of 80 old and new patients, 57.6% suffered from illness linked to the absence of drinking water. All the people questioned each have an idea of the origins of these pathologies. The results show that the factors of the proliferation of these tropical diseases are enormous. We note amongst these: the climate, the relief, human behavior and sociocultural and economic activities. Knowledge of the factors favoring the implementation of these diseases in the Far North is essential in the application of health policy for its eradication. The strategies focused on raising public awareness and on an adequate screening policy for this disease all of which will contribute to the elimination of NTD in the region.

Key words: Neglected tropical diseases, public health, natural factors, anthropogenic factors, Far North Cameroon, health policy

INTRODUCTION

La détérioration de l'environnement naturel, les habitudes socioculturelles et la pauvreté constituent des problèmes majeurs de santé en Afrique. Les crises sanitaires se manifestent par l'implantation ou les passages répétitifs des maladies endémo-épidémiques. Parmi elles,

certaines se retrouvent dans le groupe des Maladies Tropicales Négligées (MTN). Ces dernières sont les altérations qui peuvent être définies comme un groupe de maladies infectieuses que l'on rencontre plus dans les zones rurales ou dans les zones urbaines pauvres et des pays à revenu faible et intermédiaire, et qui constituent elles-mêmes des facteurs aggravant de pauvreté (Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 2020). Selon P. Aubry et B-A. Gaüzère (2015, p.1), elles sont d'ailleurs taxées de maladies tropicales «négligées» parce qu'elles touchent plus les populations les plus pauvres, qui habitent les régions rurales reculées, les bidonvilles ou les zones de conflit. J. P. Hotez, D. Molyneux, A. Fenwick, E. Ottesen, S. Ehrlich Sachs et J. D. Sachs, (2006, p.2) écrivent que les MTN se justifient également par le poids combiné des trois maladies (le SIDA, la tuberculose et le paludisme) dont le bilan sanitaire est devenu si important qu'il leur a été donné le nom de «*big three*». Ces trois maladies sont la cible prioritaire de nombreuses campagnes de sensibilisation et de programmes de contrôle dans le monde. Justifiés ou non, les efforts consentis sur ces trois maladies sont tels que d'autres pathologies infectieuses soient «négligées», tant en termes de fonds investis et de programmes de recherche que de politiques de santé publique (L. Payne et J. R. Fitchett, 2010). Dès le début du XXI^{ème} siècle, selon Guilhem Rascalou (2012, p.3) 17 maladies recensées sont regroupées sous le terme de «Maladies Tropicales Négligées (MTN)» ou en anglais «NTD» pour *Neglected Tropical Diseases* par l'OMS. Ceci a notamment conduit à la création d'un département de «Maladies Tropicales Négligées» au sein de cette institution internationale. On compte huit maladies qui sont dues à l'infection par un organisme viral, bactérien ou protozoaire : la dengue, la rage, la lèpre, le pian, le trachome, l'ulcère de Buruli, la leishmaniose et la trypanosomiase humaine africaine (souvent

appelée maladie du sommeil). Les neuf autres maladies sont dues à l'infection par un ver, appelé aussi «helminthiases» : la cysticercose, la dracunculose (ou ver de Guinée), l'échinococcose, la fasciolase, la filariose lymphatique, l'onchocercose, la schistosomiase (aussi appelée bilharziose), les helminthiases intestinales (l'ascaridiose, la trichocéphalose et l'ankylostomose) et la strongyloïdose (aussi appelée anguillulose). Cette idée a probablement contribué à une prise de conscience de l'importance de ces maladies et de la nécessité d'y apporter des réponses scientifiques et politiques. De ce fait, toutes ces 17 maladies sont réparties un peu partout en Afrique avec une douzaine recensées au Cameroun. Les plus connues dans ce pays sont : la schistosomiase, l'ulcère de Buruli, le trachome, l'onchocercose, la lèpre, les géo helminthiases, les vers intestinaux, la filariose lymphatique, le pian, la trypanosomiase humaine africaine et la leishmaniose (OMS, 2018). Plusieurs d'entre-elles évoluent à l'Extrême-Nord du Cameroun selon le Ministère de la Santé Publique (2016, p.23).

En effet, les populations de cette région souffrent d'un manque hygiène, d'une pénurie d'eau potable et d'accès difficile aux soins de santé¹. Pour le Ministère de la Santé Publique (2016, p.27), tous ces problèmes participent facilement à la prolifération des maladies. En outre, les traditions, les modes de vie et les mentalités rétrogrades sont autant des conditions sociales, qui ne cessent de s'accroître au fil des années. Ces comportements perdurent et rendent la situation sanitaire difficile et préoccupante. Ainsi, les populations font face à plusieurs MTN dont la lèpre, la bilharziose, l'onchocercose et le trachome qui sont plus ou moins récurrentes dans l'Extrême-Nord du Cameroun².

Cependant, plusieurs campagnes de distribution de médicaments en 2010, contre ces maladies ont été élaborées et exécutées sur l'ensemble du

territoire national camerounais. Sous la direction de l'OMS-Bureau du pays Cameroun (2010, p.23), les campagnes de Traitement à l'Ivermectine sous Directives Communautaires (TIDC)³ ont enregistré un taux de couverture thérapeutique moyen de 82% pour une couverture géographique de 97%. Allant dans la même lancée, la réalisation d'une campagne intégrée de lutte contre l'onchocercose et la filariose lymphatique dans les régions du Nord et de l'Extrême-Nord a notifié une couverture de 72% (en rapport à la population totale concernée) et 93% (en rapport à la population éligible au traitement). Pour ce qui est de la campagne de lutte contre la schistosomiase et les vers intestinaux dans l'ensemble du pays pour les enfants en âge scolaire, on enregistre un taux de couverture nationale de 94% pour les vers et 31% pour la bilharziose (OMS-Bureau pays du Cameroun, 2010, p.23). Malgré les efforts de l'État Camerounais dans l'Extrême-Nord Camerounais et ceux de la population, les MTN dans cette partie du pays continuent de se propager. Plusieurs auteurs tels que A. Beauvilain (1989, p.198); P. Fadibo (2005, p.47) et Dangmo Tabouli (2016, p.39) ont abordé les problèmes de santé dus aux maladies épidémo-endémique dans le Nord Cameroun. C'est dans ce sens que cette étude se situe dans le sillage de l'histoire de la santé et des maladies. Ce travail vise à expliquer les facteurs de propagation de ces pathologies dans cette région. La question principale que suscite cette étude est la suivante : quels sont les facteurs impliqués dans la pérennisation des MTN (la lèpre, de la bilharziose, de l'onchocercose et du trachome) dans l'Extrême-Nord du Cameroun ? Afin d'apporter des éléments de réponses à cette question, nous allons présenter les facteurs qui ont maintenu les MTN sur les terres de cette région depuis la période coloniale jusqu'au XXI^{ème} siècle. Plus clairement, nous allons présenter les facteurs naturels et humains,

1 Entretien avec Daayang Joseph, Doukoulala le 23 juin 2018.

2 Entretien avec Patalé, Maroua le 13 mars 2018.

³ Le TIDC est un projet qui consiste à transférer aux communautés la responsabilité de distribuer l'ivermectine (médicament contre l'onchocercose) au sein d'une communauté.

Les facteurs de pérennisation des maladies tropicales négligées dans l'extrême - nord camerounais (XIX^{ème} au XXI^{ème} siècle).

qui contribuent à la prolifération des MTN dans l'Extrême-Nord du Cameroun.

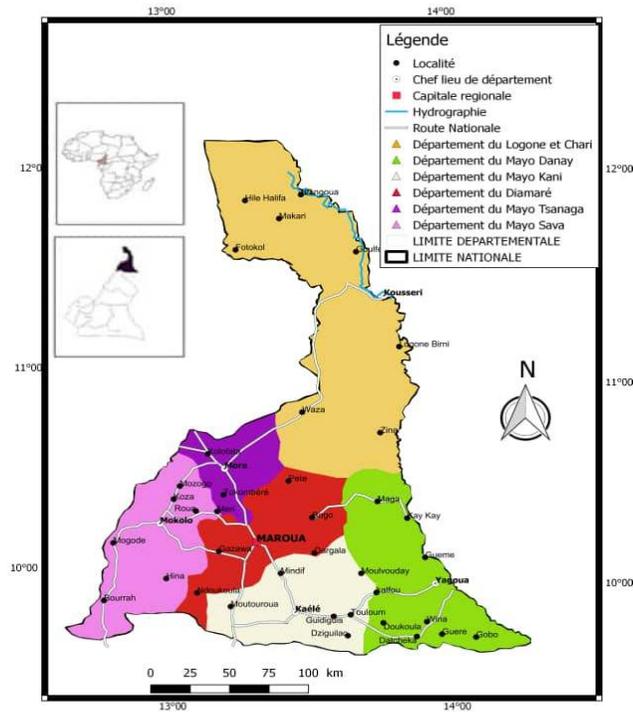
1. Données et Méthodes

1.1. Présentation de la zone d'étude

La présente étude s'est déroulée dans la circonscription administrative de la région de l'Extrême-Nord du Cameroun (Carte n°1). Elle se situe entre le 10° et le 13° Nord en plein cœur de la zone tropicale au climat soudano-sahélien. Il s'agit du climat de tendance aride. Le climat sahélien règne au Nord du 10° parallèle sur les plaines du Mayo-Danay, du Diamaré et du Tchad, ainsi que sur les monts Mandara. Les précipitations se réduisent en quantité (Maroua 815 mm ; Kousséri 541 mm) et connaissent d'énormes écarts d'une année à autre. La saison des pluies qui dure environ cinq mois au voisinage du 10° parallèle s'écourte à trois mois aux abords du lac Tchad. Pendant la

longue saison sèche, les températures sont élevées et peuvent atteindre, par exemple à Maroua, un maximum de 35° au mois d'avril. L'irrégularité interannuelle des précipitations révèle des écarts considérables. Ainsi, les quantités annuelles de pluies extrêmes à Kousséri ont été de 271 mm et 959 mm. Pendant plusieurs années successives, les précipitations peuvent être très faibles. Il en résulte des périodes de sécheresse catastrophiques plongeant les populations du Sahel dans la misère la plus absolue. En effet, le cadre géographique concerné par ce travail est officiellement appelé depuis mars 2008, « région de l'Extrême-Nord ». Cette région remplace et épouse les limites administratives de l'ancienne province. Cette province découle de l'éclatement en août 1983 de l'ancien « Nord » formé des trois régions septentrionales sous le régime du premier président du Cameroun. La carte ci-dessous présente la localisation de la région.

Carte n°1 : Localisation de la région de l'Extrême-Nord du Cameroun



Il y est représenté en plus des chefs-lieux des six départements que sont : Maroua, Kaélé, Yagoua, Mora, Mokolo et Kousseri ; les limites nationales, les limites départementales, ainsi que la capitale régionale. Les différentes parties en couleurs sur la carte représentent les cinq départements (le Diamaré, le Mayo Kani, le Mayo Danay, le Mayo Sava, le Mayo Tsanaga et le Logone et Chari). Cette carte géographique permet de mieux illustrer la zone d'étude.

1.2. Techniques de collecte de données

La démarche méthodologique s'est construite autour de la recherche documentaire et des enquêtes de terrain. La présente étude est à la fois qualitative et quantitative. Ce choix se justifie par le besoin d'obtenir le maximum d'informations qui puisse nous permettre de mieux comprendre le sujet d'étude. Pour ce faire, nous avons identifié plusieurs catégories d'acteurs soignants dont les personnels de santé (médecins, infirmiers, aides-soignants et laborantin) ; et les populations (malades et anciens malades) ayant un âge minimal de 25 ans. L'enquête de terrain qui s'est effectuée en 2018 aux mois de mars à septembre se résume à l'entretien direct et par une enquête par questionnaire. L'analyse descriptive de cette étude a été faite grâce aux entretiens menés auprès des médecins, dont trois à Maroua, un à Mokolo, un à Tokombéré et un à Meri. Ces derniers étant spécialiste du domaine de la santé, nous ont permis de comprendre que les facteurs qui rendent perpétuels les MTN ne datent pas d'aujourd'hui dans l'Extrême-Nord. Ces facteurs sont liés aux éléments naturels (climat, relief...) et aux populations humaines et leurs activités. La recherche documentaire a été permanente tout au long de cette étude, dans les bibliothèques de l'Université de Ngaoundéré, au centre de documentation de l'École Normale Supérieure de l'Université de Maroua, dans les Archives Régionales de Maroua et sur certains sites spécialisés en ligne tel que l'OMS. Les documents consultés (mémoires, articles, ouvrages généraux et les rapports tels que

l'Enquête Camerounaise Auprès des Ménages II) ont permis d'avoir une idée globale des déterminants, qui favorisent le développement des maladies. En plus, les documents d'archives consultés dans les Districts de santé de Mokolo, de Tokombéré, de Meri, de Petté, de Kaélé, de Maroua urbain et rural et à la Délégation Régionale de la Santé de l'Extrême-Nord nous ont été d'une grande aide dans cette analyse. La compilation des données recueillies dans ces différentes structures sanitaires a été essentielle pour comprendre la dangerosité de ces maladies et la nécessité de leurs éradications.

La collecte des informations d'ordre quantitatif a été faite à partir d'un entretien direct auprès de 102 personnes composées de 22 personnels de santé et 80 personnes (anciens et nouveaux malades). Pour ce qui est du personnel de santé et des personnes malades, la sélection des enquêtés a été fondée sur la disponibilité, l'intérêt et la connaissance du sujet par ces derniers. Quant aux patients guéris, on les a rencontrés dans les localités grâce aux personnels de santé qui nous ont mis en contact avec eux. Ces entretiens ont porté sur les causes de certaines MTN (le trachome, la bilharziose, l'onchocercose et la lèpre). Les 80 enquêtés ont été sélectionnés dans les structures sanitaires en accord avec les différents chefs de Districts sanitaires dans lesquelles nous nous sommes rendus. Cette sélection s'est faite sur des critères d'âges, de niveau d'étude, de lieu de résidence. Les entretiens ont été menés de façon individuelle et se sont déroulés dans les différentes localités citées plus haut. Quant aux informations d'ordre qualitatif, elles ont été collectées grâce à des entretiens individuels et groupés. Ces entretiens ont été réalisés en français et également en fulfuldé (langue locale parlée en majorité dans ladite région). Les entretiens ont porté sur la connaissance des populations par rapport aux différentes MTN.

En plus, ces données qualitatives recueillies ont été complétées par l'observation personnelle du milieu naturel et des comportements des Hommes. L'observation de terrain a permis d'apprécier l'état de l'environnement dans

Les facteurs de pérennisation des maladies tropicales négligées dans l'extrême - nord camerounais (XIX^{ème} au XXI^{ème} siècle).

lequel les populations de cette région vivent quotidiennement. Les informations recueillies à travers la recherche documentaire et les enquêtes sur le terrain ont été passées au crible de la critique et organisées dans une démarche analytique et une perspective thématique rentrant dans le registre des études socio-historiques afin de répondre à la question centrale de ce travail.

1.3. Méthode de traitement des données

Les données d'ordre quantitatif ont été analysées à l'aide du logiciel Excel 2010. Ce mode de traitement nous a permis de faire des analyses descriptives faisant ressortir les données statistiques se rapportant au nombre de personnes malades. Pour les données d'ordre qualitatif, l'analyse de contenu thématique a servi à analyser le discours de l'ensemble des personnes enquêtées.

2. RESULTATS

L'analyse de données collectées a permis de présenter les résultats suivants.

2.1. Les facteurs naturels de propagation des MTN à l'Extrême – Nord du Cameroun

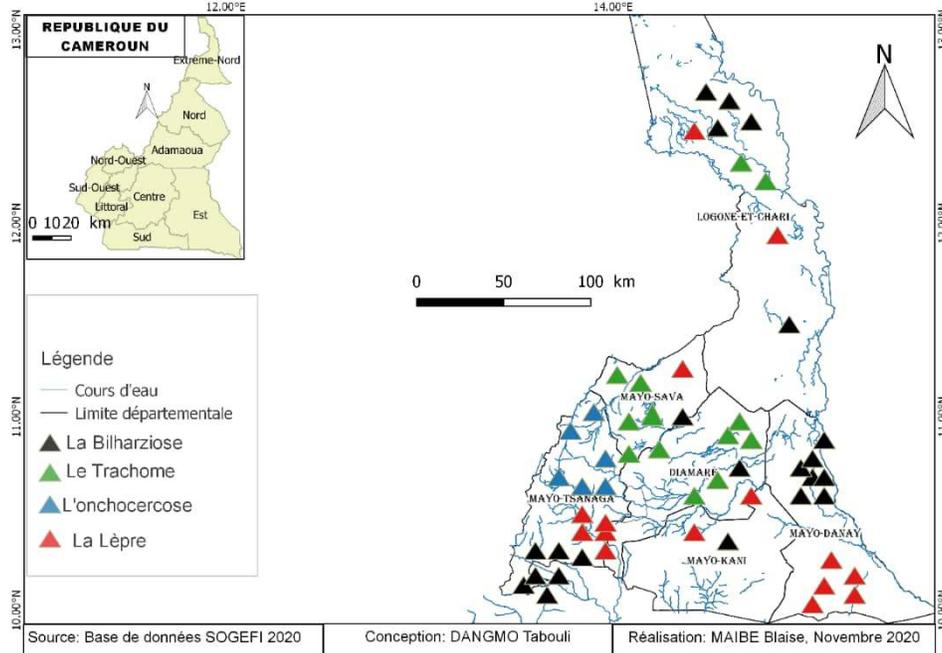
La nature joue un rôle prépondérant dans la diffusion des agents pathogènes. Elle constitue un « biotope » favorable pour le développement des maladies transmises par vecteurs, tels que la

schistosomiase, le trachome, la cécité des rivières et la lèpre.

2.1.1. L'influence du climat dans la diffusion des maladies tropicales

Le développement épidémo-endémique des maladies est soumis aux changements climatiques dans le monde tropical. Le climat à l'Extrême-Nord du Cameroun est de type soudano-sahélien. Il est caractérisé par une mauvaise répartition des pluies dans l'espace et dans le temps avec des températures relativement basses en décembre-janvier; et très élevées en mars-avril (Direction de la Statistique et de la Comptabilité Nationale, 2002, p.71). Le vent dominant pendant les saisons de basses températures est l'harmattan. Les variations climatiques ont des conséquences sur la santé. Elles contribuent activement à stabiliser les maladies et leur endémisation est facilitée à cause de la sécheresse (manque d'eau), du sable ou poussière, de la saleté (excréments humains et animaux), et des sécrétions sur le visage des enfants. Seules la sécheresse et la poussière nous intéressent pour justifier le rôle du climat dans la prolifération des maladies. Ces deux éléments climatiques atteignent leur paroxysme en saison sèche. C'est le cas du trachome et de la lèpre qui s'accroissent avec la période de sécheresse et de l'onchocercose qui augmente pendant la saison pluvieuse. Ainsi, la carte suivante présente la répartition des MTN dans l'Extrême-Nord du Cameroun.

Carte n°2 : La répartition des Maladies Tropicales Négligées dans l'Extrême-Nord du Cameroun



La carte ci-dessus présente la répartition des MTN dans l'Extrême-Nord du Cameroun. Les petits triangles de différentes couleurs sur cette carte représentent les quatre pathologies (la bilharziose, le trachome, l'onchocercose et la lèpre) étudiés. En fait, la bilharziose et la lèpre se retrouvent pratiquement réparties sur toute l'étendue de la région, sauf le trachome et l'onchocercose, qui occupent partiellement une partie de ladite région. Le Mayo Tsanaga est le seul département, qui est atteint de l'onchocercose. Il est certainement le prolongement du foyer de l'ancienne circonscription de l'Adamawa au Nigeria, lequel se situe à la même latitude du 10° et 11° Nord. Le foyer du Nigéria s'adosse pratiquement sur le Cameroun juste en face de l'arrondissement de Koza (R. W. Crosskey, 1956, p.17). Depuis 1966, l'on constate que l'onchocercose n'a plus quitté le Mayo Tsanaga de l'Extrême-Nord du Cameroun. Les villages de Mokolo, de Koza et de Roua sont des lieux de développement des agents pathogènes de cette maladie. En effet, la construction de barrages des retenus d'eau entre 1977 et 1988 dans ce département enclavé a participé à la pérennisation de cette maladie.

Les alentours de ces barrages sont occupés par les populations, qui pratiquent des activités comme l'agriculture, l'élevage et la pêche. Les archives non classées du Districts de santé de Mokolo (2018) nous indiquent que 14 aires de santé sont opérationnelles, dont sept aires parmi elles sont touchées par l'onchocercose. La bilharziose quant à elle, est concentrée dans le Mayo Danay et le Mayo Tsanaga. Le trachome est plus répandu dans les départements du Mayo Sava, du Mayo Tsanaga, du Diamaré et du Mayo Kani. La lèpre est une maladie dispersée dans la région.

La sécheresse joue un rôle primordial dans l'enracinement de certaines maladies comme le trachome, la lèpre et la bilharziose à l'Extrême-Nord du Cameroun. Elle a une influence sur les maladies et leur épidémisation à travers la baisse de l'humidité relative, la rareté de l'eau, la violence du vent et de la poussière. Ainsi, dans certaines localités du Mayo Sava par exemple, les populations sont régulièrement confrontées aux problèmes d'eau de qualité et même en quantité. À cause de la sécheresse depuis plusieurs années, on note l'assèchement régulier des points d'eau notamment dans le

Mayo Kani et dans le Mont Mandara. Les mayo (cours d'eau) deviennent des centres d'attraction humaine de vecteur lorsque l'eau se retire. Ce sont des zones de refuge des agents pathogènes et vecteurs des maladies tropicales. Dans le Mayo Kani, les pathologies les plus fréquentes causées par l'eau sont entre autres : les amibiases intestinales, les vers intestinaux, les schistosomiasis intestinales et urinaires. Ces maladies se contractent par la consommation de l'eau infectée ou en lavant les aliments avec cette eau de mauvaise qualité. En ce qui concerne la bilharziose, elle touche plus les enfants que les adultes. Ceci s'explique par le fait que les enfants pratiquent de nombreuses activités dans les mayo ou les mares. Pour B. Ngatankoua (2007, p.13), cette maladie prend plus de l'ampleur entre les mois d'avril et mai, période où la sécheresse assèche les points d'eau et les moments où les débuts de pluies sont incertains.

Dans le Mayo Sava, la question de l'accessibilité à de l'eau potable demeure l'une des équations non résolues. Les difficultés d'accès à ce précieux liquide ont pour corollaire les complications sanitaires. Ainsi, l'assèchement des lits des mayo et d'autres points d'eau provoque des problèmes sanitaires, qui conduisent parfois jusqu'à la mort. C'est l'exemple de la tragédie survenue dans le village de Wolordé (dans l'arrondissement de Tokombéré), où des enfants perdent la vie à la recherche de l'eau. Ceci s'illustre par les propos de Maïramou Abachi, qui stipule que :

Je suis allée avec mes enfants au mayo pour laver les habits et après puiser de l'eau pour la maison. Pendant que je lavais les habits, les enfants jouaient à côté de moi à l'ombre des creux des terres dans le lit du mayo. Alors même que j'ai fini ma lessive et je voulais appeler les enfants pour les laver avant de rentrer, j'entends soudainement un bruit comme si une maison s'était écroulée. Quand je me retourne, je constate qu'il s'agit d'un éboulement et

mes enfants étaient en dessous. Trois enfants sont morts sur place. Dans cette brousse loin du quartier où je me trouvais, il n'y avait personne à côté. J'ai pleuré et crié en vain. Malgré la douleur, je me suis efforcée à arriver au village pour annoncer la triste nouvelle. (Le Journal, L'œil du Sahel, n°1200 du mercredi 03 avril 2019)

Dans la région de l'Extrême-Nord, la tragédie de Wolordé est loin d'être un cas isolé. Il y'a quelques années, cinq personnes avaient perdu la vie dans un puits dans l'arrondissement de Zouledé-Roua (Mayo Tsanaga) à la recherche du précieux liquide. Cependant, quelle est la qualité de cette eau qui fait perdre la vie à ces populations ? Les populations sont obligées de se servir dans les mayo et parfois à quelques kilomètres de leur village. La qualité de l'eau pose donc énormément des problèmes de santé au sein de la communauté villageoise. Ces eaux de couleur et de qualité douteuse favorisent l'installation des maladies telles que le trachome, la bilharziose, les vers intestinaux de façon endémique dans les villages avec une forte prévalence par rapport à la zone urbaine.

En outre, le sol sec est exposé à l'érosion. Cette dernière facilite le mouvement du vent et arrache les particules aux sols. Ces éléments de l'érosion se mêlent à l'air chaud et sec sous forme de poussière chargée de micro-organismes. En effet, cet air souillé est absorbé par inhalation par des personnes. Il se présente souvent pendant les mois frais de saison sèche sous forme de brume sèche étouffante pour l'Homme. Il y'a sécheresse quand on est en saison sèche. Elle se manifeste par la disparition de l'humidité du sol et de l'air en laissant place à une pression atmosphérique poussiéreuse. Elle est marquée par une rareté de l'eau dans les zones montagnardes de l'Extrême-Nord. L'élément le plus laborieux dans l'espace soudano-sahélien est la température qui subit des modifications selon les périodes saisonnières bien définies. En saison de pluie, la sécheresse est moins élevée et l'air est souvent

normal. En effet, les eaux pluviales constituent dans certaines localités de cette région un facteur d'éclosion des agents vecteurs responsables des maladies. Ces eaux ne trouvent pas de passage d'évacuation à cause des constructions anarchiques. Elles se frayent la voie dans la nature laissant des bourbiers partout dans les quartiers, propices aux agents microbiens de séjourner au sein de la population. C'est dans ce sens que Hassan affirme : «La négligence dans la gestion des poubelles, des eaux périphériques, des eaux stagnantes, l'occupation des passages d'eau de pluie et la petite broussaille négligée autour des maisons sont des repères des agents pathogènes vecteurs de plusieurs maladies»⁴. L'occupation anarchique des voies de ruissellement des eaux de pluies par les maisons reste une des causes importantes des maladies. Tout ceci est dû à l'inexistence du système d'assainissement dans l'arrondissement de Maga. Dans l'Extrême-Nord en général, la prévalence moyenne de la bilharziose varie de 15 à 25 %. Mais, dans la plaine d'inondation du Logone, la prévalence atteint 52 % de cas de cette maladie. Lorsqu'on est dans le Mayo Danay, le taux de prévalence varie entre 90 % et 98 % en saison de pluie. (Rapport de la délégation de la santé publique de l'Extrême-Nord, 2017).

Toutefois, force est de constater que les endémies et les épidémies tropicales à l'Extrême-Nord du Cameroun sont presque toutes soumises aux éléments du climat. Ces éléments climatiques influencent sur l'organisme humain, les activités et le mode de vie de l'homme, le prédisposant aux attaques microbiennes. Tout changement intervenant dans le climat, est favorable à l'éclosion des MTN.

2.1.2. L'implication du relief dans la prolifération des MTN

Selon l'Enquête Camerounaise Auprès des Ménages II (2002, p.21), le relief est complexe

et varié à l'Extrême-Nord du Cameroun. Il est partitionné en trois zones écologiques à savoir la zone des montagnes, la zone de la plaine sèche et la zone de la plaine inondable. Cette dernière est formée des terres noires et boueuses appelées *yaéré* qui s'étend du lac Tchad aux départements du Logone et Chari et du Mayo-Danay. La chaîne montagneuse, autrement appelée région des Monts Mandara, comprend dans la partie Ouest vers la frontière nigérienne des départements du Mayo Sava, du Mayo Tsanaga et l'arrondissement de Meri du département de Diamaré. C'est une zone au relief accidenté, aux sols peu fertiles sur les sommets, sur les flancs des montagnes, mais riches au niveau des piémonts et favorables à la prolifération des maladies. A Mokolo par exemple, 139 077 personnes sont traitées du trachome en 2013 selon les archives non classées de l'Hôpital du District de santé de Mokolo. Ces chiffres non exhaustifs ne traduisent pas scrupuleusement la réalité vécue par les populations et les services sanitaires.

En effet, les Monts Mandara s'élèvent à plus de 1000 m d'altitude. Le centre de cette région est dominé par des plateaux dont l'altitude moyenne est de 500 m. Autour de cet ensemble de montagnes, on retrouve des massifs à pentes raides qui se dressent comme une clôture de protection. Par conséquent, ils constituent un obstacle à la pénétration de certaines localités dans cette région. L'accessibilité physique ou géographique traduit l'effort physique très pénible à fournir par le personnel médical pour offrir un service de santé. Cette région est régulièrement parcourue par les maladies endémo-épidémies dramatiques (Institut National de la Statistique, 2002, p.43). Cette situation déplorable trouve son interprétation dans la diversification du relief. Les difficultés d'accès à ce relief empêchent les autorités sanitaires de maîtriser le milieu et les populations. Les maladies y sont tardivement découvertes et confirmées par les autorités qui s'aventurent dans ces roches. Alors la cécité des rivières a profité pour parcourir allègrement la

⁴ Entretien avec Hassan, Maga le 26 septembre 2018.

montagne en suivant surtout les eaux et a fait plus de deux milles aveugles.

La plaine sèche se trouve dans les départements du Mayo Kani et du Diamaré, à l'exception de l'arrondissement de Meri. Elle est une zone relativement moins accidentée que la précédente. Mais elle est un peu plus touchée par les problèmes d'eau, de végétation et de fertilité des sols que la plaine inondable. Pour ce qui est de la plaine inondable, elle est présente dans les départements du Mayo Danay et, du Logone et Chari. Les documents d'archives de Délégation de la santé (2019) relèvent que plus de 10 000 nouveaux cas sont déclarés dans les zones inondables de l'Extrême-Nord du Cameroun. On estime que 60% des cas de bilharzioses sont urinaires et plus de 30% des enfants présentent des charges parasitaires élevées. Le relief participe activement au développement des phénomènes pathologiques à cause des inondations sans cesse pendant la saison sèche.

La situation du relief dans les plaines et dans les *yaéré* en langue locale, «plaines périodiquement inondable» n'est pas la même dans les zones de montagnes. Les *yaéré* sont en fait des plates-formes moins accidentées. Ils jouent un rôle très important dans la pérennisation des maladies à l'Extrême-Nord du Cameroun. Les deux saisons dans ces régions sont propices à l'endémisation des pathologies. En effet, pendant la saison des pluies, le relief ne permet plus facilement le déplacement des populations. Ainsi, on observe des inondations dans certaines parties de l'Extrême-Nord du Cameroun comme dans le Mayo Danay (Maga, Yagoua), dans le Logone et Chari (Makari, Maltam). Ces eaux abondantes provoquent régulièrement des maladies hydriques. C'est le cas de la schistosomiase et des vers intestinaux. Quant aux *yaéré*, leur rôle dans l'épidémiologie des maladies se situe à deux niveaux selon les saisons. En saison sèche, l'eau se retire dans son lit. En cette période les déplacements sont faciles et permettent aux *yaéré* de jouer le même rôle que les plaines dans l'amplification des

maladies hydriques et diarrhéiques. Les points d'eau de saison sèche deviennent une source active des phénomènes pathologiques puisqu'ils sont sollicités par les hommes et servent de refuge pour les agents pathogènes en vue de pérenniser leurs espèces. En saison des pluies, les *yaéré* changent de propriétés épidémiologiques. Ils s'engorgent d'eau, provoquant une inondation et l'enclavement de la région comme il a été mentionné plus haut. Pendant cette période, les déplacements entre les villages ou les communautés sont moins intenses car les voies routières sont impraticables pour les autorités sanitaires. Il n'est pas facile de sillonner les villages dans les arrondissements de Maga, de Moulvoudaye, pour effectuer les campagnes de sensibilisation et de distribution des Mectizan, Albendazole⁵. En somme, le relief représente un facteur aggravant de certaines MTN (bilharziose, onchocercose, trachome et lèpre) dans l'Extrême-Nord du Cameroun. Il est à l'origine de la pérennisation de ces pathologies dans cette région.

2.2. Les facteurs anthropiques de la pérennisation des MTN

L'évolution des maladies est soumise aux comportements des hommes au Cameroun. Les facteurs anthropiques favorisant la propagation des Maladies Tropicales Négligées (MTN), en l'occurrence la lèpre, la bilharziose, le trachome et l'onchocercose sont des déterminants qui contribuent à aggraver les problèmes sanitaires. L'homme occupe une place primordiale dans la chaîne épidémiologique. Les types de facteurs varient selon les endroits et par rapport aux comportements.

2.2.1. Les habitudes socioculturelles des populations

Dans la région de l'Extrême-Nord du Cameroun, plusieurs comportements sociaux et

⁵ Entretien avec Saïba, Maroua, le 31 septembre 2018.

culturels sont à l'origine de la prolifération des MTN. Ces habitudes socioculturelles permettent la dissémination des pathologies. En effet, l'homme en tant que réservoir et hôte du germe, transmet les maladies par contact direct ou indirect par les objets infectés ou souillés.

Pour ce qui est de la lèpre et du trachome, l'homme est un acteur principal qui joue un rôle favorable dans le maintien et la transmission de la pathologie par les 4M (mains, mouches, mouchoirs, milieu), la saleté, et les sécrétions (R. Domwa, 2012, p.17). Ainsi, les mouches représentent les vecteurs passifs de premier plan dans l'endémisation de ces maladies. À cela s'ajoute les facteurs comportementaux qui consistent à maintenir un environnement sale par la mauvaise utilisation des mouchoirs et le non-respect des principes d'hygiène de base. C'est ce qui ressort de notre descente de terrain en 2018 où nous avons eu un taux de prévalences de 4% cas de la lèpre et 8,8% cas du trachome dans le district de santé de Méri. Dans le district de Tokombéré, nous avons enregistré 31,2% cas du trachome dans le village de Mambeza. La photo ci-après présente un enfant en situation d'hygiène précaire (Photo n°1).

Photo n°1: Le manque d'hygiène



Source : Dangmo Tabouli, avril 2018

Cette photo présente une petite fille dans un état de saleté dans la localité de Mambeza dans le Mayo Sava. En effet, sur le visage sale de cet enfant se trouve les mouches au niveau des yeux et dans les narines. La saleté sur le visage de cette fille est composée des sécrétions oculaires, nasales et de la poussière. Ces excréments sont des sources d'attraction des mouches d'où la

présence permanente du trachome. Le trachome est dû au manque d'hygiène.

Nous avons rencontré plusieurs enfants présentant des signes de risques de contracter le trachome dans le Mayo Sava et dans le Mayo Tsanaga lors nos enquêtes. L'on relève de ces recherches que l'eau constitue une denrée rare dans ces zones. La rareté d'eau en saison sèche dans ces départements oblige les populations à adopter une attitude qui favorise la prolifération des maladies. Certaines localités (Kolofata, de Tokombéré, etc.) sont devenues des foyers du trachome, car ces populations sont confrontées régulièrement aux problèmes d'accessibilité à l'eau.

Les cérémonies culturelles comme les rites funéraires et initiatiques, les fêtes rituelles annuelles sont à l'origine de la prolifération des maladies chez les peuples de l'Extrême-Nord du Cameroun. Beaucoup de maladies tropicales puisent leurs sources dans les événements traditionnels. Les rites funéraires pratiqués chez les populations de cette région, sont une source l'endémisation des maladies, car ils sont des opportunités de rencontres et de rassemblements des personnes venues de divers horizons. Au cours de ces activités rituelles, parfois les biens vestimentaires du défunt sont distribués sans être préalablement désinfectés. Ainsi, à travers ces contacts directs, la maladie trouve la voie de propagation. C'est le cas du trachome et de la lèpre qui continuent à séjourner de façon endémique dans le Diamaré, le Mayo Sava, le Mayo Tsanaga et le Mayo Danay.

En plus, l'absence des latrines est la cause de multiples maladies au sein de la société aussi bien dans les villes comme dans les villages. Le risque provenant du péril fécal est bien important seulement quand les densités de la population sont énormes et aussi quand elles sont également faibles. Tout naturellement en cas d'absence de latrines, les matières fécales sont déposées en bordure du mayo ou dans les marigots taris. Ces matières fécales posent énormément de problèmes de santé dans les villes et villages de l'Extrême-Nord du Cameroun où les conditions d'hygiène ne

Les facteurs de pérennisation des maladies tropicales négligées dans l'extrême - nord camerounais (XIX^{ème} au XXI^{ème} siècle).

permettent pas d'isoler les scelles loin des activités humaines. Elles représentent l'une des principales causes de morbidité et de mortalité dans les pays en développement. En effet, les excréta une fois déposés dans les eaux, que ce soit sous formes liquides ou solides, créent un complexe pathogène à haut risque pour les potentiels utilisateurs de la ressource hydrique. Cela participe à la prolifération des maladies du péril fécal telles que la bilharziose, le trachome. La transmission de ces pathologies passe parfois par l'ingestion des crudités, de mains sales portées à la bouche. Elles peuvent aussi passer

par les eaux souillées et se perpétuent selon le cycle oro-fécal. En plus, l'hygiène alimentaire individuelle ou collective de même qu'un accès à de l'eau propre pour se laver les mains ou le visage peut entraîner la bilharziose pour le premier comportement et le trachome pour le second (S. Chouto, 2013, p.71). Lors de notre recherche, 57,6% de personnes disent qu'elles n'ont pas accès à l'eau potable. Leurs activités (pêche, agriculture, élevage etc.) tournent majoritairement au tour des eaux contaminées. C'est d'ailleurs le cas de ces blanchisseurs dans le lit du mayo Baoliwol (Photo n°2).

Photo n°2 : les blanchisseurs dans le lit du Mayo de Baoliwol (Maroua)



Source : Dangmo Tabouli, septembre 2018

Les populations de l'Extrême-Nord du Cameroun dans leur grande majorité ne se privent pas des « avantages » que leur procure les mayo qui traversent les différentes localités. C'est le cas sur cette photo, des blanchisseurs qui profitent du retour des eaux au mayo de Baoliwol (Maroua) pour exercer leurs activités. Le mayo Baoliwol qui traverse la ville de Maroua et reçoit au passage les écoulements rejetés de toutes sortes comme tous les caniveaux, toutes les conduites d'eausale et même les conduits des water-closets (WC). Le mayo constitue donc le point d'achèvement des égouts. Il sert de dépotoir de toutes sortes de déchets et le lieu de prédilection pour se soulager puisqu'il n'y a pas de toilette publique et parfois par habitude. Ce comportement irresponsable a toujours rendu toutes personnes

ayant un contact permanent ou non avec ses eaux souillées vulnérables aux maladies hydriques⁶.

Les mares d'eau, les marigots, les puits de manière générale sont des lieux de propagation de maladies du moment où ils centralisent toutes les activités du village. De plus, certaines personnes par habitude considèrent que ces eaux du mayo sont plus accessibles avec un environnement frais. Il semble très difficile de lutter contre la tendance à la concentration humaine autour des points d'eau, trop souhaitable sur le plan socioculturel et économique. L'implantation des personnes autour des points d'eau est un élément culturel et social dans les sociétés africaines. Elle facilite

⁶ Entretien avec Tapdi Victor, Kaélé le 14 septembre 2018.

l'augmentation rapide des maladies. La population des milieux ruraux se trouve plus exposée à la bilharziose, aux vers intestinaux et l'onchocercose, surtout qu'elle vive régulièrement dans des conditions d'hygiène précaires. Mais le regroupement d'un peuple contribue aussi et impose presque un effort hygiénique qui ne peut être accompli pour une population dispersée. C'est ici que l'aménagement du point d'eau est nécessaire avec une multiplication des fontaines, de bassin pour les ablutions et lavoir. La mise en place des points d'eau propre permet de rendre les meilleurs services.

En réalité, les attitudes traditionnelles de l'homme vis-à-vis des eaux de surface sont souvent dépourvues de toutes précautions et de toutes mesures d'hygiène. En l'absence de puits, l'eau de la mare, du marigot, de la rivière ou du lac est utilisée pour toutes les activités domestiques : la boisson et la cuisine, la vaisselle et la lessive, la toilette et le bain, les jeux et le rejet des selles et des urines. Pour ce dernier élément, le risque de contamination est permanent et pas uniquement pour la prolifération des bilharzioses (intestinaux et urinaires). En plus, les activités professionnelles sont également l'opportunité d'un contact habituel avec l'eau en particulier pour l'éleveur, le pêcheur et l'horticulteur. Ce contact est plus régulier pour l'agriculteur réalisant du maraichage lorsque la région est plus aride : il lui faut arroser pour obtenir une récolte. De même, l'éleveur doit faire boire son bétail continuellement. Ainsi, plus les points d'eau sont rares, plus elles sont fréquentées, à la fois par le bétail et par les acteurs. En outre, La multiplication des retenues d'eau à l'Extrême-Nord du Cameroun a permis le développement de nombreux périmètres hydro-agricoles dont certains peuvent être très vastes. C'est ce qui justifie la permanence de la schistosomiase aux alentours des digues et des barrages respectivement dans le Mayo Danay et le Mayo Tsanaga. Ces modifications d'espace attirent la population et semblent favoriser la prolifération

des mollusques, surtout le long des berges peu profondes.

2.2.2. Les facteurs économiques liés à l'endémisation des maladies

La situation économique dans la prise en charge d'un malade demeure une question épineuse dans la région de l'Extrême-Nord du Cameroun. L'économie constitue un facteur immédiat du développement des maladies endémo-épidémiques en générale. D'ailleurs, les épidémiologistes considèrent ce dernier élément comme l'un des principaux facteurs qui déterminent l'état sanitaire d'une population. L'état de pauvreté favorise la sous-alimentation. Ce qui peut affaiblir facilement le système immunitaire et par conséquent l'organisme devient vulnérable à l'attaque des agents pathogènes.

Les Maladies Tropicales Négligées (MTN) sont souvent considérées comme les « maladies des pauvres ». Alors, l'association entre pauvreté et maladies tropicales dites « négligées » est bien établie. Car, la plus grande majorité des personnes souffrant de ces maladies à l'Extrême-Nord du Cameroun disposent des revenus trop faibles et parfois même des services médicaux les plus pauvres. Il en résulte alors un mauvais suivi des traitements par les malades, donc les risques de rechute et de réémergence de bacilles résistants (cas de la lèpre). Les taux les plus élevés de malades se retrouvent dans les couches les plus pauvres de la population. Certains individus sont réticents aux centres de santé et aux campagnes de vaccination qui sont devenus payants. C'est en effet depuis la crise économique des années 1980 et la dévaluation du franc CFA en 1994 que l'État du Cameroun a subi une diminution de la subvention des soins de santé (P. Amed, 2012, p.6). Ainsi, la gratuité des soins de santé est mise à l'écart et tout est devenu payant. Avec la crise économique de 1994, plusieurs familles, par faute de moyens financiers vont s'impliquer davantage à la médecine africaine. Ce qui pousse un informateur à dire d'ailleurs

qu'« Avant l'arrivée de la médecine occidentale, nos grands-parents se soignaient de toutes les maladies grâce à la médecine africaine »⁷.

Le cadre socio-économique dans lequel se déploient au quotidien les populations de l'Extrême-Nord montre autant des éléments capables d'agir sur les risques de contamination des maladies au regard de l'incidence de la pauvreté qui touche les districts de santé de la région. La situation de pauvreté repose sur l'insuffisance des ressources matérielles. Une personne pauvre vit dans une condition qui ne lui permet pas d'exister dignement selon les droits légitimes et vitaux. Elle est condamnée à survivre péniblement au jour le jour. Ainsi, les familles ou les personnes pauvres sont définies par un revenu journalier inférieur à un seuil de 500 FCFA (DSCN, 20102, p.37). Elles sont vulnérables à la maladie à cause des conditions de vie difficiles telles que la promiscuité, l'insalubre, l'alimentation insuffisante et/ou inadéquate, les comportements à risque préjudiciables à la santé. Lors de notre descente sur le terrain, on a eu à rencontrer 80 anciens et nouveaux malades. Sur ces 80 personnes, 49,6% de personnes ont des familles nombreuses (5 à 11 enfants). Tous vivent ensemble dans des espaces restreintes et peu salubre. D'où la présence de la promiscuité. Les différents chefs de familles rencontrés ont pour métier la pêche, l'agriculture et le métier de blanchisseur. Ces personnes ayant moins de moyens financiers côtoient de moins en moins les structures sanitaires. En effet, les dépenses consacrées à la santé ne représentent que 3,2% contre 7,6% au niveau national en 2001 (Direction de la Statistique et de la Comptabilité Nationale, 2002, p.42). Selon notre enquête, ce faible taux de dépenses pour les problèmes de santé est dû à l'absence de l'emploi, l'insuffisance des revenus, le faible niveau d'instruction et l'absence de terre fertile.

Les MTN évoluent au sein d'une communauté en fonction du niveau des revenus des ménages.

À l'Extrême-Nord du Cameroun, les conditions de vie sont moins décentes comparées à l'ensemble des autres régions. Ces situations se différencient également en fonction du milieu (urbain et rural), c'est-à-dire que la pauvreté en zone urbaine est moins accentuée qu'en milieu rural. Il est important de savoir qu'en 2005, plus 70% des populations de l'Extrême-Nord sont extrêmement pauvres (République du Cameroun, 2005, p.20). C'est ce qui explique en fait la permanence des MTN comme la bilharziose, le trachome, et bien d'autres pathologies qui sévissent régulièrement dans cette région.

En outre, la majorité des populations vit dans la précarité. Le manque d'hygiène et l'insalubrité sont permanents, parce qu'on note une insuffisance de moyens nécessaires pour se procurer une eau potable. Plusieurs familles sont obligées de consommer les eaux de pluies, de mares ou de marigots, de puits, non traitées et très souvent souillées (République du Cameroun, 2005, p.20). De nombreuses MTN (la bilharziose, le trachome, la lèpre et les infections diarrhéiques) sévissent de façon endémique dans les zones rurales où habitent généralement les populations défavorisées. Il s'agit en fait des milieux où les mesures sanitaires ne sont pas respectées en raison de la pauvreté des populations. Par conséquent, elles négligent ces maladies et les règles élémentaires d'hygiène.

La réticence aux soins médicaux et à la vaccination préventive rend ces personnes plus vulnérables aux maladies endémo-épidémies comme la lèpre, la bilharziose, l'onchocercose, le trachome etc. À l'Extrême-Nord du Cameroun, ces maladies à vocation cosmopolite font régulièrement des victimes parmi les populations pauvres et analphabètes des localités rurales et périurbaines où la promiscuité est accentuée. C'est surtout le cas, selon l'OMS les maladies de pauvres comme de la lèpre, du trachome, l'onchocercose et de la bilharziose qu'on y retrouve. Dans ces zones, les infections respiratoires et les maladies

⁷ Entretien avec Dikire Garoua, Kaélé le 21 septembre 2018.

diarrhéiques sont récurrentes et affaiblissent le système immunitaire exposant ainsi les populations affamées à toutes formes de maladies.

En plus, faute de moyens financiers, plusieurs familles ou personnes se retrouvent à pratiquer des activités qui favorisent la propagation des maladies à l'Extrême-Nord du Cameroun. Ces activités professionnelles contribuent en partie à la répartition et l'endémisation des maladies contagieuses. Ce sont entre autres le commerce, la pêche et les activités agro-pastorales. Elles créent des contacts permanents entre l'homme et les germes pathogènes, qui facilitent leurs circulations.

Le commerce favorise dans une certaine mesure la naissance des foyers et la propagation des maladies. Il réunit des commerçants qui se déplacent dans tous les marchés hebdomadaires de grande envergure. Ces déplacements réguliers sont des vecteurs des germes pathogènes, car les marchands peuvent parfois être originaires des zones infestées et sont des porteurs sains. La zone riveraine du lac Tchad, est une région économique qui mobilise les Camerounais, Tchadiens, Nigériens et les Nigériens. C'est ce qui justifie d'ailleurs la présence régulière des endémies comme la schistosomiase (J. Gaud, 1955, p.209-258). Dans le Mayo Kani, les activités commerciales ont joué un rôle important dans l'endémisation de la lèpre, raison pour laquelle en 1954, les missionnaires ont mis sur pied la léproserie de Mapousséré (Archives Classées à la Délégation Régionales de la culture pour l'Extrême-Nord à Maroua, 06En2.6, Affaires sociales et culturelles (religions)). Cette maladie a pris de l'ampleur avec des multiples mouvements commerciaux et migratoires entre les Camerounais et les Tchadiens. Ceci peut être occasionné par l'action du climat sec et un environnement poussiéreux. La maladie se développe rapidement chez les patients aux conditions d'hygiène dégradée et qui ont une situation socio-économique défavorable. Ce fut le cas de 1985 malades de la lèpre dans la subdivision du Diamaré en janvier 1977 déclaré

par le médecin Abba Liman lors du discours d'allocution de la 24ème journée mondiale des lépreux. Ce dernier évoque que la majorité de cette population atteinte de cette maladie vivent dans une situation économique très fatale (Archives Classées à la Délégation Régionales de la culture pour l'Extrême-Nord à Maroua, 06En13.1. Santé publique (1932-1982)). De même, le foyer de Fort-Foureau, en réalité celui de Logone-Birni, s'est développé à une période où se déroule la cérémonie traditionnelle annuelle de pêche à Logone-Gana. Pendant cette cérémonie, les pêcheurs barrent le fleuve. Ils font une pêche miraculeusement prolifique dont ils vendent et échangent les produits contre les tissus et les émaux. La bilharziose et bien d'autres maladies hydriques prolifèrent lors de cette cérémonie.

De ce qui précède, force est de constater que les problèmes sanitaires à l'Extrême-Nord du Cameroun sont favorisés par le niveau de vie et les activités économiques notamment le commerce, la pêche et les activités agropastorales. Ces activités anthropiques demeurent une influence perceptible sur la santé des populations de cette région.

3. DISCUSSION

L'Extrême-Nord est une zone, qui est régulièrement confrontée au passage et à « l'éternisation » des maladies tropicales dites négligées. Ces maladies sévissent de manière permanente (toute l'année) dans la région de l'Extrême-Nord du Cameroun et régulièrement dans les familles pauvres. L'analyse des résultats de nos enquêtes auprès de 80 personnes (anciens et nouveau) interrogées dans cette région révèle que 57,6% de personnes souffrent de pathologies liées aux activités au tour des eaux douteuses. En plus, la fouille des documents des archives dans ces différentes structures de santé nous permet d'observer que plusieurs personnes sont touchées par ces MTN suscitées. En effet, toutes les personnes avaient au moins une idée sur les facteurs, qui engendrent ces maladies (le trachome, la bilharziose, l'onchocercose, la lèpre). Ces pathologies affectent plus les enfants de 0 à 15 ans (31,2% cas pour ce qui est du trachome). On observe

Les facteurs de pérennisation des maladies tropicales négligées dans l'extrême - nord camerounais (XIX^{ème} au XXI^{ème} siècle).

une disparité dans la propagation de ces pathologies au sein des différents arrondissements. La plupart de ces maladies (trachome et de l'onchocercose) sont répandues dans les arrondissements de Monts Mandara. Ces arrondissements viennent en tête parce qu'ils sont densément peuplés (49,6% de personnes (5 à 11 enfants) vivent pratiquement dans une même case) et vivent une pauvreté extrême. Ils sont également situés dans les surfaces au relief accidenté où l'accès à l'eau est difficile. Les ménages dans ces montagnes vivent ensemble dans des espaces restreints et peu salubre. Pour ce qui est des cas de la bilharziose, elle gagne des espaces dans les plaines inondables du Mayo Danay, du Logone et Chari. Les plaines du Diamaré et du Mayo Kani sont également touchées de façon permanente par la schistosomiase (intestinale et urinaire). Cette étude montre que les déterminants de la pérennisation des MTN relèvent aussi bien des facteurs naturels qu'humains. La gestion de ces maladies est effective au sein des districts de santé de l'Extrême-Nord camerounais. Cependant, le personnel de santé préconise l'assainissement de l'environnement et le respect des mesures d'hygiène lors des campagnes de sensibilisation des populations. Il est clairement établi que les MTN constituent une réalité vécue par les populations de cette région.

Nos résultats concordent avec celui de l'Association Santé Navale d'Outremer (1933), qui a également observé 6 à 14% cas de malades oculaires sur 1600 trachomateux chez les habitants semi-nomades du Logone et Chari en 1955. M. Sorre (1933, p.1-18) quant à lui met l'accent sur la part de la géographie physique, essentiellement le climat, qui environne les êtres vivants. Il pense que : « Le complexe pathogène résulte de la coïncidence, dans un espace déterminé d'un agent pathogène, de son hôte réserve (milieu naturel, homme, animal), d'un mode de transmission (conditions climatiques, sociales, vecteur ou hôte intermédiaire), et d'individus ».

Toutefois, l'expansion des maladies à propagation vectorielle résulte aujourd'hui essentiellement de l'intensification et de l'universalisation des échanges de biens et des mouvements de personnes, les corrélations de l'homme avec son environnement, ainsi que les changements climatiques représentant des facteurs de propagation de ces maladies.

Safiatou (1977, p.31) relève dans ses travaux que les saisons ont des conséquences néfastes sur la santé des hommes à Maroua. Les températures sont élevées (environ 40°C) pendant ces moments avec

comme conséquence directe le tarissement des points d'eau. Elles engendrent une pénurie de l'eau pendant la saison sèche ; et l'aridité du sol est accompagnée régulièrement de fortes températures et de la siccité de l'air ce qui provoque le retour permanent de la méningite dans cette zone. Ainsi, l'eau se retire dans les lacs et dans les grands fleuves. C'est le cas du Logone et du Chari qui deviennent des centres d'attraction humaine et de vecteurs. Ces points d'eau ont la réputation d'être des sources des problèmes sanitaires dans l'Extrême-Nord du Cameroun. De même, Yougouda Abdoulaye (1998, p.5) de renchérir que les températures sont favorables à la transmission flüggienne des maladies, car il est démontré que le sol des grandes concentrations est soumis à une souillure considérable. C'est ainsi que ces lieux deviennent le refuge des agents pathogènes et des vecteurs des endémies tropicales comme la bilharziose, le paludisme, le choléra, l'onchocercose et la fièvre jaune.

P. Fadibo (2005, p.72) indique que la pauvreté amène les populations à ne pas réagir de manière prompt face à une situation sanitaire défailante, car elles redoutent le coût financier du traitement et préfèrent la médication traditionnelle ou font recours aux médicaments de la rue. Dangmo Tabouli (2016, p.43) ajoute également que le niveau économique des populations urbaines et rurales ne permet pas de prendre des dispositions pour une meilleure prise en charge en cas de maladie. De ce fait, les facteurs économiques jouent un grand rôle dans la pérennisation de ces maladies dites « négligées » dans l'Extrême-Nord du Cameroun. En plus, J. Gaud (1955, p.209-258) souligne que la migration des populations à la recherche d'une surface cultivable vers les points d'eau constitue un moyen propice à la propagation des hydriques. Il se justifie par un taux de morbidité moyenne 800 cas de la bilharziose au sein de la communauté de Goulfeï, Maltam et Kousseri entre 1945 et 1950. A. Wakponou (2016, p.207-216) affirme que le retour des eaux libres dans le lit du mayo attire les hommes qui s'adonnent à des baignades et autres activités ménagères. Tous ces comportements à risque, la pollution des nappes et des puits, les diverses formes de contamination peuvent entraîner selon lui un taux de morbidité élevée, un endémisme des maladies hydriques chroniques et une pauvreté rampante dans la ville de Maroua.

L'OMS (2018) souligne que les conditions météorologiques influent fortement sur les maladies

à transmission hydrique et celle véhiculées par les insectes, les gastéropodes ou d'autres animaux. Elle soutient également que toutes les populations ressentiront les effets du changement climatique, mais certaines sont plus vulnérables que d'autres. Celles qui vivent dans de petits états insulaires en développement où dans régions côtières, dans les mégapoles, dans les régions montagneuses et dans les zones polaires sont particulièrement vulnérables. En dépit de tout ce qui précède, les pouvoirs publics depuis la période coloniale n'ont pu contenir les maladies malgré les efforts consentis pour une couverture sanitaire efficace. Nonobstant les infrastructures médico-sanitaires mises en place, les populations sont restées indifférentes aux soins médicaux modernes. Les multiples campagnes d'éducation sanitaire et de vaccination n'ont pu enrayer les maladies transmissibles. La multitude des formations hospitalières de la région n'a jamais été suffisante, car toutes les couches sociales n'étaient pas capables de pallier aux problèmes sanitaires. Ceux-ci sont tellement complexes que les moyens engagés se sont avérés très insuffisants. Les comportements irresponsables des populations dus à l'ignorance et l'incapacité des pouvoirs publics à les contenir, rendent inefficaces les activités des autorités sanitaires.

CONCLUSION

Cette étude a permis de montrer les facteurs qui enracinent les Maladies Tropicales Négligées (le trachome, la schistosomiase, la lèpre et l'onchocercose) dans l'Extrême-Nord du Cameroun. Elle a prouvé que les facteurs de propagation de ces maladies n'échappent pas aux 80 malades (anciens et nouveaux) interrogés. Ces facteurs sont d'ordres naturels et anthropiques. L'épidémiologie des MTN ou « maladies des pauvres » s'explique à partir de la complexité des interrelations existant entre les différents maillons de la chaîne de transmission (réservoir, agent pathogène, vecteur et hôte). L'homme représente le réservoir des germes de plusieurs maladies. L'immunité collective est perdue sous l'action des facteurs climatiques et des conditions de vie très précaires (alimentation et hygiène). Le renouvellement de l'immunité n'est pas souvent effectif à cause du manque de moyens, de l'insuffisance des équipements médico-sanitaires et de la réticence des populations. Qu'il s'agisse des modes de vie et des conditions de travail, des

habitudes alimentaires ou religieuses, des niveaux de revenu et d'éducation ou des attitudes face à la maladie ou aux soins médicaux, leur agencement constitue un système pathogène propre à une maladie. Toutefois, les 22 personnels de santé soutiennent que le bien-être d'une population repose sur les principes d'hygiène (une nourriture suffisante et saine, un habitat approprié, une eau salubre, un minimum d'instruction), mais aussi sur un environnement sain. La meilleure stratégie visant à réduire les risques de propagation de ces maladies est la campagne de sensibilisation et d'éducation sanitaire.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

AMED Patrice, 2012, Facteurs favorisant la recrudescence de la tuberculose en milieu urbain : cas de la commune d'arrondissement de Maroua 1er, Projet de recherche non publié en vue de l'obtention du diplôme d'État en soins infirmiers, École des infirmiers et Aides-soignants de Maroua, p.6.

ASSOCIATION SANTE NAVALE D'OUTREMER, 1933, «le trachome», [En ligne], URL: https://www.asnom.org/oh/fr/0525_trachome.php?phpsessid=3bd4a997d0ddeedf6446313d065b1cd6.

AUBRY Pierre et GAÜZERE Bernard-Alex, 2015, «Maladies Tropicales Négligées», Médecine Tropicale, p.1-4.

BEAUVILAIN Alain, 1989, Nord-Cameroun: crises et peuplement, Coutances: Claude Bellee, 2 tomes.

CHOUTO Samuel, 2013, La stagnation des eaux dans la ville de Kousséri (Cameroun) : processus, risques sanitaires et incidences socio-environnementales, Mémoire de Master en Géographie, Université de Ngaoundéré, p.92.

CROSSKEY Roger Ward, 1956, "The distribution of Simulium damnosum Theobald in northern Nigeria" Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene, Vol.50, N° 4, july, p.379-392, [En ligne], URL: [https://doi.org/10.1016/0035-9203\(57\)90044-5](https://doi.org/10.1016/0035-9203(57)90044-5)

Les facteurs de pérennisation des maladies tropicales négligées dans l'extrême - nord camerounais (XIX^{ème} au XXI^{ème} siècle).

DANGMO Tabouli, 2016, La lutte contre la tuberculose dans le Diamaré de 1963 à 2015, Mémoire de Master en Histoire, Université de Ngaoundéré p.1-200.

DIRECTION DE LA STATISTIQUE ET DE LA COMPTABILITE NATIONALE (DSCN), 2002, Conditions de vie des ménages et profil de pauvreté à l'Extrême-Nord Cameroun en 2001, Yaoundé, p.71.

DOMWA Raymond, 2012, Facteurs favorisant le trachome dans la localité de Ndaba, district de Kolofata, Mémoire en ophtalmologie, École des Infirmiers Spécialisés de Yaoundé (EISY), p.17.

DOUMENGE Jean-Pierre et GUILÉNE Reaud-Thomas, 1988, «Les schistosomiasés humaines dans le monde», In Cahiers d'outre-mer, N°162, 41^e année, p. 139-158.

FADIBO Pierre, 2005, Les épidémies dans l'Extrême-Nord du Cameroun: XIX^{ème}-XX^{ème}, Thèse de Doctorat Ph. /D Histoire, Université de Ngaoundéré, p.1-517.

GAUD Jean, 1955, «Les bilharzioses en Afrique occidentale et en Afrique centrale», Bulletin de l'Organisation Mondiale de la Santé, N°13 p.209-258.

HOTEZ Jay Peter, MOLYNEUX David, FENWICK Alan, OTTESEN Eric, EHRLICH Sonia Sachs et SACHS Jeffrey, 2006, "Incorporating a rapid-impact package for neglected tropical diseases with programs for HIV/AIDS, tuberculosis, and malaria", PloS Medecine, Vol. 3, p.2, [En ligne], URL: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0040277>.

INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE (INS), 2002, Évolution de la pauvreté au Cameroun entre 1996 et 2001, Yaoundé, p.1-53.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE, 2016, Plan Directeur de lutte contre les Maladies Tropicales Négligées au Cameroun, Yaoundé, p.1-92.

MOTAIS F., 1926, «Étude géographique du trachome dans les colonies françaises», Revue Internationale du Trachome, N°1, p.36-46.

NGATANKOUA Beda, 2007, La question de l'eau dans le Mayo Kani : accès et enjeux (1964- 2015), Mémoire de Master en Histoire, Université de Ngaoundéré, p.13.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, 2020, [En ligne], URL : <https://www.idafoundation.org/fr/maladies-tropicales-negligees>, consulté le 14 novembre 2020).

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, 2018, [En ligne], URL : www.who.int/gho/mortality_burden_disease/en/index.html, consulté le 25 juin 2017.

PAYNE Lara et FITCHETT Joseph R., 2010, "Bringing neglected tropical diseases into the spotlight. Trends Parasitol", [En ligne], URL : http://www.who.int/healthinfo/global_burden_diseases/metrics_daly/en/.

RASCALOU Guilhem, 2012, Écologie, évolution et contrôle des Maladies Tropicales Négligées, Thèse de Doctorat d'Énergie et Environnement, Université de Perpignan Via Domitia, p.1-127.

RÉPUBLIQUE DU CAMEROUN, 2005, Situation socioéconomique des personnes vivant avec un handicap, 3^{ème} Recensement Général de la Population et de l'Habitat (3^{ème} RGPH), BUCREP, Vol 3, Tome 14, p.1-20.

SORRE Maximilien, 1933, «Complexes pathogènes et géographie médicale», Annales de Géographie, vol. 42, n°2535, p.1-235.

WAKPONOU Anselme, 2016, «L'eau, facteur de vie ou de mort ? Expérience de la ville de Maroua dans l'Extrême-Nord Cameroun», Revue scientifique interdisciplinaire de l'École Normale Supérieure Série Lettres et sciences humaines, Numéro spécial volume VII, n°1, p.207-216.

YOUNGOUA Abdoulaye, 1998, Prise de la méningite cérébro-spinale de 1998 dans la province du Nord, Yaoundé, Université de Yaoundé I, FSMB.



ITINERAIRES THERAPEUTIQUES DES MALADES DE L'ULCERE DE BURULI : CAS DES LOCALITES RURALES DU DEPARTEMENT DE ZOUKOUGBEU

THERAPEUTIC ROUTES FOR BURULI ULCER PATIENTS: CASE OF RURAL LOCALITIES OF ZOUKOUGBEU DEPARTMENT

¹ TANO Kouamé, ²KRA Koffi Siméon et ³KOUASSI Médard

¹ Maître-Assistant, Université Jean Lorougnon Guédé de Daloa, tan.kwam@yahoo.fr

² Maître-Assistant, Université Jean Lorougnon Guédé de Daloa, krakoffisiméon@yahoo.fr

³ doctorant, Université Jean Lorougnon Guédé de Daloa, kouassmdard76@gmail.com

TANO Kouamé, KRA Koffi Siméon et KOUASSI Médard, Itinéraires thérapeutiques des malades de l'Ulcère de Buruli : cas des localités rurales du département de Zoukougbeu, *Revue Espace, Territoires, Sociétés et Santé* 3 (6), 251-262, [En ligne] 2020, mis en ligne le 31 Decembre 2020, consulté le 2021-01-10 21:41:24, URL: <https://retssa-ci.com/index.php?page=detail&k=117>

Résumé

Localisé dans le Centre-Ouest de la Côte d'Ivoire, le département de Zoukougbeu est l'une des circonscriptions administratives de la région du Haut-Sassandra. Ce département appartient au district sanitaire de Daloa. Il compte 110 514 habitants (RGPH, 2014). Ces populations souffrent de plusieurs pathologies dont la plus persistante est l'Ulcère de Buruli. En effet, l'on enregistre 175 cas de malades soit un taux d'incidence de 1,58% (PNLUB, 2018). L'objectif de cette étude est de montrer les itinéraires thérapeutiques des malades de

l'Ulcère de Buruli dans les localités rurales du département de zoukougbeu. L'exploitation des données démographiques, des registres de consultation et l'entretien avec les populations ont permis d'avoir des données nécessaires à la réalisation de cet article.

Les résultats de l'étude montrent une inégale répartition spatiale de l'Ulcère de Buruli dans le département de zoukougbeu. Les taux de contamination les plus importants se trouvent dans la sous-préfecture de Grégbeu avec 49,11%. Nos résultats ont révélé aussi l'existence de deux itinéraires thérapeutiques pour le traitement de l'Ulcère de Buruli dans le département. Il s'agit des itinéraires thérapeutiques traditionnel (23%) et moderne (77%). L'itinéraire thérapeutique moderne est dans la plupart des cas l'ultime recours des malades. Les patients arrivent généralement à un stade critique ; c'est-à-dire à une phase d'ulcération, conduisant à de graves infirmités physiques des membres à vie. Enfin, les agents de santé communautaire et les partenaires sociaux sont d'un apport très appréciable dans la lutte contre l'ulcère de buruli à zoukougbeu. Ceux-ci se présentent comme un remède aux barrières géographiques et financières à l'accès aux services de santé.

Mots clés : Zoukougbeu, Itinéraire, Localités rurales, thérapie, Ulcère de Buruli

Abstract

Located in the center-west of the Ivory Coast, the department of Zoukougbeu is one of the administrative districts of the Haut-Sassandra region. This department belongs to the Daloa health district. It has 11,0514 inhabitants (RGPH, 2014). These populations suffer from several pathologies, the most persistent of which is Buruli ulcer. In fact, 175 cases of sickness have been recorded, for an incidence rate of 1.58 ‰ (PNLUB, 2018). The objective of this study is to show the therapeutic routes of patients with Buruli ulcer in the rural localities of the department of zoukougbeu. The use of demographic data, consultation registers and interviews with the populations made it possible to obtain the data necessary for the production of this article.

The results of the study show an uneven spatial distribution of buruli ulcer in the department of zoukougbeu. The highest contamination rates are found in the sub-prefecture of Grégbeu with 49.11%. Our results also revealed the existence of two therapeutic routes for the treatment of Buruli ulcer in the department. These are the traditional (23%) and modern (77%) therapeutic routes. The modern therapeutic route is in most cases the last resort for patients. Patients usually reach a critical stage; that is, a phase of ulceration, leading to severe physical disabilities of the limbs for life. Finally, community health workers and social partners are very valuable in the fight against buruli ulcer in zoukougbeu. These are presented as a remedy for the geographic and financial barriers to accessing health services.

Keywords: Zoukougbeu, Itinerary, Rural localities, therapy, Buruli ulcer

INTRODUCTION

Depuis son accession à l'indépendance en 1960, la Côte d'Ivoire est confrontée au problème de santé publique. Ce problème est plus crucial en milieu rural qu'en ville. En effet, l'accès aux soins sanitaires est très pénible pour les populations rurales. De ce fait, elles utilisent des remèdes curatifs et préventifs traditionnels pour lutter contre les pathologies. Parmi elles, figure l'Ulcère de Buruli. Cette pathologie se manifeste par une infection chronique nécrosante de la peau et des tissus mous dont la bactérie pathogène responsable est le mycobacterium ulcerans (B. Coulibaly *et al.*, 2015, p.17).

Considérée comme maladies infectieuses émergentes par l'organisation mondiale de la santé en 1998. L'Ulcère de Buruli est l'une des 17 maladies tropicales négligées qui affecte plus les ruraux en Côte d'Ivoire. Elle occupe le deuxième rang des maladies mycobactériennes après la tuberculose et avant la lèpre (J. M. Kanga *et al.*, 2000, p.1). Ce faisant, de 12 cas de malades enregistrés en 1984, le nombre est passé de 5 000 en 1995 à 10 382 en 1997 puis à plus de 20 000 cas cumulés pour atteindre 22 000 cas cumulés en 2005, dont près de 10 000 nouveaux ont été identifiés sur le territoire national (K. S. Diobo, 2012, p.41). Entre 2008 et 2015, le Programme National de Lutte contre l'Ulcère de Buruli (PNLUB) a enregistré 12 904 cas dans les zones endémiques de la Côte d'Ivoire. Cette endémie n'épargne aucune région du pays dont les principaux foyers sont la région du Bélier, le district autonome de Yamoussoukro, les régions du Tonkpi et du Haut-Sassandra.

Le département de Zoukougbeu, l'épicentre de l'Ulcère de Buruli dans la région du Haut-Sassandra a enregistré 884 cas de personnes atteintes de l'Ulcère de Buruli de 1998 à 2001

dont 539 formes précoces recensées soit une proportion de 61% des cas d'Ulcère de Buruli (J.M. Kanga et al., 2002, p.32). L'éradication de la pathologie a été marquée par la construction depuis 1997 d'un centre de référence de traitement de l'Ulcère de Buruli à Zoukougbeu. Ce centre spécialisé est le fruit de la collaboration entre la Côte d'Ivoire et ses partenaires au développement. Il a pour mission d'améliorer la prise en charge des malades de l'Ulcère de Buruli avec un plateau technique moderne et l'accès à un moindre coût aux médicaments (CSMZ, 2019). Malgré l'existence de ces établissements, de nouveaux cas d'Ulcère de Buruli continuent d'être enregistrés. En effet, l'on enregistre 175 cas de malades soit un taux d'incidence de 1,58‰ (PNLUB, 2018). Ce qui nous amène à nous poser la question suivante : « Quels sont les itinéraires thérapeutiques des malades de l'Ulcère de Buruli dans les localités rurales du département de Zoukougbeu ? »

L'objectif de cette étude est de montrer les itinéraires thérapeutiques des malades de l'Ulcère de Buruli dans les localités rurales du département de Zoukougbeu. De cet objectif général, découlent les objectifs spécifiques suivants :

- Spatialiser les zones endémiques ;
- Identifier les stratégies de lutte contre l'Ulcère de Buruli en fonction des zones endémiques ;

Analyser le rôle des agents de santé communautaire et partenaires sociaux dans la lutte contre l'Ulcère de Buruli à Zoukougbeu.

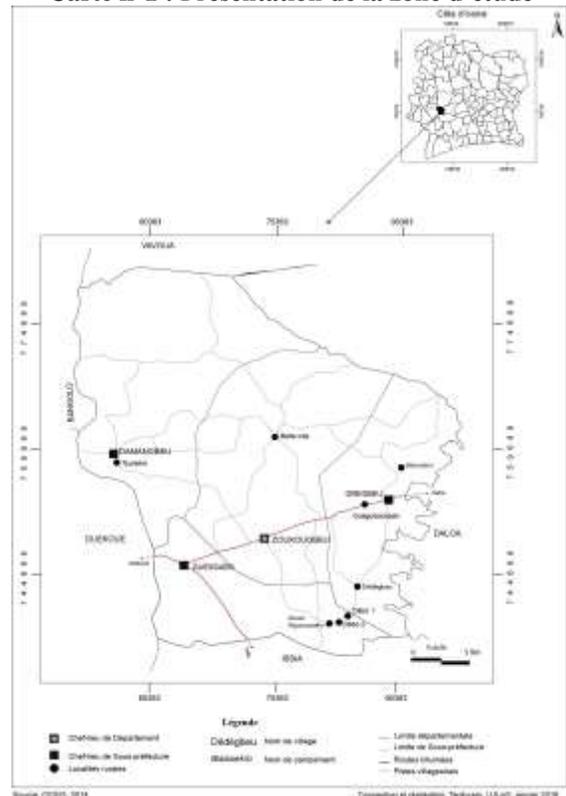
1. Matériels et méthodes

1.1. Présentation de la zone d'étude

Localisé dans le Centre-Ouest de la Côte d'Ivoire, le département de Zoukougbeu est l'une

des quatre circonscriptions administratives de la région du Haut-Sassandra. Elle couvre une superficie de 1595 Km². Il compte 110 514 habitants répartis dans quatre sous-préfectures (Domangbeu, Grégbeu, Guessabo et Zoukougbeu), 45 principaux villages et 2713 campements (Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, 2016, P. 22). Le département de Zoukougbeu, est limité au nord par le département de Vavoua, à l'ouest par les départements de Duékoué et de Bangolo, à l'est par le département de Daloa et au sud par le département d'Issia (Carte n°1).

Carte n°1 : Présentation de la zone d'étude



1.2. Techniques de collecte des données

La collecte des données s'est faite en deux étapes à savoir la recherche documentaire et l'enquête de terrain. Cette dernière s'est déroulée du 10 août au 15 septembre 2019. La recherche documentaire s'est appuyée sur une synthèse de

la littérature consacrée à la pathologie de l'Ulçère de Buruli. Nous avons consulté à cet effet des travaux universitaires, des rapports d'étude et les registres des centres de santé. Cette revue de la littérature nous a permis d'avoir une vision assez globale sur le traitement de la maladie. Aussi les guides d'entretien sont-ils adressés aux agents de santé des lieux d'accueil des patients. Ces entretiens nous ont permis d'avoir le nombre de patients qu'ils reçoivent et leur lieu de provenance. Une enquête auprès des patients a été faite afin de connaître leur comportement face à cette pathologie. Les déterminants de la maladie, l'itinéraire thérapeutique des patients et leur traitement étant les mêmes, nous avons eu recours à cet effet au principe de la saturation de l'information (A. Pires, 1997, p.68) pour la constitution de

l'échantillon. Ce principe ne définit pas dès le départ une taille précise de l'échantillon. Il consiste à interroger la population jusqu'à ce que le seuil de saturation de l'information qui est le seuil à partir duquel les réponses fournies ne varient pas soit atteint. Ce procédé nous a permis d'interroger 44 personnes (Tableau n°1). Aussi, pour la fiabilité des réponses, les questionnaires ont été adressés aux parents des malades lorsque ces derniers ont moins de 10 ans. Le choix des villages s'est effectué selon l'importance des malades dans chaque chef-lieu de sous-préfecture en vue d'une meilleure compréhension de l'itinéraire thérapeutique de ces derniers. Cette répartition s'est faite sur les bases de données de 2009 à 2018 du PNLB et du CSMZ.

Tableau n°1 : Répartition des patients selon leur village et leur chef-lieu de Sous-préfecture

Sous-préfectures	Localités	Nombre de patients enquêtés	Proportion (%)
	Grégbeu	13	29,55
Grégbeu	Guéguizoukpan	6	13,64
	Zoukougbeu	7	15,91
Zoukougbeu	Zakogbeu 2	3	6,82
	Guessabo	4	9,09
Guessabo	Gorodi	5	11,36
Domangbeu	Domangbeu	6	13,64
	TOTAL	44	100,00

Source : Nos enquêtes, août-septembre 2019

1.3. Traitement et analyse des données

Au terme de nos investigations, le traitement informatique des données s'est effectué à partir des logiciels SPSS, Word, Excel et Adobe Illustrator CS 11. Le logiciel SPSS a servi au traitement statistique univarié des données. Les logiciels Word et Excel ont servi respectivement à la saisie du texte et à la réalisation des tableaux et des graphiques tandis que le logiciel Adobe Illustrator a permis la confection des cartes.

2. RESULTATS

2.1. Une inégale répartition spatiale de l'Ulçère de Buruli dans le département de Zoukougbeu

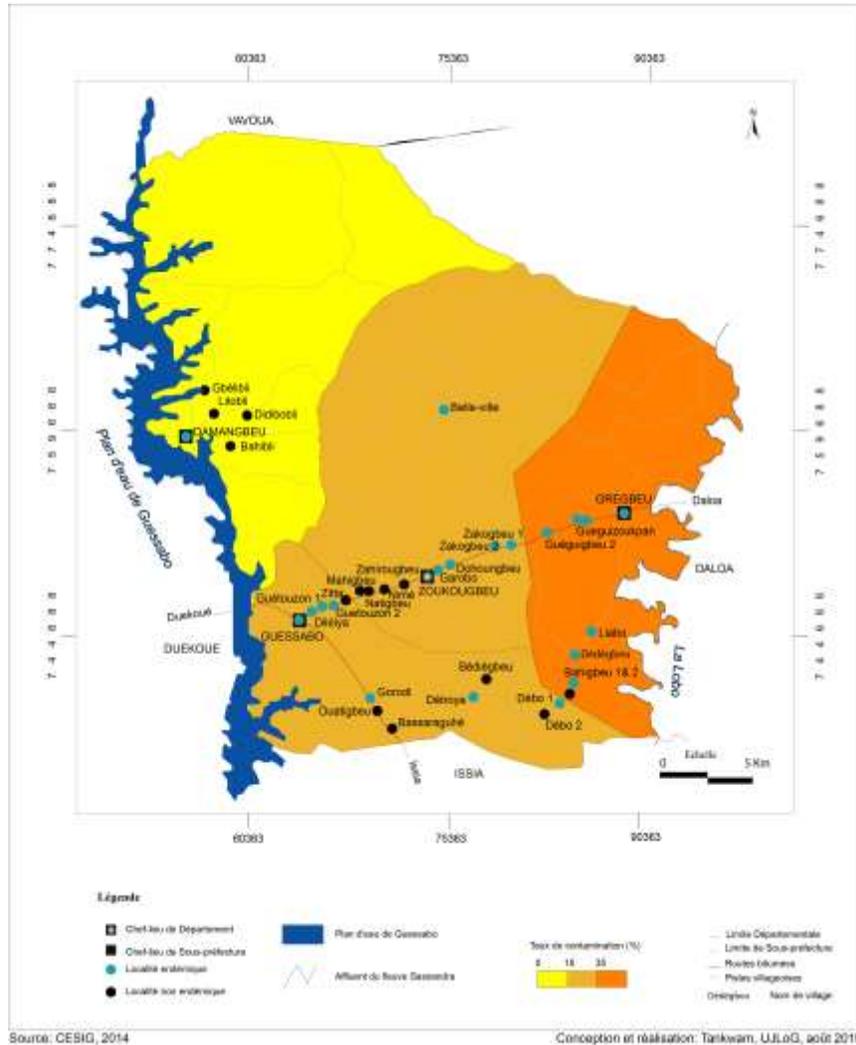
2.1.1. Les foyers endémiques

L'Ulçère de Buruli est une endémie qui sévit dans le département de Zoukougbeu. Cette maladie s'observe presque dans toutes les localités rurales du département. Elle n'épargne à cet effet aucune Sous-préfecture de la zone

avec une forte proportion de patients dans la Sous-préfecture de Grégbéu 49,11%. Le nombre de personnes atteintes par cette pathologie de 2009 à 2018 s'élève à 1177 (Ministère de la

Santé et de l'Hygiène Publique, 2009 et 2018). Ces personnes sont inégalement réparties dans le département (Carte n°2)

Carte n°2 : Répartition de l'ulcère de buruli dans le département de Zoukougbeu de 2008 à 2019

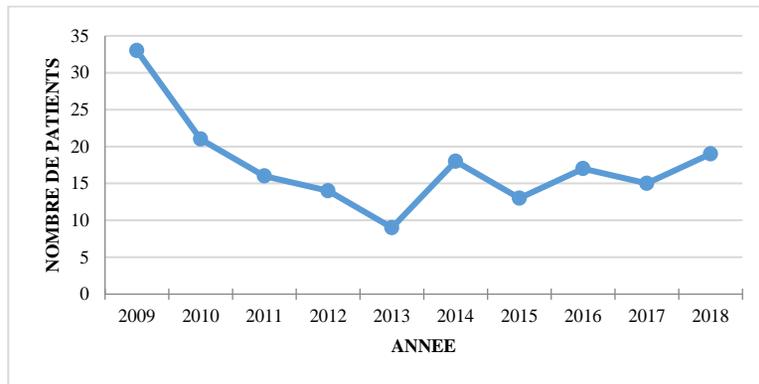


2.1.2. Une évolution irrégulière de l'Ulcère de Buruli dans le département de Zoukougbeu

Dans le département de Zoukougbeu, l'Ulcère de Buruli connaît une évolution irrégulière dans le temps. Le nombre de malades enregistré dans le

Centre de Santé Saint Michel de Zoukougbeu est passé de 33 en 2009 à 19 en 2018 (Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, 2018) pour un cumul de 175 patients. Le graphique n°1 indique l'évolution de cette maladie pendant cette période.

Graphique n°1 : Courbe d'évolution des malades de l'Ulcère de Buruli fréquentant le CSMZ de 2009 à 2018



Source : PNLUB, 2018

Le graphique n°1 révèle une évolution de la maladie en dent de scie. Toutefois, le département de Zoukougbeu connaît quatre grandes phases d'évolution de l'Ulcère de Buruli. De 2009 à 2010, on observe une chute drastique de la maladie. Cette chute est relative aux efforts déployés par l'Etat de Côte d'Ivoire et les partenaires. Ceux-ci ont doté certaines localités rurales de cases de santé. Outre ces cases de santé, les agents de santé ont été renforcés par des agents communautaires. Ces agents ont eu pour mission d'une part de sensibiliser les populations afin d'éviter de contracter la maladie et d'autre part d'apporter les premiers soins aux malades et de suivre les patients après leur sortie du Centre de Santé de Saint Michel. Mais de 2010 à 2012, l'effectif des patients a augmenté. Cette augmentation est liée à la crise post-électorale. En effet pendant cette crise, les agents communautaires n'avaient pas accès aux zones endémiques. De plus, le centre de référence fonctionnait au ralenti du fait de son non approvisionnement en médicaments. À partir de 2012 à 2014, on assiste à une baisse du nombre de patients. Ce ralentissement de la maladie est relatif à la gratuité des soins dans les établissements sanitaires en Côte d'Ivoire. Cependant de 2014 à 2018, on note une recrudescence de la pathologie. Cette situation est non seulement liée à la pauvreté mais aussi à la disparition des cases de santé dans le

département. Au regard de ce précède, nous convenons avec (M. Kouassi, 2018, p. 47) que la maladie est loin de disparaître du quotidien de la population. Pour cet auteur, la maladie sévit dans le département malgré l'existence du centre de référence avec une forte concentration dans la Sous-préfecture de Grébeu.

2.2. Les moyens de lutte contre l'Ulcère de Buruli, des actions dominées par les préventions modernes

Les moyens de lutte contre une maladie endémique consistent à éradiquer celle-ci dans une zone géographique donnée. Il existe deux types de lutte contre l'Ulcère de Buruli dans le département de Zoukougbeu à savoir l'itinéraire traditionnel et l'itinéraire moderne.

2.2.1 L'itinéraire thérapeutique traditionnel, des pratiques inefficaces

Ce type de traitement est dispensé par les tradipraticiens aux malades sur conseils de l'entourage (famille, ami et communauté villageoise). Les personnes atteintes de l'Ulcère de Buruli dans le département de Zoukougbeu ont recours à ce type de pratique. C'est la première option thérapeutique des malades. En

effet, 77% des malades interrogés ont déclaré avoir traité leurs malades de façon traditionnelle avant de se rendre au Centre de Saint-Michel de Zoukougbeu. Ce taux confirme celui de (M. Kouassi, 2018, p. 59). Pour lui, les raisons culturelles, économiques et l'accessibilité géographique des structures sanitaires modernes (Figure n°4) justifient le choix de cette option par les patients. Ces raisons ont été révélées par (K. Tano et al, 2018, P.44). À ces raisons s'ajoute la négligence de certains malades comme l'a soulignée (K. Tano et al, 2018, p. 46) dans leurs investigations dans l'une des sous-préfectures de ce département. Ces auteurs ont noté que 3,32% des malades sont négligents dans la sous-préfecture de Grégbeu. Ceci explique leur choix pour l'itinéraire thérapeutique traditionnel comme premier recours en cas de maladie.

2.2.2. L'itinéraire thérapeutique moderne, le dernier recours des patients

L'itinéraire thérapeutique moderne est le traitement moderne administré par des spécialistes dans les structures sanitaires spécialisées réparties sur l'ensemble du territoire (M. Kouassi, 2018, p.61). Pour atteindre cet objectif, deux actions sont menées dans les zones endémiques. Ce sont d'une part l'action curative et d'autre part la prévention ou la sensibilisation.

2.2.3. L'action curative, une option dévolue aux spécialistes

Le département de Zoukougbeu renferme deux centres de santé urbains, trois centres de santé ruraux, deux dispensaires ruraux et un centre de santé de référence dans le traitement de l'Ulcère de Buruli. Ces structures sanitaires sont des centres de premiers contacts. Outre ces dernières, s'ajoute celle de la première référence à savoir l'hôpital général de Zoukougbeu. Les malades de

l'Ulcère de Buruli reçus dans les structures sanitaires de premier contact ordinaires ou de l'hôpital général sont orientés vers le Centre Saint-Michel (Photos n°1 et n°2). Ce centre administre gratuitement des soins aux patients depuis 2007. Cependant, les pensionnaires contribuent à hauteur de 50 000 francs CFA pour la ration alimentaire et l'hospitalisation, offertes par le centre de santé, pendant leur séjour.

Photo n°1 : Vue de la salle du laboratoire de CSMZ



Source : M. Kouassi, 2016

Photo n°2 : Vue du bloc opératoire de CSMZ



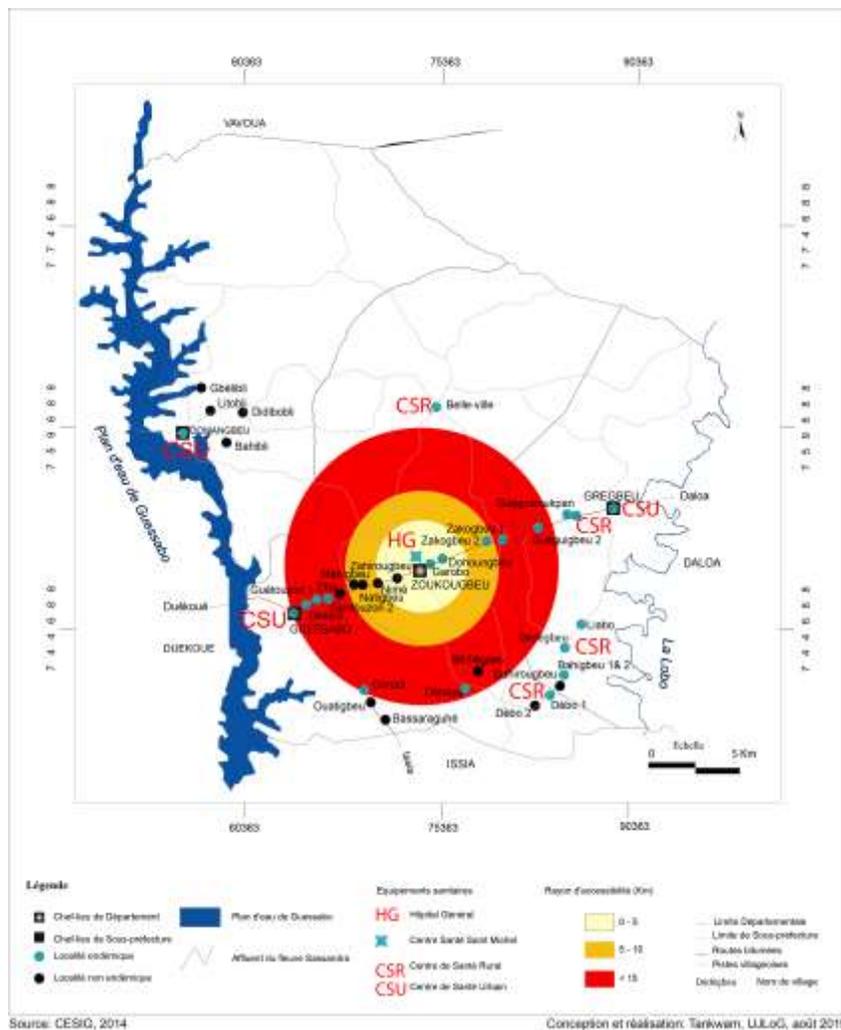
Cliché M. Kouassi, 2016

Itinéraires thérapeutiques des malades de l'ulcère de buruli
: cas des localités rurales du département de Zoukougbeu

Sur la première photo, nous apercevons un soignant en face d'un appareil automate de biochimie CYAM. Il est relié à un ordinateur qui sert à faire la programmation des analyses. La seconde présente plusieurs matériels médicaux notamment un lit, deux tabourets, trois charriots, un aspirateur et un éclairage opératoire plafonnier. Ces images attestent du niveau d'équipement du plateau technique du Centre de Santé Saint Michel de Zoukougbeu (CSMZ).

Cependant malgré la gratuité des soins, seul 23% des patients y ont directement recours. Ce faible taux de fréquentation de ce centre est relatif à l'accessibilité géographique (Carte n°3) et à la pauvreté. La plupart des malades sont des paysans ou les enfants dont les dépenses reviennent à leurs parents. Cette catégorie de personnes a un revenu saisonnier. Ce qui ne leur permet pas d'honorer ces prestations. (K. Tano et al., 2018, p.45).

Carte n°3 : Zone d'influence du Centre de Santé Saint Michel de Zoukougbeu



L'aire d'influence d'un Centre de Santé est le rayon par lequel un patient peut s'y rendre sans

difficulté majeure. En Côte d'Ivoire, on détermine trois zones qui sont la zone fixe, la zone intermédiaire et la zone du district.

La zone fixe part de 0 à 5 kilomètres. Dans ce rayon, tout patient peut se rendre dans le centre de santé où il se trouve. La zone fixe du Saint Michel de Zoukougbeu est constituée de quatre villages (Nimé, zahirougbeu, Garobo et Dohoungbeu). Quant à la zone intermédiaire, elle se situe entre 5 et 10 kilomètres de rayon par rapport au centre de santé. Cette zone renferme trois villages à savoir Mahigbeu, Natigbeu et Zakogbeu 2. Cette zone est confiée aux agents de santé communautaire. Ceux-ci apportent régulièrement des soins aux malades dans les localités rurales qui la composent. Enfin, la zone du district englobe neuf villages que sont Zitta, Guétouzon1, Guétouzon 2, Diléya, Bédiégbeu, Détroya, Gorodi, Zakogbeu 1 et Guéguigbeu. Son rayon va de 10 à 15 kilomètres. Elle est peu parcourue par les agents de santé communautaire. Ceux-ci ne la visitent qu'en cas de nécessité. Les zones situées au-delà de 15 kilomètres du centre de santé Saint Michel de Zoukougbeu sont inaccessibles aux agents de santé communautaires. Cette zone est parfois visitée par les partenaires sociaux notamment des Organisations Non Gouvernementales (ONG) et les agents de santé du district sanitaire de Daloa. C'est ce qui explique le faible taux de fréquentation du centre de référence de Zoukougbeu par les malades de la sous-préfecture de Domangbeu. En effet, la dégradation du réseau routier en est le principal facteur limitant. Celui-ci oblige les patients à s'orienter vers la médecine traditionnelle.

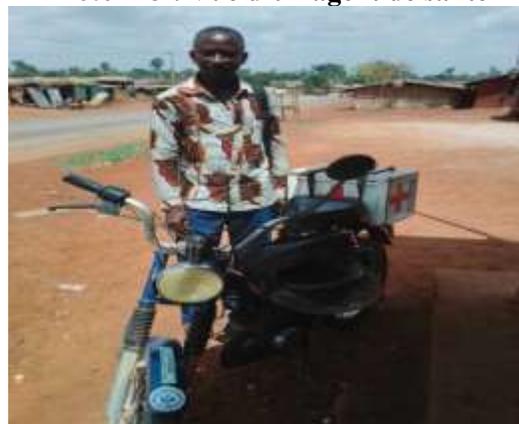
2.3. Le rôle des agents de santé communautaire et partenaires sociaux, un apport très appréciable dans la lutte contre l'Ulcère de Buruli à Zoukougbeu

2.3.1. Les agents de santé communautaire

L'Agent de Santé Communautaire selon l'Organisation Mondiale de santé (Organisation

Mondiale de la Santé, 1987, p.10), est une personne choisie par la collectivité locale et formée pour s'occuper des problèmes de santé des individus et de la collectivité et pour travailler en rapport étroit avec les services de santé. Ces agents ont pour rôle d'apporter les soins médicaux aux malades (pansements), de sensibiliser les populations dans les localités rurales. Le Centre de Santé Saint Michel de Zoukougbeu dispose de deux agents de santé Communautaire. Dans l'exercice de leur mission, le Programme National de Lutte contre l'Ulcère de Buruli de Côte d'Ivoire (PNLUB-CI) a mis à leur disposition un engin à deux roues (Photo n°3). Avec cet engin, ils améliorent l'accès des populations rurales aux services de santé en réduisant les barrières géographiques, financières de l'utilisation des services de santé. C'est dans ce sens qu'en 2008, l'Organisation Internationale du Travail (OIT) les considère comme les personnes qui : « assurent l'éducation sanitaire, la référence, la prévention et la prise en charge des cas, et le suivi ainsi que les visites à domicile dans des communautés déterminées. Ils apportent soutien et assistance aux personnes et aux familles pour qu'elles s'orientent dans les systèmes de santé et de services sociaux » (Family Planning High Impact Practices, 2015, p.1).

Photo n°3 : Vue d'un agent de santé



Source : M. Kouassi, 2016

Sur cette photo, on observe un agent de santé communautaire près de sa mobylette, sa boîte à pharmacie attachée. Il s'apprête à quitter

Zoukougbeu pour aller administrer des soins dans des localités rurales.

2.3.2. Les partenaires sociaux

Outre le rôle des agents de santé communautaire, s'ajoute celui des partenaires sociaux. Il s'agit des Organisations Non Gouvernementales. Celles-ci apportent leur soutien aux patients et les personnes saines dans le but d'éradiquer l'endémie. Dans le département de Zoukougbeu, on note deux organisations non gouvernementales qui sont très actives dans le domaine. Ce sont le Rotary Club et les belles demeures. Ces structures privées organisent des séances périodiques de sensibilisation à l'intention des malades dans les villages du département. Le contenu des campagnes de sensibilisation porte sur les préjugés et la reconnaissance de la maladie, sans oublier les campagnes de dépistages précoces. Les cas dépistés sont orientés vers le centre de référence de Zoukougbeu pour une prise en charge médicale. Pour atteindre leurs objectifs, elles disposent des boîtes de collecte de fonds dans les grandes surfaces, des lieux de culte et les pharmacies (Photo n°4).

Photo n°4 : Vue d'une boîte de collecte de fonds



Source : M. Kouassi, 2016

Cette photo présente une boîte de collecte de fonds. Elle est déposée devant la pharmacie de Zoukougbeu. Elle sert à collecter des fonds pour le traitement de l'Ulçère de Buruli.

2.3.3. Le rôle des radios de proximité, une innovation dans la lutte contre l'Ulçère de Buruli

Ce sont des radios qui émettent dans un rayon de quelques kilomètres de leur station. La région du Haut-Sassandra a connu sa première radio proximité en 2000 avec la radio Tchrato. Depuis cette date jusqu'à présent, on dénombre cinq stations de radio de proximité dans la ville de Daloa (capitale régionale du Haut-Sassandra). Il s'agit de trois radios privées (Tchrato, Régionale FM et Ya quoi) et deux radios confessionnelles (Al Bayane et Radio Nationale Catholique). Elles couvrent tout le territoire régional excepté la radio ya quoi. À l'exception de cette dernière, les 4 autres avaient dans leur programme des émissions de santé depuis leur création jusqu'en 2017. Ainsi, l'on écoutait l'émission "La Santé et Vous" sur la fréquence 101.4 FM de la radio Tchrato ; "Hygiène et bien-être" sur la fréquence 93.3 FM tous les jeudis de 9 h 30 à 9 h 55 et les samedis de 11 h 05 à 11 h 30. Ces émissions sont rediffusées les dimanches en langue malinké (Keninya) de 21 h 05 à 21 h 30 de la radio Al Bayane; "Espace-Santé" tous les vendredis de 9 h à 10 h sur la fréquence de 105.00 FM de la Radio Nationale Catholique et "Santé Plus" sur 103.7 MHz de la radio régionale FM tous les mardis de 15 h 30 à 16 h. Ces émissions visent à améliorer la santé des populations en particulier celles de la campagne. Aussi à travers ces émissions (émissions de sensibilisation et d'interactive) souvent animées par les spécialistes de la santé de la région, les ruraux ont-ils compris que l'Ulçère de Buruli n'est pas une pathologie mystique. En effet, sur 44 malades interrogés, 35% ont témoigné des actions de ces émissions radiophoniques. Pour eux, cette endémie n'est pas mystique. Elle est liée à l'hygiène corporelle et à l'eau. Parmi eux, 68,25% ont reconnu que la médecine moderne est la structure par excellence où l'Ulçère de Buruli se traite bien. De ce fait, les radios de proximité jouent un rôle primordial dans la lutte

contre les pathologies dans la région. Ces actions sont confirmées par (P. Dieng, 2013, p. 58). Pour lui, la radio participe largement à l'amélioration de la santé des populations par le biais des actions dans le domaine de la santé. Les photos n°5 et n°6 ci-dessous illustrent l'existence de ces différentes radios précitées dans la région du Haut-Sassandra.

Photo n°5 : Vue de la console de la Radio Nationale Catholique



Source : K. Tano, 2019

Photo n°6 : Une animatrice de la régionale du Haut-Sassandra



Source : K. Tano, 2019

La première image présente la console technique de la Radio Nationale Catholique. La deuxième

présente une animatrice en pleine activité à la radio régionale. Ces radios contribuent à la sensibilisation dans la lutte contre l'Ulcère de Buruli dans la région.

CONCLUSION

Cette étude avait pour but d'analyser les déterminants qui limitent l'accès aux soins prénataux aux femmes enceintes à un établissement de santé primaire. Le village d'Abobo Baoulé dispose d'une formation sanitaire urbaine et communautaire (la FSU.Com). Il s'agit d'un centre de santé à base communautaire. Les variables qui influencent l'accès aux soins prénataux des femmes, seraient liées à l'âge, aux raisons personnelles des consultations et au niveau d'instruction. Le rapport Âge / Nombre de CPN est très significatif, car le nombre de consultations prénatales est fonction des différentes classes d'âge. La CPN 1 est dominée par les jeunes femmes qui ont l'âge compris entre 15 ans et 18 ans avec $p = 1,7\%$ tandis que les femmes enceintes dont l'âge est compris entre 41 ans et 50 ans sont plus nombreuses à la CPN 3 avec $p = 0,8\%$. De même, les raisons évoquées par les femmes du nombre de consultations prénatales sont très significatifs. Quarante-six pourcent (46%) des femmes enceintes qui ne sont qu'à la CPN 1 estiment ne s'être pas rendues dès le premier trimestre de leur grossesse avec $p = 0,64\%$, pendant que soixante-quatorze pourcent (74%) des femmes enceintes qui sont à la CPN 4 affirmaient que le suivi de la grossesse est important avec $p = 4,17\%$. En outre, le rapport Niveau d'instruction/ Nombre de CPN est quant à lui significatif. Les femmes enceintes qui n'ont fait que la CPN 1 sont nombreuses dans la catégorie niveau d'instruction primaire avec $p = 0,97\%$, tandis que les femmes enceintes qui ont un niveau supérieur sont importantes en CPN 4 avec $p = 0,73\%$. Cet article n'a sûrement pas cerné tous les contours des déterminants éventuels dans l'accès aux soins prénataux à travers l'analyse de leur acceptabilité. Mais elle

Itinéraires thérapeutiques des malades de l'ulcère de buruli : cas des localités rurales du département de Zoukougbeu

a montré que le recours à une structure de santé n'est pas uniquement le fait de sa disponibilité mais de facteurs sociodémographiques et culturels. Cette étude suggère de s'intéresser à une étude quantitative pour montrer les relations dans l'acceptabilité et l'accès aux soins prénatals en milieu rural.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

DIENG Pape, 2013, « Radios communautaires, espace publique et développement local : enjeux et contraintes au Sénégal », in Revue électronique internationale des sciences des langages (sudlangues), N°19 juin 2013, <http://www.sudlangues.sn/>, Université Cheik Anta Diop - Dakar, pp. 43-67, Consulté 06/11/2019

DIOBO Kpaka Sabine, 2012, Environnement et activités économiques dans l'émergence et l'évolution spatiale de l'ulcère de Buruli: cas du département de Daloa, Thèse unique, IGT, Abidjan, Université Félix Houphouët-Boigny, 212p.

COULIBALY Brakissa, DIBI Kangah Pauline, DIOBO Kpaka Sabine et KOLI BI Zuéli, 2015, « Répercussions socio-économiques de l'ulcère de buruli en Côte d'Ivoire : exemple de la région du bélier et du district autonome de Yamoussoukro » in Revue de Géographie Tropicale et d'Environnement, N° 2, 2015, IGT- Abidjan, p.16-25

FAMILY PLANNING HIGH IMPACT PRACTICES, 2015, « Agents de santé communautaires : Rendre accessibles les services de planification familiale là où vit et travaille la population », fphpip@k4health.org, consulté le 16/11/2019, 8p.

KANGA Jean-Marie, KACOU Djatch Edgard, YAO Koffi J., Cisse-AVOAKA L., 2002, « Programme National de lutte contre les ulcères à Mycobateries », 37p.

KANGA Jean-Marie, KACOU Djatch Edgard, YAO Koffi et Cisse-AVOAKA, 2004, « l'Ulçère de Buruli : aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques en Côte d'Ivoire ». *Med Trop*; 64 : 238-242.

AUBRY Pierre et GAÜZÈRE Bernard-Alexi, 2015, « Maladies tropicales négligées », *Médecine tropicales*, 4 p. <http://medecinotropicale.free.fr/cours/neglige.pdf>, consulté 22/01/2020.

KOUASSI Médard, 2018, Étude géographique de l'ulcère de buruli dans le département de Zoukougbeu, Mémoire de Master, UJLoG-Daloa, 119p.

TANO Kouamé, SEIDOU Coulibaly et KRA Siméon Koffi, 2018, « L'accès aux services de santé dans les localités rurales de la Côte d'Ivoire : cas de la Sous-préfecture de Grégbeu », In *Revue de Géographie, d'Aménagement Régional et de Développement des Suds (REGARDSUDS)*, premier numéro 2018, mars 2018, IGT-Abidjan, pp. 36 à 50.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, 1987, *L'agent de sante communautaire : Guide pratique, Directives pour la formation, Directives pour l'adaptation*, OMS, Genève, 507p.

PIRES Alvaro, 1997, *Echantillonnage et recherche qualitative : essai théorique et méthodologique*, Université d'Ottawa, 88p



Groupe de Recherche Espace Territoires Sociétés Santé

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

www.retssa-ci.com/gretssa/