



RETSSA

REVUE ESPACE, TERRITOIRES, SOCIÉTÉS ET SANTÉ

ISSN-L : 2617-3085

VOL. 3-N°6, Déc. 2020

ISSN-Impr.: 2664-2344

DOSSIER THEMATIQUE

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

TOME II

Approches politiques d'amélioration de la santé maternelle,
néonatale et infantile en Afrique : Perspectives d'avenir



SOUS LA COORDINATION DE :

*Dr YMBA Maimouna, 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 2: Approches politiques d'amélioration de la santé maternelle, néonatale et infantile en Afrique : Perspectives d'avenir

Dre YMBA Maïmouna, Dr ADIKO Adiko Francis, Dr EBA Konin Arsène et Dr GOUATAINE SEINGUE Romain

Editorial Tome 2 : Approches politiques d'amélioration de la santé maternelle, néonatale et infantile en Afrique : perspectives d'avenir----- 2-9

1ère Partie : Défis de la gouvernance des politiques et des acteurs de sante maternelle, néonatale et infantile----- 10

1- LONGO Armande

La protection maternelle et infantile au Gabon : des années 1930 aux années 1970 ----- 11-26

2- NIKIEMA Dayangnéwendé Edwige, ROUAMBA Jérémi et OUEDRAOGO François de Charles

Santé maternelle, néonatale et infantile dans un contexte de gratuité des soins: état des lieux et enjeux sanitaires dans les districts sanitaires de Baskuy et Bogodogo (Ouagadougou)
----- 27-42

3- AKPI Ayédjo Eric, SINSIN Gbèdodé Cory, GNAHOUI Léontine Elisabeth et KPATCHAVI Codjo Adolphe

Entre formel et informel : le visage de l'offre et de la demande de soins maternels et curatifs en milieu adja-fon du département du Couffo au Bénin ----- 43-64

4- KOUMI Kossi Mitronougna

Politiques publiques de santé et réduction de mortalité maternelle : la réalité quotidienne dans les centres de santé parapublique du Togo ----- 65-82

5- ASSOGBA Hermine Nadège, OLANIGNAN Mondoukpè Reine et MONGBO Roch Lambert

Connaissances et pratiques des mères en matière d'alimentation des enfants et rôles des groupes bénévoles d'assistance en nutrition au Bénin ----- 83-93

2ème Partie : Résilience et performance des systèmes de santé maternelle, néonatale et infantile----- 94

6- LÉMOUOGUÉ Joséphine

La pratique de l'accouchement à domicile en zones rurales enclavées : une adaptation à l'absence des structures de santé à Nzobi et Ediengo (région du littoral-Cameroun)----- 95-114

7- YMBA Maïmouna, EBA Konin Arsène et GOUATAINE SEINGUE Romain

Mesure de l'accessibilité géographique aux établissements de santé offrant des services de santé maternels par la méthode des aires flottantes à deux étapes améliorée dans l'agglomération d'Abidjan (Côte d'Ivoire) ----- 115-132

8- ADABRA Adjowa Jacqueline et TINGBE-AZALOU Albert

Résilience du système d'accès aux soins des gestantes à Cotonou en période de pandémie COVID-19 ----- 133-146

9- BASSINGA Hervé et SOURA Bassiahi Abdramane

Baisse de la mortalité infanto-juvénile au Burkina-Faso entre 1996 et 2006 : une analyse explicative par la méthode de décompositions à l'échelle des provinces----- 147-166

10- SIRI Alain et SANOGO Souleymane

Déterminants et sources de la baisse de la mortalité infantile au Burkina Faso ----- 167-190

11- KANATI Lardja, TCHAGBELE Abasse et KABA Essodinamodom

Des hommes et le dépistage du VIH/SIDA dans le programme de prévention de la transmission mère-enfant dans la commune Kozah 1 au Togo les raisons de la réticence----- 191-210

12- ADABRA Adjowa Jacqueline et TINGBE-AZALOU Albert

Satisfaction des usagers des services de soins de santé maternelle à Agblangandan au Benin : facteurs et perception ----- 211-225

13- TRAORE Amadou

La responsabilité sociale des associations de sante communautaires (ASACO) au Mali : une étude de cas du district sanitaire de Kolokani ----- 227-240

14- MIHINDOU-BOUSSOUGOU Parfait

Prise de risque de contamination de la covid-19 chez les infirmiers de quatre structures hospitalières de Libreville Gabon : recherche par la représentation, les croyances illusoires et culturelles ----- 241-254

15- TAOUA Yao Adou, KOUADIO Kouakou Jérôme et KOUASSI Kouakou Firmin

Comportement alimentaire et adaptation physio-physique chez des personnes en situation de trouble mental à Abidjan ----- 255-266



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 2

**APPROCHES POLITIQUES
D'AMELIORATION DE LA SANTE
MATERNELLE, NEONATALE ET
INFANTILE EN AFRIQUE :
PERSPECTIVES D'AVENIR**



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 2: APPROCHES POLITIQUES D’AMELIORATION DE LA SANTE MATERNELLE, NEONATALE ET INFANTILE EN AFRIQUE : PERSPECTIVES D’AVENIR

*POLITIC APPROACHES FOR IMPROVING MATERNAL, NEWBORN AND
CHILD HEALTH IN AFRICA: FUTURE PROSPECTS*

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 2 :

Approches politiques d’amélioration de la santé maternelle,
néonatale et infantile en Afrique : perspectives d’avenir,
Revue Espace, Territoires, Sociétés et Santé 3 (6), 2-9,
[En ligne] 2020, mis en ligne le 31 Décembre 2020,
consulté le 2021-01-11 05:22:13, URL: <https://retssa-ci.com/index.php?page=detaileditorial&k=1503>

La santé maternelle, néonatale et infantile
est une problématique importante dans le
monde. Si certains pays font beaucoup plus

pour les femmes et enfants en matière de
santé, les progrès accomplis par d’autres
pays à faible niveau de revenu, ne sont pas
à la hauteur de ceux affichés à travers les
objectifs de développement durable (ODD)
en faveur d’une réduction des taux de
mortalité maternelle, néonatale et infantile
(UNICEF, 2008).

Ces dernières années, dans le monde et
particulièrement en Afrique, des stratégies
et initiatives internationales et nationales
ont été lancées et mises en place en vue
d’intensifier et de mieux coordonner les
efforts pour améliorer la santé maternelle et
infantile, en signe de riposte à ce problème.
L’objectif de ces interventions est de mettre
fin ainsi aux décès évitables de femmes et
de nouveau-nés. Des progrès sensibles ont
été accomplis ces 10 dernières années pour
la santé des femmes, des mères et des
enfants en Afrique. L’espérance de vie s’est
allongée et certaines causes majeures de la
mortalité maternelle et infantile ont

diminué. Cependant, les défis restent énormes malgré les efforts importants qui ont été consacrés pour promouvoir la santé de la femme et l'enfant. Les taux de mortalité maternelle dans certains pays comme le Mali, le Niger ou la Mauritanie s'élèvent à plus de 550 décès pour 100 000 naissances (L. Alkema et al., 2015). De Plus, 80% des décès néonataux survenus en 2016 ont été enregistrés dans ces pays. Le nombre trop élevé de femmes qui meurent de causes évitables en Afrique pendant l'accouchement ou encore d'enfants avant leur cinquième anniversaire, et même, au cours de leur premier mois de vie, est inacceptable. Or, plusieurs études réalisées dans les pays en développement comme la Côte d'Ivoire, révèlent que près de 80 % des décès maternels pourraient être évités si les femmes avaient accès à des services essentiels de maternité et à des soins de santé de base, à des délais de réponse appropriés (F. A. Adiko et al., 2018 ; OMS, 2017 ; M. Seguin et M. Niño-Zarazúa, 2015 ; L. Sale et al., 2014 ; M. Ymba, 2013 ; H. Blencowe et al., 2012 ; R. Lozano, 2011). En effet, les actions pour améliorer la santé de la femme et de l'enfant, faire reculer la mortalité maternelle et infantile et combattre pour la survie des enfants, sont déjà connues. Mais pour qu'elles soient efficaces, il faut une bonne compréhension des problématiques liées à la santé des mères et de leurs enfants et avoir une connaissance exhaustive des causes fondamentales des mortalités maternelles et infantiles. Dans cette perspective, le renforcement des capacités des systèmes de santé de la mère et de l'enfant, en particulier les approches innovantes pour évaluer les progrès en matière de réduction de la mortalité maternelle et néonatale,

représente ainsi encore un défi important pour les pays africains.

Ces dernières décennies, l'Afrique fait face à des mutations sans précédent sur le plan démographique, économique, politique et sanitaire marquées par des inégalités importantes, de nombreuses pandémies (VIH-Sida, Ebola, Covid-19, etc.) et des conflits armés. Ces faits ne devraient pas être ignorés dans la mise en place des actions de lutte contre la mortalité maternelle et infantile mais associés aux actions déjà existantes. On comprend bien pourquoi, un état des lieux sur la santé maternelle et infantile en Afrique, comme cela est développé dans le Tome 1, est déterminant avant toute action « Savoir pour mieux agir ».

Cette réalité est le fondement de ce second champ thématique du Dossier thématique « Santé maternelle, néonatale et infantile en Afrique: Analyse de la situation et perspectives » de la Revue Espace, Territoires, Sociétés et Santé (RETSSA).

Les analyses que rassemble ce champ thématique sont restituées dans ce second Tome du dossier qui questionne les perspectives envisagées pour une meilleure compréhension et des approches empiriques et théoriques de solutions adaptées à cette situation. Ce Tome intitulé « Approches politiques d'amélioration de la santé maternelle, néonatale et infantile en Afrique : Perspectives d'avenir » invite à décrypter les défis de l'innovation dans les interventions et actions afin de favoriser les implications et les participations des acteurs locaux. Dans cette perspective épistémologique et théorique, les réflexions du Tome 2 enrichissent les fondements qui justifient et légitiment les interventions par

les projets/programmes, les méthodes et les outils, préconisant des visées stratégiques pour l'accompagnement des professionnels et des populations. Dans ce Tome, les quinze (15) travaux de recherche mis à contribution reposent sur les données établissant l'efficacité de mesures particulières et analysent les solutions proposées pour améliorer les pratiques et l'accessibilité des usagers dans le cadre des projets et programmes de santé maternelle, néonatale et infantile.

1. Défis de la gouvernance des politiques et des acteurs de santé maternelle, néonatale et infantile

La gouvernance mise en œuvre dans les systèmes de santé constitue un déterminant important de la santé du couple mères-enfants. Dans une approche critique de la sociohistoire sur la Santé maternelle, néonatale et infantile, la contribution de **LONGO Armande** aborde la question de la gouvernance des politiques de la protection maternelle et infantile au Gabon, en examinant les actions déployées par les autorités pendant la colonisation et jusqu'aux années 1970. De l'analyse de résultats de l'auteur, il ressort que la réalisation des investissements dans le renforcement des équipements, infrastructures et personnels de santé, reste à poursuivre, au regard de l'importance accordée à la protection maternelle et infantile pendant la période coloniale et post-coloniale.

Selon l'OMS (2017), malgré les initiatives entreprises au niveau international et national, les progrès réalisés en matière de santé maternelle, néonatale et infantile demeurent alarmants et invitent à tirer les leçons des expériences conduites. L'évaluation des progrès devient donc un

défi pour ces raisons. Dans leur contribution, **NIKIEMA Dayagnéwendé Edwige**, **ROUAMBA Jérémi** et **OUEDRAOGO François de Charles** analysent l'apport de la mise en œuvre de la gratuité des soins sur la santé maternelle, néonatale et infantile dans les districts sanitaires de Baskuy et Bogodogo à Ouagadougou. Le décodage des effets de cette politique de santé publique, révèle que les difficultés structurelles émaillant l'application de la gratuité, risquent d'impacter négativement l'adéquation entre l'offre et la demande de santé maternelle, néonatale et infantile.

Ces modèles d'innovations construites sur des politiques publiques contribuent à la régulation des systèmes de santé sur la base du principe de l'adéquation entre l'offre et la demande de soins maternels, néonataux et infantiles, notamment en milieu populaire à faibles indicateurs de santé. Dans ce Tome, la contribution de **AKPI Ayédjo Eric**, **SINSIN Gbèdodé Cory**, **GNAHOUI Léontine Elisabeth** et **KPATCHAVI Codjo Adolphe** propose de documenter les caractéristiques de l'offre et les déterminants de la demande de soins curatifs maternels dans le département du Couffo (Bénin) où les systèmes locaux de santé (SYLOS) ont bénéficié du Programme d'Appui au Secteur de la Santé (PASS) de la Coopération Technique Belge (Enabel). Les fonds de l'examen fait par les auteurs décrivent des dysfonctionnements structurels et organisationnels, par lesquels les systèmes locaux de santé « fabriquent » les acteurs du secteur informel doublement dotés de savoir-faire culturel et celui de la biomédecine, susceptibles d'offrir une prise en charge holistique et adaptée aux populations les plus pauvres. Les travaux des auteurs recommandent de repenser la gouvernance des SYLOS en mettant

Santé maternelle, néonatale et infantile en Afrique :
analyse de la situation et perspectives.
Editorial : Tome 2 (Approches politiques d'amélioration
de la santé maternelle, néonatale et infantile
en Afrique : perspectives d'avenir)

l'accent sur la collaboration entre la médecine conventionnelle et la médecine traditionnelle pour lever les barrières d'accès aux soins de santé.

En s'appuyant sur ces expériences africaines, on peut noter que l'implémentation d'interventions ou actions politiques innovantes pour améliorer la santé de la femme et de l'enfant, a un impact considérable sur la réduction de la morbidité et la mortalité maternelle et infantile en milieu urbain et rural. La contribution de **KOUMI Kossi Mitronougna** se propose de réfléchir sur la réalité quotidienne et concrète de la mise en œuvre des mesures de politiques publiques ayant pour but la réduction de la mortalité maternelle dans les centres de sante parapublique à Lomé au Togo. Les résultats indiquent que les écarts observés dans la mise en œuvre de ces politiques publiques, qui obstruent d'une certaine manière à la réduction de la santé maternelle, résultent fortement du fonctionnement à double vitesse, laxiste et mutisme du système de santé lui-même qui les coproduisent avec les formations sanitaires. Ces écarts sont beaucoup plus considérables dans le centre privé que dans le centre confessionnel.

Dans les systèmes de santé, l'importance des multiples acteurs est fonction des rôles qui les caractérisent. En effet, ces acteurs participent à l'identification des besoins et priorités de santé, mais aussi à la production de soins et services de santé. Dans ce Tome, la contribution de **ASSOGBA Hermine Nadège, OLANIGNAN Mondoukpè Reine** et **MONGBO Roch Lambert** questionne les fondements culturels, les modalités opérationnelles et l'efficacité des rôles joués par les groupes bénévoles d'assistance en nutrition au Bénin, dans le changement des pratiques, connaissances,

attitudes et comportements des mères en matière en matière d'alimentation des enfants. L'analyse des résultats des travaux laisse apparaitre que le recours aux volontaires communautaires bénévoles permet de développer chez les mères les dispositions cognitives requises pour la conception de la relation entre l'allaitement exclusif et la santé des enfants de zéro à six mois et l'amélioration des pratiques et perceptions d'alimentations complémentaires pour les enfants de six à 59 mois. Toutefois, le renforcement des moyens d'existence est une condition sine qua non d'appliquer les conseils reçus par les volontaires affichant des motivations altruistes d'épanouissement des enfants pour le développement de leur localité

2. Résilience et performance des systèmes de santé maternelle, néonatale et infantile

Les problématiques liées à la vulnérabilité et la résilience des systèmes et personnes pour combattre les obstacles d'accès aux services de santé des mères et enfants en milieu urbain et rural africain, sont au cœur des réflexions débattues dans ce Tome 2. En s'appuyant sur l'approche de la géographie des soins de santé, la contribution de **LÉMOUGUÉ Joséphine** démontre comment la persistance de la pratique de l'accouchement à domicile dans ces zones rurales enclavées, peut être considéré comme une mesure d'adaptation aux contraintes d'accès aux soins de santé maternelle conventionnels. Il en ressort que cette pratique socio-culturellement ancrée et en disparition au Cameroun, est expliquée par l'enclavement et la défaillance du système de soins conventionnels en zone rurale.

Les travaux de recherche de **YMBA Maimouna**, **EBA Konin Arsène** et **GOUATAINE SEINGUE Romain** dans ce Tome 2 se proposent d'enrichir les apports des approches méthodologiques en mesurant l'accessibilité géographique aux établissements de santé offrant des services de santé maternels par la méthode des aires flottantes à deux étapes améliorée dans l'agglomération d'Abidjan en Côte d'Ivoire. A partir du calcul des indices d'accessibilité, les résultats de cet article révèlent de fortes disparités spatiales d'accessibilité géographique aux structures de soins maternelles dans l'agglomération d'Abidjan. On note un niveau élevé d'accessibilité que dans le noyau central et quelques poches d'accessibilité dans les communes de Bingerville, Anyama et Songon. Pour le reste, l'espace urbain est marqué par un très faible niveau d'accessibilité aux structures de soins maternelle spécifiquement dans les zones d'extension des districts sanitaires du nord, est et ouest où la densité des femmes en âge de procréer est élevée. Les résultats de cette étude peuvent être utiles pour la santé publique et d'allocation spatiale des ressources sanitaires en Côte d'Ivoire.

Comme dans la plupart des pays du monde au prisme des réalités de la pandémie de la COVID-19, cette question de résilience des populations et des systèmes de santé est devenue un enjeu de société. Ainsi, les statistiques montrent que cette pandémie impacte sur les systèmes d'accès aux soins maternels et néonataux et infantiles. La contribution de **ADABRA Adjowa Jacqueline** et **TINGBE-AZALOU Albert** décrit comment la résilience du système d'accès aux soins des gestantes se manifeste en ce temps de COVID-19 à Cotonou. De l'analyse des résultats, il convient de retenir

que l'application des mesures barrières comme le lavage systématique des mains et le port de masques, est massivement imposée aux gestantes avec l'appui rigoureux des agents de sécurité dans le circuit d'accueil. L'étude fait ressortir que la majorité des soignants (74,44%) pratique le rituel de lavage régulier des mains et près de la moitié (48,87%) change régulièrement de matériels de PPI et seulement quelques-uns (19,55%) d'entre eux portent de surblouse. En somme, ces mesures contribuent au renforcement de la résilience du système de soins aux gestantes face à la pandémie de la COVID-19 au Bénin.

Comment comprendre les progrès liés au recul de la mortalité infantile et périnatale dans une zone géographique où les interventions ou actions innovantes de santé publiques ont impacté la résilience des systèmes de santé ? Des réflexions qui se dégagent des contributions suivantes, il ressort que la performance des systèmes de santé s'accroît en s'adaptant aux facteurs de résilience des acteurs et des projets/programmes de santé maternelle, néonatale et infantile. Dans ce Tome du dossier thématique, les travaux mis à contribution par **BASSINGA Hervé** et **BASSIAHI Soura Abdramane** interrogent sur les mécanismes de baisse de la mortalité des enfants de moins de cinq ans et les facteurs sous-jacents à une échelle plus fine qu'est la province au Burkina Faso entre 1996 et 2006. A partir d'une analyse explicative par la méthode de décomposition à l'échelle des provinces, l'étude des auteurs établit que la baisse de la mortalité des enfants au Burkina Faso entre les deux recensements, est corollaire d'un apport heuristique non négligeable comprenant les interventions sur le changement de comportements démographiques, mais aussi la performance

Santé maternelle, néonatale et infantile en Afrique :
analyse de la situation et perspectives.
Editorial : Tome 2 (Approches politiques d'amélioration
de la santé maternelle, néonatale et infantile
en Afrique : perspectives d'avenir)

des politiques d'appui social, notamment en matière de santé, d'éducation et de financement.

Dans la même perspective, l'étude de **SIRI Alain** et **SANOGO Souleymane** décrypte les déterminants et sources de baisse sensible de la mortalité infantile dont le taux est passé de 81‰ à 65‰ entre 2003 et de 2010 au Burkina Faso. L'étude a établi ainsi une relation de causalité entre, d'une part, les variations de la mortalité infantile et, d'autre part, la performance du système de santé et la composition sociale. Mais, l'effet de performance du système de santé induit une variation à la baisse de la mortalité, tandis que l'effet de composition sociale entraîne une hausse en milieu rural.

De façon générale, on retient des contributions politiques que les comportements de réticence face aux méthodes de la biomédecine pour mesurer la mortalité maternelle, néonatale et infantile, sont susceptibles de réduire les capacités de résilience des populations et d'exercer une influence sur la performance des systèmes de santé. **KANATI Lardja**, **TCHAGBELE Abasse** et **KABA Essodinamodom** explorent le sujet avec une analyse des raisons de réticence de l'approche méthodologique par le test de dépistage comme seul moyen d'identifier la présence ou non du virus dans l'organisme de la femme enceinte. Au terme des réflexions sur la connaissance des raisons qui incitent les maris des femmes enceintes au refus du test de dépistage au VIH/sida dans les programmes de Prévention de Transmission de la Mère à l'Enfant (PTME) dans la commune kozah 1 au Togo, il ressort que la réticence des partenaires au dépistage est liée aux facteurs sociaux et psychologiques. L'exploitation des données révèle que sur le plan social, 100% des non

dépistés qui manquent de connaissance sur l'importance de faire le test de dépistage au VIH à la PTME, contre 77% des dépistés ne sont pas satisfaits de l'accueil réservé par le personnel soignant ; sur le plan psychologique, l'ensemble des non dépistés ont peur de la stigmatisation ou discrimination de la conjointe et de vivre avec une maladie chronique.

Les résultats des précédentes études devraient attirer l'attention sur l'intérêt de d'élaborer des outils de suivi évaluation des politiques sociales dans les communautés locales. Mais, au-delà des débats sur l'utilisation faite à partir des fruits des interventions publiques pour réduire la mortalité maternelle, néonatale et infantile, les réflexions sur l'évaluation de la satisfaction des usagers des services de soins de santé sont d'une importance certaine, comme l'illustre la deuxième contribution de **ADABRA Adjowa Jacqueline** et **TINGBE-AZALOU Albert** dans ce Tome. En effet, les auteurs questionnent les facteurs et perceptions de la satisfaction des usagers des services de soins de santé maternelle dans l'arrondissement d'Agblangandan à proximité de Cotonou au Bénin. Les résultats montrent que l'augmentation du risque d'insatisfaction chez l'utilisateur est associée à la longue attente (à 5 fois plus de chance) et au mauvais accueil (à 6 fois plus). Les facteurs de satisfaction comme la guérison à 8 fois plus de chance, le sourire à 10,62 fois plus et la bonne santé du couple mère-bébé à 25,70 fois plus, sont significativement liés à la fréquentation des services de soins de santé maternelle...

3. Connaissances, attitudes et pratiques des acteurs du système de santé

Les contributions de la rubrique « VARIA » de ce Tome analysent les connaissances, attitudes et pratiques (CAP) fondées sur les représentations socioculturelles et professionnelles des acteurs du système de santé. Les travaux proposés démontrent comment les interventions ou actions de santé publique peuvent être améliorées à partir de ces représentations d'acteurs. Dans ce Tome, la contribution de **TRAORE Amadou** porte un regard critique sur les enjeux liés à la responsabilité sociale et environnementale des Associations de Santé Communautaires (ASACO) pour la réussite de la santé de proximité dans le district sanitaire de Kolokani au Mali. Il résulte de ces investigations que les ASACO font face à une diversité d'enjeux de responsabilité sociale et environnementale qui impliquent de nombreuses parties prenantes. Mais, le renforcement de la santé communautaire dépend de la capacité des ASACO à se mobiliser face ces enjeux professionnels et sociétaux, en dépit d'énormes difficultés d'analphabétisme et d'organisation des populations cibles.

Contrairement à ce qui est décrit dans la contribution ci-dessus, l'étude de **MIHINDOU-BOUSSOUGOU Parfait** rattache les comportements de prise de risque de contamination de la COVID-19 chez les infirmiers de quatre structures hospitalières de Libreville au Gabon, à des considérations d'ordre socioculturelle. En décryptant les raisons de cet état de fait, les résultats révèlent un effet prédictif de la chance personnelle face au péril (CPFP) sur la pratique d'un patient Covid-19 (PSP-Cov) ($p < .001$) et un effet prédictif de la

conviction de la non victimisation de la malchance (CNVM) sur le non-port d'équipements de protection individuelle (NP-EPI) ($p < .004$). Il en découle aussi un effet prédictif de la croyance divine (CROD) sur le non-respect de la distanciation physique et des pratiques d'hygiène sanitaire (NR-DPPHS) ($p < .002$) et un effet prédictif de la croyance divine (CROD) sur le non-port d'équipements de protection individuelle (NP-EPI) ($p < .002$) ainsi qu'un effet prédictif de la glorification pieuse (GLOPI) sur la non-pratique des mesures.

Les travaux de **TAOUA Yao Adou**, **KOUADIO Kouakou Jérôme** et **KOUASSI Kouakou Firmin** ramènent à un questionnement de la relation entre le social et le biologique. En effet, ils s'engagent à examiner l'influence du comportement alimentaire des malades mentaux sur leur adaptation physio-physique à Abidjan. De l'examen des mesures de profils physique et physiologique et des données relatives aux types d'aliments consommés, il revient que le comportement alimentaire des malades mentaux ne semble suffisamment pas exercer d'impact sur leur adaptation physio-physique.

En définitif, l'ensemble des réflexions proposées dans ce Tome 2 met en relief la nécessité d'une articulation entre les politiques de santé et les contextes sociaux très contrastés. Toutes les contributions concentrent leurs terrains d'étude dans les régions africaines les plus touchées par la mortalité maternelle, conformément à la littérature dans le domaine.

Par ailleurs comme indiqué dans le Tome 1, les contributions de ce deuxième Tome du dossier font montre d'une insuffisance de

Santé maternelle, néonatale et infantile en Afrique : analyse de la situation et perspectives.
Editorial : Tome 2 (Approches politiques d'amélioration de la santé maternelle, néonatale et infantile en Afrique : perspectives d'avenir)

couverture de thématiques relevant des sciences naturelles et médicales. Or, la prise en considération des exigences de la pluridisciplinarité et des complexités de la « santé globale » reste le gage pour repenser les progrès en termes de perspectives futures en vue de 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>.

BLENCOWE Hannah, COUSENS Simon, Oestergaard Z. Mikkel, CHOU Doris, MOILER Ann Beth, NARWAL Rajesh, ADLER Alma, GARCIA Vera Claudia, Rhodes Sarah, Say Lale et Lawn E. Joy, 2012, National, regional and worldwide estimates of preterm birth rates in the year 2010 with time trends for selected countries since 1990: a systematic analysis - Sous presse. Entrepris pour l'Organisation mondiale de la Santé.

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.

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.

SEGUIN Maureen et NIÑO-ZARAZÚA Miguel, 2015, Non-clinical interventions for acute respiratory infections and diarrhoeal diseases among young children in developing countries, *Tropical Medicine and International Health*, volume 20 no 2 pp. 146–169.

United Nations Childrens Fund (UNICEF), 2008, La situation des enfants dans le monde 2009 : la santé maternelle et néonatale, UNICEF, New York.

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

DEFIS DE LA GOUVERNANCE DES POLITIQUES ET DES ACTEURS DE SANTE MATERNELLE, NEONATALE ET INFANTILE



LA PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE AU GABON : DES ANNEES 1930 AUX ANNEES 1970

MOTHER AND CHILD PROTECTION IN GABON: FROM THE 1930S TO THE 1970S

¹ LONGO Armande

¹ Maître-Assistant en Histoire contemporaine, Ecole Normale Supérieure Libreville/Gabon, longoarmande@yahoo.fr

LONGO Armande, La protection maternelle et infantile au Gabon : des années 1930 aux années 1970 , *Revue Espace, Territoires, Sociétés et Santé* 3 (6), 11-26, [En ligne] 2020, mis en ligne le 31 Decembre 2020, consulté le 2021-01-11 05:25:07, URL: <https://retssa-ci.com/index.php?page=detail&k=143>

Résumé

Le niveau de santé au Gabon, au regard des principaux indicateurs demeure préoccupants traduisant, particulièrement, une vulnérabilité du couple mère-enfant. Selon l'Enquête Démographique et de Santé (EDSG II 2012), le taux de mortalité maternelle est estimé à 316 décès pour 100 000 naissances vivantes. Ce chiffre relativement élevé est un marqueur important de l'état de santé précaire dans lequel se trouvent la mère et l'enfant en particulier. Notre étude se propose d'analyser les politiques du Gabon plus spécifiquement celles liées à la protection maternelle et infantile, depuis la période coloniale jusqu'aux années 1970. L'étude s'appuie sur des données quantitatives et qualitatives issues des archives nationales qui nous permettent de mettre en lumière les réalités et tendances de la protection maternelle et infantile pendant cette période.

En définitive, la question de la santé mère-enfant est aujourd'hui bien intégrée dans les politiques sanitaires nationales, cependant on constate un décalage entre ces politiques et les efforts techniques déployés sur le terrain, le nombre de décès du couple mère-enfant demeure préoccupant.

Mots-clés : Protection, maternelle, infantile, période coloniale, période post- coloniale, santé, Gabon

Abstract

The level of health in Gabon, with regard to the main indicators, remains worrying, reflecting, in particular, a vulnerability of the mother-child couple. According to the Demographic and Health Survey (EDSG II 2012), the maternal mortality rate is estimated at 316 deaths per 100,000 live births. This relatively high figure is important marker of the precarious state of health in which the mother and child in particular find themselves.

Our study proposes to analyze Gabon's health policies more specifically those related to maternal and child protection, from the colonial period and until the 1970s.

The study draws on quantitative and qualitative data from national archives that allow us to shed

light on the realities and trends in maternal and child care during this period.

Ultimately, the issue of mother-child health is now well integrated into national health policies, however there is discrepancy between these policies and the technical efforts deployed in the field, the mother of deaths of the mother-child couple remains worrying.

Keywords: Protection, maternal, infantile, colonial period, post-colonial period, health, Gabon

INTRODUCTION

La santé est un facteur déterminant du développement social et économique de tout pays. En assurant le bien-être physique, psychique et social de l'individu, elle comble ses besoins en termes de productivités. Selon l'une des définitions de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 1946), si la notion de « santé » se circonscrit à l'individu et à son épanouissement total, celle de la « santé publique » englobe l'ensemble des approches ou des efforts collectifs, administratifs et institutionnels qui visent à améliorer et à promouvoir la première. Un troisième concept intervient : celui de politique de santé. Il est considéré comme « l'attitude officielle exprimée par le gouvernement dans le domaine de la santé, lors des déclarations solennelles ou au sein de documents de planification » (M. Barbieri et P. Cantrelle, 1991, p.51). Ainsi définit, il vise la détermination des problèmes de santé majeurs dans un pays, et par la suite, établir les programmes d'action.

Les politiques de protection maternelle et infantile sont développées au Gabon depuis la période coloniale. En effet, les autorités coloniales, dans leurs diverses activités d'exploitation des ressources et de la mise en valeur des colonies, se sont confrontées aux diverses maladies qui sévissaient dans la colonie du Gabon, notamment les maladies endémo-épidémiques et la trypanosomiase (A. Longo, 2007, p.66) Dans la nécessité de disposer d'une

main-d'œuvre considérable, ces dernières ont développé des politiques pour préserver la santé des populations en mettant un accent particulier sur le couple mère-enfant. Dès les indépendances, les autorités gabonaises ont compris l'impérieuse nécessité d'améliorer le bien-être de la mère et de l'enfant.

En dépit, d'une intensification de la Protection Maternelle Infantile, en 1955, le taux de mortalité infantile était de 230 pour 1000 (Archives Nationales de Brazzaville, ST, 1950-1955.) Les statistiques montrent que beaucoup d'enfants décédaient dans le milieu gabonais au cours des premières années de vie et le taux de mortalité infantile restait très élevé (Enquête Démographique et de Santé (EDSG II 2012).

C'est dans cette optique que le Gabon, érigé en territoire autonome en 1960, va poursuivre l'œuvre entreprise par le colonisateur.

Des études ont été menées sur la question de la protection maternelle et infantile. C'est le cas de A. Chovet (1990) qui a écrit sur la protection de la mère et de l'enfant en Afrique Equatoriale Française (AEF) de 1920 à 1956. Nous avons également les travaux de R. Assengone Minko (1984) sur les problèmes de santé de la mère et de l'enfant en zone rural : cas de Mitzié au Gabon.

Notre étude se veut complémentaire aux précédentes en s'intéressant plus particulièrement à l'évolution de la politique sanitaire au Gabon, notamment au couple mère-enfant.

Le présent article tente de répondre à la question suivante : quelle politique sanitaire les autorités coloniales et post- coloniales ont mené pour améliorer le bien-être de la femme et de l'enfant ?

Les hypothèses suivantes vont guider notre étude :

- les problèmes de santé de la mère et de l'enfant relevés dans tous les rapports de santé comme goulot d'étranglement du sous-peuplement du Gabon dénotent une certaine négligence de la part des autorités coloniales ;

- après les indépendances, malgré l'existence des politiques en faveur de la protection maternelle et infantile, on constate un décalage dans les faits.

L'objectif de cet article est d'analyser les politiques sanitaires liées à la protection maternelle et infantile au Gabon, et leur impact réelle sur le terrain, de l'époque coloniale, à l'époque post-coloniale.

1. METHODOLOGIE

1.1. Cadre d'étude

Nous avons choisi la méthode régressive qui consiste pour l'historien à remonter du présent au passé. Les limites temporelles portent vont des années 1930 aux années 1970, car comme l'affirme F. Braudel (1969, p.42) : « tout travail historique décompose le temps. L'historien ne sort jamais du temps de l'histoire, le temps colle à sa pensée comme la terre à la bêche du jardin ». Les années 1930 marquent les débuts de la protection maternelle et infantile avec l'initiative de l'œuvre du berceau gabonais en 1936. Quant aux années 1970, sur le plan sanitaire, c'est la fin du 2^e plan quinquennal.

La recherche documentaire a été d'une importance capitale pour saisir le contenu de la politique de protection du couple mère-enfant émise par les pouvoirs publics depuis la colonisation jusqu'aux années 1970. Ainsi, cette méthode d'enquête a permis de répertorier les rapports de santé maternelle et infantile, les articles de lois, les documents officiels et non officiels.

Pour ce qui concerne la période coloniale, nous avons travaillé avec les sources d'archive de première main (les manuscrits) et les sources imprimées (publications officielles publiées au cours de la période retenue, etc.).

Pour la période post- coloniale, les différents documents (ouvrages et articles de revues) ont permis de cerner les orientations des politiques de protection maternelle et infantile telles que définies par les autorités coloniales et les pouvoirs publics gabonais, mais aussi, saisir les

grands principes de fonctionnement des maternités, des PMI (qui sont notre champ d'étude). Nous avons collecté des données sur les sites internet des administrations suivantes :

- la direction générale du Ministère de la santé ;
- la direction générale des statistiques et des études économiques.

Sur ces deux sites, nous avons obtenu des rapports d'enquêtes, des rapports d'activités et des statistiques.

Les rapports ont été complétés par de nombreuses publications d'institutions internationales, des articles scientifiques et les ouvrages.

Parmi les documents recueillis, nous avons sélectionné ceux qui abordent directement l'élaboration et la mise en place de la stratégie de santé et les rapports d'activités qui souvent, livrent un premier aperçu des écarts entre les discours et les objectifs visés. Il a été également question des textes officiels : textes juridiques, textes politiques et les documents précisant les missions des différentes structures en charge de l'organisation de la santé.

2. RESULTATS

2.1. La protection maternelle de la période coloniale jusqu'aux années 1970

La population gabonaise stagnait voire même reculait depuis le XIX^e siècle. Dans la colonie du Gabon sévissait une mortalité infantile élevée. Celle-ci constitue, au même titre que l'infécondité une menace importante, vu que « un peuple qui n'a pas d'enfants est un peuple condamné » (J. Verrière, 1978, p. 36).

2.1.1. La protection maternelle pendant la période coloniale

Nous allons tout d'abord examiner la situation pendant la colonisation et ensuite des indépendances aux années 1970.

Le moyen pratique de conservation de la race prônée dans les années 20, consistent à élaborer une organisation de la politique sanitaire et des textes réglementaires. Il est difficile de parler de Protection Maternelle Infantile en Afrique Equatoriale Française A.E.F. et plus particulièrement au Gabon. Non qu'elle ait été inexistante, mais parce que tout l'effort de l'assistance médicale s'était porté sur la lutte contre la maladie du sommeil. La circulaire du 28 mars 1929 est éloquent à ce sujet : « c'est autour des services de trypanosomiase que s'organise l'ensemble médical, qu'il s'y accroche comme autour d'une colonne vertébrale (Dr. Beaudiment 1938, p189).

Les débuts du service de protection maternelle infantile correspondent aux premières initiatives de l'œuvre du Berceau gabonais à Libreville qui avait dispensé 136 consultations pour enfants de 2 à 5 ans en 1936, pratiqué 72 accouchements à domicile et assuré la vaccination du Bacille de Calmette et Guérin (B.C.G.) à tous les nourrissons inscrits. Les missions protestantes du Gabon avaient quant à elles, réalisé dans leurs 7 dispensaires, 27 accouchements et 95 574 consultations tandis que l'hôpital privé du docteur Schweitzer comptait 7 accouchements de femmes européennes et 70 accouchements de femmes indigènes. Ce n'est qu'en 1936, par arrêté du 15 juin que le service de l'œuvre de la protection de l'enfance et de la maternité se créa en A.E.F

Auparavant, les médecins assuraient les consultations des femmes enceintes et des nourrissons dans les rares postes médicaux qui existaient. Avant 1936, les femmes étaient consultées de manière irrégulière par le corps médical. Mais à partir de cette même année, dans

les formations fixes et lors des tournées, les femmes enceintes étaient examinées par les infirmières visiteuses. Mais dans la réalité, les femmes africaines se soumettaient peu à des visites régulières dont elles ne saisissaient pas l'utilité. Par exemple, l'analyse des urines paraissait insolite ; quant au toucher vaginal, il n'était aucunement toléré, car souvent accusé d'être à l'origine d'un accouchement prématuré. L'évolution de ces consultations nous est donnée dans les tableaux n°1 et 2.

Tableau n°1 : Rendement des services de PMI de 1939 à 1947

Années	Consultants	Consultations
1939	1 327	6 808
1940	1 992	5 882
1941	2 184	7 248
1942	2 437	9 790
1943	2 508	10 607
1945	2 703	7 524
1947	2 747	7 030

Source : Archives Nationales du Gabon ANG, Rapport annuel, CAOM 4(1) D55, 1943

De 1939 à 1943, les consultations prénatales augmentèrent. Cette évolution n'était pas due au fait que les femmes reconnaissaient l'intérêt de ces consultations, mais était plutôt due au fait que leurs enfants recevaient des petits cadeaux matériels. Nous constatons également une fluctuation des consultations à partir de 1945. Nous pouvons dès lors avancer que cette baisse était le résultat de l'évolution socio-politique qui influença la fréquentation des maternités. Pour essayer de démontrer l'importance de la PMI, nous prendrons l'exemple de la province de l'Ogooué-Maritime qui est significatif car, c'était un lieu de rencontres de nombreuses populations gabonaises attirées par les activités commerciales et l'industrie du bois.

Tableau n°2 : Rendement des services de PMI dans les œuvres publiques et privées de 1938 à 1943 dans la province de l'Ogooué-Maritime

Année de Formations du service de santé	Consultantes	Consultations	Œuvres privées Consultantes	Consultations
1938	214	721	168	794
1939	173	799	*	*
1940	296	1 014	*	*
1941	260	1 170	133	790
1942	218	1 266	162	810
1943	290	2 640	160	790

Source : Archives Nationales du Gabon (ANG), Fonds de la Présidence de la République, Rapport annuel de 1943, carton 760

Le tableau n°2 nous permet de suivre l'évolution du rendement des PMI dans le département de l'Ogooué-Maritime. Notons toutefois que ce département est celui de l'Estuaire, les mieux dotés en infrastructures. Ces départements attirèrent donc plus de femmes dans les centres médicaux et représentèrent le mieux l'évolution de la fréquentation des maternités dans le territoire du Gabon.

De 1938 à 1943, les consultations dans les formations publiques augmentent. En 1938 elles étaient de 721 alors qu'en 1943 elles atteignaient 2640 soit 1849 de plus. Ces augmentations sont la preuve marquante de la compréhension de femmes de l'Ogooué-Maritime du rôle que jouaient ou que pouvaient jouer pour elles et pour leurs futurs enfants les consultations prénatales. Pendant cette même période, le nombre de consultantes auprès des privées décroît. C'est certainement parce que les femmes n'ayant pas de moyens financiers préféraient se remettre aux structures publiques.

Jusqu'en 1945, date de l'entrée en fonction de la première sage-femme, les accouchements furent rarement recensés dans la colonie. A défaut de sage-femme et de maternités, certains médecins assurèrent les accouchements et les consultations des femmes. De plus, la création de nouveaux centres médicaux avec hospitalisation, et l'amélioration du confort des anciennes structures attirèrent plus de malades. De 1939 à 1943, les accouchements dans les formations de l'Ogooué-Maritime passent de 312 à 493 (Archive Nationale du Gabon, Rapport annuel, 1943). Le rapport souligne que malgré le nombre

de femmes visitées, il y a une faible proportion qui accouche dans les maternités. Cela signifie que les accouchements à l'hôpital se heurtaient encore à la mentalité qui voulait qu'on reste encore attaché à l'accoucheuse du village. En 1942, il y'a eu 149 accouchements en milieu rural dans l'Ogooué-Maritime et 354 en 1943. En tenant compte de ces chiffres et de ceux qui suivent (accouchements dans les formations), les % de naissances dans ces milieux sont pour 1942 et 1943 21, 01 et 41, 9. (Cf rapport annuel, 1943). Quant aux consultantes post-natales, leur nombre passa de 4 676 en 1951 à 26 005 en 1956 et le nombre des consultations de 9 409 à 51 374 (L. M. Durand-Reville, 1958, p. 54). En regardant l'évolution des consultations et des consultantes prénatales et post-natales, nous remarquons que, contrairement aux consultations prénatales, les consultations et les consultantes post-natales connurent une augmentation vertigineuse. Dans les milieux urbains notamment, les femmes africaines acceptaient plus volontiers les consultations après l'accouchement que pendant la grossesse.

Ceci explique d'ailleurs le nombre croissant des consultations infantiles qui passaient de 108 408 en 1951 à 156 210 en 1956.

Malgré une politique nataliste, et l'intérêt porté à la mère et à l'enfance africaine, le nombre des sages-femmes et des matrones, censé favoriser cette politique et cet intérêt, resta insuffisant au regard des besoins de la population pendant la période coloniale. Le tableau n°3 montre l'évolution des effectifs de sages-femmes africaines.

Tableau n°3 : Evolution des effectifs de sages-femmes africaines en A.E.F. de 1946 à 1954

Années	Fédération	Moyen-Congo	Oubangui-Chari	Tchad	Gabon	Totaux
1946	1	0	0	0	1	2
1947	1	1	0	0	1	3
1948	1	1	2	0	1	5
1949	1	2	5	1	3	12
1950	2	3	4	2	6	17
1951	1	3	7	2	8	21
1952	2	4	8	2	9	25
1953	3	4	8	3	10	28
1954	3	4	7	3	10	27

Source : Afrique Equatoriale Française (A.E.F.), Rapport sur l'exécution du PPQ, P.M-28

Le Gabon avait les effectifs les plus élevés chez 10 sages-femmes au Gabon, 7 en Oubangui, 4 au
les sages-femmes comparé aux autres territoires Moyen-Congo et 3 au Tchad.
de la fédération. En effet, on dénombrait en 1954,

Tableau n°4 : Evolution des effectifs de matrones africaines 1946-1954

Années	Moyen-Congo	Gabon	Oubangui-Chari	Tchad	Totaux
1946	55	36	56	23	162
1947	53	33	56	25	167
1948	53	33	52	27	165
1949	51	35	52	28	168
1950	58	39	54	22	173
1951	53	33	60	25	171
1952	67	49	60	23	189
1953	88	34	53	22	197
1954	88	32	54	24	198

Source : Afrique Equatoriale Française (A.E.F.), Rapport sur l'exécution du PPQ P.M-28

Outre l'insuffisance numérique des sages-femmes et des matrones, ce corps de métier fut mal réparti et souvent regroupé dans la même localité.

L'activité de la PMI se manifestera alors de diverses façons : les réunions de femmes enceintes au cours desquelles leur sont fournies des conseils touchant l'hygiène de la grossesse et de l'hygiène infantile, les visites aux femmes ayant accouchées à domicile ou à l'hôpital avec distribution des dons matériels, couches, savons, etc. Cette œuvre a pour but d'atteindre la femme et à travers elle, la famille africaine.

Pendant toute la période coloniale, « faire du noir » était devenu l'un des mots d'ordre de la politique coloniale de la France dans ses colonies. Tous les gouvernements, se devaient d'encourager la natalité dans les territoires et prendre toutes les mesures d'hygiène, d'assistance et prévention pour sauvegarder la race noire et les Africains.

2.1.2. Des indépendances aux années 1970

Soucieux de son accroissement démographique, le Gabon poursuit l'objectif colonial de la « conservation de la race ». Les infrastructures sanitaires existant dans les différentes régions, bien qu'importantes, n'arrivent pas ou plus à couvrir les besoins des populations en matière sanitaire. Ainsi, à partir de 1958, la nouvelle république autonome avec l'ouverture des nouveaux débouchés économiques qui nécessitent une main-d'œuvre abondante, oriente son programme de développement vers l'augmentation des capacités d'infrastructures existantes et la construction de nouvelles. « Ayant reconnu la santé comme un droit du citoyen, le gouvernement gabonais a réagi dès la première décennie de l'indépendance. Ici, c'est l'année 1970 qui a été marquante, puisque c'est cette année où a commencé l'application d'une politique sanitaire nouvelle, visant les objectifs suivants : accroissement du bien-être de la population par celui du confort physique, mental et social, augmentation du rythme de la croissance démographique par la baisse du taux

de mortalité infantile et la lutte contre l'infécondité » (El Hadj Omar Bongo, 1984, p.148).

Dans ce programme, l'accent est particulièrement mis sur la protection maternelle infantile, base de l'économie d'un pays.

Les actions sont coordonnées à la fois entre le Ministère de la Santé, et d'autres Ministères, dans la protection maternelle infantile, depuis la grossesse jusqu'à la surveillance du jeune enfant au sein de son milieu social. Le service de santé public entreprend donc l'augmentation du nombre des maternités qui passe de 20 unités en 1961 à 34 unités en 1972 (Situation économique, sociale et financière de la République de 1964-1973). C'est dans ces maternités que sont dispensés les gestes essentiels de la vie humaine en même temps que la mère et aussi le père, dans une moindre mesure, acquiert une meilleure éducation hygiénique et sanitaire.

La protection maternelle infantile se charge, en fait, de coordonner les visites prénatales qui commencent normalement dès que la femme constate la disparition de ses menstruations jusqu'à la dernière semaine avant l'accouchement.

Elle passe par la surveillance de la prise de poids, la recherche des œdèmes, la prise de la pression artérielle, sachant qu'une femme doit prendre de 10 à 12 kg pendant sa grossesse.

Au Gabon, l'anémie est fréquente, car les parasites abondent : ankylostome, hématozoaire et bilharzie, ajoutés à d'autres carences entraînent une faiblesse de l'organisme. A partir des signes cliniques, on peut déterminer une anémie chez une femme enceinte. Ce qui nécessite la prise de fer pendant toute la période de la grossesse et la chloroquine pour lutter contre le paludisme.

Les réactions sérologiques pour la syphilis seraient utiles, puisqu'en dépistant la syphilis avant le quatrième mois, on peut par une simple injection de pénicilline, guérir la mère et protéger l'enfant. Etant donné le fait que la syphilis demeure l'une des causes d'avortement, il est impératif de la traiter très tôt au risque d'entraver l'évolution normale de la grossesse d'où, l'impérieuse nécessité de commencer les visites prénatales très tôt. Une grossesse bien suivie entraîne un accouchement sans complication. Le tableau n°5 indique les indices de variations des consultations prénatales.

Tableau n°5 : Les consultations prénatales

Années	Consultantes	Indice des consultantes	Consultations	Indice des consultations
1960	8270	100	28782	100
1961	9553	115	39250	136
1962	10426	126	34908	121
1963	13919	168	4209	14
1964	12868	155	3628	126
1965	9853	119	32718	113
1966	11804	142	31772	110
1967	12043	145	25407	88
1968	6830	82	16422	57
1969	11760	142	27039	97
1970	11756	142	22782	79
1971	13812	167	25800	89
1972	10210	123	20416	70
1973	14193	171	26906	93
1974	15214	183	28573	99
1975	14895	180	30052	104

Source : Réalisé à partir des données sur la situation économique sociale et financière de la République gabonaise de 1964-1975

Dans ce tableau, nous relevons les consultations proprement dites mais aussi les consultantes ; autrement dit, les personnes chargées de réaliser ces consultations. En observant l'évolution des consultations, nous notons que celles-ci est loin d'être linéaire. Elle renferme en effet, les phases d'accélération et de décroissance.

Quant à l'accouchement, il se pratique dans les maternités pour celles qui sont suivies mais aussi pour celles qui ne le sont pas. Toutefois, la majorité des femmes rurales n'avaient pas de confiance aux maternités et se faisaient accoucher par des femmes spécialisées en la matière ou simplement par les gens de leur entourage qui avaient déjà acquis cette maturité. L'accouchement en maternité demeure le moyen le plus sûr pour mettre au monde. Le phénomène s'est donc répandu. Il est pour cela pratiqué dans des conditions d'hygiène convenables par un personnel auxiliaire. Mais, les personnes requises sont à la pratique des accouchements sont les sages-femmes qui ont été formées pour les besoins de la cause.

Le tableau numéro 6 ci-dessous répertorie les accouchements annuels au sein des maternités du Gabon.

Tableau n°6 Le nombre d'accouchements annuels dans les maternités

Années	Accouchements en maternités	Indice des accouchements
1957	3036	100
1958	3510	115
1959	4173	137
1960	5155	173
1961	5182	170
1962	6616	217
1963	7430	244
1964	7688	253
1965	8562	282
1966	9022	297
1967	9616	316
1968	5749	189
1969	9501	312
1970	10157	334
1971	10695	352
1972	11205	369

1973	10938	360
1974	11777	387
1975	11529	379

*Source : Premier Plan Quinquennal 1966-1970, p 373
Situation économique, sociale et financière de la République
1964-1975*

Ce tableau nous présente une vision exhaustive des accouchements en maternité. Ainsi, la croissance moyenne annuelle des accouchements entre 1957 et 1975 est de 7, 69%. On peut affirmer par rapport au taux d'accroissement que les femmes accouchent de plus en plus dans les maternités et que l'amélioration des conditions sanitaires des populations agit en faveur de la baisse de la mortalité. Les efforts fournis en matière de la P.M.I., ont porté leurs fruits.

En examinant le tableau numéro 2, nous constatons aussi les différentes phases de variations entre 1957 et 1961, le taux d'accroissement moyen annuel est de 10, 85%.

De 1968 à 1974, le taux d'accroissement moyen annuel est de 12, 69%. Quant à la dernière variation entre 1974 et 1975, elle est de 2, 10%.

Après l'accouchement, la femme et l'enfant sont sous surveillance médicale malgré le fait qu'ils ne soient pas internés et ce jusqu'à l'âge de cinq ans pour l'enfant. Cette surveillance est appelée post-natale ou encore néo-natale. Son but est de vérifier l'état de santé de la femme. Elle consiste à palper les seins et procéder à l'éducation en matière d'allaitement et d'alimentation de la mère. De plus, « la sage-femme procède au toucher vaginal pour voir la qualité des pertes dans le but de déceler une infection éventuelle...

Le toucher permet aussi d'observer si l'utérus n'a aucune anomalie et si l'accouchée n'a pas d'hémorroïdes. En général, la surveillance post-natale permet à la sage-femme de revisiter complètement la femme ». Certaines complications peuvent surgir après l'accouchement, c'est pourquoi elle s'avère nécessaire. Pour cela, la mère continue à fréquenter la PMI pour les pesées de l'enfant, les vaccinations, les conseils pour l'alimentation et aussi pour les cas de maladies. Le tableau n°7 nous indique l'évolution des consultations post-natales.

Tableau n°7 : Les consultations post-natales

Années	Consultantes	Indices	Consultations	Indices
1964	3454	100	11657	100
1965	2570	74	9685	83
1966	3820	110	10200	87
1967	1274	36	31200	26
1968	877	25	4698	40

Source : Situation économique, sociale et financière de la République 1964-1970

Le tableau regroupe l'ensemble des consultations post-natales. Il nous renseigne sur les consultantes et les consultations réalisées. L'absence de l'évolution linéaire de ces données constitue un handicap pour notre analyse du phénomène.

Les valeurs générales du tableau se présentent d'une façon très contrastée, c'est une évolution en dents de scie à tendance régressive.

Par rapport aux consultations prénatales, l'impression qui se dégage est la négligence de la part des parturientes qui ne se présentent plus régulièrement ou dut tout à la Protection Maternelle et Infantile P.M.I.

La protection maternelle infantile est un problème crucial dans la santé de la population au Gabon. C'est pourquoi, la population rurale, la plus nombreuse doit bénéficier d'une protection équivalente à celle des villes ; grâce à une répartition des effectifs et des équipements de la médecine suivant un équilibre régional systématiquement recherché. Cette protection est largement développée et « les femmes accouchant dans les maternités reçoivent des encouragements » (Petit atlas du Gabon, 1958,

p.10). Ce qui incite ces dernières à faire confiance à la santé publique.

La protection maternelle infantile se développe au sein des centres de santé.

Les centres de protection maternelle voient leur réseau s'étendre progressivement. Avant l'indépendance, le Gabon compte neuf centres de P.M.I. » (J.O.A.E.F., note de présentation du Ministre de la santé publique du 28 janvier 1959). Le Ministère de la Santé Publique a mis au point un programme national de protection maternelle infantile, avec la collaboration de l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S) et du Fond des Nations Unies pour l'Enfance (U.N.I.C.E.F), à partir de l'année 1962 (Direction des établissements sanitaires et de la médecine préventive, service des statistiques sanitaires, Rapport annuel, 1963, chap. V).

La PMI se déroule dans un centre de santé ou au sein de la maternité. Cette dernière est comprise dans une unité sanitaire, le tableau ci-dessous nous donne une idée de l'évolution des maternités qui est l'outil indispensable pour la protection maternelle infantile.

Tableau n°8 Evolution des maternités

Années	Maternités	Unités	Indices des unités	Indices du nombre de lits
1966	28	443	100	100
1967	28	443	100	100
1968	30	447	107	101
1969	30	447	107	101
1970	30	492	107	111
1971	30	537	107	121
1972	34	-	121	-

Source : Situation économique, sociale et financière de la République gabonaise, 1970

En 1958, le Gabon compte 9 maternités régionales « qui avaient une capacité hospitalière de 150 lits (A. Longo, 2007).

L'évolution de l'infrastructure sanitaire, dès les premières années de l'indépendance, s'avère lente. En effet, en 1960, le réseau sanitaire compte 28 unités de maternités et en 1968, 2 unités s'ajoutent. La croissance moyenne annuelle est de 3,50% au bout de 2 ans. De 1968 à 1972, nous avons 4 nouvelles unités de maternités qui viennent agrandir le réseau existant. Mais, cette évolution n'est pas significative car le taux d'accroissement moyen annuel est de 3,28%.

A partir du deuxième plan quinquennal ce chiffre tend à la hausse. Cela est révélateur de l'effort consenti dans ce domaine.

Le Ministère de la Santé œuvre pour l'amélioration des conditions sanitaires des populations. Ainsi, après avoir constaté une évolution pas très accentuée, durant le premier plan quinquennal, c'est-à-dire de 1966 à 1970 avec 2,65% du nombre de lits, dès 1971, il s'accroît de 9,14%. Deux faits marquants sont à relever dans ce tableau.

Le premier a trait à l'évolution du nombre de lits. Il ne suit pas tout à fait l'évolution des unités. Ainsi, pour le même nombre d'unités, le nombre de lits progresse au fil des ans. En effet, à défaut de la construction de nouvelles unités, les autorités décident de l'augmentation du nombre de lits.

Le deuxième fait est relatif à la question des statistiques. L'absence des données chiffrées continues nous empêche d'avoir une évolution linéaire. Aussi après 1972, notre connaissance des maternités devient difficile. Mais, cela n'est pas synonyme du manque de progrès dans le domaine. Toutefois, en dehors des 34 unités de maternités indépendantes ou rattachées aux centres médicaux, le Ministère de la Santé dispose de 6 centres de santé (P.M.I. et dispensaires) répandus sur le territoire. Direction des établissements sanitaires et de la médecine préventive, service des statistiques sanitaires. Rapport annuel 1984, service des statistiques sanitaires. Le seul problème avec les centres de

santé est le manque de lits d'hospitalisation sinon toutes les consultations se déroulent sans changement dans ces structures.

« Mais l'efficacité de l'effort accompli est compromise en partie par certaines insuffisances que l'on constate. L'examen de la répartition des infrastructures révèle un déséquilibre entre les différentes zones du pays, sans que cela soit à tous points de vue à l'avantage des grandes métropoles » (El Hadj Omar Bongo, 1984, p.151). Les 6 centres de santé dont dispose le Ministère sont concentrés dans la seule ville de Libreville.

En dehors de l'Estuaire qui abrite le plus grand nombre d'unités de santé, le Moyen-Ogooué avec l'hôpital Schweitzer de Lambaréné, le Haut-Ogooué a vu son action se renforcer grâce à l'action de la COMUF et de la COMILOG, l'Ogooué-Maritime bénéficie du monopole de l'extraction pétrolière. La répartition des infrastructures sanitaires obéit plutôt aux intérêts politico-économiques qu'à ceux du social. Lorsque ces infrastructures existent d'autres difficultés apparaissent. Ces établissements « ne fonctionnent pas à plein régime en raison d'importants goulots d'étranglements qu'il est souhaitable de voir disparaître peu à peu : difficultés d'approvisionnements ; insuffisance de personnel qualifié etc. », Rapport annuel 1983 p.4..

Les malades graves des centres de santé de 2^{ème} et 3^{ème} zone sont acheminés vers les centres les mieux équipés ou vers Libreville.

Pour avoir une idée globale de la politique menée en matière de protection maternelle infantile, il serait indispensable d'étudier les actions pour l'amélioration de la santé des enfants.

2.2. La protection de l'enfant

La protection des enfants commence depuis la grossesse jusqu'à l'âge de cinq (5).

2.2.1. Pendant la colonisation

Les rapports des archives montrent que beaucoup d'enfants disparaissaient dans le milieu gabonais

au cours des premières années et que le taux de mortalité infantile était très élevé.

En effet, dans la région du Woleu - Ntem, un des flots du peuplement de la colonie du Gabon en 1943, on enregistre une population totale de 71 630, on enregistre une natalité de 1 142 soit un taux de natalité de 15,9% et une mortalité de 1 590 soit 22,1% soit un excédent de mortalité de 448. C'est pour régresser cette mortalité ou à défaut, au moins égaliser le taux de cette mortalité à celui de la natalité que l'administration coloniale va mettre l'accent sur le rôle dévolu à la protection de l'enfant en luttant contre certaines grandes endémies.

La consultation des archives, cernée dans les correspondances, les rapports sanitaires des médecins des troupes coloniales, nous a permis de constater que de toutes les maladies auxquelles les enfants gabonais sont exposés, les plus redoutables sont la trypanosomiase et le paludisme qui constituaient une cause importante de la mortalité infantile ou infanto juvénile.

La trypanosomiase ou la maladie du sommeil : quelques enquêtes conduites par Aubert en A.E.F., ont montré l'impossibilité pour les femmes trypanosomées de mener leur grossesse

à terme (A. Sicé, 1931, pp 5-24). Et, dans la plupart des cas, les enfants naissaient mort-nés ou mouraient quelques jours plus tard. La maladie avec une intensité croissante menaçait de faire tâche d'huile. Mais depuis 1917 la campagne méthodique entreprise contre la trypanosomiase par le médecin inspecteur Huot se poursuivait avec beaucoup de ténacité pendant toute la période.

Le paludisme ou malaria : Au Gabon, y compris à Libreville, l'endémie avait gardé une grande importance. Ce sont souvent les accès intermittents au *P. vivax* qui causaient le plus de dégâts et de décès, surtout parmi la population métisse.

Pour l'année 1943, la morbidité palustre fut de 5,17% de la morbidité totale indigène du territoire. Outre les 11626 malades, 2669 étaient des enfants de 0 à 5 ans soit 22% (Archives Nationales du Gabon, 1943).

Dans certains départements, des index hématologiques avaient été pratiqués.

Le tableau suivant indique les index hématologiques par âge dans le département de l'Ogooué-Maritime en 1943.

Tableau n°9 : Index hématologiques par âge dans la province de l'Ogooué-Maritime en 1943

Ages	Visités	Présence d'hématozoaires	Pourcentages
Enfants de 4 à 5 ans	45	13	28,8%
Enfants de 3 à 4ans	52	12	23%
Enfants de 2 à 3 ans	48	7	14,5%
Enfants de 1 à 2 ans	44	4	9,9%
Enfants de 0 à 1 ans	65	3	4,6%

Source : Archives Nationales du Gabon (ANG), Fonds de la Présidence de la République, rapport annuel de 1943

Sur les 45 enfants de 4 à 5 ans examinés dans l'Ogooué-Maritime, 13, 3% étaient classés dans le groupe de « rate 1 » c'est-à-dire faiblement impaludés. Mais ce sont les enfants de 2 à 3 ans qui payèrent un lourd tribut au paludisme (Archives Nationales du Gabon, 1943). Les accès pernicieux, les fièvres bilieuses hémoglobinuriques ayant une issue mortelle restaient plus fréquentes.

Pendant la colonisation, il était quasi-impossible de faire disparaître le paludisme du territoire du Gabon, mais il, était nécessaire de tout faire pour éviter les accès pernicieux graves, très souvent

mortels chez les enfants en bas-âge et qui constituaient une cause importante de la mortalité. Dans ce cas, l'effort chimioprophylaxique anti-malarique s'était porté particulièrement sur la population enfantine de 0 à 10 ans avec la distribution de la nivaquine dans les postes fixes (maternités, dispensaires) par les infirmiers itinérants des circuits de traitement.

Pour restreindre les causes de ces maladies chez les enfants, les autorités coloniales mirent en place un service de santé dans les milieux scolaires. Un livret médical scolaire de type uniforme avait été adopté et ce livret était destiné

à suivre à suivre l'enfant dans toute sa scolarité. Il ne fut appliqué au Gabon qu'à la rentrée 1952-1953. L'inspection médicale scolaire avait pour but d'assurer : la visite médicale des élèves, le dépistage et le traitement des maladies endémo-épidémiques ou chroniques et l'enseignement pratique de l'hygiène individuelle et collective. Les maladies transmissibles comme la variole, la rougeole... méritent aussi de retenir notre attention. En effet, en 1942, une épidémie de rougeole avait frappé le village d'Ilala situé à 17km de Ndendé (région sanitaire de la Ngounié) sur la route Mouila-Ndendé. Cette épidémie avait entraîné la mort de 14 personnes dont 6 enfants de 0 à 2 ans, 5 de 2 à 5ans, 1 de 6 ans et 1 adulte (Archive Nationale du Gabon). Cette maladie était accompagnée d'une forte fièvre, d'une toux souvent importante et avait rapidement entraîné la mort.

2.2.2. Des indépendances aux années 1970

Dès les indépendances, l'enfant continue à mériter l'attention des autorités gouvernementales. L'accent va être mis sur la santé de celui-ci. Les autorités vont décider de « fructifier le capital humain » qui doit servir de base au développement du Gabon.

Au Gabon, « la mortalité dans la première enfance est située entre 15% et 35% jusqu'à 4 ans selon une estimation faite en 1964 en milieu hospitalier » (A. Mba Assoumou, 1981, p. 82).

Pendant la période post-coloniale, l'enfant reste toujours exposé aux différents fléaux de la nature. Les affections à l'origine de la mortalité infantile sont répertoriés dans le tableau suivant.

Tableau n°10 Les causes de décès chez les enfants de 0 à 4 ans

Maladies	Fréquence en %	Fréquence de décès en % Dans la catégorie	Par rapport au total de décès
Gastro-entérite	24,50%	4,5%	14,20%
paludisme	15%	7,28%	14,20%
rougeole	11%	7,7%	11%
Affections respiratoires	9,80%	3,5%	4,50%
Poly parasitisme	6,60%	-	-
ankylostomiase	4,50%	-	-
dénutrition	4,50%	15,70%	9%
amibiase	3,90%	-	-
bilharzioses	3,80%	-	-
coqueluche	2,40%	-	-
drépanocytose	2%	-	-
Primo-infection BK	1,80%	-	-
Méningo-encéphalite	1,20%	51,50%	10%
Méningite lymphocytaire aigüe	0,5%	-	-

Source : Plan de développement économique 1966-1970, P 378

Dans ce tableau, la fréquence en pourcentage des maladies évolue dans l'ordre décroissant. Nous avons, en premier lieu les maladies les plus répandues : « le paludisme demeure l'affection la plus répandue et crée avec les poly parasitoses et la dénutrition, un complexe de moindre résistance de la population, complexe qui se manifeste dès le premier âge par sa responsabilité

directe ou indirecte dans une mortalité infantile importante » (Plan de développement économique 1966-1970, p. 73), les maladies parasitaires constituent une menace sérieuse pour la jeune enfance : « la statistique générale signale une proportion de 18% de poly parasitoses, dont 8% d'ankylostomiase sur la totalité des consultants. Les renseignements d'ordre

hospitalier recueillis à l'hôpital de Libreville indiquent chez l'enfant de 0 à 4ans :

- Une proportion de 6,5% de poly parasité
- 4,5% atteints d'ankylostomiase
- 3,9% atteints d'amibiase »¹. Tous les renseignements concordent pour donner aux poly parasitoses une place prioritaire dans la pathologie gabonaise.

La maladie qui fait plus de ravage est la gastro-entérite avec 24, 50% de fréquence et 4,5% de décès ; les diarrhées qu'elles occasionnent affaiblissent rapidement l'enfant et entraînent la mort.

Pour ce qui est du paludisme qui occupe la deuxième place avec 15% de fréquence et 7,28% de fréquence de décès, cette affection semble être plus grave au Gabon. « En fait, on a pu dire que tout gabonais a été, est ou sera impaludé ». Toutes les conditions géographiques, parasitaires et humaines facilitent sa propagation. Toutes les enquêtes, faites sur le paludisme au Gabon mettent en évidence l'hyper-endémicité dans sa forme la plus grave, le plasmodium falciparum à travers tout le territoire gabonais, et la permanence de l'infestation de la population » (Premier plan quinquennal, 1966, p. 374). Le tableau ci-dessus ne représente que les chiffres recueillis à Libreville pour les années 1963-1964. Etant donné l'importance de la maladie, les efforts doivent être doublés pour et mis en œuvre pour combattre cette maladie. L'accent doit être mis sur l'éducation, les mesures anti larvaires, la distribution d'antipalustres et surtout l'extension des mesures d'hygiène.

En ce qui concerne, les maladies à cycle épidémique, coqueluche, variole... Seule la rougeole à des conséquences mortelles. Sa fréquence et de 11% avec une fréquence de décès de 7, 70% et 11% sur le total des décès.

Les affections respiratoires ont une fréquence de 9,8% et 3,5% de décès et représente 4,5% par rapport au total des décès.

L'enfant est en fait, très dépendant du milieu qui l'entoure, aussi, c'est par les actions d'assainissement, par l'extension des

vaccinations et de la chimio prophylaxie palustre... que l'on peut améliorer notamment l'état sanitaire de l'enfant.

Malgré la mortalité infantile importante, l'un des volets crucial de la protection de l'enfant est la prévention.

Elle reste jusque-là, le moyen le plus efficace pour garder les enfants en bonne santé. Et, la vaccination est l'un des moyens préventifs.

Les progrès faits dans le sanitaire sont importants : le nombre des maladies que l'on peut éviter augmente et les associations de vaccins de plus en plus efficaces viennent faciliter l'application. Les vaccins suivants sont inscrits dans tous les calendriers proposés : B.C.G, vaccinations contre la variole, la poliomyélite, la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, la rougeole et le vaccin contre la fièvre jaune. Ces vaccinations doivent être faites dès les premières années de la vie, faire les rappels nécessaires les années suivantes.

En 1966, le docteur Quenum, directeur de l'O.M.S. Afrique, en visite au Gabon a pu répertorier quelques chiffres durant le premier semestre de l'année en suivant les prévisions du plan de développement quinquennal :

- 7000 vaccinations contre la poliomyélite ont été exécutées,
- 7100 vaccinations contre le B.C.G. en prévision de la tuberculose.

Les vaccinations de masse effectuées par le service des grandes endémies touchent un grand nombre de la population et viennent compléter celles de la P.M.I.

La protection de l'enfant peut avoir lieu dans les quartiers à travers les équipes de vaccinations dites aussi groupes mobiles des assistantes sociales qui sillonnent les coins reculés en vue de recenser les mères et les enfants et surtout les sensibiliser mais c'est à la P.M.I. que le gros du travail se fait. Qu'il s'agisse de la protection néonatale ou celle de la jeune enfance, la P.M.I., se charge de tout contrôler.

Il n'est guère facile de rendre objectivement compte de l'évolution de la Protection

Maternelle infantile à cause de la fragilité des données officielles et des chiffres au cours de la période.

Dans les actions menées en faveur de la PMI, certaines mesures ont eu des répercussions évidentes : l'amélioration du système de santé, les opérations d'aménagement rural...

Le discours était souvent nataliste ainsi que certaines dispositions législatives : allocations familiales, maintien de la loi 64/69 interdisant l'avortement.

Le Gabon depuis la colonisation avait dégagé l'ambition de mettre en œuvre des politiques susceptibles de favoriser la natalité et de réduire la mortalité infantile.

Pays sous-peuplé, il cherchait des bras nécessaires pour amorcer son développement. Les moyens structurels en matière de santé et sociaux ont été déployés.

Aussi, dans le cadre du programme de la santé pour tous, initié par l'OMS, le gouvernement gabonais en adoption à ce programme, avait l'ambitieux projet prioritaire de protéger la santé de la mère et de l'enfant en vue de réduire les taux élevés de morbidité et de mortalité maternelles, périnatales, et infantiles sur l'étendue du territoire national.

Cette volonté va être renforcée par le constat fait lors du séminaire d'Oyem sur la population et le développement en novembre 1990, qui démontre que le Gabon et les villes de Libreville et de Port-Gentil en particulier présentaient des taux élevés de morbidité et de mortalité infantiles.

Depuis la période coloniale, le Gabon a initié des actions en faveur de la protection maternelle infantile mais sa population n'a pas vraiment augmentée malgré des progrès réalisés dans le domaine de la santé. Toutefois, un net recul du taux de mortalité infantile est observé grâce à l'apport des moyens préventifs et curatifs.

Dans le cadre de cet article, nous estimons que les pouvoirs publics doivent revisiter leur politique en matière de protection maternelle et infantile. Cette relecture permettrait dans un premier temps, l'octroi des moyens structurels, matériels et financiers importants.

Alors le gouvernement gabonais devrait adopter des lois qui prennent en compte les réalités des personnes dans le besoin et la détresse afin qu'elles trouvent satisfaction dans la politique sociale. Aussi bien, que les femmes fassent désormais partie en nombre croissant de la main d'œuvre rémunérée, elles affrontent de nombreuses formes de discriminations.

Les problèmes de santé en matière de procréation sont la cause majeure de décès et d'invalidité des femmes dans le monde entier. C'est dans cette optique que nous pensons que l'Etat gabonais doit améliorer la santé en matière de procréation. Il est vrai que l'on note des efforts considérables mais qui demeurent parcellaires et ne touchent pas l'ensemble des couches sociales.

Pour ce faire, il faut assurer à tous l'accès aux services de santé en matière de procréation. Ce serait un engagement et un impératif aux droits humains car, les femmes et les filles qui n'ont qu'un accès limité aux services de santé, doublé de leur pauvreté, sont plus vulnérables et ne peuvent pas affronter les conséquences qu'entraîne une mauvaise santé en matière de procréation : le coût des soins de santé ; la perte des contributions d'une femme à la survie de sa famille et l'impact du sida peuvent précipiter les familles pauvres dans le dénuement.

Alors les programmes mis en œuvre ne doivent pas être coercitifs ni discriminatoires mais incitatifs

CONCLUSION

En suivant l'évolution de la protection maternelle et infantile au Gabon pendant la période coloniale et post-coloniale, nous retenons que la protection de la mère et de l'enfant occupe une place importante dans les orientations des politiques de santé. Néanmoins, il existe un décalage sur le terrain. Pendant la colonisation, ces populations cibles ont été prises en charge assez tardivement dans le cadre des enjeux économiques de la colonisation. Il a fallu attendre 1945 pour qu'on ait la première sage-femme affectée dans le territoire du Gabon. Les

maternités sont ouvertes, mais il existe des insuffisances matérielles et en personnels qualifiés. Les femmes autochtones ont des préjugés sur la médecine occidentale. Celles qui y allaient étaient attirées par les présents qu'elles recevaient. Pendant la période post-coloniale, on note un renforcement de la politique maternelle à travers la multiplication des maternités, la formation du personnel africain.

En ce qui concerne la protection de l'enfant, les autorités coloniales ont mis en œuvre des tournées médicales sur l'ensemble du pays pour lutter contre la malaria et la trypanosomiase à l'origine de la forte mortalité infantile. L'évolution des recherches sur les maladies tropicales et la continuité dans les politiques de santé mises en œuvre depuis les indépendances ont permis d'améliorer la santé des jeunes enfants.

En revanche, malgré l'importance accordée au couple mère-enfant, le taux de mortalité maternelle et infantile reste toujours préoccupant pendant notre période d'étude. Malgré ces efforts, le tryptique gynécologue-pédiatre-sage-femme, demeure faible, car la faculté de médecine de Libreville ne forme que des généralistes et des sages-femmes. Les autres spécialités se font à l'étranger. Ce n'est qu'en 2016 que le Gabon s'est doté d'un Centre Hospitalier Universitaire (CHU Jeanne Ebori) spécialisé dans la santé de la mère et de l'enfant, avec une capacité d'accueil de deux cents (200) lits et d'un plateau technique à la pointe de la technologie.

Les problèmes de santé en matière de procréation sont la cause majeure de décès et d'invalidité des femmes dans le monde entier. C'est dans cette optique que nous pensons que l'Etat gabonais doit améliorer la santé en matière de procréation. Il est vrai que l'on note des efforts considérables mais qui demeurent parcellaires et ne touchent pas l'ensemble des couches sociales.

Pour ce faire, il faut assurer à tous, l'accès aux services de santé en matière de procréation. Ce serait un engagement et un impératif aux droits humains car, les femmes et les filles qui n'ont qu'un accès limité aux services de santé, doublé

de leur pauvreté, sont plus vulnérables et ne peuvent pas affronter les conséquences qu'entraîne une mauvaise santé en matière de procréation. Le coût des soins de santé, la perte des contributions d'une femme à la survie de sa famille peuvent précipiter les familles pauvres dans le dénuement.

Alors, les programmes mis en œuvre ne doivent pas être coercitifs ni discriminatoires mais incitatifs. Il est peut-être temps que les pouvoirs publics prennent en compte les savoirs endogènes médicaux et les améliorent, pour suppléer la médecine moderne.

Au terme de cette étude, nous pensons que les pouvoirs publics doivent revisiter leur politique en matière de protection maternelle et infantile. Cette relecture permettrait dans un premier temps, l'octroi des moyens structurels, matériels et financiers plus importants.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Archives Nationales de Brazzaville, ST, 1950-1955.

ARCHIVES NATIONALES DU GABON, Premier plan quinquennal de développement économique 1960-1970, p.73.

ASSEGONE MINKO Rose, 1984, La protection sanitaire : problème de la mère et de l'enfant en zone rurale, cas de Mitzi au Gabon, Mémoire d'histoire, Université Omar Bongo, Libreville.

BARBIERI Magalie, 1991, Politique de santé et population, Politique Africaine, numéro 31, pp. 51-65.

BARRET Gérard, 1981, La santé au Gabon : équipements, problèmes et perspectives, Revue Gabonaise d'Etudes politique, économique et juridique, numéro 13, pp. 25-30.

BEAUDIMENT Raymond, 1938, La protection de la maternité et de l'enfance dans les colonies françaises en 1938, Annuaire Médicale et de Pharmacie Coloniale, Paris pp 36-50.

La protection maternelle et infantile au Gabon :
des années 1930 aux années 1970

BRAUDEL Fernand, 1969, *Ecrits sur l'histoire*,
Tome 1, Paris, Flammarion.

VERRIERE Jacques, 1978, *Les politiques de
population*, Paris, PUF.

CHOVET Annabelle, 1990, *La protection
maternelle et infantile en AEF, de 1910 à 1956*,
Mémoire d'histoire, Aix en Provence.

Direction des établissements sanitaires et de la
médecine préventive, service des statistiques
sanitaires, 1963, rapport annuel, chapitre V,
Ministère de la Santé, Libreville, pp 20-35.

DURAND REVILLE Luc Maurice, 1958, « Les
problèmes sanitaires et l'action du service de
santé au Gabon » Académie des Sciences
d'Outre-mer pp. 58-64.

LONGO Armande, 2007, *La politique sanitaire
de la France au Gabon de 1925 à 1958*, Thèse de
Doctorat, Université Charles De Gaulle, Lille
(France).

MBA ASSOUMOU André, 1981, *Approche des
principaux problèmes de santé du Gabon*,

Petit atlas du Gabon, 1958, Paris, Lafont.

OMAR BONGO El. Hadj, 1984, *Le Gabon un
homme, un pays*, Dakar, Nouvelles éditions
africaines.

ORGANISATION MONDIALE DE LA
SANTÉ (OMS), 2008, *Stratégies de coopération
de l'OMS avec les pays Gabon (2008-2013)*,
OMS, Bureau Régional de l'Afrique, p. 9.

RAPPORT ANNUEL, 1984, service des
statistiques sanitaires, Direction Générale des
Statistique et des Etudes Economiques.

SARRAUT Albert, 1923, *La mise en valeur des
colonies françaises*, Paris, Payot.

SICE Adolphe, 1931, « L'Institut Pasteur de
Brazzaville et la trypanosomiase humaine »
Bulletin de la Société de Pathologie Exotique,
numéro 24, pp. 5-24.



SANTE MATERNELLE, NEONATALE ET INFANTILE DANS UN CONTEXTE DE GRATUITE DES SOINS: ETAT DES LIEUX ET ENJEUX SANITAIRES DANS LES DISTRICTS SANITAIRES DE BASKUY ET BOGODOGO (OUAGADOUGOU)

MATERNAL, NEONATAL AND CHILD HEALTH IN A CONTEXT OF FREE HEALTH CARE: STATE OF HEALTH FACILITIES AND CHALLENGES IN THE HEALTH DISTRICTS OF BASKUY AND BOGODOGO (OUAGADOUGOU)

¹NIKIEMA Dayangnéwendé Edwige, ² ROUAMBA Jérémie et ³ OUEDRAOGO François de Charles

¹ Maitre-Assistante, Université Joseph KI-ZERBO,
Ouagadougou, hedwigen@gmail.com

² Maitre-Assistant, Université Joseph KI-ZERBO, Ouagadougou,
jeremirouamba@gmail.com

³Professeur Titulaire, Université Joseph KI-ZERBO,
Ouagadougou, resabo2000@gmail.com

NIKIEMA Dayangnéwendé et Joseph KI-ZERBO, Santé maternelle, néonatale et infantile dans un contexte de gratuité des soins: état des lieux et enjeux sanitaires dans les districts sanitaires de Baskuy et Bogodogo (Ouagadougou), *Revue Espace, Territoires, Sociétés et Santé* 3 (6), 27-42 [En ligne] 2020, mis en ligne le 31 Decembre 2020, consulté le 2021-01-11 05:40:23, URL: <https://retssa-ci.com/index.php?page=detail&k=120>

Résumé

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), en dépit d'importants progrès accomplis pour améliorer la santé de la population, la mortalité maternelle et néonatale reste élevée en Afrique sub-saharienne.

Le profil sanitaire du Burkina Faso reste préoccupant pour la mère et l'enfant : le ratio de mortalité maternelle en 2015 est de 371 pour

100,000 naissances vivantes et 88,6‰ pour la mortalité infantile. Face à cette situation, une politique de gratuité des soins maternels et infantiles a été adoptée par les autorités burkinabè et mise en œuvre depuis le 02 Avril 2016. Dans un contexte sanitaire peu reluisant, des interrogations interpellent. Quels sont l'état des lieux et les enjeux sanitaires de la mise en œuvre de la gratuité des soins dans les districts sanitaires de Baskuy et Bogodogo ?

L'objectif de ce travail est d'analyser l'apport de la mise en œuvre de la gratuité des soins sur la santé maternelle, néonatale et infantile.

La méthodologie porte sur un traitement de données socio-démographiques et sanitaires issues de revue de la littérature et de collecte d'informations primaires, dont les analyses ont été soutenues par une cartographie thématique.

Les résultats montrent une amélioration de la santé maternelle, néonatale et infantile, mais accompagnée de nombreuses difficultés, parmi lesquels la démotivation du personnel soignant et le manque de matériels/équipements. De plus, cette politique est budgétivore.

Il est à craindre que l'Etat ne soit essoufflé, entraînant du coup le revers de la médaille pour

Santé maternelle, néonatale et infantile dans un contexte de gratuité des soins: état des lieux et enjeux sanitaires dans les districts sanitaires de Baskuy et Bogodogo (Ouagadougou) cette population vulnérable qui s'était affranchie des décisions concernant la santé.

Mots clés : Ouagadougou, santé maternelle, néonatale, infantile, gratuité des soins, enjeux sanitaires

Abstract

According to the World Health Organization (WHO), despite significant progress in improving population health, maternal and neonatal mortality remains high in sub-Saharan Africa.

Burkina Faso's health profile remains worrying for mother and child: the maternal mortality ratio in 2015 is 371 per 100,000 live births and 88.6‰ for infant mortality. Faced with this situation, a policy of free maternal and child care has been adopted by the Burkinabe authorities and implemented since April 2, 2016. In a health context that is not very good, there are many questions that need to be asked. What is the current situation and the health issues involved in the implementation of free healthcare in the health districts of Baskuy and Bogodogo?

The objective of this work is to analyze the contribution of the implementation of free healthcare to maternal, neonatal and child health. The methodology is based on a treatment of socio-demographic and health data from literature reviews and primary information collection, whose analyses were supported by thematic mapping.

The results show an improvement in maternal, neonatal and child health, but accompanied by many difficulties, including the demotivation of health care personnel and the lack of materials/equipment. In addition, this policy is budgeted for.

It is to be feared that the State will run out of steam, which will mean the other side of the coin for this vulnerable population that had been freed from decisions concerning health.

Keywords: Ouagadougou, maternal, neonatal and child health, free health care, health challenges.

INTRODUCTION

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) dans sa Constitution de 1946, définit la santé comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas en une absence de maladie ou d'infirmité ». La santé est une composante du développement durable. La littérature scientifique et institutionnelle aborde le lien entre l'amélioration de la santé et le développement. En effet, les relations entre le statut socio-économique, les conditions de vie et l'état de santé ont fait l'objet de plusieurs travaux et montrent que la précarité s'accompagne d'un risque accru de morbidité (L. Touré et al., 2012, p.1. ; C.W. Ruktanonchai & al., 2016, p. 2 ; A. Toure-Ecra et al., 2016, p. 2 ; L. Carvajal-Aguirre et al., 2017, p. 2).

Parmi les nombreux facteurs qui entravent le développement socioéconomique des pays de l'Afrique subsaharienne, les problèmes sanitaires sont devenus au cours de ces deux dernières décennies des plus préoccupants (Y. Kohoun 2009). Malgré une amélioration des indicateurs, liée à la réduction de la mortalité maternelle néonatale et infantile (OMS 2014, p.12 ; Andriantsimietry, S et al., 2015, p. 2), la plupart surviennent en Afrique Subsaharienne du fait de soins inadéquats. Dans les pays à ressources limitées, les indicateurs de santé maternelle et infantile sont également concernés par la précarité (A. Toure-Ecra et al., 2016, p. 2). Le développement de l'Afrique dépend en partie de la capacité des pays à améliorer la santé de leurs mères et de leurs enfants, car étant des populations vulnérables, du fait de leur faible voire inexistant pouvoir d'achat et de prise de décision. Aussi le souci de développement des gouvernants africains, est-il d'assurer le bien-être des populations surtout sur le plan sanitaire. Ce souci est repris dans l'ODD 3 à travers une approche globale de santé « donner aux individus

les moyens de vivre une vie saine et promouvoir le bien-être à tous les âges ». Depuis une quinzaine d'année, la détérioration des économies ainsi que l'incapacité de nombreux gouvernements à assumer seuls le poids financier du système de santé, soulèvent des interrogations et entravent l'accès aux soins des populations les plus vulnérables. C'est le cas des pays en développement avec des économies tributaires de l'aide extérieure.

Pourtant, des progrès importants ont été accomplis en Afrique subsaharienne dans la même période pour améliorer la santé et le bien-être de la population (WHO, 2016). La mortalité maternelle et néonatale y reste élevée (OMS, 2015 ; GD, 2016). En dépit de l'importance et de la joie que revêtent la grossesse et l'accouchement pour les femmes et leurs familles, ces événements représentent une période de vulnérabilité accrue pour les femmes et leurs enfants à naître (Okedo-Alex, 2019). Le décès maternel sur la vie entière touche une femme sur 36 en Afrique subsaharienne ; la mortalité touche un enfant sur huit dans les dix pays les moins classés. Dans 24 pays – plus fragiles et/ou touchés par un conflit – la mortalité maternelle est toujours classée comme élevée. Malheureusement, ces statistiques sont si familières qu'elles n'émeuvent pas toujours comme elles le devraient (OMS 2017, p.12)

Les Nations Unies estiment que chaque année, la quasi-totalité des décès maternels survenus dans le monde se comptabilisent dans les pays en développement, et majoritairement en Afrique Sub-Saharienne (ASS). En 2015, environ 99% des décès maternels survenus en raison de complications pendant la grossesse ou à l'accouchement, dont 66 % ont été enregistrés dans les pays de l'ASS (OMS, UNICEF, 2018). Pour l'année 2017, l'ASS rapportait 196 000 décès maternels et un taux de mortalité maternelle (TMM) global de 542 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes, soit une mortalité maternelle 50 fois plus élevée qu'en Europe et en Amérique du Nord, avec respectivement 10 et 18 décès maternels pour

100 000 naissances vivantes dans ces deux régions (OMS, UNICEF, 2018). Dans les pays en développement, comme ceux de l'ASS, les femmes ont un nombre de grossesses plus élevé que dans les pays développés ; le risque de mourir du fait d'une grossesse au cours de leur vie est pour elles bien supérieur. Le risque de décès maternel sur la durée de la vie, c'est à dire la probabilité qu'une jeune femme décèdera un jour d'une cause liée à la grossesse ou à l'accouchement est de 1 sur 4 900 dans les pays développés, contre 1 sur 180 dans les pays en développement (BASSABI, 2020, p.10).

Le Burkina Faso, pays aux ressources limitées, est caractérisé par une situation de pauvreté marquée par un faible accès aux services sociaux de base et par l'inexistence d'une couverture sanitaire universelle (Ministère de la santé, 2017, p.15). Malgré cette situation de précarité, le pays connaît une amélioration de l'espérance de vie à la naissance qui est passée de 48,5 ans en 1985 à 56,7 ans en 2006 (RGPH, 2006). Avec une population projetée du RGPH 2006 à 20 millions d'habitants, le Burkina Faso a un taux de mortalité de 11,8 pour 1000 en 2018 avec des disparités entre les régions administratives et sanitaires contre 12 pour mille en 2006 (RGPH, 2006 ; MS, 2019). Malgré l'attention particulière portée sur la santé maternelle et infantile par les responsables sanitaires et politiques, nombreuses sont les femmes qui continuent à accoucher à domicile sans assistance de personnels qualifiés avec tout ce que cela peut comporter comme risque (Kohoun Y. 2009).

Le profil sanitaire du Burkina Faso reste une préoccupation, notamment celui de la mère et de l'enfant. Il fait partie des pays où l'on enregistre des taux de mortalité toujours élevés (11,8% EDS 2010). La mortalité des enfants de moins de cinq ans est 88,6 pour 1.000 (OMS 2015). Le rapport de mortalité maternelle estime à 341 pour 100 000 naissances vivantes en 2010 connaît une relative baisse avec 33012 décès pour 100 000 naissances vivantes enregistré en 2015 (Ministère de la santé et OMS, 2017, p.16). Les

femmes et les enfants constituent les couches de la population les plus vulnérables.

Face à cette situation, une politique de gratuité des soins maternels et infantiles a été adoptée par les autorités burkinabè et mise en œuvre depuis le 02 Avril 2016. Une phase pilote a été initiée dans trois régions sanitaires, le Centre, comportant Ouagadougou, la capitale, les Hauts-Bassins et le Sahel.

La gratuité des soins a été décidée et consignée dans le Journal officiel par un décret conjoint de la Présidence de la république du Faso, du Premier Ministère et des ministères techniques concernés par la santé en 2016. Le décret précise les modalités de la gratuité des soins au profit des enfants de moins de 5 ans (0 à 59 mois) et des femmes enceintes ; ainsi que le dépistage et la prise en charge des cancers du col de l'utérus et du sein (JO, 2016, p.1-2)

Les pathologies ciblées sont celles qui constituent les principales causes de décès en 2015 dans les formations sanitaires, à savoir le paludisme, les infections des nouveau-nés, la malnutrition (Ministère de la santé/OMS, 2017, p.17-18). Toutes les pathologies que présentent les cibles sont traitées gratuitement. Ces pathologies sont d'ordre infectieux, parasitaires et viraux (infections respiratoires aiguës, diarrhée persistante, paludisme simple et grave, la fièvre d'origine bactérienne, l'infection aiguë et chronique de l'oreille, la malnutrition aiguë et sévère sans complication, etc.), sans oublier celles relevant des chirurgies (petite chirurgie et chirurgie d'urgence). La prise en charge concerne les accouchements par voie basse et les césariennes, les soins pendant la grossesse (soins préventifs et soins curatifs, le dépistage des lésions pré cancéreuses du col de l'utérus et le dépistage clinique des lésions du sein chez la femme.

La mise en œuvre de la mesure de gratuité des soins dans un contexte sanitaire peu reluisant suscite des interrogations. Quel est l'état des lieux de la mise en œuvre de la gratuité des soins dans la région sanitaire du Centre, précisément

dans les deux districts sanitaires, de Baskuy et de Bogodogo distincts respectivement par leur superficie, la taille de leur population et leur position géographique au sein de la région sanitaire du Centre. Baskuy est située en zone urbaine tandis que Bogodogo est un district périurbain. Quelles sont les enjeux sanitaires de la mise en œuvre de la gratuité des soins en faveur des enfants de moins de cinq ans et des mères.

Nous formulons l'hypothèse selon laquelle la mise en œuvre de la gratuité des soins en faveur des enfants de moins de cinq ans et des mères, en dépit de difficultés diverses, constitue une avancée dans la réduction de la mortalité maternelle et infantile dans les districts sanitaires de Baskuy et de Bogodogo. L'objectif de ce travail est d'analyser l'apport de la mise en œuvre de la gratuité des soins sur la santé des enfants de moins de cinq ans et des mères en vue d'une meilleure application de la mesure.

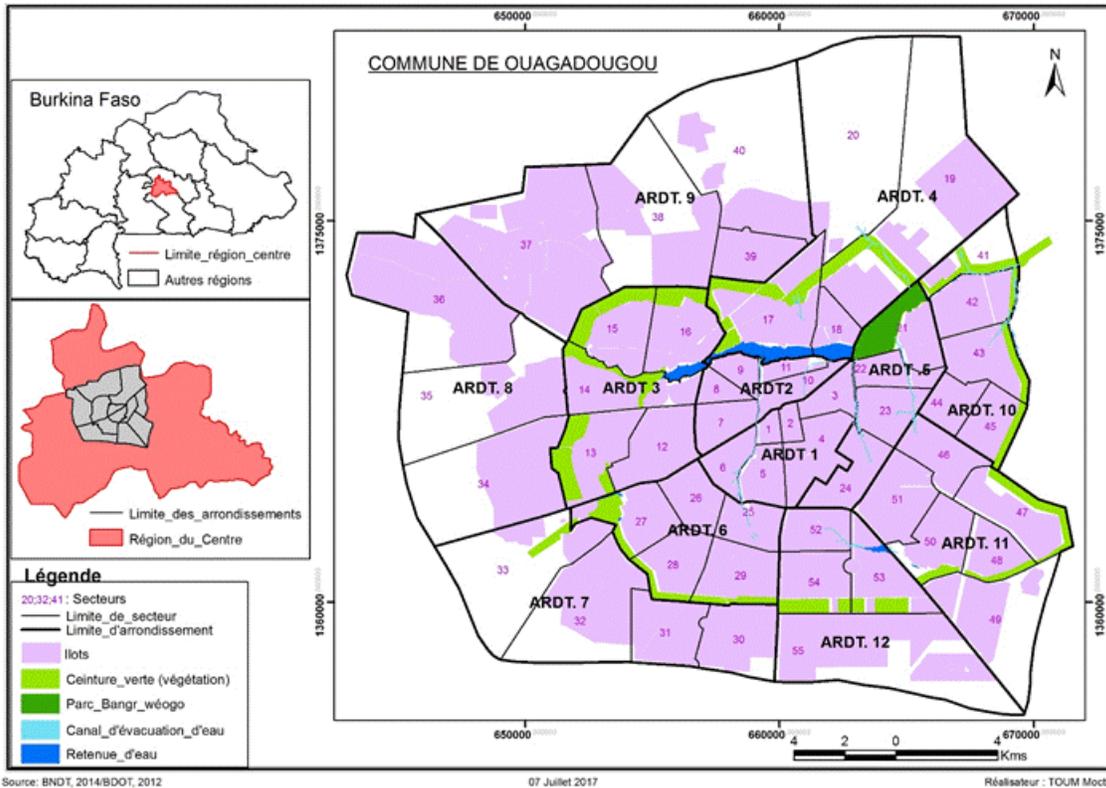
Cet article s'articulera autour des points suivants : après la présentation de la méthodologie, nous présenterons les résultats qui feront après l'objet de discussion.

1. Matériels et méthodes

1.1. Présentation de la zone d'étude

Le site d'étude est la ville de Ouagadougou. La raison fondamentale de ce choix est le fait que Ouagadougou, capitale de la région du centre fait partie des trois régions pilotes qui ont bénéficié de la mise en œuvre de la gratuité des soins des enfants de moins de cinq ans et des mères. La ville de Ouagadougou est située au cœur de la province du Kadiogo, elle-même située au Centre du Burkina Faso. Elle couvre une superficie de 518 km² et compte douze (12) arrondissements et cinquante-cinq (55) secteurs (Carte n°1). Le site est limité au Nord par les communes rurales de Pabré et de Loumbila, à l'Est par celle de Saaba, au Sud par celle de Koubri et Komsilga et enfin à l'Ouest par la commune rurale de Tanghin Dassouri.

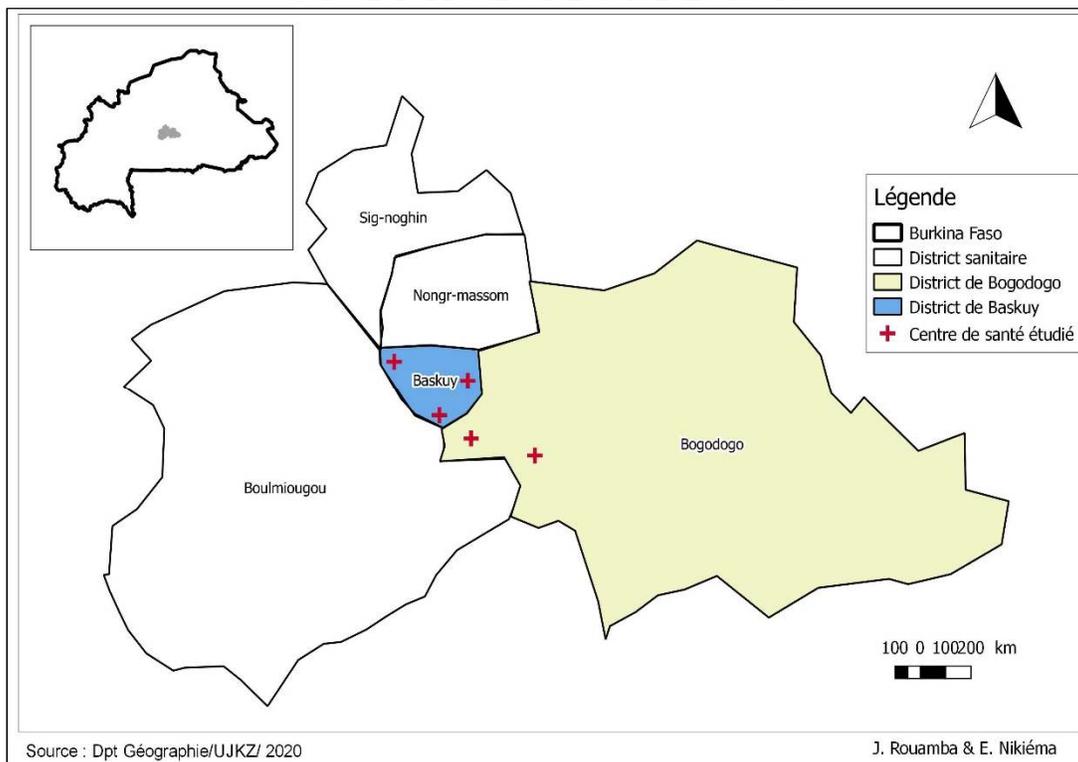
Carte n°1 : Structuration administrative de la ville de Ouagadougou



La région du centre (une des 13 régions administratives du Burkina Faso) compte cinq districts sanitaires couvrant les six communes rurales et la commune urbaine de Ouagadougou (Ministère de la santé, 2012). Les 5 districts

sanitaires sont Boulmiougou, Nongre-Massom, Sig-Noghin, Baskuy et Bogodogo. La présente étude concerne les deux derniers districts qui présentent des situations opposées à plusieurs niveaux (Carte n°2).

Carte n°1: Présentation de la zone d'étude



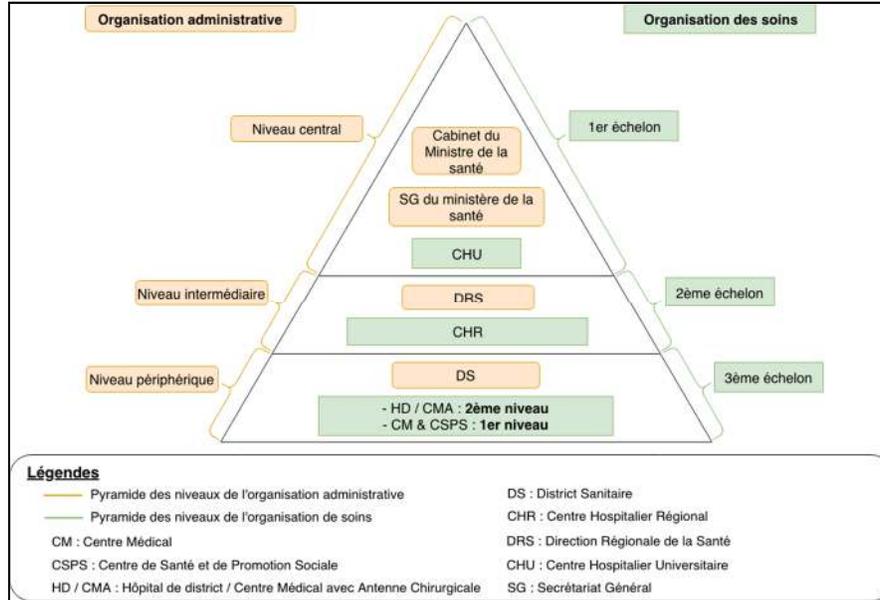
Le district sanitaire de Baskuy couvre une superficie de 33 km² avec une population estimée à 311 208 habitants en 2017 et 323 646 habitants en 2018 (Ministère de la santé, 2018, p. 8 ; 2019, p. 12). Il est composé de l'arrondissement administratif de Baskuy. Celui de Bogodogo couvre une superficie de 1.192 km² (Ministère de la santé, 2012, p. 23) et compte une population estimée à 828 114 habitants en 2017 et 861 209 habitants en 2018 (Ministère de la santé, 2018, p.8 ; 2019, p. 12). Y compris l'arrondissement périurbain de Bogodogo, le district est composé des formations sanitaires des communes rurales de Koubri, de Saaba.

1.2. Organisation du système national de santé

Le système de santé au Burkina se structure autour de deux formes : une organisation administrative et une organisation de l'offre de soins. La présentation du système sanitaire est déclinée dans le plan national sanitaire 2011 dont la mise à jour se fait régulièrement à travers les annuaires statistiques de santé.

La structuration administrative comprend les directions régionales de santé (DRS) couvrant les mêmes aires que les régions administratives. Il existe ainsi 13 DRS, découpées en entités opérationnelles que sont les districts sanitaires (DS). Depuis 2016, le système de santé est composé de 70 districts sanitaires. L'organisation de l'offre de soins concerne les structures publiques et privées de soins, hiérarchisées en trois niveaux pour dispenser aux populations, des soins primaires, secondaires et tertiaires (Figure n°1).

Figure n°1 : Organisation du système sanitaire au Burkina Faso



Source : Ministère de la santé, 2004

Le premier niveau correspond au district sanitaire qui comprend deux échelons : (i) le premier échelon de soins est le Centre de santé et de promotion sociale (CSPS) au nombre de 1760 en 2016, 1839 en 2017 et 1896 en 2018 ; (ii) le Centre médical avec antenne chirurgicale (CMA), centre de référence des CSPS constitue le second échelon. On dénombre 45 CMA depuis 2017. Le Centre hospitalier régional (CHR) est le second niveau de l'offre de soins, tandis que le Centre hospitalier universitaire constitue le troisième niveau, c'est-à-dire le niveau de référence le plus élevé.

Le pays compte également des structures privées de soins, concentrées dans les villes de Ouagadougou et Bobo-Dioulasso ainsi qu'une offre de médecine traditionnelle. Cette dernière est encadrée par une loi et administrée par une direction technique.

1.3. La méthode de collecte et de traitement des données

Cette recherche combine les approches quantitative et qualitative, et alterne la compilation de données documentaires et d'enquêtes.

1.3.1. La recherche documentaire

Les données secondaires ont été identifiées par une revue de littérature à travers la diversification des sources d'information et des types de documents. Différents ouvrages académiques, institutionnels et des articles scientifiques ont été exploités. Ces données portent sur les aspects liés à la thématique d'étude.

1.3.2. Les enquêtes de terrain

L'annuaire statistique de la santé 2018 (Ministère de la santé 2019, p.41) a recensé huit centres médicaux (CM) et trois CSPS situés à Baskuy, contre quatre CM et 27 CSPS pour le district sanitaire. Les enquêtes ont été menées au sein des centres de santé choisis de façon aléatoire, par tirage au sort, d'une part entre les CM de Baskuy ; d'autre part entre les CSPS de Bogodogo. A Baskuy, il s'agit des formations sanitaires suivantes : Centre médical urbain du secteur 8, (CMU-08), CMU Gounghin. A Bogodogo les formations sanitaires concernées sont : CSPS de Wemtenga, CSPS du 30 « communément appelé Major », Hôpital du

Santé maternelle, néonatale et infantile dans un contexte de gratuité des soins: état des lieux et enjeux sanitaires dans les districts sanitaires de Baskuy et Bogodogo (Ouagadougou)

district de Bogodogo (Carte n°1). Le choix de l'hôpital du district s'explique par le fait que c'est une formation sanitaire de référence pour les quatre autres.

Ainsi 220 personnes cibles, patients des services de santé, et 25 personnels soignants ont été interrogés. Le tableau n°1 présente la répartition de l'échantillon démographique.

Tableau n°1: Personnes enquêtées dans les districts sanitaires de Baskuy et de Bogodogo

Districts	Patients			Personnels soignants
	Total	Femmes %	Hommes %	
Baskuy	100	94	6	10
Bogodogo	120	80	20	15
Effectif total	220	-	-	25

Source : Enquêtes terrain, 2018

Sur l'effectif de la population enquêtée, 55% l'ont été sur l'aire sanitaire du district de Bogodogo et 45% à Baskuy. Dans l'ensemble, les femmes étaient en nombre majoritaire, 194 sur 220 patients soit 88%.

Parmi les personnes enquêtées dans le district sanitaire de Baskuy, 40% ont atteint le niveau secondaire et 26% n'ont pas été scolarisées. Les autres cibles se répartissent entre le niveau supérieur et l'enseignement coranique. Dans le district sanitaire de Bogodogo, 23% ont le niveau secondaire, 22% des personnes sont non scolarisées. Les autres patients se répartissent entre le niveau primaire 28%, le niveau supérieur 25% et 20% des personnes enquêtées ont fréquenté l'école coranique (éducation non formelle).

1.3.3. Techniques et outils de collecte des données

Les techniques et les outils de collectes de données utilisés sont l'entretien direct (avec un questionnaire) auprès des patients des services de santé, l'entretien semi-direct auprès de 25 agents

de santé (à l'aide d'un guide d'entretien) pour le personnel de santé et l'observation directe (avec une grille d'observation). Les questionnaires des utilisateurs ont porté sur les profils des utilisateurs, la connaissance de la gratuité, les prestations reçues, par les cibles et leurs appréciations sur ces prestations. Les statistiques sanitaires, la mise en œuvre de la gratuité et les difficultés y relatives, ainsi que des suggestions d'amélioration ont été les points majeurs des échanges avec le personnel de santé.

1.3.4. Traitement et analyse des données

Le traitement s'est fait à travers une catégorisation des données pour vérifier les hypothèses de recherche. Les difficultés et les suggestions ont permis d'étoffer la discussion, en confrontant ce travail avec des recherches antérieures. Le mapping de la zone d'étude résulte des informations des formations sanitaires, intégrées à une base de données géographiques à l'échelle de la ville de Ouagadougou, et gérée sous Système d'information géographique (SIG), à travers QGIS. Des cartes de présentation de la zone d'étude (découpage administratif et sanitaire de Ouagadougou)

Les résultats présentés associent les données primaires issues d'une enquête terrain et des données secondaires provenant de la recherche documentaire. Annuellement mises à jour, les statistiques du Ministère de la santé à travers sa Direction des Etudes et de la Planification, ont permis d'orienter la recherche sur le plan conceptuel et méthodologique. Les informations de base des formations sanitaires sont issues de l'annuaire statistique annuel du Ministère de la santé. Puis les entretiens ont aidé à préciser les informations de chaque entité sanitaire.

2. RESULTATS

2.1. Une offre de soins assez importante dans la zone d'étude

2.1.1. Le district sanitaire de Baskuy

Avec 33 km² de superficie et une population de 323 646 habitants, le district sanitaire de Baskuy est le plus petit district de la région. La population se répartit comme suit : 7 244 nourrissons, 26 898 enfants de 0-4 ans, 63 708 de 5-14 ans, 195 120 hommes de plus de 15 ans et 30 676 femmes de 15 ans et plus. En 2018, le district sanitaire comptait 30 formations sanitaires publiques, un centre hospitalier universitaire (CHU), huit centres médicaux (CM), trois centres de santé et de promotion sociale (CSPS), un dispensaire isolé et 17 infirmeries/services de santé des travailleurs). Il existe 48 des formations sanitaires privées (polycliniques, cliniques, centres médicaux, cabinets de soins infirmiers et des cabinets dentaires).

Le Centre Hospitalier Universitaire National Yalgado Ouédraogo (CHUN-YO) est une structure de référence nationale qui dispose d'équipements de base et d'équipements de hauts niveaux tels que les systèmes pour oxygénation et les équipements de désintoxication. Le CHUN-YO compte 713 lits d'hospitalisation ou d'observation.

Le rayon moyen d'action théorique (RMAT) dans le district de Baskuy est de 0,5 km si l'on prend en compte les structures du privé. La totalité de la population se situe à moins de 4km d'une formation sanitaire (Ministère de la Santé, 2019, p.14).

Sur le plan des équipements, le district possède une seule ambulance pour l'évacuation des cas d'urgence des CSPS vers les formations sanitaires de référence. Les différentes formations sanitaires publiques du district de Baskuy ont tous accès à l'eau potable, sont équipées en électricité et disposent chacune d'une ligne téléphonique. On note un lit d'observation pour environ 1500 personnes.

2.1.2. Le district sanitaire de Bogodogo

Le district a une superficie de 1192 km² et une population de 861 209 habitants (dont 13%

d'enfants de moins de 5 ans). Il compte 49 formations sanitaires publiques : deux CHU, quatre CM, 27 CSPS, un dispensaire isolé, et 15 infirmeries et 105 structures sanitaires privées dont un hôpital. Les CHU sont le CHU Pédiatrique Charles de Gaulle (CHU/CDG) et le CHU de Bogodogo. Le CHUP/CDG offre des prestations telles que les consultations ou traitements pour enfants malades, les consultations des nourrissons sains, la prise en charge des cas de malnutrition (aigüe ou sévère), la transfusion sanguine, le traitement du paludisme, la prise en charge des cas de VIH/SIDA, la chirurgie, la traumatologie, l'hospitalisation. Le CHU/CDG dispose de 152 lits d'hospitalisation ou de mise en observation. En tenant compte de l'ensemble des structures sanitaires, le rayon moyen d'action théorique dans le district sanitaire est 1,9 km. En termes d'accessibilité aux soins, 94% de la population se trouve à moins de 4 km d'une formation sanitaire, 2,7% entre 5 à 9 km et 2,5% à 10 km (Ministère de la Santé, 2019, p.14). En termes d'équipements le district de Bogodogo dispose de lits (un lit pour près de 1700 personnes), et de deux ambulances facilitant les évacuations ou les références vers le troisième niveau de soins.

2.2. Des ressources humaines sanitaires diversifiées mais insuffisantes

Le personnel soignant du district sanitaire de Baskuy se compose de deux médecins spécialistes, neuf médecins généralistes, 37 attachés de santé, 91 infirmiers d'Etat (IDE), 66 sages-femmes/maïeuticiens d'Etat (SFE/ME), 49 infirmiers brevetés (IB). Quant au district sanitaire de Bogodogo, il compte sept médecins spécialistes, 23 médecins généralistes, 45 attachés de santé, 138 IDE, 120 SFE/ME, 97 IB, etc. Dans les deux districts sanitaires, (tableau 2) tous les CSPS remplissent les normes minimales en personnel recommandés (Ministère de la Santé, 2019, p.33).

Tableau n°2 : Ratio personnel de santé par formation sanitaire

	Médecins	IDE+IB	SFE-ME
Ratio district Baskuy	1/35 891	1/3778	1/4631
Ratio district Bogodogo	1/20 650	1/4659	1/6587
Ratio National	1/12 000	1/2419	1/5510
Norme OMS	1/10 000	1/5000	1/7000

Source: Enquêtes terrain, 2018

De ce tableau, il ressort que les deux districts sanitaires de Bogodogo remplissent les normes de l'OMS en termes de ratio IDE+IB/habitants et SFE-ME/habitants. Ces ratios sont respectivement de l'ordre d'un IDE pour 4.659 habitants et un SFE/ME pour 6.587 habitants. Mais le ratio infirmier/habitants est en deçà de la moyenne nationale (1/2419), ce qui montre qu'il y a une amélioration à faire à ce niveau, dans les deux districts. Par contre on note un déficit énorme de médecins dans lesdits DS. En effet, il y a un médecin pour 35891 habitants à Baskuy et un pour 20.650 habitants à Bogodogo alors que l'OMS préconise un médecin pour 10.000 habitants.

Le personnel soignant du CHU/YO et du CHUP/CDG n'est pas pris en compte dans la présente étude car ces centres de soins sont des entités indépendantes, à gestion autonomes. Ils reçoivent les patients référés soit à l'échelle régionale, soit à l'échelle nationale.

2.3. Une mise en œuvre effective de la gratuité des soins de la mère et de l'enfant

Les populations vivant dans les deux districts sanitaires (98% des personnes enquêtées à Baskuy et 98,33% à Bogodogo) confirment la mise en œuvre de la politique de gratuité des soins en faveur des femmes enceintes et des enfants de moins de cinq ans. A Baskuy, 82% des personnes enquêtées ont déjà bénéficié de la gratuité des soins tandis qu'à Bogodogo, ce taux est de 87%. Cette mesure de gratuité des soins a levé les contraintes financières favorisant ainsi

l'accès des femmes enceintes et des enfants de moins de cinq ans aux services de santé. C'est ainsi que dans le CSPS du secteur 30 du district sanitaire de Bogodogo, on a enregistré 1198 accouchements (Avril 2016 à Janvier 2017 inclus). Toujours dans le CSPS du 30, au cours de la même période, on a enregistré 3807 contacts des enfants de 0-5 ans, et 3393 CPN. Dans le district sanitaire de Baskuy, le CM de Gounghin enregistre environ 20 consultations prénatales par jour. Cette gratuité des soins maternels et infantiles dans les districts sanitaires de Baskuy et de Bogodogo contribue à la réduction de la mortalité maternelle, infantile et néonatale. Une SFE du CSPS 30 (DS de Bogodogo) témoigne : « Depuis la mise en œuvre de la gratuité, il n'y a pas eu de cas de décès dans notre centre. C'est une mesure qui soulage beaucoup les populations les plus démunies dont l'accès aux soins était très limité faute de moyens financiers ».

Si la mesure est effective dans la zone d'étude, il faut signaler qu'il existe des insuffisances dans sa mise en œuvre. Une part d'insatisfaction est signalée par les personnes enquêtées (Graphique n°1.)

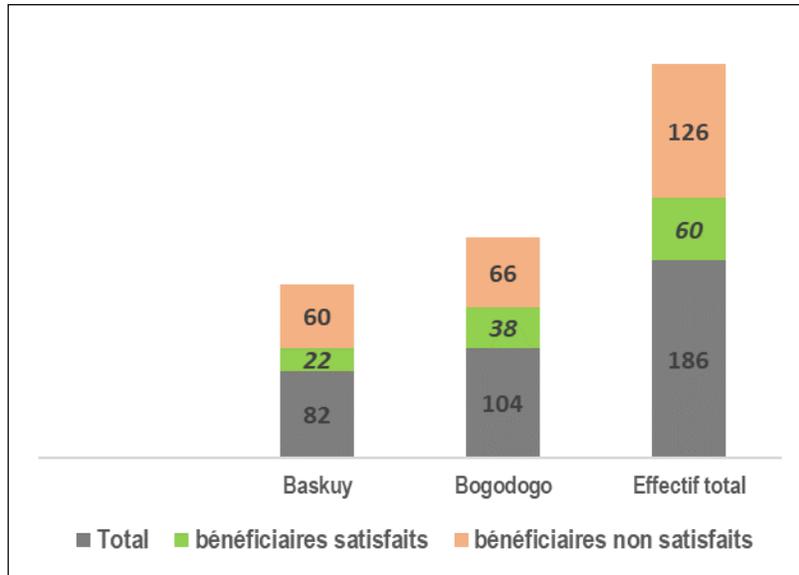
2.4. Des difficultés dans la mise en œuvre de la gratuité des soins dans les districts sanitaires de Baskuy et de Bogodogo

La gratuité des soins maternels et infantiles est une réalité dans la zone d'étude. Sur l'ensemble des personnes enquêtées, 98% avaient connaissance de la mesure ; toute chose qui pourrait participer à la fréquentation des

formations sanitaires et constituer une avancée dans l'amélioration de la santé maternelle et infantile dans les districts sanitaires de Baskuy et

de Bogodogo. Toutefois, la fréquentation des formations sanitaires contraste avec la satisfaction des services offerts. (Graphique n°1).

Graphique n°1 : Etat de satisfaction des bénéficiaires cibles



Source : Enquêtes de terrain, 2018

Les deux districts présentent des taux de satisfaction relativement bas. Seulement 27% et 37% des bénéficiaires, respectivement à Baskuy et à Bogodogo affirment avoir été satisfaits de la mesure de gratuité. La satisfaction relève de l'accueil par le personnel de santé mais aussi des soins reçus. Mais les points d'insatisfaction participent des difficultés de mise en œuvre de la mesure, soulignées par les patients enquêtés et par le personnel de santé.

La mise en œuvre de la gratuité des soins au profit des femmes et des enfants rencontre des difficultés à plusieurs niveaux. La première difficulté concerne le matériel et l'équipement des laboratoires. On note l'insuffisance des consommables médicaux en occurrence les seringues, les fils de suture, les flacons, les gans, les masques pour la ventilation, les boites de chirurgie, les sondes urinaires. De nombreux équipements usuels tels que les thermomètres, les tensiomètres, les pèses bébés et adultes, les stéthoscopes, sont en mauvais état. C'est le cas

aussi des lits d'hospitalisation, des matelas, des tables d'accouchement.

La deuxième difficulté se situe au niveau du personnel soignant, chargé d'appliquer la gratuité. Les forts taux de fréquentation des structures de santé dus à la gratuité, ont entraîné une augmentation de la charge de travail de ce personnel (quantités énormes de documents à remplir tels que les bulletins d'examen, les ordonnances médicales). De plus il y a des incompréhensions entre agents et patients en cas de rupture des produits médicaux. Ces derniers accusant souvent les premiers de détournements de produits. Des cas de menaces et d'agressions physiques d'agents de santé par certains patients ou accompagnants de malades ont été signalés dans les deux districts sanitaires d'étude. Cette situation engendre une démotivation des agents de santé, surtout qu'ils n'ont pas eu de formation préalable à la mise en œuvre de la gratuité. De plus le remboursement tardif des ressources financières allouées aux formations sanitaires

perturbe leur fonctionnement et occasionne souvent les ruptures de médicaments.

La troisième difficulté inhérente à la mise en œuvre de la gratuité, porte sur les ruptures chroniques des produits dans les dépôts pharmaceutiques qui concernent tous les centres de santé enquêtés. Les personnes enquêtées affirment que la durée de ces ruptures varie d'un jour à une semaine, voire plus. Les ruptures de médicaments dans les dépôts pharmaceutiques sont souvent accentuées par les mauvais comportements de certains patients qui profitent de la mesure de gratuité pour constituer des dépôts de médicament à domicile.

Toutes ces difficultés énumérées n'entravent pas la fréquentation des centres de santé. En témoigne les longues files d'attente dans les centres de santé depuis la mise en œuvre de la gratuité. Cette situation a obligé certains centres de santé à instaurer des quotas de consultations dans la journée. Ainsi, dans l'hôpital du district de Bogodogo le service de pédiatrie consulte au maximum 10 enfants par jour. Au CSPS de Wemtenga, 15 à 30 enfants sont consultés par jour. Cette situation cause des désagréments et des frustrations au niveau de la population.

3. DISCUSSION

Au regard des retombées indéniables de la gratuité des soins, dans un contexte sanitaire marqué par des taux de mortalité maternelle et infantile élevés, les autorités du Burina Faso ont décidé de la gratuité des soins en faveur des enfants de moins de cinq ans et des femmes. Cette frange de la population rencontre des contraintes d'accès aux soins liées à la pauvreté, à l'insuffisance de l'offre de soins et de la qualité des soins, à l'insuffisance des infrastructures et des équipements sanitaires. De nombreuses études montrent que les femmes utilisent moins

les services de santé que les hommes. Parmi les déterminants de la consommation de soins, celle-ci est largement conditionnée par la capacité à payer des familles (Haddad S et al., 2004, p.203-205). Les auteurs précisent que la propension des femmes et des hommes à utiliser des services de santé est relativement comparable dans les premiers jours de la maladie ; mais ce n'est plus le cas après la première semaine. Les pesanteurs socioculturelles, la faiblesse voire le manque de ressources financières et l'absence de prise de décision des femmes/mères contribuent à retarder ou empêcher la consommation des soins pour elles-mêmes ou pour les enfants.

Les districts sanitaires de Bogodogo et de Baskuy disposent de ressources humaines et matérielles assez importantes qui ont permis d'appliquer la politique de gratuité des soins au profit des femmes et des enfants. Malgré les insuffisances, le niveau des infrastructures reste satisfaisant dans les deux districts sanitaires. Au regard de l'engouement suscité par la gratuité des soins, les ressources humaines et matérielles doivent être renforcées afin de faire face à la forte demande de soins.

Dans de nombreux Etats qui ont expérimenté la gratuité des soins, les taux de fréquentation des centres de santé ont augmenté et les taux de mortalité maternelle et infantile ont baissé. En 2005 le Sénégal a mis en place d'une politique de subvention des accouchements et des césariennes au profit des populations les plus démunies dans les cinq régions les plus pauvres du pays avec les taux de mortalité maternelle les plus élevés. Cette action a permis l'augmentation du nombre d'accouchements et des actes de césariennes réalisés dans les structures sanitaires et une baisse de la mortalité (L. Touré et al., 2012, p.22). Des résultats semblables ont été obtenus

au Niger dans le district de Kéita, où une étude a montré que le nombre de consultations des enfants de moins de 5 ans a été multiplié par 2 suite à la mise en œuvre de la gratuité des soins (J.P. Olivier de Sardan et al., 2010, p.4). Au Mali la mise en œuvre de la gratuité totale des soins au profit des enfants de moins de cinq ans a entraîné une augmentation de l'utilisation des services de santé dans tous les sites pilotes (V. Ridde, 2011, p. 2).

Cependant la gratuité des soins ne conduit pas toujours à une augmentation de la fréquentation des formations sanitaires. En effet une étude menée à Bouaké en Côte d'Ivoire a montré que le taux d'abandon des consultations prénatales dans le district de Bouaké Sud avait augmenté (57,55%) en dépit de gratuité des soins en faveur des femmes enceintes (Kouakou et al., 2017, p. 126). Cette situation serait liée au manque de décision des femmes enceintes, ainsi qu'à l'influence de la médecine traditionnelle et à l'âge de la femme.

Contrairement au constat fait dans le district de Bouaké Sud, la politique de gratuité des soins a offert aux femmes des districts sanitaires et Baskuy et de Bogodogo, l'indépendance dans l'utilisation des services de santé. Elles n'ont plus besoin de demander l'argent à leurs maris pour le paiement des prescriptions après la consultation. Depuis la mise en œuvre de cette mesure les femmes font recours aux services de soins dès l'apparition des premiers signes cliniques d'une pathologie pour elles ou pour leurs enfants. Cela permet alors d'éviter ainsi les complications de grossesse chez les femmes enceintes et les cas de complication des pathologies infantiles.

Nos résultats ont cependant révélé qu'une proportion importante des populations enquêtées (73% à Baskuy et 63% à Bogodogo), ayant

bénéficié de la gratuité des soins ne sont pas satisfaits de la mise en œuvre de la mesure. Cette situation soulève des interrogations quant à l'impact de cette politique de soins sur la qualité de la prise en charge des patients. Une étude sur la perception de la gratuité des soins réalisée dans le district de Bamako et dans les cercles de Sikasso et de Kita au Mali, a noté que 72% des personnes enquêtées pensent que la gratuité a entraîné une baisse de la qualité des soins (L. Touré et F. Escot, 2011, p. 3).

Néanmoins, la gratuité des soins est une politique idéale pour la réduction de la mortalité maternelle et infantile. Cependant les coûts pour sa mise en œuvre restent élevés. On estime à 125 milliards de F CFA le coût pour les 5 années de mise en œuvre de la mesure au Burkina Faso. La forte demande de soins combinée aux difficultés constatées dans la mise en œuvre de la gratuité laisse craindre des restrictions ou un renoncement à long terme par les autorités politiques. Au Burkina Faso, comme au Niger et au Mali, la politique de gratuité des soins au profit des personnes vulnérables a été mise en œuvre dans une sorte d'impréparation (Olivier de Sardan et Ridde, 2012, p. 19.). Cette situation engendre d'énormes difficultés accentuées par les mauvaises pratiques (vol de médicaments, rackets, etc.). Les mauvais comportements tant de la part des bénéficiaires que du personnel soignant risquent de compromettre la pérennité du processus.

Il y a aussi le fait que les remboursements par l'Etat des prestations offertes gratuitement aux femmes et aux enfants, se font tardivement au profit des entités sanitaires. Cette situation pose des difficultés pour le bon fonctionnement des formations sanitaires (baisse des recettes, renouvellement des achats de médicaments, ruptures de stocks). C'est le même constat fait au

Niger. En effet entre 2008 et 2010, les remboursements des factures liées à la gratuité des soins ont été respectivement de 30%, 52% et 73% dans les districts sanitaires de Dosso, de Doutchi et de Loga (Y. Kafando et al, 2011, p.25).

CONCLUSION

La santé maternelle et infantile constitue une priorité pour le Burkina Faso. La gratuité des soins figure parmi les différentes mesures adoptées par les autorités politiques et sanitaires pour favoriser l'accessibilité des soins aux populations les plus vulnérables. La pertinence de cette mesure réside dans le fait qu'elle permet le renforcement de la fréquentation des structures de santé pour une meilleure prise en charge des maladies.

L'analyse des résultats de cette étude permet de constater que la gratuité des soins maternels et infantiles constitue une avancée dans l'amélioration de la santé maternelle et infantile dans les districts sanitaires de Baskuy et de Bogodogo. Elle permet d'améliorer le recours et l'accès aux services de santé par les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans. Toutefois, le personnel soignant et la population cibles ne sont pas satisfaits de la gratuité. En effet, d'énormes difficultés surviennent depuis la mise en œuvre de cette mesure, entraînant des conflits récurrents entre les cibles et les prestataires. Ces difficultés résultent de l'insuffisance en infrastructures et en équipements, des fréquentes ruptures en médicaments au niveau des deux districts sanitaires, de la faible voire absence de motivation du personnel.

En dépit de l'existence de ces difficultés, la gratuité des soins maternels et infantiles reste une

mesure salubre pour les femmes et les enfants. Il y a donc nécessité d'une meilleure organisation de ladite mesure, de l'engagement de tous les acteurs ainsi que du gouvernement pour soutenir cette politique dont la pérennité constitue un enjeu sanitaire à long terme.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

ANDRIANTSIMIETRY Sandrine, RAKOTOVAO Jean Pierre, RAMIANDRISON Eliane, HAJA Andriamiharisoa, RAZAKARIASY Eric et FAVERO Rachel, 2015, « Evaluation de la disponibilité des personnels qualifiés en santé maternelle et néonatale à Madagascar », *African Evaluation Journal* 3(2), Art. #156, 8 pages. <http://dx.doi.org/10.4102/aej.v3i2.156>

BASSABI Kodjo, 2020, Déterminants du recours précoce aux soins prénatals au Mali, ISPED/Bordeaux, 50p.

CARVAJAL-AGUIRRE Liliana, AMOUZOU Agbessi, MEHRA Vrinda, MENG Ziqi, NABILA Zaka et HOLLY Newby, 2017, « Gap between contact and content in maternal and newborn care: An analysis of data from 20 countries in sub-Saharan Africa », *Journal of health global*, Vol. 7 No. 2 • 020501; 8p, doi: 10.7189/jogh.07.020501

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, 2004. Inégalités sociales de santé. pp. 199-210 ; doi : <https://doi.org/10.3406/oss.2004.1012> https://www.persee.fr/doc/oss_1634-8176_2004_num_3_2_1012

GLOBAL BURDEN OF DEASES CHILD MORTALITY COLLABORATORS, 2016, « Global, regional, national, and selected subnational levels of stillbirths, neonatal, infant, and under-5 mortality, 1980-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015 », *Lancet* ; 388(10053):1725–74. 4.

JOURNAL OFFICIEL DU FASO, 2016, Décret 2016-311/PRES/PM/MS/MATDSI/MINEFI, 2p.

KOUASSI Konan, BRISSY Olga Adeline, APPIA Edith Adjo, SOUMAHORO Blondé, 2017, « L'état des lieux de l'abandon des consultations prénatales dans les espaces ruraux du District Sanitaire de Bouake Sud dans un contexte de gratuite ciblée des soins en Côte d'Ivoire », *Journal de la Recherche Scientifique de l'Université de Lomé*, Vol. 19 No. 3, p. 121-130.

MINISTERE DE LA SANTE, 2012, Cartographie de l'offre de services de santé 2010, Burkina Faso, 133 p.

MINISTERE DE LA SANTE et ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, 2017, Profil sanitaire complet du Burkina Faso, module 1, Burkina Faso, 50 p.

MINISTERE DE LA SANTE, 2018, Annuaire statistique de la santé 2017, DGISS, 386 p.

MINISTERE DE LA SANTE, 2019, Annuaire statistique de la santé 2018, DGISS, 502 p.

OKEDO-Alex IN, AKAMIKE IC, EZEANOSIKE OB, UNEKE CJ. 2019, « Determinants of antenatal care utilisation in sub-Saharan Africa: a systematic review », *BMJ*

NIKIEMA Dayangnéwendé Edwige, ROUAMBA Jérémie et OUEDRAOGO François de Charles. (2020). *Revue Espace, Territoires, Sociétés et Santé*, 3 (6), 27-42

Open [Internet]. Oct7[cited2020Feb6];9(10). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6797296/>

OLIVIER DE SARDAN Jean Pierre et RIDDE Valéry, 2012, « L'exemption de paiement des soins au Burkina Faso, Mali et Niger. Les contradictions des politiques publiques », *Afrique contemporaine*, 3 n°243, pp 11-32

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, 2017, Plus sain, plus juste, plus sûr : l'itinéraire de la santé dans le monde, 2007–2017, Genève. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO, 76p

RIDDE Valéry, 2011, Que sait-on en 2011 des nouvelles politiques de gratuité des soins au Mali? , URI : <http://hdl.handle.net/10625/53574>, 4 p.

RUKTANONCHAI Corrine, RUKTANONCHAI Nick, NOVE Andrea, LOPES Sofia, PEZZULO Carla, BOSCO Claudio, et al., 2016, « Equality in Maternal and Newborn Health: Modelling Geographic Disparities in Utilisation of Care in Five East African Countries », *PLoS ONE* 11(8): e0162006. doi: 10.1371/journal.pone.0162006, p. 1-17.

TOURE Lalla, WANE Defa, ALFORD Sylvia et TAYLOR Rachel, 2012, Santé maternelle et néonatale au Sénégal : succès et défis 2011, Ministère de la santé /Sénégal, 80p.

TOURE Laurence et ESCOT Fabrice., 2011, Les perceptions de la gratuité des soins au Mali, Programme Abolition du paiement. Note d'information n° 5, 4p.

Santé maternelle, néonatale et infantile dans un contexte de gratuité des soins: état des lieux et enjeux sanitaires dans les districts sanitaires de Baskuy et Bogodogo (Ouagadougou)

TOURE-ECRA Ana, HORO Apollinaire, FANNY Mohamed et KONE Moussa, 2016, « Politique de gratuité des soins obstétricaux et indicateurs de santé maternelle et infantile : Résultats et impact dans une maternité de niveau tertiaire à Abidjan (Côte d'Ivoire) », DOI <http://dx.doi.org/10.13070/rs.fr.3.1551>; <https://www.researchgate.net/publication/5420915>, p. 1-5.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016, WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience, Geneva: World Health Organization, 152 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, Trends in maternal mortality: 1990 to 2015 [Internet]. WHO [cited 2020 Jan 24]. Available from: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/maternal-mortality2015/en>

WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015, State of inequality: Reproductive, maternal, newborn and child health, Available: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/164590/1/9789241564908_eng.pdf?ua=1&ua=1.



ENTRE FORMEL ET INFORMEL : LE VISAGE DE L'OFFRE ET DE LA DEMANDE DE SOINS MATERNELS ET CURATIFS EN MILIEU ADJAFON DU DEPARTEMENT DU COUFFO AU BENIN

BETWEEN FORMAL AND INFORMAL: THE FACES OF THE SUPPLY AND DEMAND OF MATERNAL AND CURATIVE CARE IN THE ADJAFON ENVIRONMENT OF THE COUFFO DEPARTMENT IN BENIN

¹AKPI Eric Ayédjo, ²GNAHOUI Léontine Elisabeth et ³KPATCHAVI Codjo Adolphe

¹ Assistant de recherche, Laboratoire d'Anthropologie Médicale Appliquée (LAMA), Université d'Abomey-Calavi (UAC), ericakpi@gmail.com
SINSIN Cory Gbèdodé, Doctorante, Ecole Doctorale Pluridisciplinaire d'Abomey-Calavi, Université d'Abomey-Calavi (UAC), sirysona@gmail.com

² Assistante de recherche, Laboratoire d'Anthropologie Médicale Appliquée (LAMA), Université d'Abomey-Calavi (UAC), nawena.gel@gmail.com

³ Enseignant-Chercheur, Professeur Titulaire des Universités, Université d'Abomey-Calavi (UAC), kpatchaviadolphe@yahoo.com

AKPI Eric Ayédjo, SINSIN Cory Gbèdodé, GNAHOUI Léontine Elisabeth et KPATCHAVI Codjo Adolphe, Entre formel et informel : le visage de l'offre et de la demande de soins maternels et curatifs en milieu adja-fon du département du Couffo au Bénin, *Revue Espace, Territoires, Sociétés et Santé* 3 (6), 43-64, [En ligne] 2020, mis en ligne le 31 Décembre 2020, consulté le 2021-01-11 05:50:15, URL: <https://retssa-ci.com/index.php?page=detail&k=128>

Résumé

Dans le Couffo les indicateurs de santé demeurent faibles malgré que les systèmes locaux de santé (SYLOS) aient bénéficié du Programme d'Appui au Secteur de la Santé (PASS) de la Coopération Technique Belge

(Enabel). Par exemple, le taux de fréquentation des formations sanitaires publiques étaient de 31,1% en 2016, 33,8% en 2017. De ces statistiques, il ressort que les services de soins maternels et curatifs sont les moins demandés par les populations. Partant de ce constat, cet article s'est proposé de documenter les caractéristiques de l'offre et les déterminants de la demande de soins maternels et curatifs dans le département du Couffo. Par une démarche qualitative, la recherche a porté sur 160 enquêtés regroupant les acteurs de l'offre formelle et privée (formelle/informelle) de santé et des acteurs de la demande. Ceux-ci sont interviewés moyennant les techniques d'entretiens semi-directifs individuels, le focus group, l'enquête par procuration et l'observation directe. L'enquête a identifié des dysfonctionnements structurels et organisationnels au niveau des SYLOS. Il ressort aussi que, par le moyen de leurs dysfonctionnements, les systèmes locaux de santé « fabriquent » les acteurs du secteur informel en les dotant directement ou indirectement de savoir-faire médicotéchniques. Ces derniers disposent ainsi en plus de leur savoir-faire culturel des connaissances médicales leur permettant d'offrir une prise en charge holistique et adaptée aux populations les

Entre formel et informel : le visage de l'offre et de la demande de soins maternels et curatifs en milieu adja-fon du département du Couffo au Bénin

plus pauvres. Il serait bénéfique de repenser la gouvernance des SYLOS en mettant l'accent sur la collaboration avec les acteurs du secteur privé pour lever les barrières d'accès aux soins de santé.

Mots clés : Bénin, système Local de Santé, dysfonctionnements, soins informels, accès aux soins

Abstract

In Couffo, health indicators remain weak despite the fact that the local health systems (SYLOS) have benefited from the Support Program for the Health Sector (PASS) of the Belgian Technical Cooperation (Enabel). For example, the attendance rate of public health facilities was 31.1% in 2016, 33.8% in 2017. From these statistics, it appears that maternal and curative care services are the least requested by the populations. Based on this observation, this article sets out to document the characteristics of the supply and the determinants of the demand for maternal and curative care in the Couffo department. Using a qualitative approach, the research involved 160 respondents bringing together actors in the formal and private (formal / informal) health care offer and demand actors. They are interviewed using the techniques of semi-structured individual interviews, focus group, proxy survey and direct observation. The investigation identified structural and organizational dysfunctions at the SYLOS level. It also emerges that, through their dysfunctions, the local health systems "manufacture" the actors of the informal sector by providing them directly or indirectly with medico-technical know-how. In addition to their cultural know-how, the latter thus have medical knowledge enabling them to offer holistic and appropriate care to the poorest populations. It would be beneficial to rethink the governance of SYLOS by emphasizing collaboration with private

sector actors to remove barriers to access to health care.

Keywords: Benin, local health system, dysfunctions, informal care, access to health care

INTRODUCTION

L'organisation des systèmes de santé en Afrique remonte pour l'essentiel aux années 1920-1930 avec l'héritage colonial dans les colonies françaises et des prestations fortement marquées du service de santé des armées (P. Jacquemot, 2012, p. 95). Ces systèmes ont reçu de multiples restructurations tant sur le plan national qu'international en fonction des enjeux sanitaires auxquels ils ont été confrontés. La nécessité du modèle du district s'est imposé dans les années 1980¹, dans l'optique de parvenir aux objectifs de Soins de Santé Primaire (SSP) énoncés trois ans plus tôt à Alma-Ata en 1978 et celui de « santé pour tous » énoncé sept ans plus tard à Harare en 1987. Ainsi, au Bénin comme dans plusieurs autres pays, les systèmes de santé sont conçus sous une forme pyramidale en bas desquels les Zones Sanitaires (ZS) constituent les entités opérationnelles les plus décentralisées et où les centres de santé de premier contact constituent les portes d'entrée dans le système de santé². Ces systèmes de santé sont censés assurer la Couverture Universelle de Santé (CUS). L'idéal recherché en adoptant la vision de la CUS, était que l'ensemble de la population soit en mesure de recevoir les soins de qualité dont elle a besoin et ce, à un coût qui ne l'appauvrit pas (E. Ngabire, 2013, p. 2), et d'une accessibilité géographique optimale. Loin de s'opérer radicalement, c'est par un processus transitionnel que chaque pays tente d'y parvenir.

¹Rapport de la conférence régionale de Dakar (2013)

²Plan National Stratégique de Développement des ressources humaines en santé, 2009, p. 15

Dans les pays en développement comme les Bénin, la couverture universelle de santé s'exprime autrement à travers plusieurs secteurs. En milieu Adja-fon du Couffo où la présente recherche s'est déroulée, les acteurs font usages, pour les questions de maladie et de grossesse, de ces différents secteurs en fonction de leur perception, des facteurs culturels, sociologiques et géographiques (F. Bourdier, 2015, p. 82).

Le secteur populaire est plus important pour l'individu adja-fon surtout en matière de gestion de grossesse et de maladie de fait qu'il est en interaction avec son entourage proche. Dans ce secteur, l'individu fait recours à l'automédication et à la pharmacopée locale. Le traitement est basé sur le constat et l'expérience empirique (P. Joly *et al.*, 2005, p. 543). Ce secteur est fréquenté souvent au même titre que le secteur traditionnel dans lequel opèrent des spécialistes non professionnels. Il inclue les guérisseurs traditionnels, les tradi-praticiens, les vendeurs ambulants de médicaments et les prestataires privés informels (P. Jacquemot, 2012, p. 97). Bref, il est « l'ensemble des pratiques qui divergent de celles reconnues par les instances représentant le système national de santé » (P. Bourdier, 1995, p. 2). Certaines de ses composantes sont proches du secteur populaire, d'autres proches du secteur professionnel. Le secteur officiel de soins est celui des professions de santé organisées (C. A. Kpatchavi, 2011, p. 135). Il s'impose le plus, en raison principalement de son haut degré d'institutionnalisation. De ce secteur, n'est souvent pas perçu l'ensemble du système de soins (P. Joly, 2005, p. 543).

En milieu Adja-fon du Couffo, il est constaté que ce dernier secteur est moins bien fréquenté par les populations. En effet, en 2015, il ressort des statistiques que beaucoup d'indicateurs sont maintenus dans une tendance baissière sur trois années consécutives. À titre illustratif, on peut citer la fréquentation des services de santé par les enfants de 0-5 ans estimé à 65,44%. Ce chiffre est en nette régression depuis 2013 où le

taux avait atteint 72,8%, avant de chuter dès 2014 à 69,4%³.

En 2017, la performance sanitaire du Couffo demeure faible. L'appui du Programme d'Appui au Renforcement des Zones Sanitaires (PARZS) a produit les outputs ci-après : taux de fréquentation des formations sanitaires publiques 31,1 % en 2016, 33,8% en 2017 ; taux d'accouchement par du personnel qualifié 54% en 2016, 56,6% en 2017⁴. Les centres de santé d'arrondissement (CSA) de Bétoumey, de Gnizounmè, d'Adjintimey et de Tchi-Ahomadégbé font partie de ces formations sanitaires ayant enregistré les faibles performances. Au regard de ces faits, le présent article tente de répondre au questionnement fondamental suivant : Quelles sont les caractéristiques de l'offres et les déterminants de la demande de soins curatifs et des services d'accouchements en milieu Adja fon du Couffo ? Il s'appuie sur une méthodologie essentiellement qualitative pour ce fait

1. Outils et méthodes

1.1. Présentation de la zone d'étude

D'une superficie de 2404 km² et situé au sud-ouest de la République du Bénin, le département du Couffo compte six communes à savoir : Aplahoué, Djakotomey, Dogbo, Klouékanmé, Lalo et Toviklin regroupées en deux zones sanitaires. Ces deux zones représentent les Systèmes Locaux de Santé (SYLOS) du département. Elles sont constituées d'un réseau de services publics de premier contact (UVS : maternités et dispensaires isolés, centres de santé) puis des formations sanitaires privées et confessionnelles ; le tout appuyé par des hôpitaux de première référence (HZ). Ceux-ci sont publics et destinés à desservir toute la population du Couffo.

³ Ministère de la santé Bénin

⁴ Ministère de la santé Bénin

Entre formel et informel : le visage de l'offre et de la demande de soins maternels et curatifs en milieu adja-fon du département du Couffo au Bénin

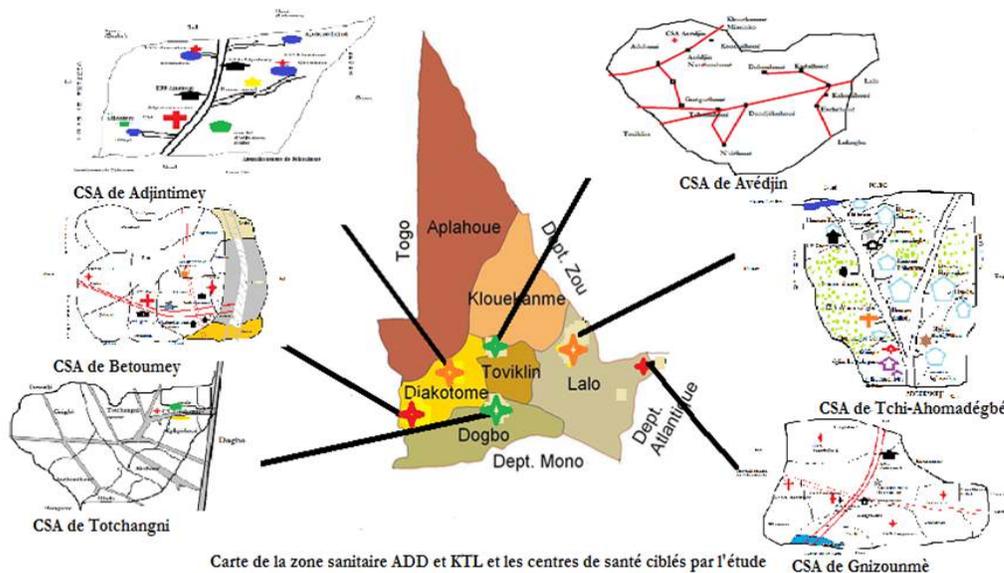
La population du Couffo est estimée à 773 954 habitants en 2014 et est dominée par les ethnies Adja et fon parlé sous plusieurs dialectes (Tchi, Mahi). Tous ces groupes sociolinguistiques sont pourvus de la même organisation sociale patriarcale. Leur activité principale se résume essentiellement à l'agriculture (culture de maïs, de coton, de haricots et de produits maraichères).

L'étude s'est déroulée de décembre 2018 à juin 2019 dans les deux zones sanitaires du Couffo

et dans quatre arrondissements à savoir : Adjintimey, Betoumey dans la zone sanitaire Aplahoué-Djakotomey-Dogbo puis Gnizounmè, Tchi-Ahomadégbé dans la zone sanitaire Klouékanmey-Toviklin-Lalo.

La carte indicative ci-dessous montre la localisation des centres de santé ciblés par la présente recherche dans le département du Couffo.

Carte n°1 : Présentation des sites d'enquête



Source : Institut National de la statistique et de l'analyse économique, 2016 ; Conception et réalisation : Éric AKPI, Décembre 2019

1.2. Groupes cibles et techniques de collecte des données

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):

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

t_{α} 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_{α} ; 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. Méthodes 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

Entre formel et informel : le visage de l'offre et de la demande de soins maternels et curatifs en milieu adja-fon du département du Couffo au Bénin

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. RESULTATS

2.1. Monographie succincte des sites

La recherche a ciblé les quatre centres de santé d'arrondissement marqués en rouge sur la carte (Gnizoumè, Betoumey, Adjintimey et Tchi-Ahomadégbé). Le choix de ces différents centres de santé est basé sur le fait qu'ils ont

reçu l'appui financier et technique de la Coopération Technique Belge (CTB) à travers le Projet d'appui au renforcement des zones sanitaires (PARZS) entre 2012 et 2017. Cet appui vis le renforcement de la motivation du personnel à améliorer la qualité des soins reçus par les populations. En dépit de tous ces appuis, la fréquentation des formations sanitaires et l'utilisation des diverses prestations fournies n'ont pas sensiblement augmenté. Le tableau ci-dessous montre les indicateurs de performance de chaque centre de santé comparés à ceux d'autres centres dans le même département ayant fait une meilleure performance (centres de santé marqués en vert). Le tableau n°1 renseigne sur les indicateurs sanitaires des centres de santé ciblés par la recherche.

Tableau n°1: Indicateurs sanitaires par centre de santé d'arrondissement

Centres de santé sélectionnés	Taux de fréquentation pour soins curatifs	Taux d'accouchement	Raison de sélection	
Centre de santé d'arrondissement (CSA)	ZS Aplahoué-Dogbo-Djakotomey			
	Betoumey	7-15%	23-32%	Faible performance
	Adjintimey	14-24%	87-96%	Moyenne performance
Centre de santé d'arrondissement (CSA)	ZS Klouékanmè-Toviklin-Lalo			
	Gnizoumè	9-15%	21-26%	Faible performance
	Tchi-Ahomadégbé	33-34%	88-132%	Moyenne performance

Source : Enabel, 2017

Il ressort du tableau n°1 que deux CSA à faible performance (Betoumey et Gnizoumè) et deux CSA à moyenne performance (Adjintimey et Tchi-Ahomadégbé) ont été ciblés par zone sanitaire.

2.2. Structuration de l'offre publique formelle de soins maternels et curatifs

La Zone Sanitaire 1 qui regroupe Aplahoué-Djakotomey-Dogbo (ZS ADD) occupe la partie ouest du département du Couffo. Elle a une superficie de 1458 km², soit les 2/3 de la superficie totale du département. On y

dénombre au total 39 formations sanitaires publiques.

La Zone sanitaire 2 composée de Klouékanmè-Toviklin-Lalo (ZS KTL) s'étend sur une superficie de 828 Km². Elle occupe la partie Est du département du Couffo. Cette zone sanitaire est aussi couverte d'infrastructures sanitaires. On dénombre dans la Commune de Klouékanmè huit centres de santé communaux et d'Arrondissement, une maternité isolée et un dispensaire isolé. À Toviklin, il y a sept centres de santé communaux et d'Arrondissement et une maternité isolée. Cette zone sanitaire compte onze centres de santé communaux et

d'arrondissement, une maternité isolée et un dispensaire isolé. En outre, il existe un Centre de Dépistage et de Traitement de l'Ulcère de Buruli (CDTUB) implanté dans la Commune de Lalo par le Programme National de lutte contre l'ulcère de Buruli.

Dans chaque commune, il existe un hôpital de référence qui dessert l'ensemble de toutes les formations sanitaires en qualité de premier niveau de référence qui représente la base de la pyramide sanitaire du Bénin. Chaque ZS est gérée par un Médecin Coordonnateur (MC) de zone appuyé par une Equipe d'Encadrement de la Zone Sanitaire (EEZS) et les Comités de Santé (CS). Ces comités de santé sont démembrés au niveau des centres de santé communaux et d'Arrondissement par un Comité de Gestion de centre de santé (COGECS ou COGEA).

2.3. Prise en charge de maladies, de grossesse et gestion d'accouchement en milieu adja-fon

La demande des services de santé en milieu adja-fon du Couffo est fortement influencée par les représentations sociales de la maladie. Selon les propos recueillis, la maladie y est d'ailleurs perçue comme une fatalité, un châtement des dieux à qui les individus ont prêté allégeance et dont ils n'auraient pas respectés les interdictions. Les propos suivants illustrent ce fait : « [...] *ce ne sont pas toutes les maladies qui vont à l'hôpital, parfois il y a l'esprit du vodun de la famille qui dérange quand quelque chose ne va pas* » (Propos recueillis lors d'un focus group mixte ZS KTL). Un autre renchérit et ajoute : « [...] *par exemple un enfant qui n'appartient pas normalement à une famille et dont sa mère a menti sur sa paternité peut faire plusieurs rechute de paludisme [...] les agents de santé ne peuvent pas le guérir* » (Propos recueillis lors d'un focus group avec les femmes ZS KTL).

Ces différentes perceptions ont structuré les types d'offre de soins de santé chez les adja-fon.

Ainsi, la prise en charge des maladies et grossesse est assurée à travers trois principaux registres dont le registre populaire, le registre traditionnel, et le registre officiel ou professionnel.

Cette multiplicité de l'offre de soins disponibles, rend pleinement fonctionnel le pluralisme thérapeutique en milieu *Adja-fon*. En cas de maladie, et ce, qu'elle soit grave ou non, l'espace socio-familial constitue le premier espace de soins selon 95% des hommes et femmes ayant participé aux focus group. Les proches du malade posent le diagnostic et décident de la thérapie à suivre en fonction de l'interprétation qui sera donnée de la maladie. Les formes simples des maladies courantes telles que le paludisme, la fièvre typhoïde et les maladies diarrhéiques sont prises en charge dans la sphère familiale avec le recours à la pharmacopée traditionnelle et à l'automédication (usages de médicaments procurés sur le marché parallèle ou au centre de santé).

Les observations sur site ont permis d'identifier certains circuits de vente de médicaments informels. Il s'agit des marchés s'animant la nuit et souvent proches des centres de santé dans la zone sanitaire ADD ou encore dans la communauté auprès de certains vendeurs ayant fluctué leur stratégie de distribution. Les propos suivants illustrent ce fait : « maintenant ils ont peur que les forces de l'ordre les arrêtent donc si vous n'êtes pas un client fidèle, ils vous diront qu'ils n'en vendent plus [...] pour quelqu'un qu'ils connaissent, il te suffit de dire que tu voudrais acheter *bâfo* [maïs] et tu seras servi » (Propos recueillis lors d'un focus group avec les hommes, ZS ADD). Les formes graves de maladies telles que le paludisme et la diarrhée font, quant à elles, appel à l'expertise des guérisseurs traditionnels, des pasteurs-guérisseurs des églises pentecôtistes, les prestataires de soins dans les centres de santé publics et les prestataires de soins informels ou « piqueurs sauvages ». Environ 90% des usagers ont déclaré avoir fait recours à la

Entre formel et informel : le visage de l'offre et de la demande de soins maternels et curatifs en milieu adja-fon du département du Couffo au Bénin

phytothérapie locale et à l'automédication avant d'aller au centre de santé où chez d'autres spécialistes si le mal persiste.

Les raisons pour lesquelles le pluralisme est fonctionnel et adopté à un grand nombre d'individus dans ce milieu sont diverses. D'abord les expériences vécues ou rapportées d'échecs de soins dans une formation sanitaire surtout publique amènent les populations à s'enfermer dans l'automédication en cas de maladie.

« Moi je n'ai pas trop confiance en les agents de santé parce qu'ils ne savent pas traiter les gens comme les piqueurs ambulants [...] Je n'aime pas aller dans le centre de santé public » (Propos recueillis lors d'un focus group avec les femmes, ZS KTL)

Ensuite, les raisons financières, religieuses et culturelles sont réputées influencer ces recours comme énoncé par un autre enquêté :

« Eux [les prestataires de soins informels], ils travaillent pour la population à crédit et ils ont la possibilité de payer après. Alors qu'au centre de santé, s'ils n'ont pas l'argent

Photo n°1: Position du cabinet de soin non autorisé "chez Djima" par rapport au CSA de Gnizoumè



pour venir et même s'ils viennent on ne les accueille pas bien » (Entretien avec membre COGES_CSA Gnizoumè, décembre 2018).

À l'instar de la gestion de maladie, il en ressort un « bricolage » entre les deux types de savoirs pour la gestion de la grossesse et de l'accouchement. Plusieurs instances (sociales et religieuses), telles que les camps de prières, les cabinets de soins non autorisés, gérés par les autochtones, d'ailleurs préexistantes aux centres de santé publics, sont impliquées dans le suivi de grossesse et l'accouchement chez les *adja-fon*. Les prestataires de soins dans ces espaces ont regard sur les rituels et pratiques (interdits alimentaires, vestimentaires etc.) permettant l'évitement d'éventuelles complications à l'accouchement. Par exemple, il est souvent prescrit une retraite dans des lieux de cultes (couvents, camps de prières pentecôtiste, églises célestes) aux parturientes. Les photos n° 1 et 2 illustrent un cabinet de soins informels situé à moins de dix mètres du centre de santé d'arrondissement de Gnizoumè offrant aux populations une pluralité des soins curatifs et des services d'accouchement.

Photo n° 2: Cabinet de soin privé "chez Djima" "



Source : Donnée de terrain, décembre 2018

Les photos (n°1 et n°2) ci-dessus montrent la position du cabinet de soin informel "chez Djima" offrant des soins traditionnels et

modernes curatifs et d'accouchements (encerclé à gauche en couleur rouge) par rapport au CSA de Gnizoumè (encerclé à droite en

couleur verte). Cet espace de soins est dissimulé dans une agglomération. La paillote représente la salle d'accueil ou d'attente des patients et accompagnants. Ce pluralisme de soin présent dans l'offre informelle de soins de santé influence négativement la fréquentation des centres de santé publics en milieu Adja-fon.

2.4. Typologie des dysfonctionnements des systèmes locaux de santé dans le Couffo

Cette typologie renseigne deux grandes catégories de dysfonctionnements : il s'agit des dysfonctionnements structurels et organisationnels.

2.4.1. Dysfonctionnements structurels

Trois dysfonctionnements structurels majeurs ont été identifiés. Par ordre d'importance, on peut citer l'absence de collaboration avec le secteur privé dans le système local de santé, le manque de personnel et les conditions de travail peu motivants.

• Absence de collaboration : un secteur privé réprimé

La conférence de Dakar sur le renforcement des systèmes de santé en Afrique a prévu dans sa septième recommandation le partenariat publics-privés. Celle-ci appelle les gouvernements à créer les conditions adéquates pour collaborer avec le secteur privé en définissant des politiques de partenariat, des recommandations, et des systèmes de financement qui offrent une perspective de collaboration⁵. Dans le Couffo, l'arène sanitaire présente un visage plutôt particulier. L'étude a révélé une quasi-inexistence des structures privées de soins formels. Il ressort des données empiriques que sur les quatre centres de santé, un seul (centre de santé Bétoumey) collabore de façon formelle avec un cabinet de soins privé. Le reste opère dans l'informalité ; mieux dans la clandestinité. Pourtant, ils fournissent aux populations une large partie des soins de santé.

Par observation et sur la base des discours des acteurs, il ressort qu'aucune mesure de promotion de ces cabinets de soins informels n'a été prise par les autorités compétentes en la matière. Un enquêté témoignant d'un fait qui s'est déroulé sous ses yeux affirme « Jusqu'à ce que le médecin chef a envoyé des gens pour qu'ils viennent fermer et ils ont brûlé son matériel [...] » (Autorité locale, KTL, décembre 2018). Ces propos relatent le fait que les autorités sanitaires ont ordonné, selon les discours aux forces de l'ordre de brûler le matériel de soins d'un prestataire de soins informels. Ceci traduit une absence de collaboration selon les enquêtés, la mauvaise volonté des acteurs du SYLOS à venir en aide aux populations. L'inexistence de cette collaboration qu'il y a lieu de qualifier d'« inter-offre » confère une mauvaise image aux formations sanitaires publiques et aux agents de santé qui y travaillent. À cela s'ajoute le manque de personnel.

• Insuffisance de personnel qualifié

Au regard des normes d'effectif des ressources humaines en santé érigées par le ministère de la santé du Bénin, il ressort que les quatre centres de santé visités ne disposent pas des effectifs requis, et de personnel qualifié suffisant. Le tableau n°2 renseigne sur la situation du personnel au niveau des quatre centres de santé.

⁵ Rapport de la conférence régionale de Dakar (2013)

Tableau n°2 : Situation du personnel dans les centres de santé

Arrondissements		Adjintimey	Betoumey	Gnizounmè	Tchi-Ahomadégbé	Total
Agents de santé	Qualification					
	Infirmier diplômé d'Etat	01	01	00	00	02
	Infirmier breveté ou de santé	01	01	00	01	03
	Sages-femmes	00	00	01	00	01
	Aides-soignants	02	04	02	02	10
	Aides-soignants stagiaires	05	03	01	03	12
Total par Centre de santé d'Arrondissement		09	09	04	06	28

Source : données de terrain, décembre 2018- janvier 2019

Selon ces normes indiquées dans le plan stratégique de développement des ressources humaines du secteur santé (2009-2018), un Centre de Santé d'Arrondissement (CSA) requière : 1 Infirmier Diplômé d'Etat, 1 Sagefemme, 4 Infirmiers Brevetés, 4 Aide soignants, 1 Assistant d'hygiène et 5 personnels administratifs. Cet ensemble de personnels fait un total de 16 ce qui n'est pas le cas dans les CSA de Adjintimey, Betoumey, Gnizounmè et Tchi-Ahomadégbé à la date de l'enquête.

Ce manque du personnel, surtout qualifié entraine des dysfonctionnements : cumul des services, tenue des gardes allant jusqu'à 72h, substitution des aides-soignants et stagiaires aux agents de santé qualifié. Par exemple à Gnizounmè, la sage-femme responsable de la maternité est également responsable du dispensaire et s'occupe en même temps de la vérification des points financiers de la pharmacie. Cette situation déteint sur l'accueil, la qualité des soins et entraine la non disponibilité de certains services dont

essentiellement ceux des soins curatifs. En effet, les usagers assimilent cet état de chose à une incompétence des agents de santé.

•Cadre et conditions de travail peu motivants

Sur les quatre centres de santé visités, trois sont sans électricité avec pour certains des dispositifs d'éclairage défectueux (Adjintimey et Tchi-Ahomadégbé et Gnizounmè). Deux ne disposent pas d'eau courante (Adjintimey et Tchi-Ahomadégbé). Aussi, l'observation *in situ* a révélé que les locaux abritant les dispensaires et les maternités ne sont pas entretenus. Certaines résidences et toilettes (douches et latrines) sont mal entretenues et d'autres abandonnées. Des images des certaines salles de consultation, d'observation, de pansement et de dilatation justifient cette affirmation. La planche de photos n°3 montre l'état du lavabo du dispensaire du centre de santé de Betoumey et la planche n°4 la douche des femmes usagères de la maternité du centre de santé de Tchi-Ahomadégbé.



Ces illustrations rendent compte du caractère non attractif des locaux CSA et qui suscitent l'indignation parfois des agents de santé eux même.

De plus les lits installés dans ces salles sont délabrés. Les matériels de stérilisation et d'intervention sont vétustes et certains ne sont pas fonctionnels. La planche de photos n°5 illustre ce fait.

Planche Photo n°5 : chaines de froids non entretenu et lit d'observation délabré au CSA Tchi-Ahomadégbé



Source : Données de terrain, décembre 2018

Ces matériels non renouvelés sont source de démotivation chez le personnel soignant et parfois de non fréquentation chez les usagers. Or, les conditions de travail sont déterminantes dans la motivation du personnel au travail et constituent aussi des facteurs d'attractivité des usagers.

- **Dysfonctionnements organisationnels des soins**

Trois dysfonctionnements organisationnels majeurs ont été également identifiés par l'étude. L'offre est limitée avec des ruptures fréquentes de médicaments et d'intrants.

Parmi les intrants souvent en rupture, figurent les médicaments. Ces ruptures sont, selon les discours, dus à l'organisation de la distribution des produits pharmaceutiques. Pour les agents de santé et membres de comité de gestion, il s'agit d'un dysfonctionnement qu'on ne saurait comprendre en se focalisant uniquement sur le système local de santé mais en prenant en compte le circuit d'approvisionnement de

médicaments dans son ensemble à l'échelle nationale. Tous les quatre (04) centres de santé ont enregistré des ruptures de médicaments essentiels à la date de l'enquête (Quinine®, Amoxicilline®, albendazole®) en moyenne une à deux semaines.

La fréquence de ces ruptures constitue une limite pour le traitement des pathologies courantes. Il s'observe pour cette raison, l'adoption d'autre recours tels que l'automédication influencée par les marchés parallèles, l'offre privée formelle ou informelle, la pharmacopée traditionnelle, ou les soins domestiques, etc.), parfois en l'alternance entre le formel et l'informel.

En outre, l'absence au poste des agents de santé est récurrente.

Le personnel qualifié vit hors de l'aire de santé pour la plupart (4 sur 5). Il est aussi impliqué ou sollicité pour et dans des activités en dehors de prestations (réunions, ateliers ou séminaires de formation, etc.). Cette mobilité selon les usagers ne facilite pas une accessibilité relationnelle ; preuve de proximité, d'intégration et de sociabilité qui sont des déterminants de l'utilisation des services de santé, surtout les accouchements et la planification familiale. Ce vide créé laisse les centres de santé aux agents non qualifiés avec des dérives et des détournements vers le secteur informel.

Par ailleurs, nous notifions une faible intégration sociale des agents de santé surtout qualifiés.

En dehors de l'indisponibilité des agents de santé surtout qualifiés, la question de leur manque d'intégration a été évoquée par les enquêtés en termes de leur assistance aux usagers et leur absence dans les événements sociaux (mariage, deuil, etc.). Ainsi, la non-participation du personnel aux funérailles de « Papa Ledewa » à Betoumey, feu donateur du terrain d'implantation du CS public fut un antécédent qui a un impact négatif sur la fréquentation. De même, l'expérience malheureuse de *Hoonon*, la femme du chef de village de Gnizounmè au CS public, ayant entraîné le décès de son bébé serait selon la

population due à l'indisponibilité d'un agent qualifié et à la négligence du personnel. Ces quelques exemples parmi tant d'autres sont des indicateurs de barrières relationnelles à l'utilisation des services de santé dans les formations sanitaires publiques. Par conséquent, les populations se tournent vers les prestataires de soins informels. Quels sont les déterminants du côté de la demande qui favorisent le recours à ces acteurs du secteur informel ? Quel est le profil du prestataire de soins informels ? Et quelles sont les stratégies de concurrence développées par ces derniers ? Les sections suivantes donnent des réponses à ces questionnements.

2.5 Déterminants du recours des populations aux prestataires de soins informels

2.5.1. Efficacité perçue des prestations informelles de soins : le pouvoir soignant des « injections »

Le métier du prestataire informel de soins consiste principalement à administrer des injections antipaludéennes aux malades au sein de la communauté. À l'opposé de ce qu'on peut observer dans un cadre réglementaire de soins dans les centres de santé, les prestations informelles de soins n'exigent pas de lourdes dépenses ni de protocole qui contraignent le malade à faire différents examens médicaux. Ils fondent leur diagnostic sur les symptômes de la maladie et prescrivent le traitement en fonction de celui-ci.

Les enquêtés (83 sur 105) déclarent avoir une perception « positive » des traitements des prestataires des soins informels du fait que ceux-ci ne soumettent pas les malades aux « formalités » tracassant. Souvent, l'efficacité perçue prend la forme d'une « efficacité réelle » et « vécue » en référence aux échecs de soins souvent vécus par les acteurs dans le système formel de soins. En effet, les acteurs fondent leur argumentaire sur la persistance de la maladie après de multiples recours au centre de

santé public ce que, une « simple » injection intramusculaire vient régler.

Aussi, des difficultés à faire face aux soins dans le système officiel de santé nécessitant parfois d'examen médicaux coûteux, découle la préférence des prestataires de soins informels par 44,76% des enquêtés. 59,04% enquêtés ont déclaré qu'ils préfèrent pour ce fait, le traitement symptomatique de leur problème de santé. Ce traitement symptomatique essentiellement basé sur l'injection, correspond aux situations financières des populations. Il faut également noter ici que ce n'est pas la biomédecine qui est rejetée, mais plutôt ces procédés que les individus jugent contraignant et coûteux.

• La proximité sociale des prestataires de soins informels aux populations : l'accueil et l'écoute qui guérissent

Lorsqu'on pose la question de savoir ce qui amène les individus à faire appel aux prestataires informels de soins, 98% des usagers enquêtés mentionnent en premier l'accueil. L'accueil revêt en effet, une dimension relationnelle complexe propre à l'environnement social des acteurs. Pour 51% des enquêtés, le bon accueil du malade marque le début de sa guérison, mieux ceci est une forme de « pré prise en charge ».

En outre, la notion de l'accueil en cache celle de l'écoute qui pour les acteurs est aussi, une forme de « soins ». Cette dimension thérapeutique de l'accueil et de l'écoute est accessible aux populations lorsqu'elles ont recours aux prestataires de soins informels. Ainsi, au-delà des « murs » dressés par la rigidité des normes biomédicales qui rendent l'accessibilité relationnelle difficile aux usagers dans la formation sanitaire publique, les prestations de soins informels constituent un service de voisinage adapté aux réalités sociologiques des populations.

Il convient également d'aborder l'accessibilité culturelle des populations aux soins auprès des prestataires de soins informels.

- **Se soigner par ses proches : accessibilité culturelle aux soins auprès des prestataires informels**

La demande de soins se fait sur fond de plusieurs facteurs qui combinent plusieurs approches (médicales et socioculturelles) de la santé. L'offre des prestataires informels de soins s'inspire tant de la biomédecine que des pratiques socioculturelles *adja-fon*.

L'injection intramusculaire par exemple est un acte sensible et délicat dont la pratique n'est pas souvent envisagée compte tenu de l'origine de la maladie. Cela est assujéti à la perception et à l'interprétation de la maladie par les populations qui s'expriment au travers des canons culturels.

Certains agents de santé 77% qui ont déclaré que les usagers qui se rendent au centre de santé se trouvent en confiance qu'à partir du moment où ils sont reçus par un agent de même origine culturelle qu'eux. Ceci témoigne de l'impact de la proximité culturelle comme déterminant de l'accessibilité voire de l'adhésion des acteurs aux soins de santé.

Une raison qui explique encore cette proximité culturelle est que, contrairement à l'agent de santé qui est constamment muté d'un poste à un autre et qui pour chacune de ses mutations, il acquiert le statut d'étranger, les prestataires de soins informels partagent la vie sociale des populations où santé et culture sont intrinsèquement liées. Ceci les rend éligible aux demandes de soins et leur confère une légitimité sociale bien plus que celle que le système officiel leur reconnaît.

- **Accoucher chez soi : un modèle sociologique des accouchements hors centres de santé**

En fait, traditionnellement l'accouchement est entouré de rites et de savoirs qui font des prestataires informels les seuls acteurs investis de ce rôle. Leur assistance est continuellement disponible et facile d'accès en contexte social. Les femmes enceintes se tournent vers les matrones aujourd'hui aides-soignantes dans le système local ; et qui sont toujours restés proches de leur communauté. Ces dernières font

valoir leur savoir-faire médical cumulativement à leur savoir-faire culturels. A titre illustratif, un agent de santé explique que :

« [...] J'ai rencontré une femme qui a accouché à la maison. Elle m'a dit que sa tante est de la santé ; et que c'est elle qui lui a fait l'accouchement à domicile. C'est sûr qu'elle serait une aide-soignante. [...]. Les femmes d'ici qui accouchent à la maison sont même aidées par des proches qui sont du domaine de la santé. [...] Ce n'est pas autre problème ; elles se disent qu'elles ont quelqu'un qui est du domaine de la santé en qui elles ont plus confiance. C'est dans leur tête » (Entretien avec agent de santé, janvier 2019).

L'accouchement devient un domaine d'« hybridation » des savoirs (médicaux et culturels), mieux d'appropriation des savoirs et technologies exogènes en milieu *Adja-fon*. Il véhicule un message complexe et des logiques incompatibles aux normes strictement médicales.

Ainsi, accoucher chez soi, rapproche l'accoucheur de la parturiente avec des acteurs connus en termes de matrone, de proche parent, en un mot par quelqu'un connu pour sa légitimité sociale en contexte plus large et hors des centres de santé, notamment publics.

Aussi, les accouchements hors centre de santé se font à partir des référents culturels spécifiques par rapport auxquels il devient un « acte » sacré qui requiert plus la participation des proches que d'un agent de santé très souvent « inconnu » et appartenant à une autre culture. Par conséquent, le choix des soins relatifs à l'accouchement obéit aux relations de confiance qui font place au respect des rites et pratiques autour de l'accouchement. Ces relations font place au respect des rites et pratiques² autour de l'accouchement. Un autre informateur confie que :

« Ma femme était allée récemment dans ce centre de santé pour accoucher et ils ont dit qu'il fallait référer le cas

puisque l'enfant avait déjà sorti un pied. Je les ai suivis jusque dans la zone et je voulais utiliser un produit pour ma femme pour qu'elle puisse accoucher rapidement et ils ont catégoriquement refusé puis ils ont ajouté qu'ils veulent forcément l'opérer [...] Moi, je ne voulais pas. J'ai donc fait tout possible pour que le truc touche la bouche de ma femme. Quelques minutes après, elle a accouché sans qu'elle ne soit opérée » (Leader religieux et praticien de la médecine traditionnelle, Décembre 2018).

Ce verbatim montre l'usage d'un savoir soutenu par un pouvoir culturel dans un contexte de complication d'accouchement dans le système local de santé. Dans le secteur informel de soins par contre, de telles logiques s'ouvrent et prennent en compte le relationnel, le spirituel, le religieux, le social, le culturel qui régissent le quotidien des acteurs dans ce domaine.

2.6. Métier du prestataire de soins informels : profil et trajectoire

Lorsqu'on cherche à comprendre le profil du prestataire de soins informels en milieu *adja-fon*, certaines caractéristiques similaires à l'ensemble des acteurs entrent en ligne de compte. En prenant par exemple la caractéristique « sexe », on constate que, hormis quelques matrones qui accouchent les femmes dans les hameaux les plus reculés, cette catégorie d'acteurs est quasiment constituée d'acteurs de sexe masculin. Ils sont d'appartenance religieuse variée : chrétien catholique, musulman, céleste, adepte de vodou etc. Près de 60% auraient exercé en tant qu'aide-soignant dans les centres de santé publics de leur localité ou d'ailleurs. Une autre catégorie est constituée d'élèves ayant obtenu leur brevet de premier cycle dans l'enseignement secondaire, des artisans de tout bord en reconversion professionnelle et ayant

appris le métier dans les cabinets de soins privés (formels et informels). Parmi eux, d'autres ont été des relais communautaires pour les programmes de paludisme, de tuberculose ou des courtiers pour les programmes de développement. Ils sont généralement d'origine linguistique *adja-fon*.

On distingue deux grandes catégories de prestataires de soins informels. La première catégorie est constituée du personnel paramédical encore en exercice dans les centres de santé. Ils sont très souvent disponibles, pendant que les agents qualifiés sont en déplacement. Dans cette catégorie, une sous-catégorie se distingue : il s'agit des aides-soignants stagiaires qui sont recrutés par les responsables des centres de santé communaux ou par le biais de la Direction Départementale de la Santé.

Leur non valorisation en termes de reconnaissance et de rémunération donne souvent lieu à des dérives telles que le rançonnement et la vente illicite de médicaments et le détournement des usagers vers les cabinets de soins informels. En effet, le détournement des usagers du centre de santé est l'une des trois stratégies utilisées par les prestataires de soins informels identifiées par cette recherche (Cf rubrique stratégies de concurrence avec le secteur formel de santé). La seconde catégorie regroupe des prestataires exerçant leur activité à titre libéral au sein de la communauté. Ceux-ci ne disposent d'aucune autorisation officielle ni de cadre réglementaire dans lequel ils pratiquent ce métier.

Par ailleurs, on distingue deux formes d'acquisition de savoirs thérapeutiques relatifs à leur prestation. La première repose sur la cohabitation des acteurs avec le système local de santé. Ils sont insérés à l'intérieur de ce système dans un contexte d'insuffisance de personnel qualifié, mais sont moins valorisés en termes de reconnaissance professionnelle et de rémunération. Jouant alors le rôle de personnel de soutien, ces derniers parviennent à la maîtrise des gestes techniques leur conférant une

légitimité aux yeux de la communauté. d'acquisition.
L'encadré n°1 suivant rend compte de ce type

Encadré n° 1: Il a eu à exercer dans un hôpital de l'Etat

[...] Il est d'origine nago, mais ce que je sais, c'est qu'il est venu à Gnizounmè depuis plus de vingt ans. Nous sommes très proches. Son charisme fait que tout le monde l'a rapidement accepté. Ils se sont installés avec sa famille, sa femme et ses enfants. Ceci a fait que, ils parlent tous adja et fon de telle manière qu'on dirait qu'ils sont d'ici. Il fait des soins gratuitement parfois et il te dit de partir quand tu iras bien, tu pourras lui payer, il est humain en fait. [...]

Il a eu à exercer dans un hôpital de l'Etat chez lui là-bas quand il était très jeune après son Certificat d'Etude Primaire donc lorsqu'il est venu ici je pense bien vers 1996 ou 97, il n'y avait pas de centre de santé de l'Etat dans l'arrondissement. Il fait les soins aux gens dans sa maison. Entre temps, les Unités Villageoises de Santé de plan Bénin ne fonctionnaient pas encore. [...] Il était pratiquement le seul au point où il était parfois débordé. [...] pour les gens de Gnizounmè, il leur fait les soins à la maison et pour les autres villages, lui seul ira à Tandji, Djibahoun, on va l'appelé à Hangbannoun, à Assogbahoué même à Zali. Tout le monde l'appelait Doto. Quand il est libre pendant la période des champs, il a son champ et il y va.

Après les gens d'ici eux même ont commencé par lui envoyer leur enfant pour qu'ils puissent apprendre le métier. Si ce n'est pas l'Etat qui a interdit maintenant que les gens ne fassent pas des soins sans autorisation, sa maison est remplie de jeunes hommes qui sont ses apprentis et à qui il donne des diplômes. A la fin, quand il les libère d'autres vont exercer ailleurs mais il emploie d'autres dans les villages reculés. Il est incontournable dans la zone. Il était là avant qu'ils viennent verser les premiers voyages de sable pour construire notre centre de santé (Entretien avec le chef de village de Gnizounmè)

Source : Données de terrain, Décembre 2018

Le prestataire de soins informels dont il s'agit dans cet encadré a acquis son savoir thérapeutique en tant que personnel paramédical auxiliaire de santé avec le Certificat d'Etude Primaire dans le système officiel de santé. Il s'est à un moment donné, senti capable de faire d'injections antipaludéennes pour les acteurs de sa communauté. Ce prestataire de soins informels jouit aujourd'hui d'une légitimité sociale au sein des communautés.

La seconde forme d'acquisition, se fait suivant l'« *apprentissage par empirisme*⁶ » autrement dit, le métier de prestataire informel de soins s'acquière comme toute autre activité artisanale. Ainsi, les individus s'inscrivent auprès d'un patron ayant appris le métier dans un centre de santé public ou privé en servant en tant qu'aide-soignant auxiliaire mais rarement en tant infirmier. Ce type d'acquisition est sanctionné une attestation de fin de formation. L'encadré

n°2 suivant restitue le cas d'un ancien responsable de cabinet de soins informels.

⁶ Terme emprunté à Bourdier 1995 pour désigner l'apprentissage de maître à disciple dans le secteur de soins informel en Inde.

Encadré n°2: Il m'a accepté comme on accepte qu'un apprenti apprenne un métier sous un patron

[...] Avant de revenir à Tandji ici faire ce métier, j'ai été agriculteur comme mon père et gérant de buvette à Lalo. Après, je suis allé au Nigéria [...] On peut dire que je suis un vrai polyvalent puisque là-bas j'ai fait beaucoup de choses aussi surtout dans l'électricité. Mais comme je devais me marier, je suis revenu au Bénin dans mon village. Je me suis dit qu'il faut maintenant faire quelque chose de stable et de rentable. C'est dans cette logique je suis allé rencontrer quelqu'un qui est bien dans le domaine et qui travaille encore au centre de santé de Klouékanmè en tant qu'aide-soignant. Je ne vais pas mentir sur ce point, celui-là c'est un chirurgien qui ne dit pas son nom. Il maîtrise tous les rouages du corps humain comme un mécanicien peut maîtriser l'intérieur du moteur d'un engin. Il fait des accouchements compliqués, traite des maladies que même les docteurs disent ne pas pouvoir traiter.

C'est donc toutes ces qualités que je reconnais à ce prestataire et les avantages qui sont liés à ce métier qui m'ont amené à vouloir être prestataire informel. Les médecins appellent le métier « les piqueurs sauvages » parce que là où eux ils seront en train d'hésiter entre médicaments et analyse, nous on règle cela par une injection [...].

[...] il m'a accepté comme on accepte qu'un apprenti apprenne un métier sous un patron. Et chaque fois je le vois faire. Je n'étais pas seul, il y en a plus de dix à mon époque sous sa supervision. A un moment donné, il a commencé par m'autoriser à faire des injections des petits soins. C'est ainsi, que petit à petit, j'ai appris le métier et je suis revenu, à la fin de ma formation m'installer à Tandji [...]. D'autres sont envoyés par notre patron dans d'autres villages où les gens n'arrivent pas à venir à l'hôpital (Entretien avec ancien prestataire de soins informels, Tchi Ahomadégbé)

Source : Données de terrain, Décembre 2018-Mai 2019

La considération de ces deux formes d'acquisition de savoir thérapeutique a amené à questionner les stratégies développées par les prestataires de soins informels.

Cet enquête rapporte son itinéraire de vie et les raisons qui l'ont amené à embrasser le métier de prestataire de soins informels. Il s'y est inscrit comme dans un atelier d'artisanat pour apprendre le métier auprès d'un patron exerçant en même temps dans le système formel de santé. À la fin de leur formation, les apprenants sont redéployés dans les milieux reculés où l'accès aux soins de santé dans le système officiel est problématique pour y tenir les cabinets du même patron.

2.7. Des stratégies de concurrence avec l'offre formelle de soins

Trois grandes stratégies de repositionnement des prestataires de soins informels dans l'arène locale de santé ont été identifiées.

• Pratiques de paiement différé des soins de santé

L'accessibilité financière aux soins de santé comme partout ailleurs dans les pays à faible revenu reste l'un des principaux facteurs explicatifs de la faible utilisation des services dans le Couffo. C'est bien un point d'ancrage du débat autour de la couverture santé universelle dans le monde entier. La difficulté de faire face au paiement direct des soins dans le système formel de santé a été évoquée par 67% d'enquêtés. Les normes et pratiques régissant la délivrance des services de santé dans les formations sanitaires publiques ne prennent pas en compte les réalités sociologiques et économiques. Ce déséquilibre entre l'offre officielle et la demande est corrigé par les prestataires de soins informels à travers la stratégie de paiement différé des soins de santé. Ceci constitue pour les populations une alternative d'accès aux soins de santé. Sa

« commodité » est largement évoquée en ce sens qu'il leur permet de lever la barrière financière d'accès aux soins de santé. Cette modalité de paiement est une stratégie redoutable par laquelle les prestataires de l'informel fidélisent leurs clients. Par ailleurs, ces prestataires se déplacent vers les usagers où ils se trouvent.

• **Offre de soins ambulante au sein des communautés**

Bien que disponible, l'offre de soins formels demeure inégalement répartie dans les aires sanitaires du Couffo comme l'illustre le tableau n°3 ci-dessous.

Tableau n°3 : répartition des infrastructures sanitaires dans le département du Couffo

Couffo	Communes	50	86%
ZS Aplahoué, Djakotomey-Dogbo	Aplahoué	7	79%
	Djakotomey	10	
	Dogbo	7	
ZS Klouékanmè-Lalo-Toviklin	Klouékanmè	8	92%
	Lalo	11	
	Toviklin	7	

Source : Ministère de la santé 2011

Ce tableau montre que le taux global de couverture en infrastructure sanitaire dans le Couffo est de 86% soit 79 % pour la ZS ADD contre 92% pour la ZS KTL. Cet état de chose rend problématique l'accessibilité géographique aux formations sanitaires publiques aux populations de certains village reculés. En effet, ces obstacles se traduisent souvent sous forme d'enclavement des hameaux, des voies d'accès impraticables et mal entretenues. Cette inaccessibilité est révélatrice des obstacles auxquels les populations, surtout éloignées des centres de santé sont confrontées pour avoir les soins de santé comme c'est le cas à Bétoumey et à Tchi-Ahomadégbé.

Par exemple, à Bétoumey, le problème de distance ne s'est posé des suites de la fermeture des Unités villageoises de santé de Holou-Loko et Zouhoudji des villages situés respectivement à 8 kilomètres et 12 kilomètres du centre de santé d'arrondissement. Ci-dessous les photos n° 6 et 7 présentent des UVS de Holou-loko (à gauche transformée en champ de haricot et de maïs) et celle de Zouhoudji (à droite devenue une maison à louer habitée) fermée pour pénurie d'agent de santé qualifié.

Photo n° 6 : Vue sur l'Unité Villageoise de Santé de Holou-Loko, enclavé dans un champ d'haricot et dont l'intérieur regorge toujours de matériel médical vétuste et des déchets médicaux



Photo n°7 : Vue sur L'Unité Villageoise de Santé de Zouhoudji, fermée pour pénurie d'agent de santé qualifié et devenue une maison habitée



Source : Données de terrain, Janvier 2019

Il ressort des discours que 88% des femmes ayant participé au focus group avaient déclaré

qu'elles ont dû faire recours aux prestataires de soins informel au moins une fois en raison de la distance entre le centre de santé

Entre formel et informel : le visage de l'offre et de la demande de soins maternels et curatifs en milieu adja-fon du département du Couffo au Bénin

d'arrondissement et leur village et en raison de la suppression de l'UVS depuis 2016.

Les réalités similaires s'observent à Tchi-Ahomadébé. Le réseau téléphonique n'offre pas une couverture optimale pour alerter en

temps réelle sur une situation d'urgence. L'accès au village est très difficile en saison pluvieuse. La voie est boueuse (Photo n°8) et ne facilite pas le déplacement même à pied.

Photo n°8 : Vue sur la voie boueuse et difficile d'accès vers le village de Tchi-Ahomadébé en saison pluvieuse



Source : Données de terrain, Janvier 2019

Par conséquent, la mobilité en communauté est quasi nulle. Selon l'infirmier chef poste et les usagers de CSA, cette situation impacte la fréquentation du centre de santé.

« [...] il n'y a pas de chemin pour venir, comment les usagers vont faire ? Ici pour passer un coup de fil il faut plusieurs tentatives avant que ça ne passe une fois [...] Lorsqu'on doit référer quelqu'un surtout en période de pluie, il faut le mettre sur moto. Des fois même on les porte sur la tête pour traverser la boue jusqu'à Adoukandji où l'ambulance viendra le chercher » (Agent de santé, ZS KTL, Janvier 2019).

Face à cette situation, les prestataires de soins informels se montrent plus flexibles et se déplacent vers les populations même dans les hameaux les plus reculés et les plus inaccessibles en saison pluvieuse. Il ressort des propos de 61% d'enquêtés que les prestataires de soins informels qui s'adonnent à cette pratique d'offre de soins ambulants sont ceux qui travaillent dans les centres de santé. Ces

derniers s'inspirent des stratégies mises en place dans le système local de santé pour la promotion de la santé pour mener leur propre activité informelle.

• **Du détournement des usagers du secteur formel vers le secteur informel de soins**

L'autre stratégie à laquelle les prestataires informels de soins ont aussi recours est la réorientation des usagers du centre de santé vers les cabinets informels de soins. C'est le cas des centres de santé de Betoumey et de Gnizounmè. Il s'agit d'une stratégie la plus souvent utilisée par les prestataires de soins informels exerçant en même temps dans le secteur formel de santé. Selon les propos, ces acteurs seraient aidés par les relais communautaires, les membres COGECS qui parfois témoignent de leur compétence dans la communauté ce qui renforce leur légitimité auprès des usagers et augmente leur clientèle.

« parfois ce sont les ceux avec qui nous travaillons pour que le centre de santé attirent les populations qui font de publicité à ceux-là [...] peut-être parce

que l'infirmière ou la sage-femme qui est là n'a pas une bonne relation avec eux, ils iront dire aux population que les agents du centre de santé ne connaissent rien et d'aller chez les gens qui font des soins dans les maisons » (Membre COGECS, ADD, Décembre 2018).

Selon les propos des agents de santé des centres de santé publics, les prestataires de soins informels procèderaient à une redirection des usagers vers leur propre cabinet ou parfois promettent de venir au domicile du malade lui faire les soins à moindre coût. Un agent de santé du secteur formel témoigne de son expérience.

« Quand je vais en weekend et je reviens, je vois une différence entre ce qui est dans le registre et ce que l'on a sortir comme recette ou consommable [...] j'ai donc mené mes enquêtes ceci m'a permis de découvrir que mon aide qui m'assiste faire les soins aux usagers dans son soit disant cabinet qu'il a chez lui » (Agent de santé, ADD, Janvier 2019).

Ces situations s'observent lorsque les relations sont loin d'être cordiales entre les agents de santé surtout qualifiés et les relais communautaires ou membres de comité de gestion du centre. Les prestataires informels de soins tirent parti de cette situation et détournent les usagers vers leurs lieux de prestation.

3. DISCUSSION

L'ambition explicite du SYLOS est de faciliter la promotion de la santé. C'est pour cela qu'il est doté non seulement d'un système de soins mais également d'un système de gouvernance et des politiques d'intervention au niveau local ; afin de créer un espace dans lequel les acteurs trouvent du sens et un avantage à coordonner leurs pratiques dans un contexte particulier (E. Tchouaket, 2011, p.33).

D'une part, l'étude a permis d'identifier les dysfonctionnements du SYLOS en milieu Adja-fon du Couffo. Ils ont été relevés à

différents niveaux tant dans l'organisation de l'offre que dans sa structuration. Il en ressort une insuffisance des ressources humaines, d'intrants et de matériels. Le personnel de santé exerçant dans des conditions de vie difficiles est démotivé. Ajouté à ces dysfonctionnements, on remarque aussi les ruptures fréquentes de médicaments et les absences au poste du personnel surtout qualifié. Ces faiblesses ont pour impact une offre limitée et discontinuée par rapport à la disponibilité du matériel de travail et à la continuité du service (P. C. Mèliho et al., 2018, p. 350) menée à la frontière de Sèmè-Kraké (Bénin-Nigéria).

Aussi, l'étude a ressorti un autre dysfonctionnement de l'offre moins soumis au débat dans la littérature socio-anthropologique. Il s'agit des problèmes d'intégration sociale du personnel soignant surtout qualifié. Cette catégorie de prestataires n'est généralement d'appartenance Adja-fon. Pourtant, il est connu que cette intégration se traduisant par un effort d'apprendre la langue du milieu joue un rôle important dans l'offre de soins. Elle construit les relations de soins entre les prestataires et les usagers ; elle les structure et les entretient. Loin de simples interactions observées dans les actes de soins, les relations de soins trouvent leur place dans les relations sociales quotidiennes. Elles impliquent non seulement le fait de guérir le malade mais de l'assister dans toutes formes d'évènement qu'il vit. La maladie pour les individus en milieu Adja-fon du Couffo est un évènement de malheur au même titre que la perte d'un proche ou un accouchement mal abouti. Il s'agit là d'un déterminant important de l'utilisation des services de santé.

D'autre part, l'étude a montré que le secteur privé formel ou informel est réprimé. C'est d'ailleurs l'un des dysfonctionnements qui constituent le maillon faible de l'offre dans le SYLOS. Ce qui est contraire à la mission du SYLOS telle qu'il a été énoncé à la conférence de Dakar en 2013 (Communauté de Pratique Prestation des services de santé, p. 30). Il en ressort qu'en termes de gouvernance dans le

SYLOS, beaucoup d'efforts restent à faire. Cet aspect de l'offre, pourtant non négligeable ne bénéficie d'intérêt ni de la part des chercheurs, ni de la part de l'Etat, ni des partenaires techniques et financiers du domaine de la santé. Au contraire, elle est considérée davantage comme un concurrent du système de santé de l'Etat que comme un partenaire potentiel (M. Audibert et E. De Roodenbeke, 2005, p. 34). Ayant étudié les déterminants de l'utilisation des services de santé de premier niveau au Mali, M. Audibert et E. De Roodenbeke (2005, p. 98) ont montré que les dysfonctionnements des centres de santé communaux donnent lieu à une forte concurrence dans les aires sanitaires entre la prestation publique de soins et les aides-soignants qui œuvrent de manière informelle. Ils sont pour la plupart des praticiens fonctionnaires en exercice ou à la retraite, exerçant de façon non officielle (M. Audibert et E. De Roodenbeke, 2005, p. 98).

Ces derniers se substituent au personnel soignant qualifié dans un contexte de pénurie de ressources humaines. En effet, ils ont « bénéficié d'une formation formelle mais pratiquant à titre informel » (J.-L. Richard, 2001, p. 994). L'étude a démontré que par ce dysfonctionnement, le SYLOS contribue significativement à la « production » de ces acteurs. De fait, ils sont situés entre l'offre formelle et informelle et assurent les soins de proximité auprès des populations comme le montre les conclusions des travaux de M. Gautham et al. (2011, p. 638). Ils développent des stratégies de concurrence avec l'offre formelle. Ainsi, « les soins entrepris avec des agents des services de santé s'achèvent souvent auprès de ces derniers » (A. C. Kpatchavi, 2011, p. 165). Ces prestataires informels sont nommés chez les fon « nyedotô » et chez les waci « abwidotô » et désignent les « faiseurs d'injection » (A. C. Kpatchavi, 2011, p. 165). Ils couvrent un large éventail des soins de santé primaires. Ils sont spécialisés dans l'administration des injections et du sérum (R. Médah, 2006, p. 18), ainsi que des

accouchements. Or en milieu Adja-fon, les hommes « associent à l'injection et à la perfusion un pouvoir soignant supérieur à celui du comprimé ou de la prescription à prendre par voie orale » (H. Tourneux, 2007, p. 532). Cette même réalité est décrite par R. Médah (2006, p. 18) chez les peulh burkinabé qui considèrent qu'ils ont été soignés qu'à partir du moment où ils ont reçu d'injection.

Il existe en effet une disparité de l'offre de soins formelle dans le département du Couffo. La couverture en infrastructure sanitaire est de 85%. Ainsi, dans le contexte actuel où le système local de santé ne parvient pas à assurer une couverture sanitaire optimale, ces acteurs constituent une alternative dans la gestion des problèmes de santé des populations pauvres (M. Sudhinaraset et al., 2013, p. 8 ; M. Gautham et al., 2014, p. 120). Les prestataires informels constituent le premier niveau prenant en charge les pathologies les plus fréquentes ; et ce, en prenant en compte les réalités sociologiques et socioculturelles des bénéficiaires. A l'instar des travaux de M. Sudhinaraset et al. (2013), l'étude a montré que l'accessibilité financière et les facteurs culturels sont souvent les raisons très invoquées et évoquées quand ils ont recours aux prestataires de soins informels. Financièrement flexibles, les prestataires de soins informels proposent le paiement différé pour les soins aux populations. Contrairement aux prestataires de soins dans l'offre formelle de soins, « où le problème d'achat moral est par contre moins bien surmonté à cause des relations plus anonymes et moins « traditionnelles » qu'ils établissent avec leurs patients » (M. Audibert et al., 2003, p. 182).

CONCLUSION

L'implémentation de l'approche SYLOS se heurte à des obstacles qu'elle est censée lever afin de favoriser la promotion de la santé. De par leurs dysfonctionnements organisationnels et structurels, les SYLOS du Couffo contribuent à doter les prestataires informels de soins de

savoirs et savoir-faire médicotecniques. Ceux-ci constituent pour ces derniers une valeur ajoutée puisqu'ils les combinent avec les savoir-faire culturels afin d'offrir une prise en charge holistique et adaptée aux populations pauvres. Face à une telle offre de plus en plus sollicitée par les populations et des indicateurs de performance sanitaires de moins en moins reluisants, les SYLOS par leur système de gouvernance peinent à démontrer leur leadership. Dans la perspective de parvenir aux objectifs de couverture universelle de santé, il serait bénéfique de mettre en œuvre des politiques de réglementation de l'offre de soins privée (formelle/informelle) afin de faciliter la collaboration entre ce type d'offre détentrice de savoirs holistiques et l'offre formelle détentrice de savoirs médicaux pour lever les barrières d'accès aux soins de santé aux populations.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

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, Banque mondiale, Document de travail, 128 p.

AUDIBERT Martine, MATHONNAT Jacky et DE ROOTENBEKE Eric, 2003, Le financement de la santé dans les pays d'Afrique et d'Asie à faible revenu, Paris, Karthala, 506 p.

BOURDIER Frédéric, 1995, « Le secteur informel des soins de santé : méthodes d'approche et terrain, Le cas de l'Inde », In Les champs de la géographie de la santé, Société Neuchâteloise de géographie, Neuchâtel, p. 163-176.

BOURDIER Frédéric, 2015, « La contribution de la géographie et de l'anthropologie dans l'analyse et la compréhension des inégalités socio-territoriales du paludisme au Cambodge », Dynamiques environnementales [En ligne], 36 |

2015, mis en ligne le 01 juillet 2016, consulté le 16 novembre 2020. URL : <http://journals.openedition.org/dynenviron/988> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/dynenviron.988>

COMMUNAUTE DE PRATIQUE PRESTATION DES SERVICES DE SANTE, 2013, Les districts sanitaires en Afrique : Progrès et perspectives 25 ans après la déclaration d'Harare, 21 – 23 Octobre 2013, Dakar, Sénégal, Rapport de la Conférence Régionale, 31 p.

EKAMBI Armand, PARE René, AISSAN Julien, SOURAKATOU Salifou, N'OUEMOU André, HOUNOVI Amavi, ZINSOU François et SEGLA Euloge, 2014, « Le système de santé local », CTB Bénin, programme santé, 8 p.

GAUTHAM Meenakshi, BINNENDIJK Erika, KOREN Ruth et DROR David, 2011, « Nous allons d'abord chez le petit médecin »: premier contact pour des soins de santé curatifs recherchés par les communautés rurales d'Andhra Pradesh et d'Orissa, en Inde », Le journal indien de la recherche médicale, 134 (5), p. 627-638

GAUTHAM Meenakshi, RAJESH Singh, ANSHI Zachariah, RAJKUMARI Singh, GERALD Bloom 2014, « Fournisseurs de soins de santé ruraux informels en Inde du Nord et du Sud », Politique et planification de la santé, 29 Suppl 1 (Suppl 1), p. 120-129

JACQUEMOT Pierre, 2012, « Les systèmes de santé en Afrique et l'inégalité face aux soins », Afrique contemporaine, p. 95-97

JOLY Patricia, TAÏEB Olivier, ABBAL Tahar, BAUBET Thierry et MORO Marie Rose, 2005, Représentations culturelles, itinéraires thérapeutiques et santé mentale infantile en Guadeloupe. La psychiatrie de l'enfant, vol. 48(2), p. 537-575.

Entre formel et informel : le visage de l'offre et de la demande de soins maternels et curatifs en milieu adja-fon du département du Couffo au Bénin

KPATCHAVI Codjo Adolphe, 2011, Savoirs, maladie et thérapie en Afrique de l'Ouest. Pour une anthropologie du paludisme chez les fon et les Waci du Bénin, Cotonou, édition Ablodé, 344 p.

MEDAH Rachel, 2006, Approche sociologique de l'offre et de la demande de soins de santé. L'exemple des injections dans la ville de Ouagadougou (Burkina Faso), Etude Récit, Laboratoire Citoyennetés, 23 p.

MELIHO Pierre Codjo, AÏNA André, KPATCHAVI Codjo Adolphe, 2018, « Cloisonnement du service public de santé à la frontière de Sèmè-Kraké (Bénin-Nigéria) : Une contribution Sociologique », Cahier du CBRSI, Lettres, Sciences Humaines et Sociales, p. 329-350.

MINISTERE DE LA SANTE, 2008, Plan national stratégique de développement des ressources humaines du secteur santé, 100 p.

NGABIRE Emmanuel, 2013, Couverture sanitaire universelle : ce que pensent certains acteurs, Politiques Internationales de Santé, Ressource en ligne récupérée le 06/05/2020 à 18h 43 min sur <http://www.santemondiale.org/?p=4236>

RICHARD Jean-Luc, 2001, Accès et recours aux soins de santé dans la sous-préfecture de Ouèssè (Bénin), Thèse de géographie de santé, Faculté des Lettres et Sciences Humaines de l'Université de Neuchâtel, 1134 p.

SUDHINARASET May, INGRAM Matthew, HEATHER Kinlaw Lofthouse et MONTAGU Dominic, 2013, « What is the role of informal healthcare providers in developing countries? A systematic review ». PLoS One. 2013;8(2):e54978. doi: 10.1371/journal.pone.0054978

TCHOUAKET Eric, 2011, Influence du financement sur la performance des systèmes de soins, Thèse de Doctorat en Santé Publique, Université de Montréal, 270 p.

TOURNEUX Henry, 2007, Dictionnaire peul du corps et de la santé (Diamaré, Cameroun), Paris, Karthala / OIF, 614 p.



POLITIKES PUBLIQUES DE SANTE ET REDUCTION DE MORTALITE MATERNELLE : LA REALITE QUOTIDIENNE DANS LES CENTRES DE SANTE PARAPUBLIQUE DU TOGO

PUBLIC HEALTH POLICIES AND REDUCTION OF MATERNAL MORTALITY: THE DAILY REALITY IN THE PARA-PUBLIC HEALTH CENTERS OF TOGO

¹ KOUMI Kossi Mitronougna

¹ Doctorant, Ecole des Hautes Etudes en sciences sociales (EHESS/CNE), France et Université de Lomé, Togo, koumiabel@gmail.com/kossi.koumi@ehess.fr

KOUMI Kossi Mitronougna, Politiques publiques de santé et réduction de mortalité maternelle : la réalité quotidienne dans les centres de santé parapublique du Togo, *Revue Espace, Territoires, Sociétés et Santé* 3 (6), 65-82, [En ligne] 2020, mis en ligne le 31 Decembre 2020, consulté le 2021-01-11 06:08:03, URL: <https://retssa-ci.com/index.php?page=detail&k=118>

Résumé

L'implémentation de politiques publiques en santé maternelle a été longtemps perçue comme un levier efficace pour la réduction de morbidité et de mortalité maternelle dans les pays du Sud. En sciences sociales, on connaît plus ou moins bien comment ces politiques sont mises en œuvre dans les formations sanitaires publiques. Par contre, dans les centres de santé parapublics, on ne sait suffisamment pas comment cette mise en œuvre est faite. Ceci ne permet pas de mesurer réellement les effets de ces politiques dans la réduction de la mortalité maternelle. La présente contribution se propose de réfléchir sur la réalité quotidienne et concrète de la mise en œuvre des mesures de deux politiques publiques ayant pour but la réduction de la mortalité maternelle. Elle

se fonde sur une démarche empirique de type ethnographique conduit dans un centre privé et un centre confessionnel de soins de Lomé (Togo). Les réalités observées ne sont pas différentes de celles documentées au sujet de ces politiques dans les formations sanitaires publiques. Les politiques et réformes instituées dans le cadre de la santé maternelle connaissent bien d'écarts dans leur mise en œuvre dans les deux structures de soins étudiées. Beaucoup plus dans le privé que dans le confessionnel. Ces écarts qui obstruent d'une certaine manière à la réduction de la santé maternelle résultent fortement du fonctionnement à double vitesse, laxiste et mutisme du système de santé lui-même qui les coproduisent avec les formations sanitaires.

Mots clés : Politique de santé, santé maternelle, écarts, norme pratique, système de santé, Togo

Abstract

The implementation of public policies on maternal health has long been seen as an effective lever for the reduction of maternal morbidity and mortality in the countries of the South. In the social sciences, we know more or less well how these policies are implemented in

public health facilities. On the other hand, in parapublic health centres, we do not know enough about how this implementation is carried out. This makes it impossible to really measure the effects of these policies in reducing maternal mortality. This contribution proposes to reflect on the daily and concrete reality of the implementation of the measures of two public policies aimed at reducing maternal mortality. It is based on an empirical ethnographic approach conducted in a private and a religious health care centre in Lomé (Togo). The realities observed are no different from those documented about these policies in public health facilities. The policies and reforms instituted in the context of maternal health are very different in their implementation in the two health care structures studied. Much more so in the private than in the religious sector. These discrepancies, which in a way obstruct the reduction of maternal health, are strongly the result of the dual-speed, lax and silent operation of the health system itself, which co-produces them with the health facilities.

KeyWords: Health policy, maternal health, « gaps », norms/"practical norms", health system, Togo

INTRODUCTION

« Ce mardi matin de décembre, nous avons rendez-vous avec la surveillante du service de gynéco-obstétrique d'un centre de santé public de Lomé pour un entretien exploratoire entrant dans le cadre de notre thèse de doctorat. Sur les lieux, nous observons une agitation étrange et lorsque nous sommes allés aux informations, nous avons appris que l'objet de cette agitation des soignants du service de gynéco-obstétrique est le décès d'une femme en couche ainsi que son nouveau-né au cours de la garde précédente. Cette dernière n'est pas « anonyme », elle est la petite fille d'un médecin du service admis à la retraite depuis quelques mois. En effet, une sage-femme stagiaire explique que la défunte a

commencé la prise en charge de sa grossesse dans une clinique de renom de la capitale où le médecin traitant lui a proposé un accouchement par une césarienne de prophylaxie. La gestante souffrait du lupus d'où cette mesure. N'étant pas d'avis avec ce médecin, elle décide de changer de structure de prise en charge dans le but d'éviter cet acte. Elle s'est donc orientée vers l'hôpital de Bè où son grand-père maternel avait été médecin. Son nouveau médecin dans cette structure (à Bè) lui promet, malgré la comorbidité, un accouchement par voie basse. Quand elle a été admise la nuit précédente pour le début de travail, le médecin de garde qui n'était pas son médecin traitant souhaitait lui aussi un accouchement par voie basse en s'appuyant sur le fait qu'elle est multipare. L'accouchement était dystocique jusqu'au moment où la parturiente aurait signalé un vertige et des malaises. Le médecin se décide alors de faire une césarienne. Le temps de préparation de la parturiente elle fait un premier arrêt cardiaque. Réanimée avec succès, elle refait un second au cours de l'intervention. Le nouveau-né a été tout de même « sauvé » du sein maternel, mais n'a survécu que quelques heures (...) » (Extrait des notes d'observation, Bè, décembre, 2016).

Cette observation fait entre autres cas d'une mortalité maternelle et les facteurs qui y sont liés. Que ce soit dans les centres de santé comme c'est le cas ici ou à domicile, en milieu urbain ou rural, dans les pays du Sud en général ou au Togo particulièrement, les taux de mortalité maternel demeurent inquiétants. Il est de 401 décès pour 100 000 naissances vivantes (Ministère de la santé et de la protection sociale 2017, p.11) au Togo et est nettement plus élevé que la moyenne mondiale qui est de 211 décès pour 100 000 naissances vivantes pour la même année¹.

Les causes des mortalités maternelles sont relativement connues aujourd'hui. Elles vont des facteurs anthropiques c'est-à-dire liés aux actions des soignants et soignés (erreur, médical,

¹ Cf. www.blogs.worldbank.org/fr/.opendata

retard de consultations...), aux facteurs structuro-techniques (fonctionnement et organisation des centres de santé, techniques de délivrance des soins, le plateau technique des centres sanitaires...) en passant par les facteurs auxiliaires (économique, politiques, biologique, etc.)². Certains auteurs parleront globalement de causes directes et indirectes (A. Prual 1999, p.161).

Au Togo comme partout dans les pays du Sud, la plupart des actions visant à réduire les mortalités maternelles se sont évertuées au fil de l'histoire à agir sur ces différentes causes. Différentes actions, réformes programmes, projets et surtout politiques sanitaires ont été le plus souvent les leviers de ces actions de réduction de mortalité maternelle.

Depuis plusieurs décennies, parallèlement aux efforts des institutions internationales à travers les différentes actions susmentionnées, la problématique de la mortalité maternelle et infantile à intéresser et continu d'ailleurs à l'être, les sciences sociales. Elles ont décrit, analysé et discuté ces principales réformes mises au point pour l'amélioration de la santé maternelle. Certains auteurs comme M. Carton et R. Zerbo (2011, p. 161) ont questionné la pertinence et le bien-fondé de ces réformes avant de conclurent leur caractère superflu et inopportun, notamment dans les pays du Sud. D'autres auteurs comme Y. Jaffré et S. Suh (2016, p.178-179) se sont quant à eux intéressés aux tensions entre ces réformes et les dynamiques socio-culturelles locales ou endogènes. C. Ouedraogo *et al.* (2001, p.453) et plus tard J-P. Olivier de Sardan, A. Diarra et M. Moha (2017, p.76) analysent la conception de ces réformes et leur reprochent de ne pas prendre suffisamment en considération les spécificités des contextes locaux de mise en œuvre. D'autres analyses encore se sont s'intéressées à la mise en œuvre et l'évaluation de ces réformes. J-P. Unger *et al.* (2009, p.93) et Y. Coppieters *et al.*, (2011,

p.414) soulignent à cet effet que ces réformes n'ont pas atteint leurs objectifs.

Quoique pertinentes et très instructives, l'essentiel des analyses proposées autour des politiques ou reformes de la lutte contre la mortalité maternelle concerne beaucoup plus les formations sanitaires du secteur public laissant dans une zone d'ombre celles des structures privée et confessionnelle ou du secteur parapublic³ plus généralement. En effet, dans les cadres de ces réformes visant la réduction de la mortalité maternelle, il est aujourd'hui certain que dans les centres de santé public du Togo comme dans bien de pays africains, certaines des mesures instituées (par ces reformes) comme l'usage du partogramme dans le suivi du travail d'accouchement par exemple ne sont pas quotidiennement observées et mises en œuvre comme cela se doit (G. Blundo *et al.*, 2018, p.29, J-P. Olivier de Sardan, A. Diarra et M. Moha 2017, p.72). Mais, on ne sait pas grand-chose sur l'application concrète et quotidienne de cette mesure du partogramme dans les secteurs privé et confessionnel.

L'objet de cette contribution est également d'éclairer cette zone d'ombre en s'intéressant à la mise en œuvre des politiques d'amélioration de la santé maternelle dans le secteur parapublic à travers l'analyse d'un centre de santé privé et confessionnel de Lomé (Togo).

En effet, la question de la mortalité maternelle est holistique et son taux doit se calculer sur la base des décès enregistrés dans les secteurs publics, et parapublics (privé et confessionnel). Ceci suppose que pour agir sur les facteurs déterminants les taux élevés de la mortalité maternelle, les actions doivent être menées à la fois dans les deux secteurs. Pour se faire, il est important de connaître aussi la configuration de la mise en œuvre quotidienne et concrète (les écarts de mise en œuvre, etc.) des différentes politiques d'amélioration de la santé maternelle

² Pour plus d'information sur les causes de mortalité maternel, Cf. M. K. Bohoussou (1992), P. Hancart-Petit (2005), Staderini (2011), Y. Jaffré et S. Suh (2016), entre autres.

³ Nous entendons simplement par secteur parapublic dans ce texte, les secteurs qui ne sont pas du public. Il s'agit plus exactement dans ce texte des secteurs privé et confessionnel.

dans les structures parapubliques. C'est l'un des objectifs de cette contribution.

Les politiques en faveur de la santé maternelle au Togo sont globalement issues de la politique de la santé de la femme elle-même découlant de la politique de la santé de la reproduction. Cinq grandes politiques en faveur de la santé maternelle⁴ peuvent être répertoriées dans le système de santé au Togo : 1) la politique de consultation prénuptiale et préconceptionnelle, 2) la maternité à moindre risque, 3) la prise en charge gynécologique, 4) la prise en charge des troubles de la sexualité et de la ménopause, 5) la santé de la reproduction des femmes handicapées (Ministère de la santé 2009, p. 15-16). Bien sûr, pour des raisons pratiques et de commodité, les mises en œuvre de toutes ces politiques dans les deux centres de santé parapublics ne peuvent être abordées dans ces quelques pages. Nous proposons donc de nous intéresser à la politique de la Maternité à moindre risque (MAMR) parce que c'est sur elle que porte notre recherche doctorale dont découle cet article, mais aussi parce qu'elle est le plus présentée comme pouvant agir sur les causes directes de la mortalité maternelle notamment lors de la grossesse, l'accouchement et le post-partum. C'est d'ailleurs dans cette dynamique de la lutte contre la mortalité maternelle que nous insérons cette contribution.

La lutte contre la mortalité maternelle dans le système de santé du Togo ne s'appuie pas que sur des politiques liées directement à la santé maternelle. Elle s'adosse aussi sur d'autres politiques comme celle du financement de la santé que nous allons également étudier.

Les politiques d'exemption de paiement comprennent entre autres des mesures d'exemption totale ou partielle de paiement d'un service ou de la prise en charge d'une pathologie spécifique pour tout ou une partie de la

population (cf. K. S. Dogbe, et *al.*, 2012, p.222-223, A. Kelley et *al.*, 2014, p.24). C'est le cas des mesures d'exemption partielle des frais de césarienne simple⁵, la gratuité de la prise en charge du paludisme chez toute la population et donc chez les femmes enceintes, la gratuité des Moustiquaires imprégnés d'insecticides de longue durée d'action (MILDA) et du Traitement intermittent (TPI) chez les femmes enceintes ainsi que l'exemption de paiement liée à la PTME sont les principales mesures d'exemption de paiement touchant les femmes enceintes et pouvant agir sur la mortalité maternelle. Elles sont bien évidemment celles que nous étudierons ici sous les appellations de politique d'exemption de paiement.

Ces mesures d'exemption de paiement touchant les gestantes et mères associées aux mesures de la politique de maternité à moindre risque sont concrètement les principaux centres d'intérêts dans le quotidien des services de gynécobstétriques de Biasa (un centre de santé privé) et de Sainte Anne.

Nos réflexions partent de l'hypothèse selon laquelle ces centres de santé parapublique (privé et confessionnel) ont des dispositifs structurel, organisationnel et fonctionnel relativement appréciables par rapport à ceux du secteur parapublic. Ils respecteraient donc beaucoup plus les principes de mise en œuvre des politiques et influenceraient par là même positivement la santé maternelle.

1. Matériels et méthodes

1.1. Matériels

Cette contribution est produite sur la base de données théorique et empirique engrangées entre février 2018 et juin 2019. La recherche empirique s'est déroulée dans trois centres de

⁴ La santé maternelle prend en compte tous les aspects de la santé de la femme, de la grossesse, à l'accouchement jusqu'au postpartum (cf. https://www.who.int/topics/maternal_health/fr/). Le post-partum est une période, celle qui s'étend de la fin de l'accouchement jusqu'au retour de couches, c'est-à-dire les premières règles après la grossesse.

⁵ Une césarienne « simple » renvoie à une intervention chirurgicale sur une gestante n'ayant pas de co-morbidité ou de complication susceptible de nécessiter une prise en charge particulière en amont ou au cours de la césarienne.

santé de Lomé pour la diversité de leurs usagers, de leurs ressources matériels et humaines ainsi que de la reconnaissance sociale dont ils jouissent dans le cadre de la délivrance des services de santé maternel. Il s'agit : hôpital de Bè, Biasa, Sainte Anne appartenant respectivement aux secteurs public, privé et confessionnel de santé.

Pour les besoins de l'analyse, seules les données produites dans les centres privé et confessionnel seront utilisées dans ce texte. Ces deux centres de santé (Biasa et sainte Anne) ne sont pas homogènes sur le plan structurel, organisationnel, et du point de vue de leur taille (K. M. Koumi, 2020, p.125-127) même s'ils appartiennent tous au niveau opérationnel de la pyramide sanitaire du Togo. Pour donner une idée sur cette hétérogénéité, du point de vue de leur taille, des ressources humaines, des politiques organisationnelles, nous pouvons dire que la formation sanitaire privée peut être considérée à minima comme un hôpital de district de type 2 alors que le centre confessionnel ne peut être classé à maxima comme un hôpital de district de type 1 (Ministère de la Santé 2001, p. 21-22)

Choisir d'analyser dans une logique comparative les structures sanitaires si hétérogènes n'est pas le fruit du hasard. Il répond au désir d'observer l'existence ou non des variations des écarts aux normes de mise en œuvre des différentes politiques selon la « taille » des centres de santé.

Dans ces deux centres de santé, la démarche de production de donnée est qualitative de type ethnographie. Des stages de recherche ont été sollicités dans les services de gynéco-obstétrique des centres de santé. Ils nous ont permis non seulement de mener des entretiens semi-structurés, mais aussi d'observer la réalité quotidienne de l'implémentation des politiques de lutte contre la mortalité maternelle de l'intérieur. Les entretiens ont été réalisés avec des soignants, usagers et responsables administratifs qui constituent les « groupes stratégiques » (J.-P. Olivier de Sardan, 2003, p. 22) de la recherche.

Un corpus d'environ 40 entretiens (18 réalisés dans le confessionnel et 22 dans le privé) est utilisé dans le cadre de cet article et plus d'une dizaine d'heures d'observation systématique sur les deux sites. Ces observations ont été essentiellement menées lors des consultations et de la délivrance des services (accouchements, soins post-partum, etc.).

Précisons qu'il ne s'agit pas de 40 personnes rencontrées ou d'un échantillon d'enquêtés, mais d'entretiens réalisés. Nous sommes dans une démarche strictement qualitative de type ethnographique pour les besoins de la recherche et surtout de la problématique traitée. Nous avons ainsi fonctionné avec le principe de saturation et d'« itération » (J.-P., Olivier de Sardan, 1995, p.15) plutôt que d'échantillon sans toutefois tomber dans le piège de « l'informateur privilégié ». Dans cette logique, rappelons-le, l'arrêt des entretiens ou la fin du terrain est fonction du principe de saturation vis-à-vis des sujets de discussion.

Les enquêtes n'ont pas été conduites systématiquement sur les deux sites. Nous avons commencé par le privé et ensuite le confessionnel. Cependant, l'itération entre ces deux sites a été la règle dans cette recherche.

Les informations générées empiriquement se joignent à celles issues du travail documentaire pour constituer le corpus ayant servi de base à la réflexion que nous proposons ici.

1.2. Méthodes

Le traitement des données a été progressif tout au long de la recherche, mais plus intensif après les phases de production de données (collecte de données). Au cours des phases de terrain, les entretiens enregistrés sont systématiquement codés et retranscrits. Les notes de terrain sont aussi méthodiquement révisées, puis complétées en faisant appel à notre mémoire ou aux photographies prises. Nous avons établi ensuite pour chaque entretien et note d'observation une fiche signalétique comprenant : l'identité (propre ou fictive) de l'informateur, son contact, le lieu de l'entretien, la date et l'heure, la durée de

l'entretien, le groupe stratégique et le résumé de l'entretien.

Ces corpus de données (entretien et observation) ont été ensuite saisis dans un logiciel de traitement de texte (Microsoft Word) et enregistrés dans deux différents fichiers, chacun correspondant à une formation sanitaire.

Ces données ont été entièrement relues à la fin des enquêtes. Ceci a permis de dégager les grandes idées et résultats de recherche qui à leur tour ont permis de faire émerger une ossature très provisoire des différents points susceptibles d'être développés dans l'article. Les données produites sont ensuite classées selon les différents points de l'ossature.

Toute la tâche de traitement et d'organisation des matériaux a été réalisée manuellement. Il nous semble que la méthode manuelle permet de mieux maîtriser le matériel produit, ce que nous avons moins ressenti lors d'une expérience précédente où nous avons procédé à un traitement informatique via un logiciel approprié, le "Qualitative data analysis" (QDA miner).

2. RESULTATS

2.1. La politique de Maternité à moindre risque (MMR) : une mise en œuvre discutable dans le privé que le confessionnel

Généralisée autour des années 2000 dans les pays du Sud, la politique de la Maternité à moindre risque se substitue à celle de la Maternité sans risque (MSR). Cette nouvelle politique poursuit les objectifs de la précédente qui est, rappelons-le, la réduction de la morbidité et mortalité maternelle à travers l'application quotidienne de différentes mesures (pratiques, gestes, technique de soins, discours...) qui s'appliquent aux phases du processus de maternité, c'est-à-dire aux consultations prénatales, l'accouchement et le post-accouchement.

2.1.1. Les consultations prénatales dans les deux centres de santé étudiés et les mesures de la maternité à moindre risque

Les mesures de la politique de la maternité à moindre risque prescrivent un certain nombre de services de santé dont doivent obligatoirement bénéficier les gestantes lors des suivis de grossesses : « examens clinique selon l'approche par risque, vaccination antitétanique, examens paracliniques au besoins, dépistage et prise en charge des affections sur la grossesse, dépistage et prise en charge de l'infection à VIH (c'est le dispositif de la prévention de la transmission de la mère à l'enfant), prévention du paludisme, prévention de l'anémie et déparasitage systématique de la gestante, référence et évacuation au besoin, communication pour le changement de comportement » (Ministère de la santé 2009, p. 15). Ces mesures d'ordre techniques sont accompagnées d'autres prescriptions normatives qui relèvent du social ; de l'instauration d'une interaction accueillante (accueil chaleureux, l'écoute attentive des usagers...). Ces dernières sont transmises aux soignants lors des formations continues. Bien qu'elles ne soient pas éditées en détail, elles sont incluses dans la « communication pour le changement de comportement ».

Sur la base de nos observations empiriques et donc d'un point de vue « emique » (J.P. Olivier de Sardan 1998, p. 151-166), nous avons regroupé ces prestations (technique et sociale) en 4 phases : le « contact », les examens, « l'interrogatoire de diagnostic des signes de danger », la phase des prescriptions et des rendez-vous. C'est sur la base de cette reconsidération que nous projetons d'analyser la mise en œuvre des mesures dans les deux centres de santé.

La phase de « contact » est celle qui succède à l'affranchissement du pas de la salle de consultation par les usagers. Les normes indiquent un accueil chaleureux, caractérisé par la salutation, l'invitation des gestantes à s'asseoir, la présentation (nom, prenons au

moins) du soignant qui accueille... Ces prescriptions ne sont pas très différentes des recommandations de la déontologie et de l'éthique médicale. Dans les centres de santé privé et confessionnel étudiés, elles sont très peu observées. La salutation des usagers, la présentation du soignant, l'invitation des usagers à s'asseoir sont très aléatoires. De même, les gestantes sont très peu informées du déroulement de l'interaction ou de la consultation, elles le découvrent au même moment qu'elles sont consultées. Ce qui génère de différents ressentiments comme le raconte cette gestante.

« ... Moi franchement c'est ma première grossesse, je ne sais pas trop comment ça se passe, quand je suis arrivée chez ce médecin, je ne savais pas comment la séance allait se passer en réalité ; lui aussi ne m'a rien dit. Il a commencé la séance (...) et quand il m'a demandé de me coucher, je l'ai fait. Il m'a dit d'écarter les jambes, j'ai fait aussi cela, mais je ne savais pas ce qu'il allait faire donc j'ai écarté mes jambes comme je le pouvais, mais pour lui je n'avais pas assez écarté donc il m'a crié dessus. J'étais choquée... Le problème était que je ne m'étais pas préparée, il ne m'a rien dit du tout. Je crois que c'est aussi ce qui leur manque dans ce centre de santé, ils ne savent pas communiquer et accueillir les gens, leur expliquer comment les choses vont se passer » (Extrait d'entretien avec une gestante, Biasa, Février 2018)

Ce récit ne diffère pas de celui rapporté souvent au sujet des centres du secteur public. Les pratiques critiquables dans le récit ne se limitent pas qu'à ce service de gynéco-obstétrique tout comme elles ne se restreignent pas aux centres de santé privé et public ; elles touchent également le confessionnel.

La phase d'accueil est suivie dans la plupart des cas de celle de « l'interrogatoire de diagnostic des signes de danger ». Officiellement, cette

phase se caractérise par une discussion entre les soignants et les soignés dans le but de surveiller la gestation, d'éduquer la gestante (communication pour un changement de comportement) et de dépister de potentiels risques pour la grossesse. Les observations dans les deux centres de santé parapubliques étudiés révèlent que ces entretiens sont très brefs et beaucoup plus proches d'une formalité qu'une phase de la consultation. Très souvent d'ailleurs, cet interrogatoire se fait en même temps que les examens cliniques ou peut les précéder.

Dans les deux centres de santé, la phase des examens commence par les examens cliniques : mesure de la hauteur utérine et du périmètre ombilical, palpation abdominale, auscultation des bruits du cœur fœtal, toucher vaginal. Ces examens que les soignants des deux structures parapubliques réalisent sont conformes aux prescriptions de la politique. Cependant, dans leur exécution, il est difficile d'apprécier leur conformité du fait que les normes ne soulignent pas exactement comment ils doivent se faire. Il s'en suit la prescription des examens paracliniques, dont certains comme le dépistage du VIH et du paludisme (au besoin) sont réalisés par la sage-femme lors de la consultation.

Dans les années 2000 la Prévention de la transmission de la mère à l'enfant (PTME) émerge avec les programmes de lutte contre le VIH et a été ensuite intégrée au dispositif des consultations prénatales. Selon les dispositions officielles, les femmes enceintes doivent être dépistées gratuitement au moins 3 fois au cours de la gestation, à raison d'un test de dépistage par trimestre. Un quatrième test doit être en fin réalisé en salle de travail.

Dans la formation sanitaire privée étudiée, seulement 2 tests sont réalisés. Le premier reste payant, car il est automatiquement inclus dans le bilan de début de grossesse que les gestantes paient au laboratoire de la formation sanitaire. Seul le second et dernier test est gratuit et réalisé lors des consultations prénatales.

Dans le confessionnel, les deux tests sont gratuits pour toutes les gestantes et réalisés lors des

consultations par les sages-femmes comme le souligne les normes. Toutefois la pratique est discutable dans le fond (counselings ne respectant pas les protocoles prescrits, l'oubli des sages-femmes de réaliser l'examen entre autres) et sujette aux nombreux dysfonctionnements du système de santé (rupture d'intrant, non approvisionnement...). Les critiques qu'on pourrait adresser à la PTME dans cette structure professionnelle ne sont pas très éloignées de celles qu'on adresse aux centres de santé publics du Togo et au-delà (Moha, 2011, p. 38-62).

Dans le centre de santé privé, non seulement la réalisation de 2 tests de dépistage dont la non-gratuité du premier constitue un écart aux normes de la politique de maternité à moindre risque, mais il remet également en cause le principe de consentement et de liberté des usagers. Nos observations révèlent que ce consentement des gestantes n'est pas sollicité lors du prélèvement et qu'elles ne bénéficient d'aucun counseling pré et post test.

Ce rapport de la structure sanitaire privé aux normes de mise en œuvre de la PTME n'est pas une déviance fortuite, il résulte d'une négociation, d'un compromis avec les autorités sanitaires. Un responsable du service de gynéco obstétrique affirme :

Quand ils (en parlant des autorités sanitaires) ont voulu que nous fassions la PTME, nos chefs leur ont expliqué qu'il faut que nous fassions des recettes or la gratuité du test ne nous arrange pas, car, nous allons perdre en moyenne 6000 FCFA par test réalisé gratuitement. Pour que la structure ne perde pas totalement ses ressources, ils ont décidé qu'un seul test soit gratuit. (Extrait d'entretien avec un responsable administratif, Biasa, mars 2018)

Au cours des consultations, au besoin, les gestantes doivent bénéficier gratuitement d'un test de dépistage rapide (TDR) du paludisme. Cette recommandation de la politique de

maternité à moindre risque est observée dans la structure professionnelle alors que dans le privé cet examen reste payant et s'ajoute à la liste des autres examens paracliniques.

La logique du centre de santé privé demeure économique. Il se différencie donc du centre professionnel par ses écarts aux prescriptions de la politique à l'échelle de la phase des examens.

A la suite des examens, des prescriptions médicamenteuses peuvent se faire selon les résultats des examens et la phase de diagnostic des signes de danger ou les anciennes ordonnances peuvent être renouvelées. C'est donc la phase des prescriptions qui succède à celle des examens dans les deux centres de santé. Selon le protocole officiel, la vaccination antitétanique est systématiquement prescrite ainsi que les médicaments prophylactiques comme les suppléments de fer, d'acide folique pour prévenir l'anémie, des antibiotiques pour prévenir des infections et le Traitement préventif intermittent par la Sulfadoxine pyriméthamine (TPI-SP). Au sujet des TPI-SP, les recommandations de la politique de maternité à moindre risque exige la prise d'une dose de cette molécule devant la sage-femme à partir des 13 semaines d'aménorrhée et ce, une fois par trimestre. Dans le centre privé, la prise de cette molécule n'est en effet pas systématique et n'est non plus gratuit. Contrairement au centre de santé professionnel où la molécule est gratuitement donnée aux gestantes (sauf en cas de rupture de stock) qui la prennent séance tenante, dans le privé elle demeure payante.

Tant à Biasa qu'à Sainte Anne, les prescriptions sont suivies de la fixation de la date du prochain rendez-vous de consultation.

Ces rendez-vous varient d'une formation sanitaire à l'autre. Dans le professionnel, ils se font entre 3 et 5 fois selon l'état de santé de la gestante à raison d'une séance de consultation par trimestre. Dans le privé, les rendez-vous sont fixés tous les mois, soit entre 8 et 10 fois au cours de la gestation.

Du point de vue normatif (les normes encore en vigueur dans la politique de maternité à moindre risque au Togo) la structure confessionnelle est beaucoup plus respectueuse des prescriptions que le privé. En effet 3 à 5 consultations sont prévues par les normes. La première visite doit être comprise entre le début de la grossesse et la fin du troisième mois, c'est-à-dire avant la seizième semaine où cette première séance peut avoir lieu au moment où la femme pense qu'elle est enceinte. La deuxième visite doit se faire au cours du deuxième trimestre, entre le quatrième et le sixième mois (19 à 28 semaines d'aménorrhée). La troisième visite doit avoir lieu au troisième trimestre, entre le septième et le huitième mois (32 à 36 semaines d'aménorrhée). La quatrième visite doit avoir lieu au neuvième mois, entre trente-six et quarante semaines d'aménorrhée (Ministère de la sante, 2009, p.30). Pour justifier ce rapport aux normes des rendez-vous de consultations, les responsables de la structure privée soutiennent que l'agenda proposé vise à offrir un suivi efficace aux gestantes. Ceci laisse entrevoir une logique économique en filigrane dans la temporalité proposée et au regard des nombreux écarts dans la prise en charge des gestantes.

Les rapports des deux centres de santé aux normes de mise en œuvre de la politique de mortalité à moindre risque paraissent variables. Il est trop tôt de conclure quoi que ce soit pour l'heure sans l'analyse du rapport de ces centres de santé aux mesures de prise en charge des accouchements et post-partum. Toutefois, on pourra penser que des deux structures, la structure confessionnelle paraît relativement plus « observante » aux mesures que le privé.

2.1.2. La prise en charge du travail, l'accouchement et le post-partum : les normes officielles versus les arts de faire locaux dans les deux centres de santé

Parallèlement à la prise en charge des grossesses, le travail et l'accouchement sont aussi sujets à de nombreux écarts vis-à-vis des directives de la politique de la maternité à moindre risques.

Dans les deux centres de santé, les parturientes sont installées en salle de travail puis suivies lorsqu'on constate l'effectivité du travail. Les normes médicales ont organisé le travail d'accouchement en deux grandes phases : la phase de latence et la phase active. La première commence avec les premières contractions régulières et potentiellement douloureuses avec ou sans modification du col de l'utérus tandis que la seconde est celle qui débute entre 4 et 6 cm de dilatation cervicale et se termine à « dilatation complète » (Haute Autorité de Santé 2018, p. 25).

Chacune de ces phases est caractérisée par des gestes et pratiques médicales spécifiquement prescrites par la politique de la maternité à moindre risque. Selon les normes internationales, ces prescriptions indiquent un suivi le plus « naturel » possible, sans médicaments ni geste médical de la phase de latence, sauf en cas de « dystocie dynamique » c'est-à-dire de retard de la vitesse de dilatation cervicale. Dans ce cas les prescriptions préconisent en première intention une amniotomie, c'est-à-dire la rupture artificielle des membranes des eaux, qui peut être suivie d'une dose d'ocytocine en l'absence d'amélioration dans les 1 h suivant l'amniotomie (C. Dupont et *al.* 2017, p. 115-116). Pour des raisons sanitaires objectives, les normes autorisent le délaissement de l'accompagnement physiologique pour une prise en charge médicamenteuse (perfusion de solution salée...) en cas de sensations de malaises des gestantes, mais cela ne doit être en aucun cas systématisé. Dans les deux centres de santé étudiés, ce principe de suivi « naturel » du travail n'est pas observé. Déjà, on observe dans le centre de santé privé l'injection plus ou moins systématique d'anti-spasmodique dès l'arrivée de femmes enceintes en début du travail pour vérifier (selon les propos des soignants) l'effectivité du travail d'accouchement. De même on observe pour des raisons subjectives (fatigue du soignant, son envie d'aller plus vite, etc.) une tendance relativement forte et systématique de déclenchement artificiel volontaire et d'accélération du travail d'accouchement par le

Syntocinon®⁶, même en tout début du travail. Or, l'usage du Syntocinon® durant le travail surtout dans le cadre des accouchements par voie basse aurait des conséquences sur la santé maternelle, car, elle multiplie les risques d'hémorragie postnatale ce qui met en danger la santé maternelle.

Les raisons subjectives qui sous-tendent ce dernier comportement des soignants de deux centres de santé sont entre autres l'impatience des agents de santé face à « l'éternisation » apparente du travail. Accélérer le travail dans ce cas leur permet, selon leurs propos d'achever au plus vite l'accouchement et passer à d'autres activités relevant de leurs prérogatives.

En effet, les soignants des centres de santé étudiés sont en sous-effectifs par rapport aux nombres de femmes auxquelles ils doivent faire face. Dans le confessionnel par exemple, trois sages-femmes travaillent en alternance à raison d'une sage-femme pour la journée et une pour la nuit tandis que la troisième se repose pour la garde de nuit du lendemain. Dans ce centre de santé, l'organisation du travail est telle que la seule sage-femme de garde est à la fois en charge des consultations prénatales, de la consultation et la prise en charge des femmes ayant des problèmes gynécologiques en l'absence du médecin spécialiste, puis en charge du suivi de parturientes et des accouchements. Notons de passage qu'aux jours de fortes affluences, cette seule sage-femme aidée de deux accoucheuses prend en charge environ plus d'une trentaine de femmes enceintes et mères. A cet égard, *mutatis mutandis*, l'empressement de ces soignants pourrait conduire aux écarts observés. Mais, cet argument ne semble pas justifier entièrement ces écarts.

Dans la structure privée, nous avons observé que les sages-femmes sont relativement en effectif raisonnable par rapport à leurs prérogatives et l'effectif des gestantes et mères quelles

accueillent, pourtant la pratique ne varie pas. Lors de nos enquêtes dans ce centre privé, une sage-femme assistée par une stagiaire est en charge d'une partie des consultations. Trois médecins sont en charge de la seconde et dernière partie des consultations prénatales, des consultations gynécologiques et des accouchements, ils sont assistés par deux autres sages-femmes en salle d'accouchement. Cet effectif et cette organisation du travail permettent d'accueillir également environ une trentaine de gestantes et mères aux jours d'affluence. Mais malgré ce nombre relativement supérieur par rapport à celui du confessionnel, les mêmes écarts sont observés.

Sans doute, les écarts ne peuvent être mis qu'au seul compte d'un sous-effectif ou d'une absence de connaissance du protocole de prise en charge, car théoriquement, tous les soignants en ont fait cas. Les soignants n'hésitent pas lors des entretiens à nous réciter les protocoles de prise en charge qui reflètent, après vérification dans les documents adéquats, les normes officielles. Nous estimons qu'ils se justifieraient aussi et mieux par une certaine routine, la mise en œuvre d'une « culture professionnelle locale » ou d'une certaine « norme pratique » (J.P. Olivier de Sardan 2008, p.11 ; 2014, p.105).

Les écarts aux protocoles de suivi du travail d'accouchement que nous décrivons ici ne sont pas tout à fait nouveaux, ils ont été longtemps décrits dans la sphère publique de santé (A. Diarra, 2012, p. 64). Nos observations ne soulignent ici que leur existence dans le parapublic (privé ou confessionnel en l'occurrence) donc de leur généralisation dans le système de santé.

La biographie professionnelle des soignants rencontrés dans le secteur parapublic montre qu'ils ont été pour la plupart formés dans le secteur public et y ont fait des stages professionnels, certains y ont d'ailleurs exercé en

⁶ Le Syntocinon® est une version synthétisée de l'ocytocine, une hormone naturellement produite par l'organisme féminin lors de l'accouchement et de l'allaitement et qui stimule naturellement les contractions utérines. En 1906, ses propriétés contractiles ont été

découvertes par Henry Dale. Sa production synthétique dans les laboratoires et commercialisation ont commencé en 1927. Son usage se généralise dans les salles de naissances autour des années 1970.

tant que contractuels ou vacataires. Ce qui laisse penser que ces pratiques « non-observantes », « normes pratiques » ou « arts de faire » (M. de Certeau 1990) dont la genèse remonte aux difficultés macroéconomiques du lendemain des indépendances (K. M. Koumi 2018, p.125), ont passé du secteur public au parapublic.

Le suivi du travail d'accouchement se caractérise également par l'utilisation du partogramme⁷. Selon les normes officielles, dès la phase active du travail, les soignants doivent impérativement commencer à enregistrer les différentes variations de l'état de santé de la mère et de l'enfant sur ce document. Ceci leur permettra de prendre au moment opportun des décisions idoines (référence, césarienne...) lorsque la santé du couple mère-enfant paraîtra en danger.

Des deux structures sanitaires étudiées, cet outil n'existe que dans le centre de santé confessionnel même si son renseignement par les soignants de ladite structure reste discutable comme c'est le cas dans les centres de santé publics du Togo (G. Blundo et al., 2018, p.28).

Dans ce centre de santé confessionnel, cet outil existe. Mais comme on le remarque dans les productions scientifiques précitées, c'est son utilisation qui pose un problème. Contrairement aux normes de la politique, les soignants ne débutent quasiment jamais le renseignement du partogramme dès le début de la phase de latence, ni même au cours du travail. Dans une large mesure, ces soignants renseignent les différents items et tracent la courbe après l'accouchement en reconstituant le processus du travail et de l'accouchement. Une fois encore, la charge du travail (plusieurs femmes entrent au même moment en phase active du travail, occupation par d'autres tâches, etc.) est l'un des facteurs le

plus souvent avancé pour justifier cet écart. Nous pensons par contre à l'observation d'une « norme pratique ».

Dans le centre de santé privé où ce document n'existe pas du tout, on évoque que ledit document leur est inutile, car ils disposent d'un bloc opératoire à la pointe de la technologie et des agents qualifiés aptes à diagnostiquer et à prendre en charge les gestantes en cas de complication. Aussi, n'ont-ils pas besoin de référer leurs parturientes dans un autre centre à cause de leur plateau technique « bien fourni ». Mais, quelles que soient les dotations matérielles du centre de santé, comment identifier exactement le moment d'agir s'ils ne sont pas guidés par un outil comme le partogramme ? La réponse de ce haut fonctionnaire qui est aussi agent de santé de la structure privée témoigne à la fois de la connaissance et la compréhension limitée de l'utilité du partogramme. Il soulève au même moment des interrogations sur la formation des acteurs du système des santés sur les réformes introduites.

Le travail d'accouchement s'achève à la dilatation complète faisant place à la parturition. Les normes officielles recommandent en ce moment l'injection d'une dose de Syntocinon pour favoriser la contraction et l'expulsion du placenta. Dans les deux centres de santé, ce médicament est administré, mais dans la plupart des cas comme souligné, beaucoup plus tôt que la norme ne l'indique. Cela n'empêche certains soignants de le réinjecter à nouveau.

Les normes officielles recommandent qu'une traction soit ensuite faite sur le placenta grâce au bout du cordon ombilical resté rattaché à l'organe après son ablation : c'est la traction contrôlée du cordon. Ces normes techniques sont également

⁷ « Le partogramme est un papier imprimé sur lequel les soignants notent les informations concernant le travail obstétrical d'une femme. Son objectif est de permettre une représentation graphique du travail, d'alerter les sages-femmes et obstétriciens en cas d'anomalie pouvant avoir une répercussion sur le bien-être maternel ou fœtal et sur le déroulement du travail. Les partogrammes pré-imprimés contiennent fréquemment des lignes d'alerte et lignes d'action afin d'aider les soignants à prendre conscience d'un éventuel déroulement pathologique du travail. La

ligne d'alerte représente le déroulement de travail des 10 % de primipares qui auront le travail le plus lent. La ligne d'action est placée quelques heures après la ligne d'alerte (majoritairement deux ou quatre heures après celle-ci) pour prendre en charge le déroulement trop lent du travail. » (HAS 2018, p.26). Cet outil a été particulièrement introduit dans les systèmes de santé des pays du Sud par l'OMS en 1988, puis révisé dans les années 2000. Le partogramme est présenté comme un instrument de prise de décision dans le processus d'accouchement.

observées dans les deux centres de santé étudiés. Les soignants sont enfin invités par les prescriptions normatives à procéder ensuite au massage du fond utérin pour aider l'utérus à se contracter. Cette norme est aussi observée dans les deux structures sanitaires. Toutefois, contrairement à la temporalité du massage utérin qui doit se faire toutes les 15 minutes pendant les 2 premières heures après la délivrance du placenta, soit 8 séances de massage utérin dans l'intervalle de 2 h, les soignants des deux centres de santé ne font qu'un seul massage utérin. L'achèvement de cette pratique sonne la fin de l'accouchement et les mères sont ensuite transférées dans les salles de suite de couches. Sur la base des données sur le suivi de la grossesse, le travail, l'accouchement et le post-partum, il apparaît que la formation sanitaire privée s'écarte beaucoup des normes officielles édictées par les mesures de la politique de mortalité à moindre risque. Au même moment, la nature des écarts n'est pas tout à fait nouvelle. Elles correspondent à peu près à celles répertoriées dans la cadre du suivi des grossesses, le travail et accouchement dans les centres de santé public au Togo et au-delà comme nous l'avons démontré à travers la comparaison de nos résultats avec la littérature existante. Ces observations nous conduisent à reconsidérer, du moins à l'échelle de la politique de maternité sans risque, notre hypothèse de départ. Nous pensons de plus en plus que les centres de santé du secteur tant public que parapublic auraient presque le même rapport (écart aux normes en particulier) aux politiques de maternité à moindre risque et même à celle du financement de santé que nous verrons dans les lignes suivantes.

2.2. Les réformes dans le financement de la santé au profit de la santé maternelle

Tout comme la politique de la maternité sans risque, celle de l'exemption de paiement que nous étudions ici remonte aux années 2000. Rappelons que particulièrement, l'exemption de paiement de la césarienne, de la PTME et du paludisme chez les femmes enceintes sera étudiée ici.

L'exemption de la césarienne fait suite à l'engagement des ministres de la Santé de l'Union africaine lors de la quatrième session tenue en mai 2009 à Addis-Abeba (Ethiopie) et prend place dans la « Campagne accélérée de réduction de la mortalité maternelle en Afrique » (CARMMA). Lors de sa mise en œuvre au Togo en 2011, elle stipule que les frais de couverture de l'acte sont partagés entre l'État qui prend en charge les 2/3 des coûts plafonnés à 30 000 FCFA et l'utilisateur à qui revient le 1/3 des frais de l'acte, soit 10 000 FCFA.

Dans les deux centres de santé, cette réforme n'est pas mise en œuvre et les coûts de l'acte peuvent coûter entre 250 000 et 700 000 FCFA à l'utilisateur dans le privé. Dans la structure professionnelle, ayant son bloc opératoire non fonctionnel, les césariennes sont organisées par le gynéco-obstétricien dans les blocs opératoires d'autres centres de santé. Les coûts sont donc variables en fonction de la structure dans laquelle se déroule l'intervention. S'il s'agit d'une structure privée, la parturiente ne bénéficie pas de l'exemption de paiement et les frais fluctuent entre 500 000 et 700 000 FCFA. Par contre, lorsque l'acte s'organise dans un centre de santé public, les usagers bénéficient de la subvention.

Différentes raisons justifient l'inexistence de la subvention de la césarienne dans les structures sanitaires privées en général. La plus prioritaire

de toutes ces raisons est celle de l'incapacité du système de santé à établir un partenariat et à trouver un terrain d'attente avec ces structures privées au sujet de cette politique.

En effet, dans le secteur public tout comme parapublic, avant la subvention de la césarienne, chaque centre de santé fixait les frais de l'acte selon les bénéficiaires escomptés sans véritable contrôle de l'État. Avec la réforme, les frais de l'acte ont été plafonnés à 30 000 FCFA comme souligné, ce qui a réduit considérablement la marge de profit des structures publiques qui s'en plaignent d'ailleurs à cause de l'impact de cette réforme sur leurs finances (K. M. Koumi 2018, p.125-127) quoiqu'elles bénéficient de la subvention de l'État.

Les structures privées ne bénéficient pas de cette subvention de l'Etat. Elles fondent leur fonctionnement financier sur les recettes générées par la prise en charge du paludisme, le suivi des grossesses et la césarienne qui constituent entre autres une large part des motifs de consultation et de prise en charge. Elles sont dans une logique de « marchandisation » des soins ce qui n'est guère étonnant si on se réfère aux origines et à l'histoire des centres de santé privé (O. Faure 2012, 2014). La mise en œuvre de la césarienne sans mesures compensatoires dans le secteur privé risquerait d'amoinrir l'autonomie financière de ces centres de santé et c'est à ce niveau que se trouve le nœud du débat. Aux yeux des centres de santé parapublic (centres privé et confessionnel), cette compensation devrait se faire sur la base des frais ordinaires de la césarienne dans leurs formations sanitaires et non sur la base du plafonnement du coût de l'acte à 30 000 FCFA. Ainsi, dans la logique où l'acte est fixé à 700 000 F dans un centre de santé, l'utilisateur paye 10 000 F et l'Etat 690 000 FCFA. D'autres formations sanitaires publiques où nous avons menées des enquêtes

dans le cadre d'autres recherches, tiennent en sourdine ce même discours car, les effets de la subvention de la césarienne tout comme bien d'autres politiques d'exemption ne sont pas sans conséquence négative sur le fonctionnement financier des formations sanitaires tant au Togo qu'ailleurs (K. M. Koumi 2018, p 128).

N'ayant pas de garantie de la part de l'État au sujet de cette compensation, ces centres de santé privés ont rejeté la mise en œuvre de cette mesure.

Dans le cadre de la prophylaxie du paludisme et son dépistage ainsi que celui de la PTME, les raisons des écarts sont relativement différentes. Rappelons que la gratuité du traitement préventif intermittent à base de Sulfadoxine pyriméthamine (TPI-SP) et du Test de diagnostic rapide du paludisme (TDR) réalisé au besoin n'est pas observée dans le privé ainsi que celui du premier test de dépistage du VIH dans le cadre de la PTME.

Le principal argument officiellement avancé par la structure privée pour justifier cet état de choses est le non-approvisionnement constant en intrants et en réactif par l'Etat. Ce qui est empiriquement vérifiable. Cependant, on ne peut arguer un abandon du secteur parapublic par l'État ou le système de santé puisque dans le centre de santé confessionnel – faisant partie du parapublic – ces intrants sont fournis. Il semble donc que les raisons qui mettent en forme cette réalité doivent être recherchées à l'échelle stricte du centre de santé privé étudié puisque c'est bien à ce niveau que le non approvisionnement est observé.

Biasa, la formation sanitaire privée étudiée ici ainsi que bien d'autres cliniques privées fonctionnent en effet avec un accompagnement quasi-inexistant du système de santé. Ces centres de soins ne sont presque pas associés au

fonctionnement du système de santé, leurs fonctionnaires ne bénéficient presque d'aucune formation continue du système de santé, même au sujet des politiques que nous étudions. Ces arguments sont empiriquement vérifiables.

Lors de nos travaux de terrain en effet, une sage-femme de la structure sanitaire privée déclare n'avoir jamais suivi une formation sur le partogramme et sur la consultation prénatale recentrée autre que ce qu'elle a appris durant le parcours académique. Aux antipodes de cette situation, au cours de la période où cette information nous a été livrée, plus d'une fois, des sages-femmes du centre de santé public nous ont annoncé plusieurs fois qu'elles étaient invitées pour des ateliers de formation organisés par le ministère de la santé. Au sujet des formations, Ouedraogo et Kpegba (2017, p.30) en viennent à la même conclusion. Ils affirment par exemple dans le cadre du programme national de lutte contre le paludisme dont les formations initiées par le système de santé profitent beaucoup plus aux soignants du secteur public qu'à ceux des autres secteurs. Il en est de même pour les supervisions qui sont le second canal de formation continue des soignants. Ces auteurs notent que seulement 24,5% des structures de soins parapubliques ont bénéficié d'une supervision dans les douze derniers mois qui ont précédé leurs recherches ; ce qui est relativement faible.

D'un point de vue « idéal typique » (d'un point de vue weberien), le système de santé comprend tous les secteurs et est appelé à y avoir un rapport identique, mais dans la plupart des cas, que ce soit au Togo ou ailleurs dans la sous-région, ces systèmes de santé sont plus ou moins associés

aux secteurs publics au point de s'y confondre. Cette posture justifie dans notre cas les faits observés avec cette sorte d'« abandon » du centre de santé privé étudié comme bien d'autres. Aucune logique apparente (nous n'avons pas réussi à en saisir une) ne justifie ce fonctionnement à double vitesse⁸ du système de santé fournissant sélectivement les intrants, la formation continue, la supervision, à certains centres de santé au détriment d'autres.

Toutefois, cette posture offre au centre de santé privé étudié comme bien d'autres « abandonnés », une « zone d'incertitudes » (M. Crozier et E. Friedberg 1977, p.204). Cette dernière leur permet d'échapper aux politiques sanitaires étudiées en l'occurrence et de justifier les écarts. De ce point de vue, le rapport de ces centres de santé « abandonnés » à la mise en œuvre des politiques ici étudiées résulte d'une coproduction entre, d'une part ces structures sanitaires et d'autre part le système de santé. C'est ce dernier (le système de santé) qui offre cette « zone d'incertitude » à travers son laxisme, son fonctionnement à double vitesse, son mutisme, l'absence d'accompagnement (grâce à l'approvisionnement en intrant...) ainsi que de mesures coercitives vis-à-vis des centres de santé réticents à la mise en œuvre des politiques.

La responsabilité du système de santé ou de l'État mentionné par le rapport des centres de santé sur les politiques sanitaires étudiées paraît à ces égards sans ambages. Si cette responsabilité est engagée dans la production des écarts aux normes de mise en œuvre de politiques de santé visant à réduire la mortalité maternelle, elle l'est par ricochet dans la stagnation des taux de mortalité maternelle. En ayant une responsabilité

⁸Les causes du fonctionnement à double vitesse du système de santé du Togo demeurent un sujet entier à traiter.

dans le dysfonctionnement des politiques mises en œuvre, le système de santé où l'État contribue à l'institution d'inégalités systémique et de violences symboliques qui obstruent au final la dynamique de la réduction de la mortalité maternelle comme nous le verront.

2.3. Inégalité systémique et violence symbolique dans la mise en œuvre des politiques de lutte contre la mortalité maternelle

Le code de la santé publique du Togo mentionne en effet que le citoyen a le droit de choisir librement son médecin (article 196, code de la santé publique). Ceci sous-entend que les gestantes tout comme n'importe quels citoyens d'ailleurs ont le droit de consulter ou de se faire prendre en charge dans le centre de santé de son choix. Les citoyens ainsi protégés par la législation doivent en principe bénéficier des mêmes services et tarifications indépendamment des centres où ils décident de se faire consulter. Or l'inexistence de mesures d'exemption partielle de paiement des frais liés à la césarienne dans les structures parapubliques crée une certaine inégalité dans l'accès aux soins. Cette inégalité est entre les usagers du public bénéficiant de l'exemption de paiement et ceux du parapublic d'une part et entre usagers du secteur parapublic (privé et confessionnel en l'occurrence) où les coûts peuvent varier d'autre part. Cette réalité implique d'ailleurs de considérer l'échelle à laquelle cette politique se réfère dans les discours publics. Au fond, la subvention de la césarienne par exemple n'est pas gratuite au Togo pour le privé, mais l'est pour les usagers des centres de santé publique. Les affirmations de A. S. Aboubakari et *al.* (2014, p.363-369) arguant que la subvention de la césarienne est bénéfique pour l'utilisation des

services de santé et améliore considérablement le taux de morbidité de la population togolaise sont donc à relativiser.

L'existence de la subvention de la césarienne dans les centres de santé publique contraints d'une certaine manière certaines gestantes à se rendre dans ces centres de santé. Si cette exemption de paiement existait dans les autres secteurs de santé, elles feraient sûrement d'autres choix. Ceci bafoue le droit de choisir librement leurs soignants et constitue à certains égards une violence symbolique.

L'inégalité dans l'accès aux soins s'observe aussi dans l'administration ou la délivrance des soins. Les écarts observés dans les centres de santé étudiés ne mettent pas les femmes sur le même pied d'égalité. Les écarts ne suivent en effet aucune logique claire. Nous l'avons évoqué, selon la disponibilité du soignant, un usager peut recevoir une dose Syntocinon® pour accélérer le travail, ce qui n'est pas le cas pour d'autres femmes dans un même centre de santé. Deux gestantes ou parturientes peuvent ne pas recevoir les mêmes soins, non pas pour des raisons pathologiques ou liées à la personnalisation des protocoles thérapeutique, mais pour des raisons subjectives au soignant. Il en est de même pour l'exemption du paiement dans le cadre de la prophylaxie du paludisme, son dépistage et sa prise en charge. Associées à la variation des écarts selon les centres de santé et des secteurs de soin, ces réalités cristallisent les inégalités au sein du groupe social des femmes enceintes, gestantes et mères qui ne courent logiquement pas les mêmes risques de mortalité et de morbidité durant la gestation ou l'enfantement.

CONCLUSION

Cette contribution a analysé la mise en œuvre de deux politiques de santé ayant pour objectif de réduire la mortalité maternelle. Cette analyse a été comparative, entre deux centres de santé parapublics hétérogènes. Nos observations nous ont conduits à la réalité de l'existence d'écarts dans la mise en œuvre des politiques de santé analysée. L'ampleur des écarts varie entre la formation sanitaire et paraît plus importante dans le privé que le confessionnel. Toutefois et au-delà des formations sanitaires étudiées, et de l'ampleur des écarts, leur nature dans les structures confessionnelles à un fort air de familiarité avec celle rapportée par la littérature au sujet des centres de santé du secteur public au Togo et bien au-delà. Ceci infirme l'hypothèse d'une variation de ces écarts entre les centres de santé parapublics et publics précédemment émise.

L'analyse de la causalité des écarts observés nous a menées vers la responsabilité du système de santé ou de l'Etat. Cette responsabilité est liée au fonctionnement du système de santé qui crée une « zone d'incertitude » exploitée par les centres de santé. Cette implication du système de santé concerne également l'obstruction de la santé maternelle, car, les écarts qu'il coproduit avec le système de santé conduit à cette obstruction. Ce résultat nous invite à questionner plus spécifiquement au-delà de tout le rôle des systèmes de santé des pays du sud et leurs rapports aux autres secteurs de soins (privé et confessionnel en particulier) dans les réflexions autour de la santé maternelle. Aussi, appréhender et comprendre la santé maternelle dans une telle dimension holistique impliquant le système de santé et les secteurs parapublics permet de mieux connaître les facteurs non biomédicaux et ceux

relatifs au fonctionnement des systèmes de santé et de ces structures parapublics pour agir sur eux afin d'améliorer la santé maternelle.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

ABOUBAKARI Abdoul-Samadou, ADAMA-HONDEGLA Amah Biova, AZOUMAH Deladem Komi, M'BORTCHE Bingo Kignomon, LOGBO-AKE Edem, et AKPADZA Koffi, 2014, « Influence court terme, de la subvention sur le profil épidémiologique, clinique et pronostique des grossesses et accouchements par césarienne au nord du Togo : étude comparative de 520 cas », Journal de la recherche scientifique à l'université de Lomé, Série D, 16(2), p. 363-369.

BLUNDO Giorgio et AMOUZOU-GLIKPA Amévör et KOUMI Kossi Mitronougna., 2018, The Importance of Practical Norms in Government Health and Education Services in Togo, Research report, Lomé, p. 44.

BOHOUSOU Marcelin Kouadio, 1992, « La mortalité maternelle à Abidjan en 1988 », Médecine d'Afrique Noire, 39 (7), p. 480-484.

CARTON Manoelle et ZERBO Roger, « Des matrones face à la « maternité sans risque ». Le cas de Barsalogo, Burkina Faso », in HANCART-PETITET Pascal (dir.), 2011, L'art des matrones revisité. Naissances contemporaines en question, Faustroll Descartes, p. 143-167.

COPPIETERS Yves, BIVORT Philippe, MADANI Kamel, et METBOUL Mohamed, 2011, « Analyse des facteurs de la mortalité maternelle dans le sud Algérien », Santé Publique, 5 (23), p. 413-426.

CROZIER Michel et FRIEDBERG Erhard, 1977, L'Acteur et le système, Editions du Seuil, Paris, p.445.

DE CERTEAU Michel., 1990, L'invention du quotidien : Arts de faire, Gallimard, Paris, p. 349.

DIARRA Aissa, 2012, « La prise en charge de l'accouchement dans trois communes du Niger : Say, Balleyara et Guidan Roumji », Etudes et Travaux du Lasdel n°101, Working Paper.

DOGBE Kokou Sika, PITCHE Palokinam, ADAM SAMAH Zakillatou , ALZOUMA KOSSI Salamatou , TOKOFAI Assétina Singo , D'ALMEIDA Stéphane , et DOKLA Augustin, «Exemption du paiement des soins liés à la prise en charge de l'infection par le VIH au Togo. Cas du traitement antirétroviral », in RIDDE Valery QUEUILLE Ludovic et KAFANDO Yamba, (dir.), 2012, Capitalisations de politiques publiques d'exemption du paiement des soins en Afrique de l'Ouest, Ouagadougou : CRCHUM/HELP/ECHO, en ligne www.usi.umontreal.ca, consulté le 30/04/ 2015 à 13h 02, p. 211-258.

DUPONT Corinne, CARAYOL Marion, LE RAY Camille, DENEUX-THARAUX Catherine, RIETHMULLER Didier, 2017, « Recommandations pour l'administration d'oxytocine au cours du travail spontané. Texte court des recommandations », *Rev. Méd. Périnat.*, 9 (2), p. 107-113.

FAURE Olivier, 2014, « Cliniques privées et hôpitaux publics en France : de la complémentarité au compromis », *La revue du praticien*, vol. 64, p. 438-441.

FAURE Olivier et DESSERTINE Dominique, 2012, *Les cliniques privées. Deux siècles de succès*, Presses Universitaires de Rennes, Collection Histoire, Rennes, p.355.

HANCART-PETITET Pascale, « Mortalité maternelle au Ladakh : De la santé publique à l'anthropologie », in PORDIE, Laurent, (dir), 2005, *Penser le monde, penser les médecines. Traditions médicales et développement sanitaire*, Paris, Karthala :123-143.

HAUTE AUTORITE DE SANTE (HAS), 2018, *Accouchement normal : accompagnement de la*

physiologie et interventions médicales, *Recommandation de bonne pratique*, Paris, p. 46.

JAFFRÉ Yannick et SUH Siri, 2016, « Where the lay and the technical meet: Using an anthropology of interfaces to explain persistent reproductive health disparities in West Africa », *Soc Sci Med.*, n°156, p.175-183.

KELLEY Allison, SIELEUNOU Isidore, GASHUBIJE Longin, HOUNYE Felicien, MONZON SAMAKE Amadou, MAYAKA Manitu Serge, SAMBA Mamadou, GARBA TCHANG Salomon, MOHA Mahaman, YE Maurice, MBESSAN Philémon, ZAKILLATOU Adam, et MEESEN Bruno, 2014, *Une vue d'hélicoptère : cartographie des régimes de financement de la santé dans 12 pays d'Afrique francophone*, Rapport de recherche.

KOUMI Kossi Mitronougna, 2018, « Les médicaments et les arts de faire palliatifs dans le système de santé du Togo », Communication au colloque international sur « Régulations, Marchés, Santé : interroger les enjeux actuels du marché du médicament en Afrique » organisé à Ouidah du 26 au 29 mars 2018 et publié dans les actes du colloque : 124-131, en ligne : hal-01988227.

KOUMI Kossi Mitronougna, 2020, "Just like the users, we suffer too!". "Experiences" of health workers in health facilities in Lomé (Togo)", *J. Rech. Sci. Univ. Lomé (Togo)*, 2020, 22(1-2), p.123-137.

MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PROTECTION SOCIALE, 2017, *Plan national de développement sanitaire (PNDS) 2017-2022*, République Togolaise.

MINISTERE DE LA SANTE, 2001, *Normes du district sanitaire au Togo*, République Togolaise.

MINISTERE DE LA SANTE, 2009, *Politique et normes en santé de la reproduction, planification familiale et infections sexuellement*

Politiques publiques de santé et réduction de mortalité maternelle : la réalité quotidienne dans les centres de santé parapublique du Togo

transmissible du Togo, 2em Edition, République Togolaise.

MOHA Mahamane, 2011, « « Même la nourriture, on se fatigue de la manger, à plus forte raison le médicament... ». Les PvVIH et les médicaments au Niger », Etude et travaux du Lasdel, n°94, Working Paper.

OLIVIER DE SARDAN Jean-Pierre, 1995, « La politique du terrain », Enquête n° 1 : 71-109.

OLIVIER DE SARDAN Jean-Pierre, 1998, « Émique », L'Homme, n° 147 : 151-166.

OLIVIER DE SARDAN Jean-Pierre, 2003, « L'enquête socio-anthropologique de terrain : synthèse méthodologique et recommandations à usage des étudiants », Etudes et Travaux du Lasdel, n°13, Working Paper.

OLIVIER DE SARDAN Jean-Pierre, 2008, « A la recherche des normes pratiques de la gouvernance réelle en Afrique », APP, Discussion Paper, n°5.

OLIVIER DE SARDAN Jean-Pierre, 2014, « La routine des comportements non-observants au sein des services publics nigériens : Connaître la culture bureaucratique pour la réformer de l'intérieur », Etudes et Travaux du Lasdel, n°119, Working Paper.

OLIVIER DE SARDAN Jean-Pierre, DIARRA, Aissa., et MOHA, Mahaman., 2017, « Travelling models and the challenge of pragmatic contexts and practical norms: The case of maternal health », Health Research Policy and Systems 15 (1): 60.

OUEDRAOGO Amadou, et KPEGBA Komi Prosper, 2017, Enquête de faisabilité de l'implication du secteur privé dans la lutte contre le paludisme au Togo, Rapport d'étude.

OUEDRAOGO Christine, OUEDRAOGO Ali, OUATTARA Tiémoko, AKOTIONGA Michel, THIEBA Blandine, LANKOANDE Jean et KONE Bibiane, 2001, « La mortalité maternelle

au Burkina Faso. Evolution et stratégie nationale de lutte », Médecine d'Afrique Noire, 48 (11) : 452-456.

PRUAL, Alain, 1999, « Grossesse et accouchement en Afrique de l'Ouest. Vers une maternité à moindre risque », Santé publique (2) 11 : 167-185.

STADERINI Nelly, 2011, « Représentations locales du rôle des matrones au Tchad. Une perspective sur les décideurs. », Postface, in Hancart Petitot, P., (dir.) L'art des matrones revisité. Naissances contemporaines en question, Faustroll : 169-196.

UNGER Jean-Pierre, VAN DESSEL Patrick, SEN Kasturi et DE PAEPE Pierre, 2009, "International health policy and stagnating maternal mortality: is there a causal link?" Reproductive Health Matters, 17 (33) : 91-104.



CONNAISSANCES ET PRATIQUES DES MÈRES EN MATIÈRE D'ALIMENTATION DES ENFANTS ET ROLES DES GROUPES BENEVOLES D'ASSISTANCE EN NUTRITION AU BENIN

KNOWLEDGE AND PRACTICES OF MOTHERS IN THE FIELD OF CHILD FEEDING AND ROLES OF VOLUNTEER NUTRITION ASSISTANCE GROUPS IN BENIN

¹ ASSOGBA Hermine Nadège, ² OLANIGNAN Mondoukpè Reine et ³ MONGBO Roch Lambert.

¹ Socio-anthropologue de développement, Assistante technique au Centre Béninois pour l'Environnement et le Développement Economique et Social (CEBEDES-Xudodo) et Assistante de recherche associée au Laboratoire d'Analyse des Dynamiques Sociales et du Développement (LADyD)
assogbahermine@yahoo.fr

² Ingénieur agronome, Assistante de recherche associée au Laboratoire d'Analyse des Dynamiques Sociales et du Développement (LADyD), Faculté des Sciences Agronomiques (FSA) de l'Université d'Abomey-Calavi (UAC)
reine.olanignan@gmail.com

³ Professeur Titulaire de Socio-anthropologie du Développement, Laboratoire d'Analyse des Dynamiques Sociales et du Développement (LADyD), Faculté des Sciences Agronomiques (FSA) de l'Université d'Abomey-Calavi (UAC)
roch.mongbo@fsa.uac.bj

ASSOGBA Hermine Nadège, OLANIGNAN Mondoukpè Reine et MONGBO Roch Lambert, Connaissances et pratiques des mères en matière d'alimentation des enfants et rôles des groupes bénévoles d'assistance en nutrition au Bénin, 3 (6), 83-93, *Revue Espace, Territoires, Sociétés et Santé*, [En ligne] 2020, mis en ligne le 31 Décembre 2020, consulté le 2021-01-11 06:17:20, URL: <https://retssa-ci.com/index.php?page=detail&k=135>

Résumé

Les soins nutritionnels durant les 1000 premiers jours de vie d'un enfant sont déterminants pour sa croissance, son développement cognitif et sa productivité ultérieure. Le défi est que chaque mère soit formée et suivie dans l'observance des

bonnes pratiques nutritionnelles. A cet effet, services de soins et équipes de projets font recours à des volontaires autochtones bénévoles comme intermédiaires entre agents et mères d'enfants. La présente étude a été conduite dans le contexte du programme national de nutrition du gouvernement du Bénin, qui vise à accroître la couverture et l'utilisation des interventions de nutrition au profit des enfants, s'appuyant sur un dispositif de volontaires communautaires bénévoles. L'étude interroge les fondements culturels, les modalités opérationnelles et l'efficacité de ce volontariat pour un changement de connaissances et de pratiques des mères. Les enquêtes qualitatives et quantitatives auprès de volontaires et de mères d'enfants du sud Bénin révèlent que les volontaires affichent des motivations altruistes d'épanouissement des enfants pour le développement de leur localité. Aussi, elles constituent la principale source d'information pour les mères, lesquelles adoptent de bonnes pratiques d'allaitement maternel exclusif des enfants de zéro à six mois. Toutefois, ces mères pratiquent une alimentation de complément inadéquate pour les enfants de six à 59 mois, faute de ressources conséquentes. En définitive, le recours aux volontaires communautaires bénévoles permet de développer chez les mères les dispositions cognitives requises pour des soins nutritionnels adéquats aux enfants. Mais le renforcement de leurs moyens d'existence leur permettrait d'appliquer les conseils reçus.

Mots clés : Bénin, nutrition, volontaires
communautaires, allaitement maternel,
alimentation de complément

Abstract

Nutritional care during the first 1000 days of a child's life is critical for growth, cognitive development and subsequent productivity. The challenge is that every mother must be trained and monitored in the observance of good nutritional practices. To this end, health services and project teams use indigenous volunteers as intermediaries between agents and mothers of children. This study was conducted in the context of the Government of Benin's national nutrition program, which aims to increase the coverage and use of nutrition interventions for children, relying on a system of community volunteers. The study questions the cultural foundations, operational modalities and effectiveness of this volunteerism for a change in mothers' knowledge and practices. Qualitative and quantitative surveys of volunteers and mothers of children in southern Benin reveal that volunteers display altruistic motivations for the development of their locality. They are also the main source of information for mothers, who adopt good practices of exclusive breastfeeding of children from zero to six months. However, these mothers practice inadequate complementary feeding for children from six to 59 months of age due to a lack of resources. Ultimately, the use of community volunteers helps to develop the cognitive dispositions of mothers required for adequate nutritional care of children. But strengthening their livelihoods would enable them to apply the advice they receive.

Keywords: Benin, nutrition, community volunteers, breastfeeding, complementary feeding

¹ Au total, 7 Ministres sont représentés au CAN. Il s'agit de ceux en charge de la santé, de l'agriculture, des affaires sociales, du commerce, de l'économie, du développement et de la décentralisation. Sont aussi représentés, les Collectivités locales,

INTRODUCTION

La malnutrition est un problème prioritaire de santé publique dans les pays en développement. Au Bénin, 12,5% des nourrissons avaient en 2014 un poids inférieur à 2500 grammes à la naissance et 34% des enfants de moins de cinq ans présentaient un retard de croissance en 2015 (UNICEF BENIN, 2017, p.8). Une légère amélioration a été enregistrée en 2018, (EDS-Bénin, 2018, p.32), l'incidence dépassant quand même le seuil de gravité de 30%. La malnutrition cause plusieurs problèmes dont la morbidité, la mortalité, et des handicaps qui affectent la croissance physique, le développement cognitif, l'état de santé des enfants et des adultes, de même que le succès scolaire de l'enfant et la productivité de l'adulte (UNICEF, 2015, p.3). La plupart des programmes/ projets de nutrition et de développement ont permis peu de progrès parce que les bénéficiaires ont souvent été considérés comme des « patients » et non « des clients » (Hawkins et Kim, 2012, p.194). Les nouveaux programmes de nutrition optent alors pour des approches de participation communautaire et de responsabilisation des collectivités locales (FAO, 2010, p.1).

Le Bénin a entrepris en 2009 une réforme du secteur avec l'institution du Conseil de l'Alimentation et de la Nutrition (CAN)¹, présidé par le Chef de l'Etat. Le CAN a lancé en 2011 un programme national de nutrition mis à l'échelle de 2014 à 2019 à travers un Projet couvrant 40 des 77 communes du Bénin. Son objectif est d'accroître la couverture et l'utilisation des interventions relatives à la nutrition et à la croissance des enfants dans les zones ciblées (SP-CAN, 2018, p.37). Des Organisations Non Gouvernementales ont été contactées pour l'exécuter, usant d'une approche participative portée par les communautés (Mongbo et al. 2020, p.13). Des Groupes d'Assistance en Nutrition

les Chambres d'Agriculture, du Commerce et d'Industrie et l'Association des Producteurs agricoles. La mission du CAN est d'élaborer la politique et de coordonner toutes les interventions en matière d'alimentation et de nutrition au Bénin.

(GAN) se sont constitués au sein des communautés avec l'assistance des équipes des ONG. Leurs membres, hommes et femmes, constituent le socle de la participation communautaire et sont la cheville ouvrière des activités de nutrition au sein des communautés. Ils sont sensés, une fois initiés aux soins nutritionnels, dispenser à titre bénévole et volontaire, des soins et conseils nutritionnels à toutes les mères et gardiennes d'enfants de leurs communautés respectives.

Les travaux de recherche portant sur la nutrition sont sans équivoque quant à l'apport de la participation communautaire à la réduction de la malnutrition. C'est le cas de la République Démocratie du Congo où la participation communautaire a contribué à l'amélioration des conditions de vie des communautés (Bulondo et All, 2008, p.121). Toutefois, les succès en matière de réhabilitation nutritionnelle et de changement des comportements sont le produit d'un processus long et continu (ACF International, 2013, p.46) et dans la plupart des cas, l'adhésion de la communauté et son engagement restent faibles Belghali (1999, p.20). Une solution serait l'investissement volontaire et enthousiaste d'acteurs des communautés, convaincues de cette valeur. En effet, la participation communautaire est d'abord une situation de coopération et de collaboration entre des acteurs mais aussi entre des individus et des institutions. L'essence de la participation réside dans les relations entre les individus. Or, il est bien connu de tous qu'aucune relation de coopération n'a de chance d'aboutir à un succès sans un minimum de confiance entre les parties prenantes (I. Sombié et al 2015, p.30). Ainsi, tous les acteurs (Agent de santé, encadreurs et

animateurs) doivent travailler en synergie. Toutefois, la littérature reste muette sur les contributions respectives des encadreurs, animateurs et agents de santé d'une part, et celles des volontaires communautaires dans les connaissances et pratiques nutritionnelles des mères d'enfants et des communautés. Par ailleurs, l'engagement bénévole a été analysé dans le contexte occidental comme nécessitant du temps libre que l'on serait prêt à consacrer à autrui, pour des motivations et selon des modalités dynamiques, parfois précaires (Castonguay, et al., 2014, p.15-16). Mais les fondements culturels et les motivations de tels engagements volontaires en Afrique restent peu explorés, en particulier dans le domaine de la nutrition communautaire.

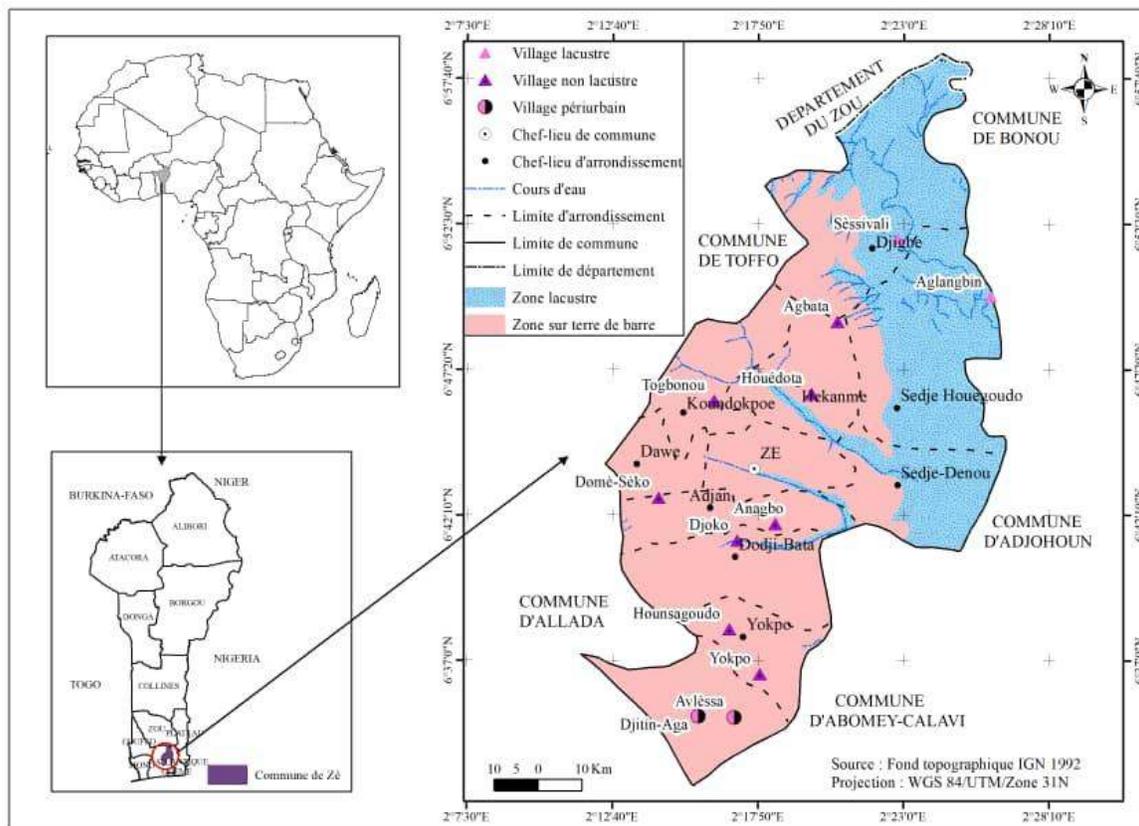
La présente étude se focalise sur la matérialité et les motivations des volontaires de nutrition actifs dans des villages du Bénin, de même que sur leurs parts dans les connaissances et pratiques de nutrition des mères d'enfants.

1. METHODOLOGIE

1.1. Cadre d'étude

La commune de Zè (Carte n°1) est située dans le département de l'Atlantique au Sud-Bénin, d'une superficie de 653km² couvrant 11 arrondissements et 101 villages, avec une population de 106913 habitants (RGPH 2013) à majorité rurale (84,92%) et une densité de 112 habitants/km². Les activités principales sont l'agriculture, le petit élevage et la pêche. La commune héberge deux zones agro-écologiques majeures, une zone de plateau sur terre de barre et une zone lacustre entourée de terres inondables. .

Carte n°1 : La commune de Zè et ses zones agro-écologiques



Source : Fond topographique IGN 1992, Octobre 2020

Nous avons réparti les villages de la commune en trois catégories : les péri-urbains, les ruraux (sur plateau) puis les ruraux lacustres. D’après une récente enquête de nutrition à Zè, 47% des enfants de zéro à 59 mois souffrent de malnutrition chronique et 10,3% de malnutrition aigüe tandis que 64% des femmes en âge de procréer souffrent d’anémie (CAN, 2018, p.37.). Constitué depuis 2016 à la faveur du PMASN, les Groupes d’Assistance en Nutrition (GAN) sont composés de personnes choisies par la population et qui ont accepté d’exécuter à titre bénévole et sous la supervision de l’animateur et/ou du superviseur d’ONG, les activités de conseils et de suivi nutritionnels nécessaires à la bonne croissance et au bien-être des enfants de zéro à 24 mois. Chaque volontaire assiste huit à 12 ménages de son aire géographique immédiate

d’habitation et chaque GAN compte dix à 15 membres au plus. Dans la commune de Zè il a été installé au total 208 GAN dans les 75 villages d’intervention du projet, avec un effectif total de 843 membres dont 627 Femmes et 216 Hommes. Les 12 villages de notre étude comptent 33 GAN avec 127 membres dont 93 Femmes et 33 Hommes. On rencontre en moyenne deux GAN par village compte tenu de l’étendue du village et de sa démographie.

Un Comité de Surveillance Alimentaire et Nutritionnel (CSAN) présidé par le Chef du Village supervise les actions des GAN en appui aux animateurs pour les séances de dépistage, les conseils aux ménages sur les bonnes pratiques nutritionnelles, les Visites à Domicile (VAD) pour le suivi de la mise en œuvre des conseils

donnés, les séances de démonstration culinaire, et les séances de communication pour un changement social et de comportement.

1.2. Population d'étude et échantillonnage

Les mères d'enfants de zéro à deux et les membres GAN ont constitué les populations de la recherche. Les enquêtes ont été conduites dans 12 villages dont deux lacustres, deux péri-urbains, et huit ruraux non lacustres. Ils ont été sélectionnés de manière aléatoire en tenant compte des poids respectifs de chacune des trois catégories. Dans chacun de ces villages, nous avons sélectionné les mères enquêtées en faisant un saut de trois ménages avec comme repère le premier ménage identifié comprenant des mères d'enfants de zéro à 24 mois. Au total, 129 de ces mères d'enfants et 40 membres GAN (dont 12 hommes et 28 femmes) ont été enquêtés dans l'ensemble des 12 villages de la recherche.

1.3 Techniques et outils de collecte

Nous avons effectué des interviews individuelles à l'aide de guides d'entretien, l'observation de pratiques nutritionnelles à l'aide d'une grille d'observation et une revue documentaire. Un questionnaire a été adressé aux membres GAN afin de comprendre les fondements culturels de leur engagement et leurs motivations à intégrer le dispositif et s'investir dans cette activité. De même, à l'aide d'un questionnaire structuré, nous avons enquêté sur les connaissances et pratiques des mères en matière d'allaitement maternel exclusif et d'alimentation de complément. Les connaissances nutritionnelles des mères ont été appréciées sur la base de leurs déclarations sur l'importance de l'Allaitement Maternel Exclusif et sur les inconvénients au cas où l'on ne le pratique pas. La pratique des mères quant à elle a été jaugée sur leur connaissance de la couleur du premier lait maternel pris par les enfants et de la durée de l'Allaitement Maternel Exclusif et sur le rappel des rations de l'enfant sur les 24h précédant l'enquête. Les connaissances et pratiques des mères en alimentation de

complément, ont été évaluées sur le rappel des rations de l'enfant au cours des 24h précédant l'enquête, le type de bouillies et le processus de sa préparation.

Afin de comprendre l'intérêt des membres GAN à s'engager bénévolement dans ce travail et les bases organisationnelles des activités des GAN, nous avons questionné leur appartenance à une Organisation Communautaire de Base et leur motivation à être membre GAN bénévole, leurs rôles et responsabilités, les difficultés rencontrées et les approches de solution. Aussi nous avons évalué leur niveau de connaissance sur l'allaitement maternel exclusif et sur l'alimentation de complément.

1.4. Traitement et analyse des données

Les données ont été numérisées à l'aide de l'application de collecte des données KoBoCollect et analysées avec les logiciels SPSS et Excel. En utilisant la méthode de Ruel and Arimond (2003) et Ruel et al. (2003), les niveaux de connaissance et de pratique des mères d'enfants de zéro à deux ans ont été mesurés sur les thématiques liées à l'Allaitement Maternel Exclusif et à l'Alimentation de Complément en attribuant des scores. La somme des scores des indicateurs de connaissance et ceux des pratiques ont permis de calculer les indices de connaissances et de pratiques correspondant à chaque mère. Ces indices ainsi calculés ont permis de catégoriser les mères en fonction de leurs niveaux de connaissances et de pratiques à savoir pour l'Allaitement Maternel Exclusif faible niveau de connaissance (un à 11) ; bonne connaissance (12 à 22) ; mauvaise pratique (un à neuf) bonne pratique (10 à 15) et pour l'Alimentation de Complément, (cinq (05) à 16) faible pratique et (17 à 26) pour bonne pratique. Quant à la fonctionnalité des GAN, elle a été mesurée à l'aide d'indicateurs utilisés sur le projet.

2. RESULTATS

2.1. Caractéristiques socio-démographiques des membres des Groupes d'Assistance en Nutrition (GAN)

Les membres GAN enquêtés sont pour la plupart des femmes (70%). Par ailleurs, 40% de membres se situent dans la tranche d'âge de 35 à 52 ans (Tableau n°1).

Tableau n°1 : Effectif et pourcentage des membres GAN enquêtés en fonction de l'âge et du sexe

Sexe Age (ans)	Masculin	Féminin	Total
[18-35[	4	11	15 (38%)
[35-52[	3	13	16 (40%)
[52-69]	5	4	9 (22%)
Total	12 (30%)	28 (70%)	40 (100%)

Source : Enquête de terrain 2019

Dans leur majorité (54%) les membres GAN n'ont aucun niveau d'instruction et seuls 4% ont atteint le niveau supérieur. Le reste se retrouve entre le niveau primaire et le niveau secondaire (Tableau n°2)

Tableau n°2 : Effectif et pourcentage des membres GAN enquêtés en fonction de leur niveau d'instruction

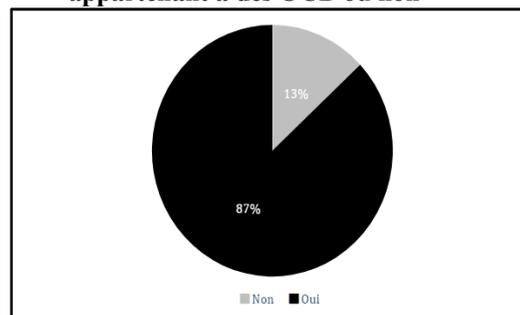
Sexe Niveau d'instruction	Masculin	Féminin	Total
Aucun niveau	0	21	21 (54%)
Primaire	2	1	3 (9%)
Secondaire 1	1	4	5 (14%)
Secondaire 2	5	2	7 (19%)
Supérieure	1	0	1 (4%)
TOTAL	12 (30%)	28 (70%)	40 (100%)

Source : Enquêtes de terrain 2019

2.2. Fondements culturels et motivations des membres des Groupes d'Assistance en Nutrition (GAN)

Les personnes qui se portent volontaires pour intégrer une organisation du genre GAN devraient avoir une expérience préalable au sein d'organisations communautaires de base. L'enquête a donc consisté à interroger les cultures organisationnelles qui ont fondé leur adhésion au GAN de même que leurs motivations à s'engager bénévolement. Il ressort des résultats que la majorité soit 87% des membres GAN appartiennent à des Organisations Communautaires de Base ce qui est représenté à travers le graphique n°1.

Graphique n°1 : Pourcentage des membres GAN appartenant à des OCB ou non



Source : Enquêtes de terrain 2019

Il s'agit d'Associations Villageoises d'Épargne-Crédit, de mutuelles de nutrition, d'associations de producteurs d'ananas, de groupements de transformation du manioc (en gari) ou d'ananas, et de chorales de cultes chrétiens. Ces membres issus des différentes associations préalablement citées annoncent diverses motivations pour justifier leur engagement au sein du GAN. En effet, 62% de membres GAN enquêtés déclare que seule les motive l'envie de contribuer au bien-être des enfants de la communauté. D'autres par contre déclarent être dans le GAN pour acquérir de nouvelles connaissances en matière de nutrition. Ils constituent 38% de notre échantillon.

Afin de rendre ce dispositif pérenne et de permettre à ces membres GAN de contribuer efficacement à la connaissance et pratique des mères d'enfant en matière d'allaitement maternel et d'alimentation de complément, des séances de renforcement sont initiées à leurs endroit. Malgré le caractère bénévole, les membres GAN sont très assidus et se rendent en général toujours disponibles pour participer aux différentes activités de renforcement de capacité organisées, pour assurer le suivi de la croissance des enfants, participer aux séances de conseils donnés aux femmes allaitantes et aux femmes enceintes au sein de la cohorte de ménages dont elles ont la charge. Elles organisent des séances de sensibilisation sur les thématiques liées à la nutrition et appuient les animateurs d'ONG dans leurs diverses activités.

2.3. Caractéristiques socio-démographiques des mères/ gardiennes d'enfants de zéro à deux ans

A (85%) les mères enquêtées ont l'âgées se situant entre 18 et 34 ans. Par contre 15% sont entre 34 et 43 ans (Tableau n°3).

Tableau n°3 : Pourcentage des mères/ gardiennes d'enfants de zéro à deux ans en fonction de leur âge.

Sexe	Féminin	Total
Age (ans)		
[18-26[	64	64 (50%)
[26-34[	45	45 (35%)
[34-43]	20	20 (15%)
Total	129 (70%)	129 (100%)

Source : Enquêtes de terrain 2019

Pour ce qui est de leurs niveaux d'instruction, (Tableau n°4) près de la moitié des mères (49%) n'ont aucune instruction scolaire et plus d'un quart (26%) ont le niveau du cours primaire tandis que 22% ont le niveau du secondaire et 2% ont pu faire des études supérieures.

Tableau n°4 : Pourcentage des mères d'enfants en fonction de leur niveau d'instruction

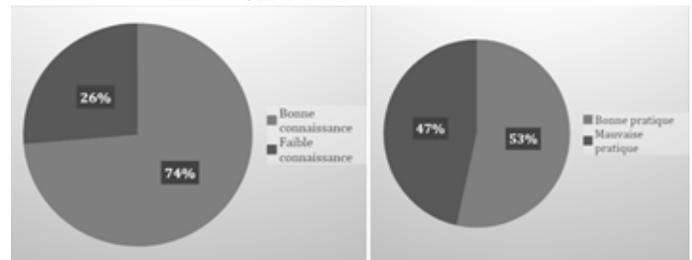
Niveau d'instruction	Effectifs	Pourcentage
Aucun niveau	63	49
Primaire	34	26
Secondaire 1	13	10
Secondaire 2	15	12
Supérieure	3	2
Alphabétisation	1	1
TOTAL	129	(100%)

Source : Enquêtes de terrain 2019

2.4. Niveau de connaissance et de pratiques des mères/ gardiennes d'enfants de zéro à deux ans.

Plusieurs indicateurs ont été exploités afin d'évaluer les connaissances et pratiques des mères/ gardiennes d'enfants de zéro à deux ans. Il s'agit : de leur connaissance de la notion de l'Allaitement Maternel Exclusif, des avantages de l'Allaitement Maternel Exclusif pour l'enfant, le ménage et la communauté. S'agissant des pratiques les indicateurs sont relatifs, à la mise au sein précoce de l'enfant et la couleur du colostrum et aux habitudes alimentaires de l'enfant depuis sa naissance.

Graphique n°2 : Répartition des mères d'enfants selon de leur niveau de connaissances et pratiques sur AME



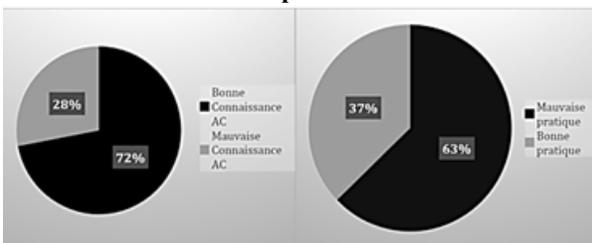
Source : Enquêtes de terrain 2019

Les données de terrain montrent que près de trois quart (74%) des mères ont une bonne connaissance en Allaitement Maternel Exclusif. Quant à la pratique de l'Allaitement Maternel Exclusif, plus de la moitié des mères (53%) en ont une bonne pratique.

2.5. Niveau de pratiques des mères au cours de l'Alimentation de Complément

A partir des 6 mois de l'enfant et jusqu'à l'âge de deux ans, il faut introduire des aliments de complément en plus du lait maternel pour subvenir à ses besoins nutritionnels. Il s'agit entre autres de la bouillie enrichie. Les données de terrain montrent que la bouillie a été introduite dans l'alimentation des enfants à partir des six mois d'âge par 85% des mères enquêtées. Le graphique n°3 montre le niveau de pratique des mères au cours de cette période.

Graphique n°3 : Répartition des mères en fonction de leurs niveaux de pratique au cours de l'Alimentation de Complément



Les indicateurs utilisés pour mesurer la connaissance et la pratique des mères concernant l'Alimentation de Complément sont entre autres : la description du contenu du plat de l'enfant, le moment d'introduction de la bouillie dans l'alimentation, le type de bouillie donné aux enfants et le mode de préparation de la bouillie enrichie.

Il ressort de l'analyse de nos données de terrain que près des trois quarts (72%) des mères ont une bonne connaissance de l'Alimentation de Complément. Par contre pour ce qui est de leurs pratiques au cours de cette période, 63% des mères n'arrivent pas à faire de la farine enrichie aux enfants.

2.6. Les canaux d'information des mères sur les pratiques nutritionnelles

Les déclarations des enquêtés montrent que les mères d'enfants disposent de plusieurs sources

d'information sur les bonnes pratiques nutritionnelles. Il s'agit entre autres des agents de santé, des membres GAN, de la radio, des agents de vaccination, etc. Plus de la moitié (53%) des mères ont déclaré avoir entendu parler de l'Allaitement Maternel Exclusif et de l'Alimentation de Complément auprès des membres GAN. Les autres sources d'information des mères sont les agents de santé, la radio, lors des campagnes de vaccination et les relais communautaires de santé.

3. DISCUSSION

Cette étude vise à mettre en lumière les fondements culturels et les modalités opérationnelles des Groupes d'Assistance en Nutrition (GAN) et leurs contributions au changement de connaissances et de pratiques des mères d'enfants de zéro à deux ans en matière d'Allaitement Maternel Exclusif (AME) et sur l'Alimentation de Complément (AC) dans la commune de Zè au sud-Bénin. Les enquêtes ont été conduites auprès de 40 membres GAN et 129 mères bénéficiant du programme national de nutrition dans 12 villages répartis sur les trois principales zones agro-écologiques de la commune.

Les GAN sont constitués majoritairement de femmes d'un certain âge relativement aux mères qu'elles sont censées conseiller. En effet, 62% des membres GAN ont plus de 35 ans d'âge alors que 50% des mères ont moins de 35 ans. Les membres GAN ont pour la plupart une certaine expérience de vie de même que des organisations communautaires et ont de ce fait de l'influence sur leurs congénères, ce qui pourrait contribuer à créer un esprit de confiance entre les mères d'enfants et les membres GAN. Leur appartenance pour la plupart à des Organisations Communautaires de Base accroît leur dynamisme et leur sociabilité, habitués qu'ils sont à communiquer en groupe et à des assemblées. Etant des membres volontaires et bénévoles, ils ont des motivations d'ordre personnel (connaître les questions nutritionnelles

pour son propre bien-être) et des motivations altruistes liées au bien-être des enfants de leurs communautés. Une enquêtée se prononce sur ce dernier aspect en ces termes.

« C'est à cause de la bonne santé des enfants que je fais partie du GAN. C'est pourquoi si les animateurs viennent à n'importe quel moment, je laisse ce que je fais et je les accompagne pour le travail. Je me sens heureuse de voir les enfants en bonne santé chez mes voisins. Et je suis mal à l'aise lorsque les enfants sont malades. De plus, on dit que s'ils grandissent bien ils seront intelligents, ce qui profitera à notre communauté »

Selon les recommandations de l'OMS et de l'UNICEF, les enfants doivent être exclusivement nourris au sein jusqu'à l'âge de six mois et l'allaitement au sein doit être poursuivi jusqu'à l'âge de 2 ans. Le lait maternel demeure l'aliment naturel et idéal pour le nourrisson durant les six premiers mois de sa vie (UNICEF, 2012, p.38). Chaque enfant doit prendre exclusivement le lait maternel dès sa naissance et le plus longtemps possible pendant au moins les deux premières années de la vie. Les résultats de la présente enquête, ont montré que 74% des mères ont une bonne connaissance de l'Allaitement Maternel Exclusif. Ces connaissances ont influencé leurs pratiques puisque 53% des mères ont une bonne pratique de l'Allaitement Maternel Exclusif. Comme le souligne la plupart des théories du changement de comportement comme celle de Prochaska and DiClemente (1983, p.23), la connaissance n'est que l'une des premières étapes du changement de comportement. Cette étude montre également que l'Allaitement Maternel Exclusif est bien perçu par les mères à cause de ses multiples avantages souvent cités. Les raisons évoquées par ces dernières sont entre autres : la bonne santé, l'économie dans le ménage, l'éducation et l'affection entre la mère et l'enfant. Ce résultat corrobore celui de Brou-Tanoh A.M. et al (2010,

p.79) qui stipule que l'Allaitement Maternel Exclusif est bien perçu par les mères pour les mêmes raisons que celles citées ci-dessus.

Selon la littérature, au cours des six premiers mois de vie, le lait maternel couvre tous les besoins nutritionnels de l'enfant. Cependant à partir de l'âge de six mois, le lait maternel seul ne suffit plus pour satisfaire les besoins nutritionnels des enfants. Ainsi, il a été retenu que six mois est l'âge idéal pour introduire les aliments de complément (OMS, 2008, p.2). Notre étude a montré que 85% des mères ont introduit la bouillie dans l'alimentation du jeune enfant à partir des six mois d'âge, contrairement aux résultats de Brou-Tanoh A.M. (2010, p.80) d'une étude faite en Côte d'Ivoire signalant l'introduction d'aliments de complément par les mères avant l'âge de six mois de leurs enfants. La présente étude a également révélé que 63% des mères ont une pratique inadéquate au cours de la période de l'Alimentation de Complément. Elles n'arrivent pas à ajouter en complément au lait maternel, de la bouillie enrichie ou, donner à l'enfant des rations composées des trois groupes d'aliments (énergétiques, de croissance et de protection). En conséquence les membres GAN contribuent à une bonne connaissance nutritionnelle des mères d'enfants. Les raisons évoquées par les mères renvoient à l'absence des ressources nécessaires dans leur ménage et à leurs revenus qui ne suffisent pas pour qu'elles se procurent des ingrédients requis sur le marché. Certaines évoquent le manque de temps pour fabriquer la bonne bouillie, du fait de leurs activités quotidiennes. En définitive, les femmes connaissent les principes de l'alimentation de complément mais la mise en pratique de ces connaissances est conditionnée par leurs occupations quotidiennes et leurs moyens de subsistance. Par ailleurs, les directives de l'Organisation Mondiale de la Santé pour une alimentation optimale du jeune enfant comprennent non seulement l'introduction, à partir de l'âge de 6 mois, d'aliments complémentaires tout en maintenant

l'allaitement mais aussi une alimentation complémentaire diversifiée c'est-à-dire apportant l'énergie, les protéines et les micronutriments en quantité suffisante pour satisfaire les besoins nutritionnels liés à la croissance de l'enfant). Ainsi, des fruits et légumes riches en vitamines et sels minéraux devraient être consommés quotidiennement Mavuta et al. (2018, p.114). De même, la consommation de protéines devrait aussi être quotidienne ou aussi fréquente que possible. Il ressort de ce travail que l'alimentation des enfants ne respectait pas ces mesures recommandées par l'Organisation Mondiale de la Santé et Fond des Nations Unies pour l'Enfance. Un rappel de 24h montre qu'hormis la bouillie enrichie, les mères enquêtées n'arrivent pas à réunir dans l'alimentation les trois groupes d'aliments. Les fruits et les aliments riches en protéines étaient absents ou en très petites quantités, essentiellement à cause de problèmes d'ordres socio-économiques. Ce résultat va dans le même sens que ceux de Mavuta et al. (2018, p.114) qui stipulent que l'alimentation des enfants était peu conforme aux recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et du Fond des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF).

Ces résultats montrent donc qu'en plus des connaissances nutritionnelles, il faudra appuyer les mères à disposer des aliments nécessaires à la composition des repas conseillés, et les inciter à prioriser les soins aux enfants dans leurs occupations quotidiennes et dans le partage de certaines catégories d'aliments de par leurs bienfaits pour la bonne croissance des enfants. Certains de ces aliments (en l'occurrence les légumes, les fruits, les œufs, viandes et poissons) pourraient être produits par les membres du ménage dans des jardins, vergers et élevages domestiques. Pour d'autres, les femmes devront disposer des moyens financiers pour s'en procurer.

L'information des mères concernant les bonnes pratiques nutritionnelles de leurs enfants provenait de plusieurs sources. La source d'information principale des mères sur l'alimentation de leurs enfants est celle des membres GAN (53%). Les autres canaux d'information sont les agents de santé, la radio, les relais communautaires et lors des campagnes de vaccination. Les membres GAN sont donc les acteurs majeurs de l'apprentissage des mères dans la communauté. Du fait de leur proximité avec ces dernières, ils agissent sur le changement de comportement à travers la conduite des activités de dépistage au périmètre brachial, des démonstrations culinaires, des visites à domicile. Ces visites ont pour but de conseil, d'orienter et même d'accompagner les mères d'enfants dans la prise en charge nutritionnelle de leurs enfants.

CONCLUSION

L'étude menée nous a permis de faire une comparaison entre les connaissances et les pratiques des mères en matière d'alimentation des enfants de zéro à 24 mois à travers les groupes d'assistance en nutrition installés au niveau des villages. Il ressort, de façon générale, que le travail bénévole et volontaire des membres GAN améliore les connaissances et pratiques des mères en nutrition. Soulignons aussi que malgré le faible niveau d'éducation des mères d'enfants, les messages de sensibilisation adressés à leur égard sont souvent bien assimilés car elles perçoivent pour la plupart les avantages des pratiques nutritionnelles tant sur leurs enfants que sur elles-mêmes.

Toutefois, les moyens d'existence des ménages limitent la capacité des mères et gardiennes d'enfants à s'adonner à des pratiques alimentaires et nutritionnelles nécessitant des stocks vivriers domestiques ou des débours monétaires. Les politiques nationales de nutrition devraient introduire cette dimension dans leurs stratégies opérationnelles.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Action Contre la Faim International, (2013), « Une approche communautaire pour la réhabilitation nutritionnelle et le changement des comportements alimentaires en Côte d'Ivoire » p.46.

Castonguay, Julie., Vézima, Aline. et Seigny, Andrée (2014) Les facteurs favorisant ou contraignant l'engagement bénévole dans les organismes communautaires en soutien à domicile auprès des aînés *Canadian Journal on Aging/ La Revue canadienne du vieillissement* Vol 33, Num 1 Mars 2014 p15-25

Bulondo et All, 2008, Particom aux programmes de SSP dans la ZSU Goma, Cahier de CERUKI N036 p121, 126

Hawkins, Robert L. & Kim Erick. J. (2012). *The Socio-economic Empowerment Assessment: Addressing Poverty and Economic Distress in Clients*. *Clinical social work Journal*, 40, (2), p194-202.

Mavuta Carrel Z., Imani Whari L., Ngimbi Stephanie L., Ngoie Nathalie L., Tshiswaka Sandra M., Luboya Éric K., Tawi Janvier M., Mukuku Olivier, Wembonyama Stanislas O., Luboya Oscar N. (2018) « Pratiques alimentaires des nourrissons : Connaissances, attitudes et pratiques des mères d'une commune urbaine de la ville de Lubumbashi, République Démocratique du Congo ». *Republique Démocratique du Congo* 9. p114

Mongbo, Roch.Lambert., M.S. Hounkanlin and O. Hemonin, (2020). « Putting communities at the heart of improving nutrition » : Experiences from Bénin. Pp 13-15 *Nutrition Exchange* num 13, March 2020 p13

Organisation Mondiale de la Santé (2003) « Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant 30 pages. »

Organisation Mondiale de la Santé (2008) « Deuxième plan d'action européen de l'OMS pour une politique alimentaire et nutritionnelle 2007-2012 ».

Prochaska James O., DiClemente Carlo C. (1983) *Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change*. *Journal of consulting and clinical psychology* 51 :390.

Secrétariat Permanent du Conseil de l'Alimentation et de la Nutrition du Bénin, SP-CAN (2018) « La Réforme du Secteur et les Activités du Projet Multisectoriel de l'alimentation, de la Santé et de la Nutrition – PMASN Au Bénin, Cotonou, CAN-Bénin ». 37p

UNICEF : Fond des Nations Unies pour l'Enfance (2012) « Base de données mondiale sur la nutrition » : pp 127-135.

UNICEF : Fond des Nations Unies pour l'Enfance. (2015). « L'ONU appelle à investir dans la lutte contre la malnutrition, un frein au développement, Cotonou, Bénin ».



Deuxième Partie :

**RESILIENCE ET
PERFORMANCE DES
SYSTEMES DE SANTE
MATERNELLE, NEONATALE
ET INFANTILE**



LA PRATIQUE DE L'ACCOUCHEMENT A DOMICILE EN ZONES RURALES ENCLAVEES : UNE ADAPTATION A L'ABSENCE DES STRUCTURES DE SANTE A NZOBI ET EDIENGO (REGION DU LITTORAL-CAMEROUN)

THE PRACTICE OF HOME BIRTH IN ENCLAVED RURAL AREAS: AN ADAPTATION TO ABSENCE OF HEALTH STRUCTURES IN NZOBI AND EDIENGO (LITTORAL REGION-CAMEROON)

¹ LÉMOUOGUÉ Joséphine

¹Enseignante-Chercheure, Chargée de Cours, Département de géographie, Université de Dschang-Cameroun. E. mail : joséchrist5@yahoo.fr

LÉMOUOGUÉ Joséphine , La pratique de l'accouchement à domicile en zones rurales enclavées : une adaptation à l'absence des structures de santé a Nzobi et Ediengo (région du littoral-Cameroun) , *Revue Espace, Territoires, Sociétés et Santé* 3 (6), 95-114, [En ligne] 2020, mis en ligne le 31 Decembre 2020, consulté le 2021-01-11 06:37:32, URL: <https://retssa-ci.com/index.php?page=detail&k=122>

Résumé

Les villages Nzobi et Ediengo situés dans l'arrondissement de Melong, région du Littoral au Cameroun, connaissent encore des accouchements à domicile assistés par un membre plus ou moins expérimenté de la communauté rurale. Il s'agit de deux villages fortement enclavés dont l'accès est difficile à voiture comme à moto. Ces villages peuplés de 3769 habitants, ne disposent pas de formations sanitaires proches de moins de 10 kilomètres. L'objectif de cet article est de démontrer que la persistance de la pratique de l'accouchement à domicile dans ces zones rurales enclavées, est une mesure d'adaptation aux contraintes d'accès

aux soins de santé maternelle conventionnels. L'analyse s'adosse sur les données secondaires issues de l'exploitation des documents pluridisciplinaires traitant de la question de la santé maternelle et infantile en général, et, sur les données de terrain collectées au travers des entretiens avec des acteurs de la santé, ainsi que des observations. Les analyses s'appuient sur une approche de la géographie de la santé en général et spécifiquement, sur celle de la géographie des soins de santé. Il ressort de ces analyses que les acteurs de la pratique de l'accouchement à domicile, mobilisent le savoir-faire socioculturel et utilisent divers produits et objets locaux. L'ancrage socio-spatial de cette pratique séculaire dans la zone d'étude, pourtant en voie de disparition en général au Cameroun, est davantage expliqué par l'enclavement et la défaillance du système de soins conventionnels en zone rurale.

Mots clés : Accouchement à domicile, Adaptation, système de soins, zone rurale enclavée, Cameroun

Abstract

In the Nzobi and Ediengo villages located in Melong Sub-Division, Littoral region of Cameroon, women still give birth at home, attended to by a more or less experienced member of the rural community. These are two very enclaved villages that are difficult to access either by car or by a motorbike. With a population of 3,769 inhabitants, these villages do not have health facilities within 10 kilometers. The objective of this article is to demonstrate that the persistence of the practice of home delivery in these enclaved rural areas is an adaptation to the constraints of access to conventional maternal health care. The analysis is based on secondary data gotten from multidisciplinary documents that deal with issues of maternal and child health in general. Interviews with health stakeholders as well as observations were also carried out. Analyzes are anchored generally on the approach of health geography and specifically, on that of the geography of health care. It is revealed from these analyzes that those involved in the practice of home births mobilize socio-cultural know-how and use diverse local products and objects. The socio-spatial grip of this secular practice in the study area, though generally disappearing in Cameroon, is better explained by enclavement and failure of the conventional healthcare system in rural areas.

Keywords: Home births, Adaptation, health care system, enclaved rural area, Cameroon

INTRODUCTION

Les femmes n'ont pas un accès adéquat à des services essentiels de maternité et à des soins de santé de base dans les pays d'Afrique subsaharienne (J.-P. O. De Sardan et al, 1999, p.1; M. Nkurunziza, 2014, p.173 ; H. Quashie et al., 2014, p.2, ONU, 2015, p.39 ; H-B. Nguendo-Yongsi et G. A. Tchango Ngale, 2016, p.11 ; A. Lilungulu et al., 2020, p.2). Les délais de réponse appropriés à leurs besoins en santé ne sont pas

souvent respectés à cause des défaillances multiples dans le système de santé (UNICEF, 2009, p.2). L'ONU relevait en 2015 que « plus d'une mère sur quatre et son enfant ne reçoivent pas des soins médicaux cruciaux durant l'accouchement », il s'ensuit la concentration de 86 % des décès maternels mondiaux en 2013, en Afrique subsaharienne et en Asie du Sud. Il est également relevé que la proportion d'accouchements réalisés par un personnel soignant qualifié a peu augmenté au cours de la période des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). La tendance reste la même actuellement d'où la perturbation pour l'atteinte de l'Objectif 3 de Développement Durable (ODD). Le Cameroun ne présente pas un cliché différent de cette situation alarmante de la santé maternelle, au regard des rapports du Ministère de la Santé Publique (MSP). Des travaux de recherche le démontrent également. C'est le cas de H-B. Nguendo-Yongsi et G. A. Tchango Ngale, 2016, p. 1 ; P. B. Eloundou Messi et H. Waïbaï Yaye, 2017, p. 13 ; V. C. Méli, 2018, p. 6.). La situation est encore plus complexe en zones rurales où les offres en termes de structures de santé et du personnel qualifié sont rares (UNICEF, 2009, p. 2 ; Shewamene Z. et al., 2017, p. 1 ; MSP, 2018, p.29). L'ONU à ce sujet relève que « La plus grande différence de couverture entre les zones rurales et urbaines se trouve en Afrique centrale, avec 52 points de pourcentage d'écart ». (ONU, 2015, p. 40) Nzobi et à Ediengo, deux villages de la région du Littoral au Cameroun, où la prise en charge de la femme enceinte et du nouveau-né n'est offerte que par divers acteurs plus ou moins expérimentés qui mobilisent le savoir-faire socioculturel et ancestral local en la matière, constituent un cas atypique de campagnes défavorisées. On est en droit de questionner les raisons de la prédominance de cette pratique spécifiquement observée dans ces villages, malgré les efforts de diffusion des services et méthodes de la biomédecine. Entre autres pistes de recherche, cet article présume que la pratique de l'accouchement à domicile est une mesure

d'adaptation en vue de satisfaire le besoin en service de maternité des femmes dans un milieu fortement enclavé et très éloigné des structures modernes de santé.

L'adaptation désigne la manière dont les êtres humains s'ajustent en fonction de leur environnement. Il s'agit du fruit de choix délibérés afin d'échapper aux contraintes du milieu, se démarquant ainsi du déterminisme biologique issu de la sélection naturelle en s'appuyant davantage sur la notion d'ajustement (G. Simonet, 2009, p.398). Ce concept traduit dans le présent article, l'ensemble de méthodes ou d'approches mobilisées localement, pour répondre aux besoins de soins de santé maternels et notamment ceux liés à l'accouchement, face aux difficultés d'accessibilité géographique des localités de Nzobi et Ediengo. En d'autres termes, les populations ont recours aux connaissances et pratiques socioculturelles et ancestrales pour répondre à l'inexistence de l'offre de service de santé maternelle dans un environnement rural où il faut parcourir de longues distances et de surcroît à pieds, pour atteindre la structure de santé la plus proche. L'absence des routes et donc de moyen de transport par automobile participe également à décourager les femmes enceintes qui souhaiteraient consulter dans un service de la biomédecine situé à plus d'une dizaine de kilomètres des villages. Celles qui s'engagent néanmoins sur le chemin d'une structure de santé en début des contractions, n'y arrivent pas souvent avant d'accoucher. Pour éviter les accouchements en cours de route, plusieurs d'entre elles décident de se faire accoucher à domicile par un praticien local. Il s'ensuit une vulnérabilité des femmes enceintes et des nouveau-nés, allant des complications prénatales et néonatales de l'accouchement, à la mortalité maternelle et infantile.

L'objectif de cet article est de démontrer que la persistance de la pratique de l'accouchement à domicile en zones rurales enclavées de Nzobi et Ediengo, est une méthode d'adaptation aux contraintes d'accès aux soins de santé maternels conventionnels. Il s'agit plus spécifiquement de

caractériser la pratique socio-culturelle de l'accouchement à domicile, de présenter les mobiles, les conséquences et les perspectives de ce service local. L'article met en exergue l'approche socioculturelle de l'accès aux soins de santé tel que abordée en géographie médicale / géographie de la santé. Il contribue plus spécifiquement aux recherches sur l'axe géographie des soins, qui consiste en l'« analyse sociale et spatiale des ressources sanitaires (offre de soins) et du recours aux soins et du niveau de médicalisation des populations » (M-O. Safon et V. Suhard, 2017, p.8). A travers la présentation du contexte d'accouchement assisté par des acteurs locaux à domicile, il démontre la défavorisation des campagnes en matière d'accès aux soins de santé maternelle et infantile.

Le texte est structuré autour de la méthodologie de recherche, puis de l'analyse des acteurs de l'accouchement à domicile (tradipraticiens, femmes concernées, les familles, les accoucheuses). Il présente ensuite les pratiques de l'accouchement proprement dit, en insistant sur les méthodes et les techniques traditionnelles utilisées. Il présente enfin les mobiles et les perspectives de l'accouchement à domicile.

1. METHODOLOGIE

1.1. Présentation de la zone d'étude

Situés tous à environ 1500m d'altitude au nord-ouest de l'arrondissement de Melong, département du Mounjo et dans la région du Littoral, Nzobi et Ediengo sont des villages voisins fortement enclavés (Carte n° 1). Ces villages ont un relief accidenté fait de collines, de vallées et de plateaux. Il est particulièrement marqué par des fortes pentes. Nzobi et Ediengo ne sont pas desservis par des routes secondaires, mais, plutôt par des pistes et ne disposent pas de structures de santé. Les villages Ninong et Mama limitrophes à la zone d'étude, abritent des Centres de santé intégrés mais, qui ne fonctionnent pas depuis leur construction. Le personnel de santé affecté dans ces zones refuse

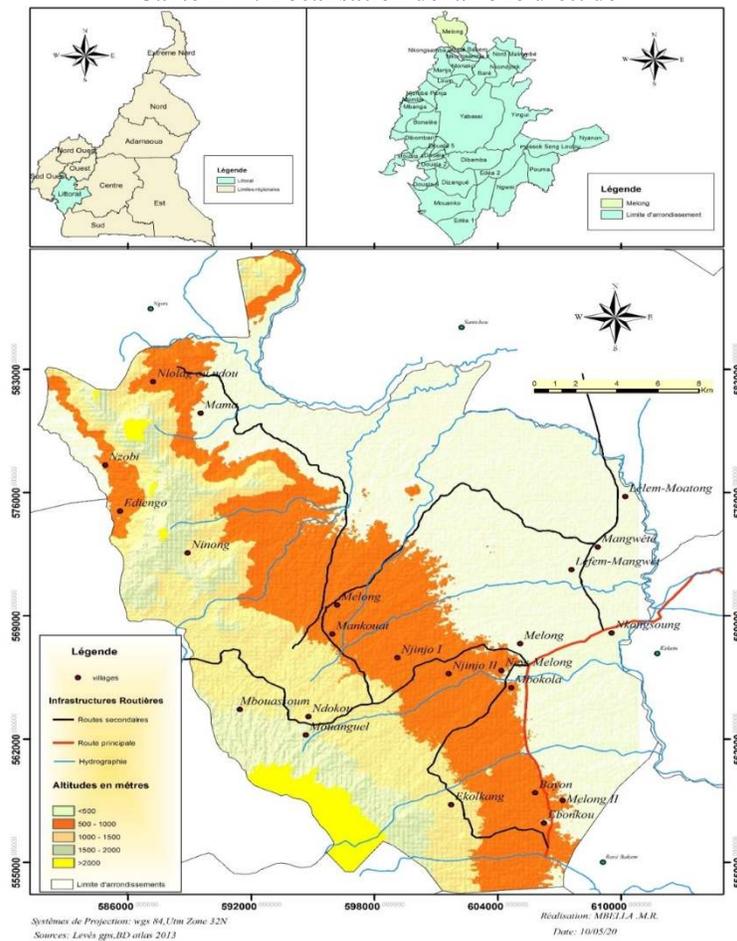
La pratique de l'accouchement à domicile en zones rurales enclavées : une adaptation à l'absence des structures de santé à Nzobi et Ediengo (région du littoral-Cameroun) de s'y rendre à cause du manque de moyen de transport adéquat lié, au mauvais état de la route ou à l'absence de cette dernière. Aussi, ces villages n'offrent pas les structures et infrastructures de base pour l'épanouissement de la population.

Les villages Nzobi et Ediengo, comme tout l'arrondissement de Mélong, sont soumis à un climat équatorial de type guinéen. Les pluies y sont abondantes et réparties sur presque toute l'année. La pluviométrie de l'arrondissement est de l'ordre de 2350 mm de pluie par an avec un maximum de précipitation en août et septembre. Le climat est marqué par deux saisons de pluies dont une grande qui va du 20 juin au 15

novembre et une petite qui va du 20 mars au 15 avril, et deux saisons sèches allant du 20 novembre au 15 mars pour la grande et du 20 avril au 15 mai pour la petite. Les températures sont basses et peuvent descendre jusqu'à 10°C au sommet des montagnes. L'amplitude thermique reste généralement faible.

Les villages Nzobi et Ediengo sont 2 villages parmi les 40 que compte l'arrondissement de Mélong, qui abrite une population estimée à 102 000 âmes répartie dans ces 40 villages et le centre de l'arrondissement (PCD, 2011, p. 61). Nzobi compte 1 200 habitants tandis qu'Ediengo en compte 2 569. Les populations de ces villages partagent les mêmes valeurs culturelles.

Carte n°1 : Localisation de la zone d'étude



1.2. Données et Outils de la recherche

Pour atteindre l'objectif de cet article, une méthodologie spécifique a été adoptée. Elle a consisté à collecter les données primaires et secondaires sur la thématique étudiée. Les données secondaires ont été obtenues via des lectures de documents pluridisciplinaires en géographie, anthropologie, sociologie, pharmacologie, etc., en général. Puis, les documents spécialisés en géographie de la santé et en santé maternelle ont été consultés en particulier.

Les données primaires ont été recueillies via les entretiens, et à travers l'observation participante, effectués durant le mois de février 2020. Les guides d'entretien utilisés pour la collecte des données sont structurés autour de l'utilisation de la médecine traditionnelle, des techniques traditionnelles d'accouchement à domicile, de ses méthodes et de ses mobiles. Ils sont adressés aux acteurs de cette pratique et les responsables de la santé en général. Il s'agit spécifiquement de 12 tradipraticiens, de 8 hommes chefs de ménages, de 22 femmes ayant déjà accouchés, tous résidents dans les deux villages concernés et du chef de District de Santé de Melong.

L'observation était centrée sur les caractéristiques physiques de la zone d'étude c'est-à-dire le relief, puis sur les indicateurs de l'enclavement à savoir l'état des routes/ pistes, l'absence des structures de santé modernes et éventuellement la pratique traditionnelle de l'accouchement. Un appareil photo a été utilisé pendant cette phase de la collecte des données.

1.3. Méthodes d'analyse des données

Les données collectées ont été analysées suivant la méthode qualitative. L'analyse de contenu a été utilisée à cet effet. Il s'agissait d'analyser avec rigueur et objectivité, en rapport avec l'objectif/ hypothèse de la recherche, les discours notés lors des entretiens et des lectures. La méthode d'analyse a été structurée en trois étapes. La pré-analyse qui est l'étape préliminaire pendant laquelle les idées de départ

ont été organisées, opérationnalisées et systématisées intuitivement en relisant les guides d'entretien et les blocs notes. La deuxième phase a consisté aux opérations de codage, décompte et énumération en fonction des indicateurs préalablement identifiés, concernant les acteurs, les pratiques, les mobiles et les conséquences de l'accouchement à domicile. Au final, l'interprétation par inférence des résultats obtenus a été faite.

2. RESULTATS

2.1. La pratique culturelle de l'accouchement à domicile

2.1.1. Les acteurs de l'accouchement à domicile

L'approche culturelle de l'accouchement est une pratique traditionnelle qui mobilise les connaissances et savoir-faire locaux pour assister une femme en travail, en facilitant son accouchement à domicile. Les femmes concernées peuvent également se rendre chez les praticiens pour accoucher, contrairement à celles qui se rendent dans les services de maternité des structures de la médecine conventionnelle pour le même objectif. Dans les villages Nzobi et Ediengo, l'on note une diversité d'acteurs impliqués dans la pratique de l'accouchement à domicile.

Les résultats des données d'enquêtes obtenues dans les villages Ediengo et Nzobi, témoignent de la diversité des acteurs impliqués dans la pratique culturelle de l'accouchement dans les villages (tableau n°1). De prime à bord, les femmes en gestations préparent et utilisent suivant l'expérience séculaire de la communauté, certaines décoctions et produits traditionnels pour assurer le suivi de leur grossesse et ensuite, pour préparer leur organisme pour un accouchement facile. Elles consomment d'autres produits à titre de soins post-partum. Il ressort de l'enquête qu'environ 95% de femmes enceintes ou non au moment de l'enquête, ont affirmé toujours faire des rites traditionnels et utiliser en

La pratique de l'accouchement à domicile en zones rurales enclavées : une adaptation à l'absence des structures de santé à Nzobi et Ediengo (région du littoral-Cameroun)

automédication, des décoctions pour le suivi de leur grossesse et pour préparer leur organisme à l'accouchement. Elles pilent ou écrasent certaines feuilles, herbes et écorces ou les laissent macérer dans de l'eau, ou encore elles les font bouillir, pour les soins de santé maternelle. Les femmes sont accompagnées dans ce processus par les membres de la famille à savoir, les époux, les parents et les amis. Elles obtiennent en plus, les soins des tradipraticiens ou des femmes accoucheuses reconnus dans le village. Ainsi, 84% de femmes interrogées déclarent également avoir déjà accouché au moins une fois à domicile sous les soins de ces acteurs locaux. Seulement 16% de femmes en revanche ont déclaré n'avoir jamais accouché à domicile. Elles préfèrent se déplacer vers le chef-lieu d'arrondissement avant le terme de la grossesse, pour se rapprocher des structures de santé conventionnelles. Elles doivent, toutefois, y avoir une famille d'accueil ou un hébergement avant d'envisager une telle mobilité.

Les tradipraticiens et les femmes accoucheuses quant à eux, sont un maillon d'acteurs qui fait accoucher les femmes dans le contexte de défaillances observées dans le secteur moderne de la santé en milieu rural de Nzobi et Ediengo. Il s'agit des personnes qui offrent régulièrement leurs services en cas d'accouchement dans les ménages ruraux. Enfin, dans d'autres cas, près de 80% d'époux et de parentés proches, affirment avoir déjà participé ou assistés à la prise en charge des soins de santé maternelle dans leurs ménages. Prédominance masculine avec un sexe ratio de 4,5. Cette prédominance masculine pourrait s'expliquer par l'inégalité d'accès à l'emploi en rapport avec le sexe. En effet cet échantillon a pris en compte uniquement les travailleurs.

2.1.2. L'accouchement à domicile proprement dit à Nzobi et à Ediengo

Dans les villages Nzobi et Ediengo, l'accouchement se fait généralement au domicile de l'accouchée ou chez le tradipraticien ou

encore chez une femme accoucheuse. Il est pratiqué dans ces villages enclavés par des tradipraticiens, des femmes et des personnes plus ou moins expérimentées (tableau n°1). Ces derniers utilisent des connaissances empiriques et des techniques socio-culturelles et ancestrales pour le suivi des femmes enceintes jusqu'à l'accouchement. La pratique de l'accouchement proprement dit dans ce milieu se caractérise par la mobilisation des méthodes et produits locaux dits traditionnels, par opposition aux méthodes biomédicales. En cas de contractions, le prestataire de service se déplace vers la femme en travail, ou bien cette dernière est transportée d'urgence vers l'accoucheur.

Tous les tradipraticiens n'offrent pas le service de soins maternels et néonataux ; il est la spécialité de 60% de tradipraticiens des villages étudiés. Ces derniers administrent les soins thérapeutiques aux femmes, durant tout le processus de leur grossesse et même en postpartum en général, c'est-à-dire des consultations prénatales jusqu'aux soins néonataux. Cette pratique ayant pour fondement les croyances culturelles et le savoir-faire ancestral, mobilise divers produits et objets (tableau n° 1). De ce fait, ils utilisent comme produits les plantes médicinales parmi lesquelles celle appelée en langue locale Mouangue mmuée et des objets traditionnels (naturels) à l'instar de la calebasse. Ces éléments servent à accompagner le processus de l'enfantement, du suivi de la grossesse aux soins du nouveau-né en passant par l'étape de l'accouchement.

Avant la phase d'accouchement proprement dit, il y a une phase préparatoire qui commence quelques mois après la conception. Les soins administrés durant cette phase sont assimilables aux soins prénataux connus dans le secteur de soins modernes de santé maternelle. Pendant cette phase, l'accoucheur administre à la femme, des boissons faites à base de mixture des plantes. Cette boisson sert à préparer le corps de la femme, à la fortifier tout en contribuant à la

maturation du fœtus, pour le futur travail d'accouchement. Ils pratiquent également le redressement du fœtus dans le ventre, si à travers l'acte de voyance, ils constatent que ce fœtus occupe une position latérale dans le ventre. Le redressement qui consiste à masser délicatement le ventre de la femme enceinte avec certains médicaments traditionnels, permet au fœtus de prendre la position verticale qui est plus favorable pour l'accouchement par voie basse. Ces tradipraticiens ou juste certains parmi ceux-ci, disposent dans leurs domiciles, des pièces qu'ils peuvent transformer à tout moment en salles d'accouchements. Ils peuvent aussi transporter le matériel de travail, pour se rendre dans le domicile de la femme ayant entamé le processus de contraction, pour la faire accoucher. L'accouchement par les tradipraticiens obéit à un certain nombre d'étapes.

L'étape pré accouchement : Cette étape survient lorsque la femme enceinte enregistre les premières douleurs de contraction. Elle est donc conduite d'urgence chez le tradipraticien pour l'accouchement. Lorsqu'elle y arrive, ce dernier l'ausculte et l'installe dans la salle réservée à l'accouchement. Il lui donne éventuellement des décoctions qu'elle boit pour faciliter la dilation du col de l'utérus, soulager les douleurs de l'enfantement, tout en accélérant le processus d'accouchement. La femme couchée dès lors sur une natte qu'elle a apportée ou qu'elle a achetée sur place, est en observation. L'accoucheur l'ausculte de temps en temps pour apprécier l'évolution du processus d'accouchement.

L'étape de l'accouchement : l'accouchement est une étape cruciale qui est déclenchée par la dilatation maximale du col de l'utérus. A partir de ce moment, la femme est assistée de façon continue par l'accoucheur qui pratique délicatement le massage de son ventre, avec des

produits et objets traditionnels, question pour lui de faciliter la sortie du nouveau-né. Tout au long de cette étape, la femme est appelée à pousser l'enfant à la demande de l'accoucheur. Aussi, les rites traditionnelles et les incantations sont organisées autour de la patiente, afin d'exhorter les Dieux des ancêtres pour un accouchement dans de très bonnes conditions. Les époux participent nécessairement à l'accouchement de leurs femmes. Ils sont souvent appelés à faire des scarifications sur leur peau, accompagnées de prières, afin d'y appliquer des produits sous forme de poudre ou de pâte ou encore d'huile essentielles issues de plantes. Ce type de soins est assimilé localement à l'injection stimulant la sortie du bébé. Dans les cas où la femme à terme éprouve des difficultés à accoucher, cette « injection » lui est donc administrée uniquement par son époux ou un parent proche pour faciliter la sortie du bébé. Ce traitement n'est utilisé dans les ménages qu'en cas d'accouchement difficiles. La prise en charge de la mère et du bébé suit l'étape de l'accouchement.

La phase post-accouchement : cette phase est marquée par la coupure du cordon ombilical, puis par l'administration des médicaments traditionnels à la mère et au bébé. Les médicaments ont pour rôle de fortifier la mère et l'enfant. Elle est enfin ponctuée par la pratique de certains rites traditionnels comme le bain du nouveau-né dans unealebasse contenant des feuilles et écorces macérées dans de l'eau, en guise de bénédictions des ancêtres. Le tradipraticien spécialiste de l'accouchement des femmes ayant terminé son travail avec succès, ordonne alors la sortie de la mère et du bébé de la chambre d'accouchement. Ils doivent rejoindre par la suite leur domicile où la femme continuera la prise régulière des produits traditionnels prescrits.

Tableau n°1 : les acteurs des pratiques culturelles d'accouchement

Acteurs	Les produits utilisés	Les objets utilisés	Pourcentages
Les tradipraticiens	Les écorces + Les plantes médicinales	Une salle aménagée pour accueillir les femmes en gestation, Calebasse, lame de rasoir, tubes en bois, etc., ...	60%
Les femmes concernées	Les écorces + Les plantes médicinales	Le mortier à bois	95%
Les familles	Les écorces + Les plantes médicinales	Les pierres à écraser +mortier	95%
Les époux	Poudre de feuilles et d'écorces de plantes, huiles essentielles des plantes	Ecorce et lame de rasoir	80%

Source : Enquête de terrain 2020

2.1.3. Quelques cas d'accouchements assistés par les tradipraticiens

Les méthodes et les techniques déployées par les personnes qui pratiquent l'accouchement des femmes en milieu rural mal desservi en structure de santé, aboutissent très souvent à des fins heureuses avec la venue au monde du nouveau-né. On enregistre néanmoins parfois des cas d'accouchement difficile, qui se terminent soit par un problème de santé majeur à cause duquel la famille doit impérativement conduire la femme et le bébé à l'hôpital de District de Melong pour la prise en charge sanitaire, soit par le décès de la mère et/ou de l'enfant. Un tradipraticien explique son intervention pendant un accouchement en ces termes :

« On est venu m'appeler aux environs de 20 h 30 minutes qu'une femme enceinte pleure les douleurs des contractions et lorsque je suis arrivé, je l'ai auscultée pour m'assurer de son état de santé et de celui du bébé, puis du niveau d'avancement du processus d'accouchement. Je l'ai assisté par la suite pendant plus de 2 heures dans ce processus. Lorsque je me suis rendue compte que l'enfant est déjà à une phase de sortie acceptable, je l'ai fait boire le remède traditionnel car, ce dernier non seulement

soulage des douleurs, mais aussi, contribue à accélérer le processus. Il permet également de limiter la perte de sang et la fatigue chez la femme. Aux environs de 23 h, après avoir constaté que le bébé était déjà proche de la sortie, j'ai dit le moment est venu ! Pousses ! Elle a donc poussé et l'enfant est sortie. Actuellement, la mère et l'enfant se portent bien. » (Extrait de l'entretien avec le tradipraticien nommé Edjobi R., le 26 avril 2020).

Tous les accouchements ne se déroulent pas toujours rapidement et sans stress. Certains nécessitent des traitements spéciaux.

En cas d'accouchement difficile, les tradipraticiens consultent les lieux sacrés ou sanctuaire de culte ancestral, afin de bénéficier de leur esprit qui pourrait faciliter la sortie du bébé. Ainsi, une accoucheuse témoigne de l'efficacité de cette pratique en ces termes :

« Lorsque l'enfant refuse de sortir, je me dirige vers les lieux sacrés question pour moi d'invoquer les esprits qui vont exciter la rapide sortie du bébé. Il peut arriver que je demande à la famille d'aller invoquer les Dieux de leurs ancêtres pour la délivrance de la femme enceinte et du fœtus. Je peux aussi balayer le corps de la concernée avec la poule, ou « l'arbre de la paix »

ou les déposer sur sa tête pendant ce processus ». (Extrait de l'entretien avec une accoucheuse, madame Epalle M., avril 2020).

Dans ce cas, le membre de la famille assistant à l'accouchement va au sanctuaire ou aux lieux sacrés de la famille pour chercher la terre sacrée qui va servir à compléter les médicaments de la patiente. Selon les ménages et les praticiens de l'accouchement, les cas de décès sont rares dans la zone d'étude. Tous les praticiens de l'accouchement en milieu rural relèvent que l'accouchement est avant tout un processus naturellement déclenché par l'organisme. Dans plusieurs contrées de l'Afrique, la femme accouchait seule en famille, sans assistance de spécialiste. « L'accouchement était une affaire de famille ou de voisinage (prenant même souvent une forme solitaire, les femmes se vantant alors d'avoir accouché seules). Certaines vieilles femmes plus habiles ou plus expérimentées prêtaient main forte en cas de besoin. C'était essentiellement autour de la "coupure du cordon" que telles ou telles se spécialisaient partiellement » (J.-P. O. De Sardan et al, 1999, p.11). Les accouchements à domicile ne sont pas toujours fatals comme d'aucuns peuvent le penser. L'UNICEF le relève d'ailleurs en ces termes : « Beaucoup de femmes dans le monde en développement – et presque toutes dans les pays les moins avancés – accouchent à domicile, sans l'assistance d'un personnel qualifié, et pourtant leurs bébés sont en général en bonne santé et survivent à leurs premières semaines, puis jusqu'à leur cinquième anniversaire et au-delà ». (UNICEF, 2009, p. 2).

Le cas de l'accouchement de Marianne en est un exemple. Marianne, femme âgée de 32 ans habitant le village Ediengo, a accouché chez le tradipraticien au mois de janvier 2020. Elle a donné naissance à un garçon bien portant, âgé de 2 mois au moment de l'enquête. Elle raconte son accouchement en ces termes :

« Aux environs de 2 heures du matin lorsque j'ai commencé à ressentir les douleurs, mon époux

est immédiatement allé chercher le tradipraticien accoucheur chez lui, il m'a ausculté dès son arrivée, puis m'a administré les produits naturels. Une heure de temps après, il m'a demandé de pousser. Il a par la suite coupé le cordon ombilical à l'aide d'une lame de rasoir trempée dans une décoction qu'il a au préalable préparée dans unealebasse. Il a ensuite fait le bain de l'enfant avec la même décoction en guise de bénédiction. Il m'a enfin donné les produits traditionnels à consommer pour me fortifier. Tout s'est bien passé et mon fils et moi sommes bien portants » (Extrait de l'entretien effectué avec Marianne le 2 mars 2020).

Il ressort des investigations auprès des accoucheurs traditionnels que les cas de complications de ce processus ne sont pas nombreux et sont causés par des esprits maléfiques, par la colère des ancêtres à cause de la rupture avec ces derniers, ou par une maladie qui n'a pas été soignée pendant la grossesse. Les tradipraticiens accoucheurs déclarent accompagner la femme enceinte pendant l'accouchement pour intervenir en cas d'éventuelles perturbations de ce processus naturel, par une quelconque cause.

Il faut relever en revanche que 91% de femmes aimeraient être prises en charge par des spécialistes de la santé maternelle et infantile dans des formations sanitaires conventionnelles. Au regard de ce pourcentage fort important, l'on peut retenir que la continuité de la pratique de l'accouchement à domicile n'est pas un choix véritablement assumé par ces acteurs, mais, plutôt une solution de rechange, une mesure d'adaptation dans une situation d'incapacité à accéder aux services de maternité de la médecine conventionnelle.

2.2. Mobiles et conséquences de l'accouchement à domicile

2.2.1. Les mobiles de la persistance de la pratique de l'accouchement à domicile

La pratique de l'accouchement à domicile en zones rurales enclavées : une adaptation à l'absence des structures de santé à Nzobi et Ediengo (région du littoral-Cameroun)

Le milieu physique des villages Ediengo et Nzobi influence considérablement l'accès aux soins de santé maternelles dans les ménages. L'absence des routes aménagées et le mauvais état des pistes rurales ne favorisent pas le déplacement des femmes enceintes vers les formations sanitaires situées à plus d'une dizaine de kilomètres des ménages. Les distances à parcourir à pieds par les femmes enceintes pour atteindre une formation sanitaire sont longues. Les dames préfèrent par conséquent comme moyen d'adaptation, accoucher à domicile, assistées soit par un tradipraticien, soit par des membres de la famille ou de la communauté ayant une expérience ou non en matière d'accouchement, à défaut de chercher à rejoindre en vain une structure de santé moderne éloignée. Les coûts de transport vers les formations sanitaires sont inévitablement très élevés, à cause de la mauvaise accessibilité de ces villages. Ces coûts de transport sont justifiés par de longues distances à parcourir, influencées par la nature des pistes caillouteuses, qui arpentent les flancs de collines et soumettent les transporteurs de patients à de nombreuses heures de marches avant d'atteindre les formations de santé les plus proches. Les patients sont dès lors transportés dans ces villages sur des brancards fabriqués avec les matériaux locaux. La population

villageoise s'est organisée pour rendre ce service en créant une équipe appelée en langue locale « Nkeimein » et en français « équipe d'ambulance ». Cette équipe est chargée de transporter les patients gravement malades et les femmes enceintes qui ne parviennent pas à marcher, vers les structures de santé. Néanmoins certaines femmes malgré toute la volonté d'accoucher dans une structure de santé moderne, accouchent en route avant même d'y arriver.

Les nombreux dysfonctionnements observés dans le système de soins local, expliquent l'adoption de l'accouchement à domicile par 91% de femmes interrogées comme signalé plus haut. Il s'agit de la distribution inéquitable des structures sanitaires. Les villages Ediengo et Nzobi ne disposent pas de formations sanitaires. Aussi, les centres de santé construits et équipés dans des villages voisins à savoir, le Centre Médical d'Arrondissement de Ninong et le Centre de santé intégré de Mama, pourtant limitrophes aux villages Nzobi et Ediengo sont non fonctionnels. Ces formations sanitaires pallieraient par le fait de la proximité, à l'absence de services sanitaires dans les villages lésés. Ces structures de santé ont été plutôt abandonnées dans la broussaille après la construction comme l'on peut observer sur la photo n°1.

Photo n°1: Centre Médicale d'Arrondissement de Ninong, non fonctionnel, abandonné dans la broussaille



Source : Enquête de terrain, Février 2020

Il ressort des échanges avec le Chef Service du District de Santé de Melong que certains personnels recrutés et affectés dans les formations sanitaires refusent d'y aller à cause du mauvais état de la route ou tout simplement à cause de l'absence de celle-ci par endroit. Ces personnels préfèrent installer leurs familles dans le chef-lieu de l'arrondissement pour qu'elle puisse bénéficier des infrastructures de base. Ils effectuent ensuite la mobilité entre leurs postes de travail et la résidence de la famille. Sauf que les distances qui séparent le centre-ville où les familles sont installées et le poste de travail sont longues et les routes difficilement praticables.

Les difficultés à s'y rendre ou à rejoindre les familles lorsqu'on y est, l'absence du minimum de commodités dans les campagnes enclavées, conduisent au découragement, ensuite à l'abandon du poste de travail.

De ce qui précède, le manque criard de personnels de santé dans les milieux ruraux en général est un problème profond. Ce cliché est bien observé dans l'arrondissement de Mélong, où les ratios personnel de santé par catégories et population demeurent défavorables, car ils sont loin des normes de l'OMS. Le tableau n°2 suivant présente ces ratios :

Tableau n°2 : Ratio personnel médical et population de l'arrondissement de Mélong

Personnel de santé	Ration de l'OMS	Observation dans l'arrondissement de Mélong	Appréciation
Médecins	1 médecin/10000 habitants	2 médecins/62 225 habitants	Insuffisant
Infirmiers	1 infirmiers/3000 habitants	30 infirmiers/62 225 habitants	insuffisant
Sages-femmes	1 Sages-femmes/300 femmes	5 sages-femmes/62 225 habitants	insuffisant

Source : enquête de terrain 2020 et OMS

D'après le tableau n°2, l'OMS recommande au minimum un médecin pour 10000 habitants, alors que dans l'arrondissement de Mélong, pour une population estimée à 62 225 habitants (SDS, 2019) l'on a deux médecins qui exercent d'ailleurs dans le centre urbain et non en milieu rural. Pour ce qui est des sages-femmes, l'OMS recommande une sage-femme pour 300 femmes pourtant dans l'arrondissement de Mélong, il n'y a que cinq sages-femmes pour 62 225 habitants. Le nombre d'infirmiers est tout aussi insuffisant et l'on note en plus, les fortes disparités dans leur distribution entre les zones rurales et le chef-lieu de l'arrondissement. La situation est bien plus critique dans les villages Nzobi et Ediengo, défavorisés en termes de routes et de structures de santé.

De plus, les ménages relèvent la pauvreté financière comme étant une raison de la non fréquentation des structures de santé. Chez les tradipraticiens, outre quelques objets à acheter pour le processus d'accouchement, la somme symbolique généralement payée par les femmes

après l'accouchement varie entre 1000 F et 2000F selon l'accoucheur. Cette somme dépend également de la volonté de la famille de la patiente. Elle est estimée abordable pour les ménages les plus démunis, qui ne peuvent pas se déplacer à coûts plus élevés, variant entre 5000F et 20000F en fonction de la destination, puis payer les frais médicaux exigibles afin de bénéficier des soins de santé maternelle et infantile dans les structures de santé éloignées. Les tradipraticiens considèrent le service de maternité rendu plutôt comme un devoir envers sa communauté. C'est donc un service gratuit qu'ils rendent avec plaisir à la communauté à laquelle ils appartiennent.

Les raisons ci-dessus présentées s'ajoutent aux contraintes physiques pour réitérer l'inaccessibilité aux soins de santé maternelle et infantile à Nzobi et Ediengo, et amplifier ipso facto le choix de l'accouchement à domicile. Les tradipraticiens, les femmes accoucheuses et toutes autres personnes expérimentées, réussissent à répondre à la demande continue en

La pratique de l'accouchement à domicile en zones rurales enclavées : une adaptation à l'absence des structures de santé à Nzobi et Ediengo (région du littoral-Cameroun) services de maternité à Nzobi et Ediengo, malgré les limites de leurs interventions qui peuvent engendrer les conséquences graves, voire fatales.

2.2.2. Les conséquences de l'accouchement à domicile

Les conséquences de l'accouchement à domicile sont de plusieurs ordres.

Sur le plan sanitaire, les accouchements à domicile présentent de gros risques pour la mère et le bébé car, les accoucheurs ne disposent d'aucun moyen d'intervention en cas de survenue de complications. Pourtant l'état de la route ne permet pas d'envisager une évacuation d'urgence vers les formations sanitaires de la ville de Melong. Les tradipraticiens et accoucheuses relèvent à ce sujet que tous les accouchements n'ont pas toujours des fins heureuses. Ils ont parfois assisté à des accouchements difficiles, voire fatals. Malgré ses compétences avérées en matière d'accouchement dans le village, Monsieur Edjobi R., tradipraticien accoucheur a connu un cas d'accouchement fatal qu'il explique en ces termes : « Une femme est décédée ici chez moi en voulant donner la vie. J'ai fait tout ce que je pouvais en lui administrant tous les médicaments traditionnels à ma disposition mais, hélas ! Elle a rendu l'âme après avoir perdu beaucoup de sang sous mon regard impuissant ». (Extrait de l'entretien avec un tradipraticien nommé Edjobi R., le 26 avril 2020).

Dans un autre cas de figure, l'on assiste à des accouchements difficiles qui nécessitent souvent la césarienne. Face à cette situation, les praticiens de l'accouchement traditionnel deviennent impuissants. Dès lors, si les dispositions de référence de la patiente ne sont pas prises à temps, on peut enregistrer une perte en vie humaine, étant donné que les structures sanitaires sont situées à plusieurs dizaines de kilomètres.

En cas d'accouchement sans difficultés ni de complications, c'est du domicile que le nouveau-né pourra être conduit à l'hôpital de temps en temps pour des vaccinations. Les premiers

vaccins conseillés immédiatement à la naissance se feront avec un retard plus ou moins important, en fonction du moment où la mère décidera de le faire ou lorsque les agents du comité de santé passeront pour la campagne de vaccination. Toutefois, toutes les femmes ne sollicitent pas ces vaccins. 76% de celles interrogées ont toujours fait vacciner leurs enfants sauf qu'elles ne respectent pas le calendrier de vaccinations. Par contre, 24% n'ont soit pas du tout fait vacciner leurs enfants, soit attendent le faire pendant le passage de l'équipe des agents de santé lors des campagnes de vaccination. Les vaccins contenus dans le Programme Elargie de Vaccination (PEV) ne sont pas administrés complètement à tous les enfants nés dans la zone d'étude, ces enfants sont par conséquent très vulnérables sur le plan sanitaire.

L'accouchement à domicile implique le suivi médical non adéquat des mères et de leurs enfants, ce qui a également des conséquences sociodémographiques importantes. Au regard de l'absence des registres chez les accoucheurs, il se pose le problème d'absence de chiffres et d'autres informations sur les naissances, la morbidité et la mortalité maternelle et infantile. Il se pose également le problème d'enregistrement des naissances à l'état civil et par conséquent, celui d'établissement des actes de naissance.

3. DISCUSSION

Les idées de cette partie discussion de se structurent autour de trois principaux points. La première porte sur l'enclavement des campagnes comme facteurs déterminant l'inaccessibilité aux soins de santé. Le second traite du savoir-faire local comme alternative pour satisfaire les besoins en santé maternelle dans les zones rurales défavorisées. Le troisième enfin, est un questionnement sur la place de la médecine / pharmacopée traditionnelle, dans le système de soins de santé maternelle en particulier et dans le système de soins en général.

3.1. L'enclavement des campagnes : un déterminant d'inaccessibilité aux soins de santé maternelle

L'accouchement à domicile, loin d'être une curiosité dans certaines contrées du monde, demeure une pratique très connue, un passage presque obligatoire pour la majorité des femmes enceintes parce qu'elles n'ont pas accès aux structures de santé conventionnelles. Il s'agit principalement selon l'ONU, 2015, p. 39, des zones des pays en développement. Les localités de Nzobi et Ediengo font partie de ces contrées. Ces deux villages camerounais sont situés dans la région du Littoral, où le taux d'accès aux soins de santé en général et celui de la santé maternelle en particulier dont 99%, est parmi les plus élevés du Cameroun selon l'Enquête Démographique de Santé (EDS), 2005 cité par MSP, (2018, p. 28). Ces villages situés sur le prolongement des Monts Manengouba dans la région du Sud-Ouest du Cameroun, ont des caractéristiques topographiques qui y rendent difficile l'accessibilité géographique aux soins de santé. C'est villages constituent pour la raison sus-évoquée, une poche de désert médical, c'est-à-dire l'absence des structures de santé et du personnel médical dans ces localités situées dans une région qui n'est pourtant pas lésée en structures et personnels de santé, si l'on la compare avec d'autres espaces dits défavorisés. En fonction de la densité spatiale des Formations Sanitaires (FOSA) par région, le temps pour se rendre dans la structure de santé la plus proche est en moyenne de 29 minutes au Cameroun, avec d'énormes disparités entre les régions. « Alors qu'il n'est que de vingt minutes environ dans le Littoral, il est presque d'une heure au Sud-Ouest » (MSP, 2018, p.28). Ce temps de parcours pour la FOSA la plus proche de Nzobi et Ediengo est estimé à 3 heures en moyenne et

varie en fonction des saisons climatiques. La situation est pourtant tout à fait différente dans les pays développés, ayant un aménagement infrastructurel important. C'est le cas par exemple en France où, « Le temps d'accès aux soins est globalement satisfaisant : 95 % de la population française accède à des soins de proximité en moins de quinze minutes », (M-O. Safon et V. Suhard, 2017, p. 128). Le cas des deux villages étudiés révèle une inégalité dans l'accès aux services conventionnels de santé et dans leur utilisation, au sein d'une même région. Il s'agit d'une indisponibilité des structures et services d'offre des soins de santé.

Le concept d' « indisponibilité » ci-dessus mentionné s'oppose à celui de « disponibilité » qui, selon H-B. Nguendo-Yongsi et G. A. Tchango Ngale, « concerne tout à la fois l'existence effective des infrastructures nécessaires à la mise en place des prestations de soins et leur répartition rationnelle au niveau géographique », (H-B. Nguendo-Yongsi et G. A. Tchango Ngale, 2016 p.100). Le déterminant physique plus précisément le relief, et, les déterminants humains dont l'absence d'aménagement des routes et des structures de santé, qui expliquent l'enclavement des campagnes étudiées, expliquent également l'indisponibilité des soins. Parmi les déterminants de l'accessibilité aux soins de santé connus, l'enclavement impacte très négativement l'accès des femmes aux soins de santé maternelle. Cet impact est exprimé par le Ministère de la Santé Publique en ces termes : « L'éloignement des FOSA (10,5 %) et les problèmes liés au transport (7,4 %) sont des raisons mentionnées par les populations comme des freins à l'accès aux soins » (MSP, 2018, p. 28). La limite de l'accessibilité aux soins de santé modernes est étroitement en relation avec le niveau de sous-développement et la culture. Le

La pratique de l'accouchement à domicile en zones rurales enclavées : une adaptation à l'absence des structures de santé à Nzobi et Ediengo (région du littoral-Cameroun)

recours à la médecine traditionnelle (MT) s'impose alors inévitablement dans certains cas. Shewamene Z. et al. 2017, notent pour ce qui concerne quelques pays d'Afrique que, « For the majority, TM is the only accessible primary health care option particularly for the rural African communities [3], and continued use of TM in Africa is likely due to limited accessibility, availability and affordability of modern medicine », (Shewamene Z. et al., 2017, p. 1).

3.2. Le savoir-faire local comme alternative pour satisfaire les besoins en santé maternelle dans les zones rurales défavorisées

En tant que zone rurale de surcroît difficile d'accès, les villages soumis à cette étude sont défavorisés contrairement au chef-lieu d'arrondissement (ville de Melong) auquel ils dépendent. La différence d'accès aux soins de santé conventionnels entre ces campagnes et la ville chef-lieu d'arrondissement ainsi que sa périphérie, est une réalité bien perçue, qui s'affiche visiblement entre les villes et les campagnes, dans le contexte de sous-développement, (ONU, 2015, p. 40 ; Nguendo Yongsu H-B. et Tchango Ngale G. A. 2016, p. 104). En effet, Nguendo Yongsu H-B. et Tchango Ngale G. A. 2016, p. 104 se sont exprimés sur cette inégalité en ces termes :

« Pour ce qui est de la variation du recours obstétricaux pendant la grossesse et l'accouchement selon le milieu de résidence, les auteurs ont montré que les femmes vivant en milieu rural étaient plus enclines à ne pas utiliser les services de santé maternelle que leur homologues vivant en ville. Ce résultat trouverait son explication dans une combinaison de facteurs inhérents à l'environnement sanitaire

des campagnes : structures sanitaires insuffisantes et géographiquement hors de portée des demandeurs de soins, faible pouvoir socio-économique des femmes, et attachement aux valeurs thérapeutiques traditionnelles ».

Au regard des raisons mentionnées, le savoir-faire local en matière de santé est une alternative pour satisfaire tant bien que mal, les besoins en santé dans des zones rurales défavorisées en offres de services de la médecine conventionnelle. Nguene et al., relèvent à ce sujet que : « La médecine traditionnelle apparaît comme l'alternative la plus appropriée pour combler les carences en besoins sanitaires dont les populations aspirent », (Nguene et al., 2015 p. 8195). C'est suivant cette posture que la prise en charge de la santé maternelle et infantile est l'affaire des locaux et de la médecine traditionnelle dans la zone d'étude. Il a été certes mentionné qu' « Un environnement favorable à une maternité et un accouchement sans danger dépend des soins et de l'attention accordés aux femmes enceintes et aux nouveau-nés au sein de leur communauté et de leur famille, ainsi que de la sagacité d'un personnel de santé dûment formé, de la proximité d'établissements sanitaires adéquats, et de la possibilité d'obtenir à temps le matériel, les médicaments et les soins d'urgence dont ils pourraient avoir besoin », (UNICEF, 2009 : 2). Un tel environnement n'est offert dans la zone de la présente étude que par les traditiciens, les familles, les époux et les femmes accoucheuses en guise d'adaptation à la situation d'impossibilité à accéder aux spécialistes des soins conventionnels de santé maternelle et infantile.

La logique d'adaptation exprimée au travers de la pratique des soins de santé maternelle traditionnels, se comprend d'autant plus que selon J.-P. O. De Sardan et al (1999, p. 11), «

Alors qu'il existait partout en milieu rural des guérisseurs relativement spécialisés avant la colonisation (pour les fractures, les morsures de serpent, la lèpre, etc.), on ne trouvait pas de fonction d'accoucheuse véritablement spécialisée à l'échelle du village ». L'on apprend en revanche de la même source que l'accouchement à domicile est une pratique séculaire en milieu rural, toutefois, les femmes accouchaient toutes seules, et pouvaient être assistées uniquement après l'accouchement. La différence entre la situation du Niger que cet auteur présente et celle d'Ediengo et de Nzobi est que les accouchements sont assistés par des praticiens reconnus dans la communauté, qui suivent le processus de la grossesse jusqu'à l'accouchement et même les soins du nouveau-né. Cette pratique relève du savoir-faire socioculturel donc ancestral, inscrit dans la médecine traditionnelle ou locale (E. Mpondo Mpondo et al. 2017, p.11230). C'est pourquoi les praticiens mobilisent les plantes et objets locaux, invoquent les esprits/Dieux des sanctuaires familiaux et communautaires, pour contribuer au processus d'accouchement. L'environnement d'Ediengo et Nzobi, caractérisé par les limites des ressources sanitaires conventionnelles, et surtout par le mauvais état des pistes rurales, présente ces tradipraticiens et des personnes plus ou moins expérimentées en matière d'accouchement à domicile, comme des seuls recours en cas d'urgence

3.3. Questionner la place de la médecine traditionnelle dans le système de soins

L'accouchement à domicile au regard de la diversité et du nombre d'acteurs impliqués recrutés dans toutes les catégories de la communauté villageoise, et, de l'unanimité avec laquelle ils rendent et/ou reçoivent les services,

témoigne de la mesure d'adaptation centrée sur une organisation des membres de la communauté en vue de répondre aux besoins en soins de santé maternelle et infantile. L'utilisation des produits de la médecine et savoir-faire locaux pour ces soins, est certes une pratique séculaire fondée sur les croyances ancestrales. Toutefois, il est à noter que la pharmacothérapie ainsi que les accouchements à domicile ont été relayés au second plan depuis l'avènement de la médecine occidentale dans nombre de contrées du Cameroun et même de l'Afrique (E. Mpondo Mpondo 2017, p.11242, Lémouogué J et Djouda Feudjio Y. B., 2018 p. 266). La pratique de l'accouchement à domicile persiste et se perpétue à contrario dans la zone d'étude alors qu'elle a connu un réel recul dans plusieurs campagnes de la région du Littoral. Cette persistance s'explique par d'énormes contraintes physiques qui n'ont pas participé à l'ouverture rapide de Nzobi et Ediengo au processus de changement de comportement, d'adoption de la modernité dans le sens complet du terme, et de l'accouchement par des spécialistes de la médecine occidentale en particulier.

La situation est pourtant différente dans les villes et dans d'autres zones rurales plus accessibles, influencées par le phénomène d'urbanisation/modernisation. Il faut néanmoins noter que même dans ces cas d'espèces, la médecine africaine n'a pas complètement disparu. Elle reste pratiquée en association avec la biomédecine par nombre de patients pour plusieurs raisons à savoir la raison culturelle de laquelle découle la conviction de son efficacité (Shewamene Z. et al., 2017, p. 3-4 ; Lémouogué J et Djouda Feudjio Y. B., 2018 p. 276 ; Meli V. C. 2018, p. 84). Ensuite, la raison socio-économique pour ceux qui apprécient la familiarité des accoucheurs (ses) à domicile et qui estiment que les coûts des soins de la

médecine traditionnelle sont plus abordables (H. Quashie et al., 2014, p. 5 ; Ngene J-P. et al, 2015, p. 8195 ; P. B. Eloundou Messi et H. Waïbaï Yaye, 2017, p.19 ; Meli V. C. 2018, p.88). Cette raison culturelle est renforcée à Nzobi et à Ediengo par d'autres raisons assez spécifiques. Il s'agit de l'incapacité de satisfaire les besoins en services modernes d'accouchement, de répondre aux besoins urgents et immédiats de l'accouchement d'une femme en travail dans le village ou de celle ayant pris la route de l'hôpital et qui n'y arrivera pas à cause du mode de transport (transport sur le brancard traditionnel tenu par quatre personnes allant à pieds) et de la longue distance à parcourir.

L'accouchement à domicile présente pourtant un risque important pour les patientes si l'on se réfère aux conclusions de certaines recherches tels que l'ONU, 2015, p.39 ; R. A. Atchouta et al. 2016, P.23, etc. Wémé au Bénin, présente un exemple illustratif de ce type de risque : « les déterminants socio-culturels (rites, mythes, discours, systèmes de perception, référents sociaux) liés à la maternité et les interactions sociales que la femme enceinte entretient, les pratiques sociales qu'elle opère du fait de la grossesse se situent dans un pluralisme médical qui peuvent compromettre la santé maternelle en milieu Wémé », (R. A. Atchouta et al., 2016, P.23). De plus, l'ONU relève que l'hémorragie est la cause la plus fréquente de décès maternels pour plus de 27 % dans les régions en développement et près de 16 % dans les régions développées. Les autres complications sont principalement les infections, l'hypertension au cours de la grossesse, les complications liées à un accouchement ou un avortement non médicalisé. Ces causes majeures directes ont été également observées par H. S. Abdillahi. et J. Van Staden, (2013, p. 592) ; A. Lilungulu et al., (2020, p. 5).

Les tradipraticiens et les accoucheuses n'ont pourtant aucune expérience ni de plateau technique adéquat pour diagnostiquer ces causes, puis, intervenir efficacement en cas d'urgence pour sauver la ou les vie(s) en danger (C. Zamawe et al., 2018, p. 4). Il est opportun de mentionner qu'en revanche, « des interventions médicales appropriées peuvent empêcher ou traiter ces complications, telles que les soins prénatals, la présence d'un personnel qualifié durant l'accouchement, ou les soins et le suivi lors des semaines suivant l'accouchement » (ONU, 2015, p. 39).

En réalité, la médecine traditionnelle respecte le schéma sommaire du suivi de la santé maternelle (Shewamene Z. et al., 2017, p. 3-4), (voire le processus de l'enfantement du suivi de la grossesse aux soins du nouveau-né en passant par l'étape de l'accouchement, ci-dessus exposé au sous-titre 2.1.2.). Les tradipraticiens procèdent également au suivi des femmes en difficultés de conception (H. S. Abdillahi. et J. Van Staden, 2013, p. 591), tout comme les médecins gynécologues, cependant avec des approches différentes. Néanmoins, ses praticiens ne disposent pas des connaissances, techniques et ressources suffisantes et appropriées pour faire un suivi adéquat en cas de complications. Lorsque ces dernières surviennent, il faut consulter d'urgence un gynécologue. Malheureusement, cette référence n'a pas été toujours réussie dans la zone d'étude à cause de l'éloignement des structures de santé les plus proches et du mauvais état des routes. Encore que ces dernières structures proches des campagnes lésées, n'ont pas qualité à prendre efficacement en charge les problèmes de santé maternelle. En effet, les structures de santé les plus proches appartiennent à la base de la pyramide du système de soins à savoir les dispensaires et

centres de santé intégrés, placés généralement sous la responsabilité d'un simple infirmier(ère). Tandis que les médecins gynécologues, les sages-femmes sont concentrées dans les grandes structures des grandes villes, et, sinon, dans quelques villes secondaires (J.-P. O. De Sardan et al, 1999, p.1). De plus, le manque de collaboration entre la médecine dite conventionnelle et la médecine traditionnelle n'est pas favorable à la meilleure prise en charge des patientes. En effet malgré l'ancrage socio-spatial important de chacune de ces deux types de médecines, exprimée à travers l'offre et la consommation des services de santé, il n'y a pas de communication. Certains praticiens des soins de santé et certains patients reconnaissent tout de même que ces médecines sont tout à fait complémentaires (H. Quashie et al, 2014, p. 10 ; C. Zamawe et al, 2018, p. 2 ; J. Lémougué et Y. B. Doua Feudjio, 2018, p. 277). Ainsi, plusieurs ménages des zones où il n'y a pas du tout de difficultés d'accès à la médecine moderne, associent ces deux types de soins pour le suivi de leur santé, (E. Mpondo Mpondo et al, 2017, p. 11233 ; J. Lémougué, 2018, et J. Lémougué et Y. B. Doua Feudjio, 2018, p. 275). Il est dès lors opportun de questionner davantage la place et le niveau d'intégration de la médecine traditionnelle, dans le système d'offre des soins au Cameroun.

CONCLUSION

Il était question dans cet article de décrypter la pratique de l'accouchement à domicile dans les villages Ediengo et Nzobi au Cameroun. L'analyse s'est appuyée sur les données quantitatives et qualitatives de terrain et les données issues de l'exploitation des documents. Il en ressort que les acteurs locaux mobilisent de plus en plus le savoir-faire socio-culturel, pour

répondre aux besoins en services d'accouchement. Ces acteurs plus ou moins expérimentés en matière d'accouchement, interviennent pour pallier aux difficultés d'accès aux services de santé maternelle liées à l'enclavement et à l'éloignement des établissements sanitaires conventionnels. Ils perpétuent ainsi nécessairement une pratique ancestrale séculaire en voie de disparition dans plusieurs contrées du pays à cause de la prédominance de la biomédecine. Près de 84% de femmes se soumettent en effet à cette pratique tandis que 16% vont se faire accoucher hors de leurs villages, dans les campagnes disposant des centres de santé intégrés ou dans le chef-lieu de l'arrondissement. Presque toutes les femmes de la localité ont cependant confiance en l'intervention des accoucheurs (ses) locaux et aux décoctions qu'ils administrent comme médicaments. La pratique de l'automédication avec les plantes médicinales y étant d'ailleurs commune à toutes en raison de leur appartenance à la même ethnie et par conséquent à la même culture médicinale, explique la croyance en la prise en charge sanitaire par les tradipraticien(e)s.

Les 16% de femmes qui ont toujours accouché dans une structure de santé, sont celles qui ont reçu le conseil et les facilitations des relais communautaires ou d'un membre de la famille, leur permettant de quitter le village avant le terme de la grossesse, pour profiter des soins de santé conventionnels. Il s'agit aussi de celles qui ont eu une mauvaise expérience de l'accouchement à domicile, et qui se sont résolues à se rapprocher désormais d'une formation sanitaire pour les consultations prénatales et l'accouchement. Les agents de santé communautaires étant des facilitateurs servant de relais entre le service du district de

La pratique de l'accouchement à domicile en zones rurales enclavées : une adaptation à l'absence des structures de santé a Nzobi et Ediengo (région du littoral-Cameroun) santé et la population, ils réussissent à convaincre certaines femmes parmi les plus vulnérables, de se rendre dans les structures de santé pour le suivi de leurs grossesses ainsi que pour l'accouchement. L'efficacité de leurs interventions dans ces villages est toutefois impactée par les mêmes difficultés d'enclavement, mais également, par la prédominance de la médecine traditionnelle qui est une alternative sans concurrente, aux limites du système de soins conventionnels. Nombre de femmes qui ne mettent pas en pratique les conseils des relais communautaires sont par conséquent tournées vers cette dernière.

Le présent article interpelle sur le rôle fût-il non formalisé, des pratiques socio-culturelles relevant de la médecine dite traditionnelle, dans le système de soins de la population. Il remet en débat, la question de valorisation du savoir-faire local ancestral, pour répondre aux besoins en soins de santé au moment où l'accès à l'offre des structures de la médecine modernes reste limité. Il révèle une dynamique d'utilisation de la médecine traditionnelle en guise d'adaptation à la défaillance du système de soins conventionnels, qui, loin d'être l'affaire des communautés villageoises, devrait susciter une attention particulière de la part des autorités étatiques. Il revient aux autorités de vérifier la portée des contributions de la médecine traditionnelle en général et des tradipraticiens et accoucheurs(ses) en particulier, au système de soins, puis d'encadrer ou d'interdire leurs pratiques et enfin, de formaliser si nécessaire, la complémentarité entre les deux types de médecines. Cette implication permettrait d'éviter des désagréments relevant de la santé publique, causés par une médecine socialement et

spatialement bien ancrée, mais, formellement inconnue.

Les limites de cet article, sont indiscutablement en rapport avec la non prise en compte de la médecine traditionnelle par les autorités étatiques. Elles résident au niveau des données de terrain. Il s'agit de l'absence des informations chiffrées sur la natalité, la morbidité maternelle et sur la mortalité maternelle et néonatale. En fait, les tradipraticien(e)s et les accoucheuses n'ont pas de registres pour consigner les informations sur les patients, les naissances ou les décès. Ils n'ont aucune obligation à fournir ces informations aux districts de santé. Ils ont communiqué lors des investigations de terrain, des chiffres estimatifs sur ces indicateurs démographiques, qui à cause de leur caractère très approximatif, n'étaient pas utilisables dans cet article. De plus, les naissances vivantes et les décès sont enregistrés tardivement aux centres d'état civil par les familles ou ne le sont pas du tout (pour ce qui concerne les décès). L'intégration formelle de la médecine traditionnelle dans le système de soins, la complémentarité établie entre les médecines conventionnelle et traditionnelle pourraient permettre d'avoir davantage les informations fiables sur la santé dans des zones où prédominent les pratiques de santé dites parallèles. Elles permettraient également d'atteindre les OMD en rapport avec la santé maternelle et infantile à savoir, réduire le taux de mortalité maternelle, éliminer des décès évitables de nouveau-nés et d'enfants.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

ABDILLAHI Halima Saado et VAN STADEN Johannes, 2013. « Application of Medicinal

- Plants in Maternal Healthcare and Infertility: A South African Perspective ». *Planta Medica* • April 2013. DOI: 10.1055/s-0032-1328504 • Source: PubMed, p. 591-599.
- ATCHOUTA Roger., A. DOUBOGAN Onibon. Yvette. et BADOU A., 2016. « Dynamique communautaire autour de la gestion de la santé maternelle et néonatale en milieu Wémè au Bénin : controverses, logiques et stratégies des acteurs ». *J. Rech. Sci. Univ. Lomé (Togo)*, 2016, Série B, 18(1) : 21-39, 39p.
- DE SARDAN Olivier Jean Pierre, MOUMOUNI Adamou et SOULEY Aboubacar, 1999. « "L'accouchement c'est la guerre" De quelques problèmes liés à l'accouchement en milieu rural nigérien », *Bulletin de l'APAD [En ligne]*, 17 | 1999, mis en ligne le 04 octobre 2006, consulté le 09 septembre 2020. URL : <http://journals.openedition.org/apad/483> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/apad.483>.
- ELOUNDOU MESSI Paul Basile et WAÏBAÏ YAYE Honorine, 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, P 13- 21. ISSN (e): 2319 – 1813 ISSN (p): 2319 – 1805.
- GELLER Stacie E., KOCH Abigail R., GARLAND Caitlin E., MACDONALD E. Jane, STOREY Francesca and LAWTON Beverley, 2018. "A global view of severe maternal morbidity: moving beyond maternal mortality". *Reproductive Health* 2018, 15(Suppl 1):98
<https://doi.org/10.1186/s12978-018-0527-2>. P.31-43.
- LILUNGULU A., BINTABARA D., MUJUNGU S., CHIWANGA E., CHETTO P. et NASSORO M., 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, 10p.
- LÉMOUOGUÉ Joséphine et DJOUDA FEUDJIO Yves Bertrand, 2018. « Se soigner dans la ville de Dschang : Une analyse socio-géographique et historique du patrimoine sanitaire et de son accessibilité ». *Revue Interdisciplinaire Nka'Lumière*, 2e semestre 2018, Faculté des Lettres et Sciences Humaines, Université de Dschang. P. 259-280.
- MELI Vanessa Carole, 2018. « Offre et accès aux soins de santé maternelles à Bafoussam 3ème ». *Mémoire de Matser*, Université de Dschang, 129p.
- Ministère de la Santé Publique, 2018. *Dossier d'investissement pour l'amélioration de la santé de la reproduction, de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent/jeune au Cameroun 2017-2020*. p159.
- MPONDO MPONDO Emmanuel, NGENE Jean Paul, MPOUNZE SOM Léa, ETAME LOE Gisèle, NGO BOUMSONG Philomène Céleste, YINYANG Jacques et DIBONG Siegfried Didier, 2017. « Connaissances et usages traditionnels des plantes médicinales du département du haut Nyong ». *J. Appl. Biosci.* 113: 11229-11245
- NGENE Jean-Pierre, NGOULE Charles Christian, POUKA KIDIK Catherine-Marie, MVOGO OTTOU Patrice Brice, NDJIB Rosette

La pratique de l'accouchement à domicile en zones rurales enclavées : une adaptation à l'absence des structures de santé à Nzobi et Ediengo (région du littoral-Cameroun)

Christelle², DIBONG Siegfried Didier et MPONDO Mpondo Emmanuel, 2015. « Importance dans la pharmacopée traditionnelle des plantes à flavonoïdes vendues dans les marchés de Douala est (Cameroun) ». *J. Appl. Biosci.* 88:8194– 8210

NGUENDO-YONGSI Hénock Blaise et TCHANGO NGALE Georges A., 2016. *Maternité et santé: la question de l'accouchement à domicile au Cameroun. Connaissances et savoirs*, Paris, 286 p.

NKURUNZIZA Médiatrice, 2014. *Analyse du recours aux soins obstétricaux : déterminants et motivations.* Available at: <http://hdl.handle.net/2078.1/150415>. 300P.

ONU, 2015. *Objectifs du Millénaire pour le développement. Rapport 2015.* 73p.

Safon Marie-Odile et Suhard Véronique, 2017. *La géographie de la santé Bibliographie thématique.* Centre de documentation de l'Irdes. 241p

QUASHIE H., POURETTE D., RAKOTOMALALA O. et ANDRIAMARO F., 2014. « Tradithérapie, Biomédecine et Santé Maternelle à Madagascar: Paradoxes et pouvoirs autour des savoirs et pratiques des Reninjaza ». *Health, Culture and Society.* Volume 7, No. 1 (2014) | ISSN 2161-6590 (online) | DOI 10.5195/hcs.2014.179 | <http://hcs.pitt.edu>

SIMONET Guillaume, 2009. « Le concept d'adaptation : polysémie interdisciplinaire et implication pour les changements climatiques ». *EDP Sciences | Natures Sciences Sociétés* 2009/4 Vol. 17 | pages 392 à 401. ISSN 1240-1307. DOI: 10.1051/nss/2009061

Disponible en ligne sur : www.nss-journal.org.

SHEWAMENE Zewdneh, DUNE Tinashe et SMITH Caroline A., 2017. “The use of traditional medicine in maternity care among African women in Africa and the diaspora: a systematic review”. *BMC Complementary and Alternative Medicine* (2017) 17:382

DOI 10.1186/s12906-017-1886-x ; p 16.

UNICEF, 2009. *La situation des enfants dans le monde 2009 : la santé maternelle et néonatale*, UNICEF, New York. 160p.

ZAMAWE Collins, KING Carina, JENNINGS Hannah Maria et FOTTRELL Edward, 2018. « Associations between the use of herbal medicines and adverse pregnancy outcomes in rural Malawi: a secondary analysis of randomised controlled trial data ». *BMC Complementary and Alternative Medicine* (2018) 18:166 <https://doi.org/10.1186/s12906-018-2203>.



MESURE DE L'ACCESSIBILITÉ GÉOGRAPHIQUE AUX ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ OFFRANT DES SERVICES DE SANTÉ MATERNELS, PAR LA MÉTHODE DES AIRES FLOTTANTES À DEUX ÉTAPES AMÉLIORÉE DANS L'AGGLOMÉRATION D'ABIDJAN (CÔTE D'IVOIRE)

MEASURING THE GEOGRAPHICAL ACCESSIBILITY OF HEALTH FACILITIES OFFERING MATERNAL HEALTH SERVICES BY ENHANCED TWO STEP FLOATING CATCHMENT AREA METHOD (E2SFCA) IN THE ABIDJAN AGGLOMERATION (CÔTE D'IVOIRE)

¹ YMBA Maïmouna, ² EBA Konin Arsène et ³ GOUATAINE Seingue Romain

¹ Enseignant-chercheur en géographie de la santé, Maître-assistant, Institut de Géographie Tropicale, Université Félix Houphouët-Boigny, hadassah.ymba@gmail.com

² Enseignant-chercheur, Géographe-Santé-environnement, Université Jean Lorougnon Guédé-Daloa, eba.arsene@gmail.com

³ Maître-assistant, Département de Géographie, École Normale Supérieure de Bongor, TCHAD, gouataines@gmail.com

YMBA Maïmouna, Eba Konin Arsène et GOUATAINE Seingue Romain, Mesure de l'accessibilité géographique aux établissements de santé offrant des services de santé maternels par la méthode des aires flottantes à deux étapes améliorée dans l'Agglomération d'Abidjan (Côte d'Ivoire), *Revue Espace, Territoires, Sociétés et Santé* 3 (6), 115-132. [En ligne] 2020, mis en ligne le 31 Décembre 2020, consulté le 2021-01-11 03:40:02, URL: <https://retssa-ci.com/index.php?page=detail&k=149>

Résumé

Dans le domaine de la santé maternelle, l'accessibilité géographique aux services de soins est l'un des facteurs clefs pour améliorer la santé des femmes et réduire la mortalité maternelle. L'agglomération d'Abidjan connaît une urbanisation rapide et les autorités en charge

de la planification des ressources n'arrivent pas toujours à suivre l'étalement urbain pour répondre aux besoins spécifiques des femmes en âge de procréer dont le nombre est élevé dans les espaces d'extension des districts sanitaires. L'objectif de cette étude est de mesurer l'accessibilité géographique par la méthode des aires flottantes à deux étapes améliorée afin de mettre en évidence les inégalités spatiales d'accès aux soins et identifier les espaces hautement prioritaires qui nécessitent davantage de services de santé maternelle à Abidjan.

A partir du calcul des indices d'accessibilité, les résultats de cet article révèlent de fortes disparités spatiales d'accessibilité géographique aux structures de soins maternelles dans l'agglomération d'Abidjan. On note un niveau élevé d'accessibilité que dans le noyau central et quelques poches d'accessibilité dans les communes de Bingerville, Anyama et Songon. Pour le reste, l'espace urbain est marqué par un très faible niveau d'accessibilité aux structures de soins maternelle spécifiquement dans les zones d'extension des districts sanitaires du nord, est et ouest où la densité des femmes en âge de

Mesure de l'accessibilité géographique aux établissements de santé offrant des services de santé maternels par la méthode des aires flottantes à deux étapes améliorée dans l'agglomération d'Abidjan (Côte d'Ivoire)

procréer est élevée. Les résultats de cette étude peuvent être utiles pour la santé publique et d'allocation spatiale des ressources sanitaires en Côte d'Ivoire.

Mots clefs : Accessibilité géographique, structures de soins, femmes en âge de procréer, santé maternelle, disparités spatiales, Abidjan

Abstract

In the area of maternal health, geographical accessibility to health care services is one of the key factors in improving women's health and reducing maternal mortality. The Abidjan metropolitan area is experiencing rapid urbanization and the authorities in charge of resource planning are not always able to keep up with urban sprawl to meet the specific needs of women of reproductive age, whose numbers are high in the extension areas in the health districts. The goal of this study is to measure geographical accessibility using the enhanced two step floating catchment area method (E2SFCA) in order to highlight spatial inequalities in access to care and identify high priority areas that require more maternal health services in Abidjan. Based on the calculation of accessibility indices, the results of this paper reveal strong spatial disparities in geographical accessibility to maternal health care structures in the Abidjan metropolitan area. We note a high level of accessibility only in the central core and a few pockets of accessibility in the communes of Bingerville, Anyama and Songon. For the rest, the urban area is marked by a very low level of accessibility to maternal health care structures specifically in the extension areas of the northern, eastern and western health districts where the density of women of childbearing age is high. The results of this study may be useful for public health and spatial allocation of health resources in Côte d'Ivoire.

Keywords : Geographical accessibility, health care facilities, women of reproductive age, maternal health, spatial disparities, Abidjan

INTRODUCTION

L'accessibilité géographique aux soins est définie comme la facilité avec laquelle la population d'un lieu donné peut atteindre les services de santé (A. Ndonky, 2015 ; M. Barlet et al., 2012, p.6). Dans le domaine de la santé maternelle, l'accessibilité géographique aux services de soins est l'un des facteurs clefs pour améliorer la santé des femmes et réduire la mortalité maternelle (K.E. Aka et al., 2016 ; M. Audiberte et E. Roodenbeke, 2005). Il joue également un rôle significatif dans la réforme de la santé et demeure un important indicateur de la qualité des soins de santé maternelle (WHO, 2008). En Afrique et particulièrement en Afrique Sub-saharienne, plusieurs femmes habitent des milieux de vie dépourvus de structures de soins (V. Boama, 2009).

L'absence de structures peut pourtant avoir un impact négatif sur les pratiques spatiales et comportementales des femmes et amener certaines d'entre elle à ne pas faire les consultations prénatales (CPN) et plusieurs à cause de l'augmentation de la distance pourront choisir d'accoucher à la maison au lieu de le faire dans une maternité (N. Alam et al., 2015). Ce choix peut être fatal pour la mère et l'enfant (JL. Chabernaud, 2004). En effet, plusieurs études ont mis en évidence une relation significative entre l'inaccessibilité aux services de santé maternelle par des temps de trajet long à la maternité et l'augmentation du risque de mortalité maternelle (OMS, 2017; M. Seguin et M. Niño-Zarazúa, 2015; L. Sale et al., 2014; M. Ymba, 2013; Birmeta, 2013; H. Blencowe et al., 2012; R. Lozano, 2011; Ravelli et al., 2010 ; JL. Alvarez et al., 2009; Viisainen et al., 1999). Les estimations récentes indiquent qu'environ 350 000 décès maternels sont dénombrés chaque année dans le monde (V. Ridde, 2012, p.1). La

quasi-totalité de ces décès maternels (99%) se produisent dans des pays en développement, dont près de la moitié (50%) en Afrique subsaharienne (OMS, 2018, N. Prata et al., 2010 ; N. Alam, 2015). Pour les femmes de cette région, le risque de mourir de causes liées à la maternité est de 1 sur 22, contre 1 sur 7 300 pour les femmes des régions développées (UNICEF, 2008).

Pour faire face à cet énorme fardeau de mortalité maternelle, la Côte d'Ivoire à l'instar de plusieurs pays de l'Afrique de l'ouest a fait le choix de multiplier l'installation des établissements sanitaires maternels accompagné parfois de gratuité de soins. Des efforts ont été ainsi faits, notamment en milieu urbain, pour améliorer l'accessibilité géographique aux structures sanitaires (M. Ymba, 2013). Malgré le renforcement des structures, le taux de mortalité maternelle demeure un vrai problème de santé public en Côte d'Ivoire. Le pays affiche l'un des taux les plus élevés de la mortalité maternelle au monde. Le taux de mortalité maternelle est passé de 543 à 720 décès pour 100 000 naissances vivantes entre 2005 et 2013 (UNICEF-WHO, 2015). Ce qui signifie que toutes les heures, une femme décède en accouchant.

La décision seul d'installer des structures de soins ne suffit pas particulièrement en milieu urbain, encore faut-il mettre en place les services essentiels de soins maternels à des lieux clés où ils peuvent être facilement accessibles aux femmes pour lutter contre la mortalité maternelle, protéger et promouvoir la santé de la femme (UNICEF, 2008).

L'agglomération d'Abidjan connaît une urbanisation rapide et les autorités en charge de la planification des ressources n'arrivent pas toujours à suivre l'étalement urbain et la croissance et l'hétérogénéité spatiale ce qui a pour conséquence de créer de fortes disparités spatiales d'accessibilité géographique à l'offre de soins (M. Ymba et KP. Anoh, 2015; Guagliardo et al., 2004; Paez et al., 2010). L'offre de soins est parfois concentré dans les espaces centraux ou à forte valeur stratégique au détriment des espaces périphériques ou pauvres

(A. Ndonky et al., 2015, COGME, 2010; Rosenblatt et Lishner, 1991). La population des femmes en âge de procréer augmentant rapidement avec le développement de la ville (population estimée à 1 606 129 soit 27% de la population totale de la ville (DIIS, 2018)); la compréhension de l'état actuel de l'accessibilité aux établissements de santé maternels de l'agglomération est précieuse pour soutenir l'allocation rationnelle des structures de santé à l'avenir. Prial et al. (2002) ont souligné en effet, dans leur étude que les femmes africaines utilisent largement la consultation prénatale (CPN) lorsqu'elles sont accessibles. Cette chance doit être mise à profit pour mettre en place les actions d'efficacité. Bien qu'il soit de plus en plus reconnu que l'accessibilité géographique aux établissements de santé représente un obstacle fondamental à l'utilisation des services de santé maternelle (Ruktanonchai CW. et al., 2016); les études mesurant l'accessibilité géographique sont très rares en Côte d'Ivoire. Ce qui empêche son intégration dans l'évaluation et la planification des systèmes de santé maternelle au niveau national.

L'objectif de cette étude est de mesurer l'accessibilité géographique par la méthode des aires flottantes à deux étapes améliorée afin de mettre en évidence les inégalités spatiales d'accès aux soins et identifier les espaces hautement prioritaires qui nécessitent davantage de services de santé maternelle dans l'agglomération d'Abidjan. Cette étude apporte également des éléments d'analyse face aux questions d'équité que se posent les décideurs et les professionnels de santé publique. La méthode des aires flottantes à deux étapes améliorée a été choisie car elle est considérée comme l'une des meilleures méthodes pour mesurer l'interaction potentielle entre l'offre de soins et la population à travers les limites administratives et de révéler les variations spatiales de l'accessibilité à l'intérieur des zones administratives (W. Luo et Y. Qi, 2009; T. Huotari et al., 2017; Tao Z et al., 2014; M.R. McGrail, 2015; F. Wang, 2012).

Mesure de l'accessibilité géographique aux établissements de santé offrant des services de santé maternels par la méthode des aires flottantes à deux étapes améliorée dans l'agglomération d'Abidjan (Côte d'Ivoire)

1. MATERIELS ET METHODES

1.1. Présentation de la zone d'étude

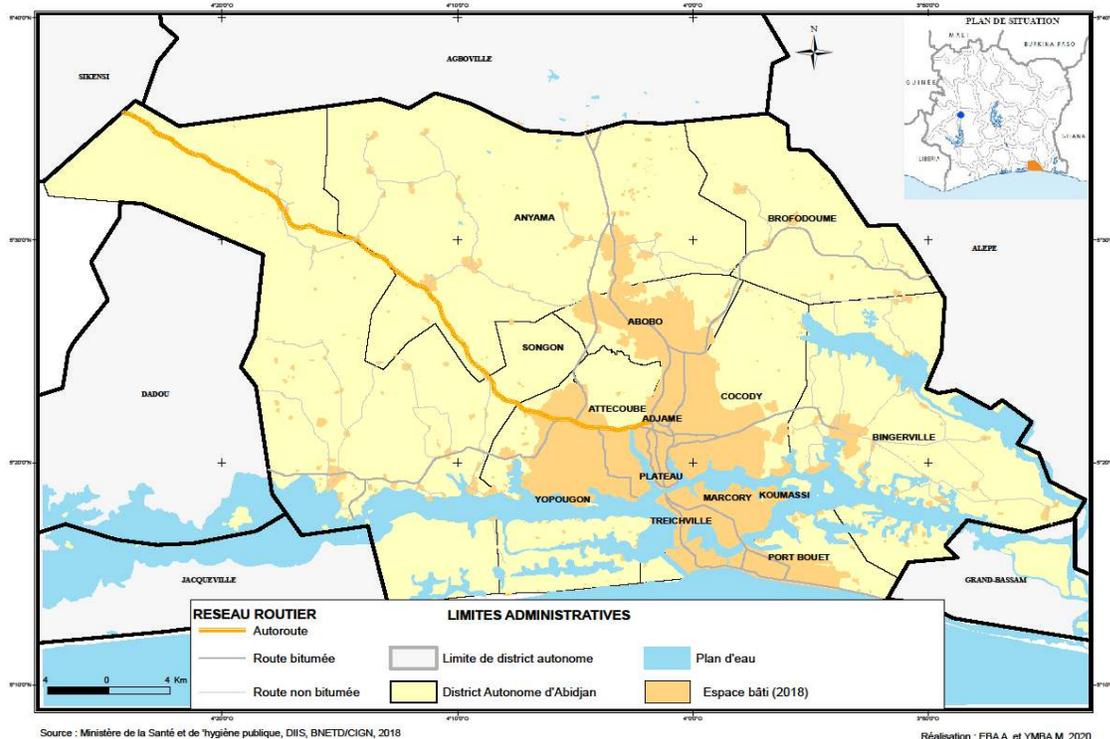
L'agglomération d'Abidjan est localisée au Sud de la Côte d'Ivoire, au bord du golfe de Guinée (Carte n°1). Elle connaît une urbanisation accéléré et mal contrôlée. Sa population s'est fortement accrue depuis les années 1950, passant de 50 000 habitants en 1955 à plus de 6 351 086 soit 20% de la population totale du pays en 2014 (INS, 2014), faisant d'elle l'agglomération la plus peuplée de l'Afrique de l'Ouest francophone. La croissance démographique fulgurante observée depuis l'indépendance (1960) s'est en partie matérialisée par un étalement de la ville, avec des quartiers densément peuplés (4953 hbt/

km²) localisés au Nord et à l'Ouest de la ville dans les communes d'Abobo et de Yopougon.

En outre, la structure de l'agglomération se révèle complexe avec un espace fragmenté, composée de dix (10) communes, trois sous-préfectures et de plus de 282 quartiers repartis sur 2 119 km².

L'agglomération d'Abidjan comptait 1048 structures de soins modernes dont 209 structures de santé offrant des soins maternelle et infantile. Cette offre représente 65% de l'offre de soins moderne de la Côte d'Ivoire (DIIS, 2018). Malgré l'importante couverture sanitaire, la complexité que révèle la structure de l'agglomération d'Abidjan, pourrait créer des disparités spatiales d'accessibilité géographique aux soins de santé maternelle.

Carte n°1 : Localisation de la zone d'étude



1.2. Données

Les données utilisées dans le cadre de cette étude proviennent essentiellement de sources secondaires. Une recherche documentaire a été

réalisée dès le début de ce projet sur les moteurs de recherche spécialisés tels que Google scholar, Medline, Webscience et Doaj, OMS, etc... pour la période de 1950-2018, en français et en anglais à partir de plusieurs mots ou thèmes clés. Si elle a été importante pour faire l'analyse de la situation de la santé maternelle dans les pays en développement et en Afrique à partir des articles scientifiques consultés; cette recherche documentaire a surtout abouti à une meilleure compréhension de la méthode «des aires flottantes à deux étapes améliorée» et à la pertinence de l'utilisation de la méthode dans la mesure de l'accessibilité géographique. Le concept de l'accessibilité ayant fait l'objet de plusieurs études, la recherche documentaire fut déterminante dans la clarification du concept de l'accessibilité géographique.

Par ailleurs, l'autre type de données utiles à la réalisation de ce travail provient de la base de données sanitaire de la Direction de l'Informatique et de l'Information Sanitaire (DIIS) du ministère de la santé de 2018 pour l'agglomération d'Abidjan. Ces données sont géoréférencées et comprennent l'ensemble des établissements de santé offrant des services de santé maternels. Il s'agit de l'offre de soins publique à savoir les Centres de santé urbain (CSU); les Centres de santé ruraux (CSR); les Formations sanitaire urbaines (FSU) ; les Protections maternelles infantiles (PMI), les Hôpitaux généraux (HG). L'offre de soins privées et communautaires, regroupent les Centres médicaux privés, les Centres de soins pré et post natal et Maternité, les cliniques, les polycliniques, les Formations sanitaires urbaine communautaire (FSU-COM), et les Centres de santé communautaire (CSU-COM)).

Par ailleurs, pour confronter l'offre de soins de santé maternels à la demande, des données socio-démographiques relatives aux femmes en âge de procréer (FAP), la population directement concernées par l'offre de soins maternelle ont été recueillies à l'échelle des communes et des sous-préfectures. Ces données ont eu pour objectifs de nous aider à comprendre les interactions

potentielles entre cette offre de soins et les FAP supposées les utiliser.

Les données recueillies ont été ramenées aux limites des districts sanitaires (DS) (Carte n°1). L'analyse s'est donc faite à grande échelle. Le DS est l'unité opérationnelle pour la mise en œuvre de la stratégie des soins de santé primaires. Cette unité opérationnelle qui constitue le niveau périphérique de la pyramide sanitaire comprend des établissements sanitaires de base appelés établissements sanitaires de premier contact et un hôpital de référence. Ils sont au nombre de sept (7) dans notre zone d'étude.

1.3. Méthodes

La méthode des aires flottantes à deux étapes améliorée a été utilisée dans le cadre de cette étude pour mesurer l'accessibilité géographique. La mise en place de cette méthode a nécessité plusieurs étapes.

Premièrement, un établissement de carroyage de 1 000 m de côté sur l'ensemble de la zone d'étude a été créé ; étant donné qu'il n'existe pas de consensus sur la taille optimale du carroyage (Lajoie, 1992). Nous avons opté pour le choix de 1 000 m, en tenant compte de la dualité de l'espace d'étude, à la fois urbain et rural. En effet, l'agglomération d'Abidjan comme signifié dans l'introduction, est composé des communes de la ville d'Abidjan et de trois sous-préfectures situées dans sa périphérie. Une fois les mailles établies, nous avons fait la distribution des populations par maille selon qu'elle soit habitée ou non.

Ensuite, une construction de cercle de rayon variable selon la catégorie des centres de santé (CS) maternel est réalisée. Trois catégories de CS ont été définies en tenant compte de la diversité de l'offre de soins de l'agglomération et de la pyramide sanitaire. Ce sont les centres de référence (Hôpitaux Généraux et polycliniques), les centres de santé médian (les Centres de soins pré et postnatals et les maternités) et les Centres de santé composé : des centres de santé urbain (CSU); les Centres de santé ruraux (CSR); les

Mesure de l'accessibilité géographique aux établissements de santé offrant des services de santé maternels par la méthode des aires flottantes à deux étapes améliorée dans l'agglomération d'Abidjan (Côte d'Ivoire)

Formations sanitaires urbaines (FSU) ; les Protections maternelles infantiles (PMI) pour les établissements sanitaires publics et les Centres médicaux privés, les Formations sanitaires urbaines communautaire (FSU-COM), et les Centres de santé communautaire (CSU-COM)) pour les structures de soins privées. A ces différentes catégories de structures de soins, il est attribué de façon arbitraire un poids leur correspondant, compris entre 1 et 3 du faible au fort poids. Ainsi, la catégorie des faibles valeurs (1) = 0-800 m; (2) = 801-1300 m et (3) = 1301-2000 m. A partir de cette catégorisation le nombre de centre de santé par maille et par cercle ainsi que la répartition des femmes en âge de procréer (FAP), la population cible par maille ont été calculés.

Par la suite, la détermination du poids de la distance au centre de santé pondérée par le frein de distance a été défini. Ce frein est obtenu en calculant la distance de la maille au réseau de transport le plus proche desservant les structures de santé situées dans la zone d'attraction pondérée par le poids de ce réseau.

A côté, le calcul des densités des FAP par district sanitaire a été fait. Cette valeur est rapportée au résultat du calcul du nombre de centre de santé par maille et par cercle afin d'en déduire l'indice d'accessibilité aux structures de santé offrant des services de santé maternelle.

Ce nouveau modèle, en croisant deux cercles, permet de mieux retranscrire la gradation de l'accessibilité entre les zones périurbaines et rurales (I Crouzel, 2010 p. 19).

L'indice d'accessibilité est calculé selon l'équation de (Luo et Qi, 2009), suivante :

$$A_i = \sum_{j=1}^n R_j f(d_{ij})$$

Étape 1 :

Ainsi, se présente la formule du calcul d'indice d'accessibilité, la grande inconnue étant R_j , il est donc impératif de trouver ce ration afin de l'intégrer à la formule de la première étape. Il

désigne cependant, le ratio structures de santé/population à la localisation de la structure santé située dans la sous-zone d'attraction centrée autour de la localisation de la population (k), pondéré par le poids de la distance. Alors R_j se calcule à travers la formule suivante :

$$R_j = \frac{S_j}{\sum_{k=1}^m D_k f(d_{kj})}$$

Étape 2 :

Où :

- D est la population de la maille de la grille k située à l'intérieur de l'aire d'attraction j ,
- S_j , le nombre de structures de santé pondéré par le poids de chaque catégorie de structure de santé (q) au lieu j ,
- d_{kj} , la distance entre k et j ,
- f , le frein de la distance entre k et j
- R_j , ratio structure de santé/population pondéré par le poids de la distance.

L'ensemble des étapes décrites ci-dessous ont été réalisées sous le logiciel ArcGis 10.5.

2. RESULTATS

2.1. Une répartition inégale des structures de santé maternelle dans l'agglomération d'Abidjan

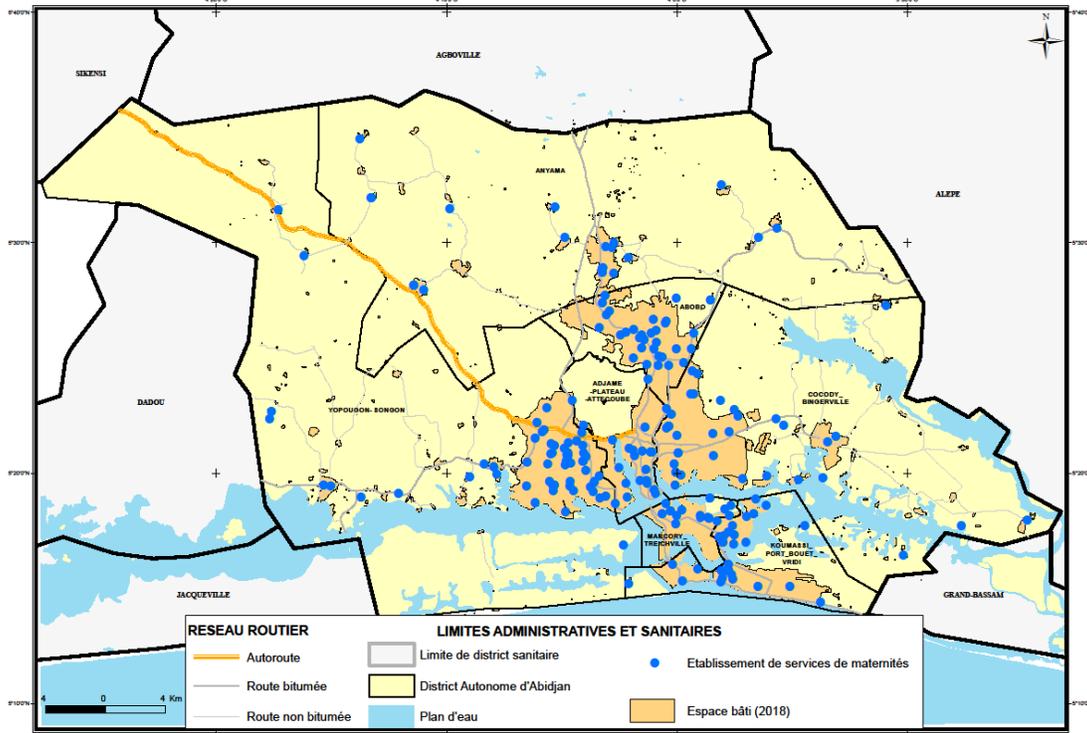
La carte n°2 présente la distribution des structures de soins de santé maternelle dans l'agglomération d'Abidjan. L'offre de soins est concentrée sur l'essentiel des espaces bâtis localisés dans la partie centrale au détriment des zones périphériques. Cette distribution est révélatrice d'inégalité dans la répartition des établissements de santé. L'offre de soins représente 81% des établissements de soins implantés au centre contre seulement 19% dans les périphéries. Par ailleurs, la répartition en termes d'effectif de services est également mal

distribuée au niveau des districts sanitaires. Vingt-neuf pourcent (29%) des structures de soins maternels sont implantées dans le district sanitaire de Yopougon-Songon contre seulement 7% pour le district sanitaire de Marcory-Treichville.

Il est cependant, important de souligner la nécessité de catégoriser les différents

établissements de soins de santé maternelle repartis sur cette carte. Ce sont : les centres de second niveau/ les centres de références (Hôpital Général et Polyclinique (9%)), les centres de soins pré et post natal/maternité (6%) et les établissements sanitaires de premier contact et les autres services de soins maternels (85%)

Carte n°2 : Répartition spatiale des structures de santé maternelle



Source : Ministère de la Santé et de l'hygiène publique, DIIS, BNED/CIGN, 2018

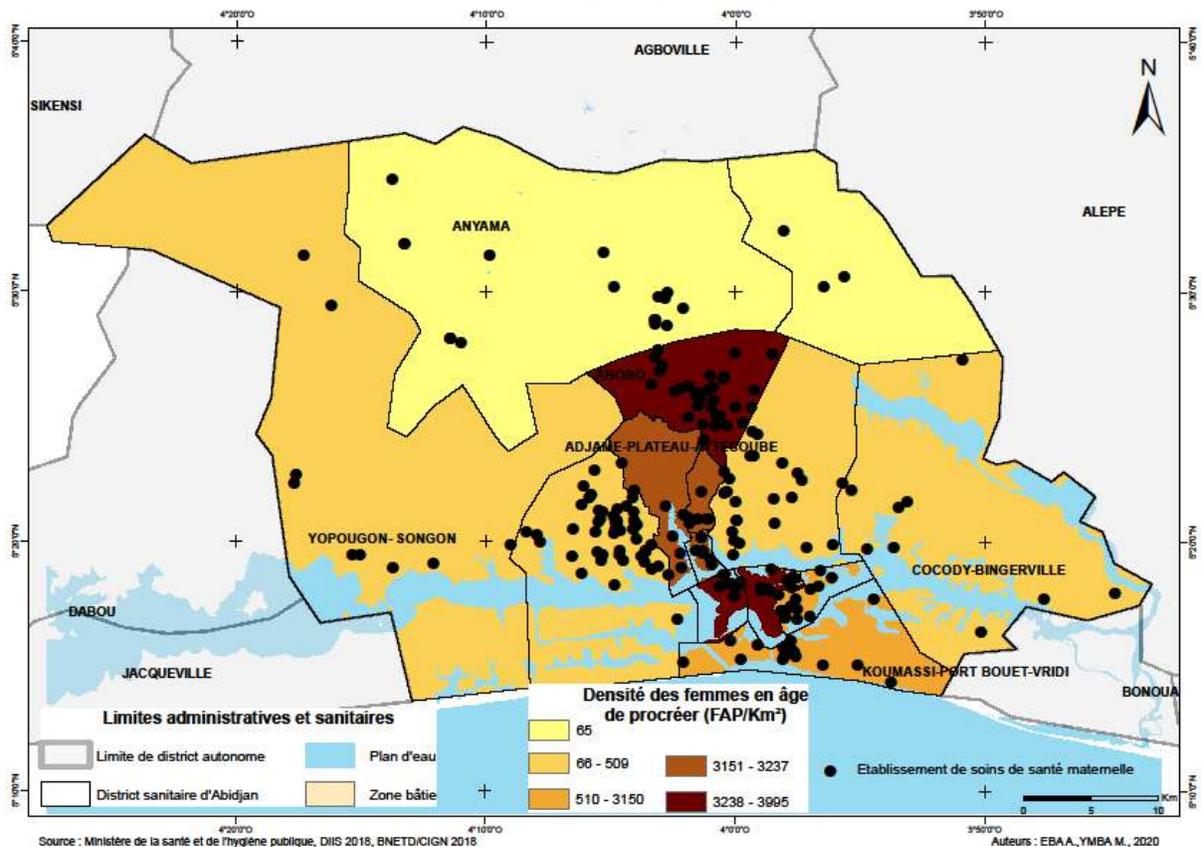
Réalisation : EBA A. et YMBA M, 2020

2.2. De fortes densités de femme en âge de procréer dans les districts sanitaires de l'agglomération d'Abidjan

La carte n°3 fait la répartition de la population des femmes en âge de procréer (FAP) par district sanitaire (DS) rapportée à la superficie du même district sanitaire.

Mesure de l'accessibilité géographique aux établissements de santé offrant des services de santé maternels par la méthode des aires flottantes à deux étapes améliorée dans l'agglomération d'Abidjan (Côte d'Ivoire)

Carte n°3 : Densité des femmes en âge de procréer par districts sanitaires



Cinq classes de densité se dégagent à la lecture la carte. Cette densité a été obtenue à partir du rapport entre la population des femmes en âge de procréer de chaque district sanitaire et la superficie de ceux-ci. Les plus fortes densités sont localisées dans les districts sanitaires de Marcory-Treichville, Adjamé-Plateau-Attécoubé et Abobo, avec des valeurs comprises entre 3151 et 3995 (FAP/Km²). Les zones de faible densité se situe dans la sous-préfecture d'Anyama avec 65 FAP/Km². L'offre de soins maternelle y est très dispersée. La forte densité des femmes en âge de procréer d'un district sanitaire n'est pas tributaire du nombre de structure sanitaire ni de sa population, mais plutôt de la superficie du district sanitaire. En effet, bien qu'ayant l'effectif de FAP (25% de la population totale) et le nombre de structure de

soins maternels les plus élevés (29%), le district sanitaire de Yopougon-Songon enregistre une densité moins élevé que les districts sanitaires d'Abobo et de Marcory-Treichville. C'est la situation contraire dans le district sanitaire d'Abobo (19% FAP et 14% CS).

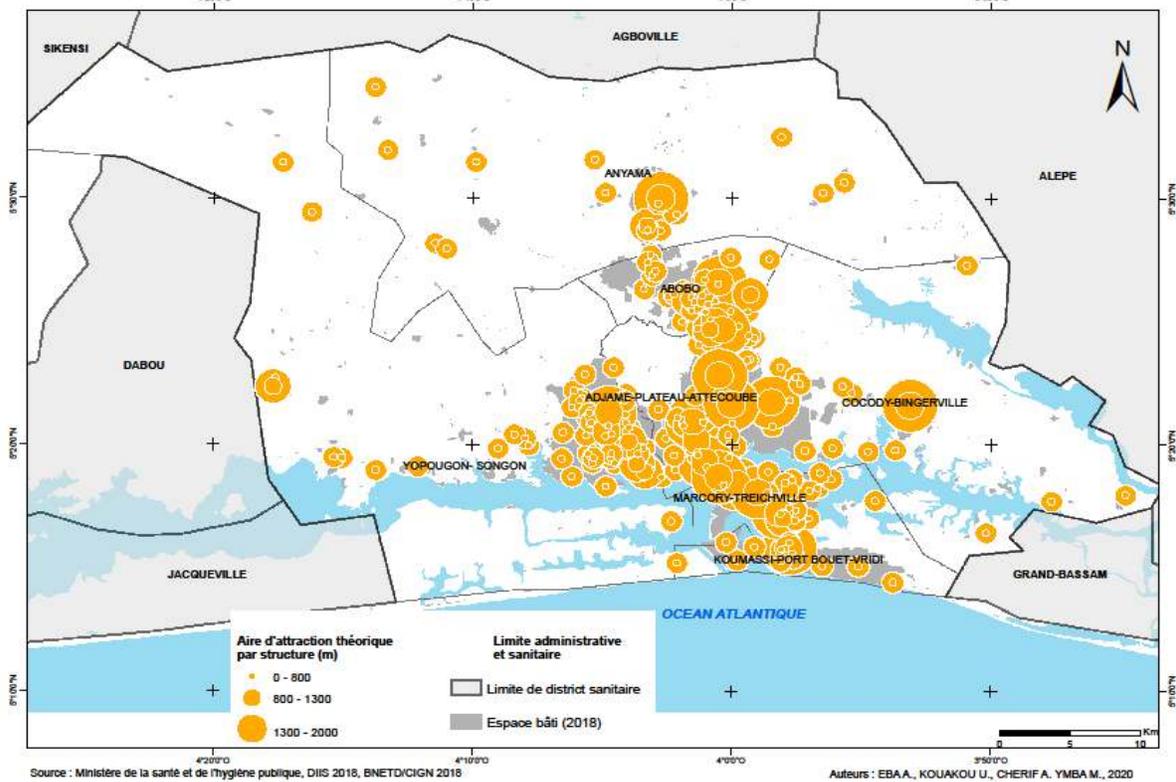
2.3. Aires d'attraction théoriques des structures de soins maternelle dans l'agglomération d'Abidjan

La carte n°4 présente la répartition des aires d'attraction théoriques des structures de soins de santé maternelle dans l'agglomération d'Abidjan. Elle présente 209 centres de santé (CS) offrant des services de soins de santé maternelle repartis selon les districts sanitaires que couvre l'agglomération d'Abidjan. Les aires

d'attraction théoriques des services de santé sont fixées par les autorités sanitaires en fonction de la population des quartiers environnants et du plateau technique des services. La population

théorique à desservir constitue ainsi un critère pour la répartition du personnel de santé ou les travaux à entreprendre.

Carte n°4 : Aires d'attraction théoriques des structures de santé maternelle



Dans le cadre de notre étude, les aires d'attraction théoriques attribuées aux structures de santé de référence comme les HG et les polycliniques permettent de balayer une plus grande couverture avec des rayons de 2 Km. Dans l'ensemble, ce sont 18 CS sur 209, soit 8,6 % des structures de santé de référence qui fournissant les services de soins maternels dans l'agglomération d'Abidjan. Ces structures ont un rayon de recrutement beaucoup plus important que les établissements sanitaires de premier contact comme on peut le voir sur la carte. Chacun des districts sanitaires dispose au moins d'une structure de cette catégorie. Dans le cadre de cette étude, le niveau médium dans la hiérarchisation des types de structures, comprend

les maternités et les centres de soins post et prénatals (19 CS) soit 9,09%. Cette catégorie regroupe le type de structure qui a pour vocation le traitement des besoins en soins maternels. Ils ont un rayon de recrutement moins important mais doivent être facilement accessibles aux populations desservies. Localisées dans la partie urbanisée de l'agglomération, elles sont réparties sur chacun des districts sanitaires, elles sont les moins nombreuses et couvre chacune un rayon compris entre 800 et 1300 m. La troisième typologie regroupe les établissements sanitaires de premier contact (ESPC) munis de services de maternité (CSU, CSR-DM, CSU-com, FSU et FSU-Com). Ils assurent les premiers soins de santé maternelle. Leur rayon d'attraction varie

Mesure de l'accessibilité géographique aux établissements de santé offrant des services de santé maternels par la méthode des aires flottantes à deux étapes améliorée dans l'agglomération d'Abidjan (Côte d'Ivoire)

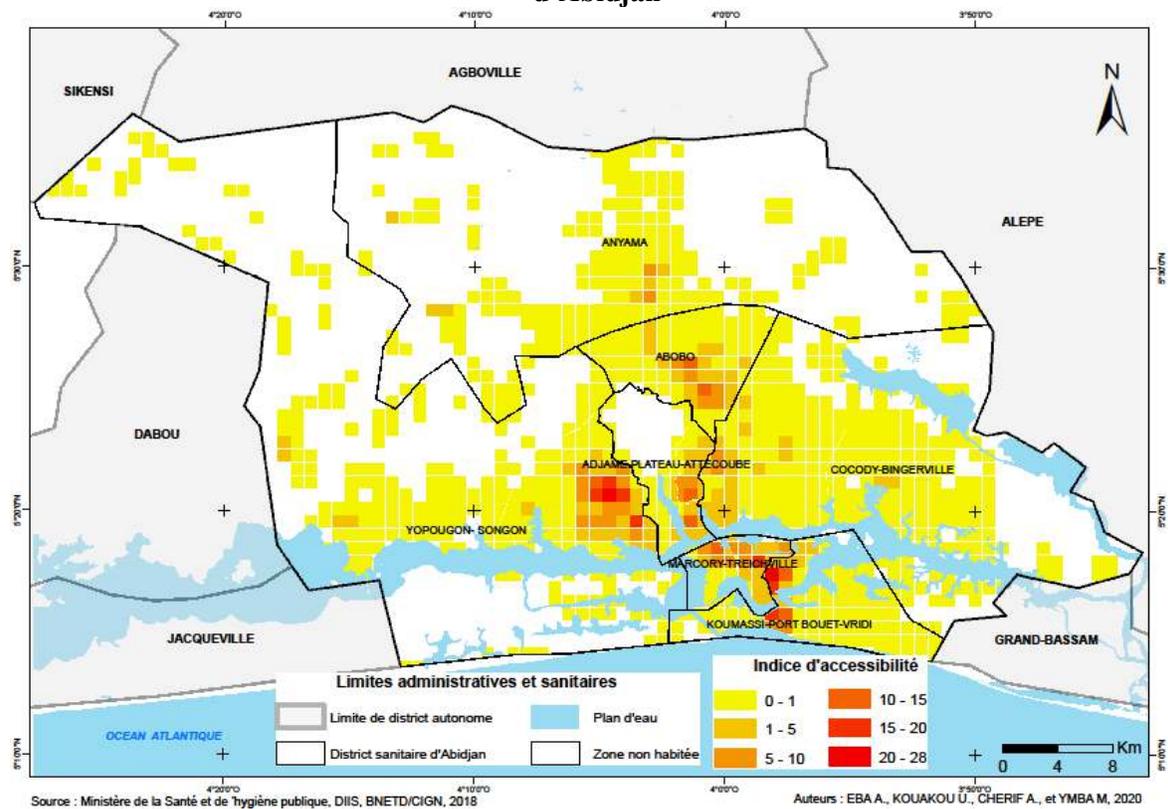
entre 1 et 800 m. Ce sont les plus nombreux (172 CS soit 82,29%) et sont répartis sur l'ensemble de l'agglomération d'Abidjan. À l'instar des autres types de structures, elles sont concentrées dans la zone bâtie et très éparse dans les zones en extension.

2.4. L'agglomération d'Abidjan, un espace marqué par un faible niveau d'accessibilité aux structures de santé maternelle

Pour mesurer l'accessibilité géographique aux structures de santé maternelle, la méthode des

aires flottantes à deux étapes améliorée a été utilisée. Elle a permis de calculer les indices d'accessibilité. La carte des indices d'accessibilité est créée à partir de 209 structures de soins de santé maternelle et de 1195 mailles de 1 Km² dont 331 dans le district sanitaire de Yopougon-Songon représentant le plus grand effectif et 30 mailles pour celui de Marcory-Treichville. Le nombre de maille est proportionnel à la superficie de l'espace bâti du district sanitaire. Les informations déductibles sont consignées ci-après.

Carte n°5: Indices d'accessibilité aux structures de santé maternelle dans l'agglomération d'Abidjan



La carte révèle de fortes disparités spatiales d'accessibilité géographique à l'offre de soins maternels. Elle met en relief une inégale répartition spatiale de l'accessibilité aux soins de santé maternelle d'un district sanitaire à un autre.

On note un niveau élevé d'accessibilité que dans le noyau central de l'agglomération abidjanaise. La carte des indices présente en outre quelques poches d'accessibilité dans les communes de Bingerville, Anyama et Songon où la densité des femmes en âge de procréer est élevée. Pour le

reste, l'espace urbain est marqué par un très faible niveau d'accessibilité aux structures de soins maternelles spécifiquement dans les zones d'extension des districts sanitaires du nord, est et ouest. Il est aisé de constater que les zones de fortes accessibilités aux services de soins maternels s'associent plus à la zone de concentration des structures de santé.

Les zones de forte accessibilité sont représentées par les mailles de couleur rouge, elles sont peu nombreuses et traduisent la probabilité pour une femme en âge de procréer d'accéder facilement à un établissement de soins maternels dans un rayon de 0 à 2 Km de son lieu d'habitation. Dans cette classe, les districts sanitaires de Yopougon-Songon et Koumassi-Port Bouët-Vridi présentent les niveaux d'accessibilité les plus élevés. Car ils ont les plus grands nombre de mailles dont les indices varient entre 15 et 28.

Les zones de faible accessibilité sont représentées par les mailles de couleur jaune, elles sont les plus nombreuses et se réparties un peu partout dans les communes d'Abidjan. Ces mailles sont plus concentrées dans les parties habitées et dispersées dans les zones d'extension de chaque commune. Elles sont plus concentrées dans le district sanitaire de Yopougon-Songon (314) suivi du district sanitaire Cocody-Bingerville (286). Il est à retenir que les espaces représentés par la couleur blanche sont les zones non bâties.

3. DISCUSSION

L'agglomération de la ville concentre la majeure partie des structures de soins maternelles de la Côte d'Ivoire. Ces établissements de santé représentent 65% de l'offre de soins moderne de la Côte d'Ivoire (DIIS, 2018). Cependant, la distribution de cette offre de soins est révélatrice d'une d'inégalité dans sa répartition (Cf. Carte n°2). Elle est concentrée essentiellement dans les espaces centraux de l'agglomération d'Abidjan au détriment des zones périphériques. C'est 81% des structures de soins qui y sont implantées contre seulement 19% dans les périphéries. La

concentration de l'offre de soins dans les espaces centraux des grandes villes africaines au détriment des marges urbaines n'est pas un fait nouveau. Les résultats de cette étude peuvent être comparés avec ceux de Cadot E. et Harang M. (2006) qui ont montré à partir d'une analyse diachronique de l'offre de soins moderne dans la ville de Ouagadougou au Burkina Faso une concentration de l'offre de soins dans les espaces bâtis des quartiers centraux noyaux de la ville et une dispersion de cette offre dans les espaces périphériques faiblement urbanisés. Plusieurs hypothèses peuvent expliquer cette situation. Ymba M. et Anoh KP. (2015), donnent un élément de réponse. Pour eux, les autorités en charge de la planification des ressources sanitaires n'arrivent pas toujours à suivre l'étalement urbain et à comprendre la complexité des zones urbaines. En effet, les milieux urbains sont des espaces socialement très hétérogènes et complexes qui connaissent une urbanisation rapide où les politiques publiques d'allocation spatiale de l'offre de soins sont souvent très inégalitaires. De plus, les exigences d'économies d'agglomération entraînent une forte concentration des structures sanitaires dans les espaces à forte valeur stratégique comme les espaces centraux, au grand regret des populations des espaces à faible valeur stratégique, ce qui est le cas pour les marges périphériques (A. Ndonky et *al.*, 2015, p. 2). Ainsi, les stratégies d'implantations des structures de soins ne tiennent pas compte des besoins spécifiques des populations (M. Ymba et K.P. Anoh, 2015).

Les aires d'attraction théoriques des services de santé maternels fixées par les autorités sanitaires en fonction de la population des quartiers environnants et du plateau technique des services sont en inadéquation avec les besoins potentiels des milieux de vie (Cf. Carte n°4). Car bien que disposant d'une bonne couverture sanitaire, les espaces centraux concentrent également les plus fortes densités des femmes en âge de procréer (FAP) du district et où les aires de recrutement des structures ne sont pas seulement à l'échelle du quartier mais du district sanitaire et du

Mesure de l'accessibilité géographique aux établissements de santé offrant des services de santé maternels par la méthode des aires flottantes à deux étapes améliorée dans l'agglomération d'Abidjan (Côte d'Ivoire)

pays. Dramé FM. (2006), révèle les mêmes résultats dans son étude sur l'attraction des services de soins de santé primaires et des centres de dépistage du VIH à Dakar au Sénégal. Elle montre que les aires d'attraction des Centres de Dépistage Volontaire Anonyme du VIH/Sida de la région de Dakar présentent des aires de recrutement à l'échelle de la ville et du pays.

De plus, la forte densité des FAP dans les espaces avec une faible couverture sanitaire en témoignent (*cf.* Carte n°3). Il est vrai qu'en ville les distances sont réduites à cause des moyens de transport souvent développés, mais dans les marges urbaines les voies de communication ne suivent pas toujours l'expansion de la ville (C. Rossier et *al.*, 2014). Et même quand elles existent, elles ne sont pas toujours en bon état. Dans le cadre de la santé maternelle, il est fortement recommandé que les établissements de santé maternels soient localisés sur de faibles distances des lieux de résidences des femmes enceintes à cause de leur état de santé vulnérable. En effet, plusieurs études ont mis en évidence une relation significative entre l'inaccessibilité par des temps de trajet long à la maternité et l'augmentation du risque de mortalité périnatal (F. A. Adiko et *al.*, 2018; OMS, 2017; M. Seguin et M. Niño-Zarazúa, 2015; L. Sale et *al.*, 2014; M. Ymba, 2013; H. Blencowe et *al.*, 2012; R. Lozano, 2011 Ravelli et *al.*, 2010, Viisainen et *al.*, 1999). Par ailleurs, l'absence de centre de santé à faible distance pourrait mener des femmes à ne pas suivre comme le recommande l'organisation mondiale de la santé (OMS) toutes les consultations prénatales. Il faut savoir que 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). Recevoir des soins prénatals au moins quatre fois, comme le recommande l'OMS, augmente la probabilité de bénéficier d'interventions efficaces de promotion de la santé et de prévention de la santé maternelle lors des visites prénatales et de prévenir ces mortalités

maternelle qui pourraient être évitées (WHO, 1990; S. Ahmed et *al.*, 2012; Ahmed et *al.*, 2010). Prial A. et *al.* (2002) ont souligné en effet, dans leur étude que les femmes africaines utilisent largement la consultation prénatale (CPN) lorsqu'elles sont accessibles. Cette chance doit être mise à profit pour mettre en place les actions d'efficacité. Mais son absence pendant la grossesse et l'accouchement est l'une des principales raisons des taux élevés de mortalité maternelle et néonatale dans le monde (JL. Alvarez et *al.*, 2009; K. Birmeta, 2013).

L'accessibilité géographique aux services de santé en effet, est l'un des facteurs clefs pour améliorer la santé des femmes dans les pays en développement. Son intégration dans l'évaluation et la planification des systèmes de santé maternelle au niveau national participe à la lutte contre la mortalité maternelle et à promouvoir la santé de la femme par des décès évitables (Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), 2008).

Nous nous sommes donc proposés dans cette étude de mesurer l'accessibilité potentielle à l'offre de soins maternelles par la méthode des aires flottantes à deux étapes améliorée afin de mettre en évidence les inégalités spatiales d'accès aux soins et d'identifier les espaces hautement prioritaires qui nécessitent davantage de services de santé maternelle dans l'agglomération d'Abidjan.

Contrairement à plusieurs méthodes de calcul classique de l'accessibilité géographique aux structures sanitaires : distance à la structure sanitaire la plus proche (Német et Bailey, 2000; Gabrysch et *al.*, 2011), densité de structures ou de praticiens à l'intérieur d'une unité administrative (Niang et Handschumacher, 1998), modèle gravitaire (Hansen, 1959; Mercier et *al.*, 2008); la méthode des aires flottantes à deux étapes améliorée à l'avantage de combiner l'interaction potentielle entre l'offre de soins et la population à travers les limites administratives et de révéler les variations spatiales de l'accessibilité à l'intérieur des zones

administratives (Luo et Qi, 2009). De plus, cette méthode reste très intéressante en milieu urbain, car elle permet une mesure multidimensionnelle qui tient compte du nombre et de la vaste gamme des structures sanitaires existantes (Luo, 2003). Nos résultats ont révélé de fortes disparités spatiales d'accessibilité géographique à l'offre de soins maternelles (Cf. Carte n°5). On note un niveau élevé d'accessibilité que dans le noyau central et quelques petites poches au nord-est et ouest dans les communes de Bingerville, Anyama et Songon de l'agglomération abidjanaise où la densité des femmes en âge de procréer est élevée (Cf. Carte n°3). Pour le reste, l'espace urbain est marqué par un très faible niveau d'accessibilité aux structures de soins maternelle spécifiquement dans les zones d'extension des districts sanitaires du nord, est et ouest. Les FAP habitant ces districts sanitaires pour la plupart nombreuses ont une faible probabilité d'avoir accès à des services de santé maternel. Les résultats de cette étude peuvent être comparés aux travaux de Song et al. (2013), utilisant la méthode des aires flottantes à deux étapes, ont révélé que l'accessibilité aux maternités est plus forte au centre qu'à la périphérie de la ville de Shenzhen (Chine). Ndonky et al. (2015), en appliquant la même méthode ont mis en évidence une association spatiale locale forte entre l'accessibilité à l'offre de soins et le niveau de vie, qui oppose l'est de l'agglomération de Dakar, où on note un double handicap lié au faible niveau d'accessibilité et au faible niveau de vie, et l'ouest socialement plus favorisé et bénéficiant d'une forte accessibilité. Paez et al. (2010), sur l'île de Montréal (Canada) ont aussi révélé dans leur étude que les zones de forte concentration de personnes âgées ont la plus faible accessibilité et les personnes âgées de la banlieue ont une accessibilité plus faible que celles du centre-ville.

De nos travaux, il ressort que les espaces périphériques de la ville d'Abidjan représentent des «zones fragiles» pour l'accessibilité géographique aux structures de soins maternels car ils souffrent d'un double handicap. Ces

espaces se caractérisent par de fortes densités de FAP et d'une faible couverture sanitaire de l'offre de soins maternels. L'accessibilité géographique aux établissements de santé pourrait constituer ainsi un obstacle fondamental à l'utilisation des services de santé maternelle dans ces lieux, ce n'est pas sans conséquence sur les risques de mortalité maternelle (WR. Corrine et al., 2016).

CONCLUSION

L'objectif de cette étude était de mesurer l'accessibilité géographique par la méthode des aires flottantes à deux étapes améliorée afin de mettre en évidence les inégalités spatiales d'accès aux soins et identifier les espaces hautement prioritaires qui nécessitent davantage de services de santé maternelle à Abidjan. A partir du calcul des indices d'accessibilité, les résultats de cet article révèlent de fortes disparités spatiales d'accessibilité géographique à l'offre de soins maternels dans l'agglomération d'Abidjan. On note un niveau élevé d'accessibilité que dans le noyau central dans l'agglomération abidjanaise et quelques poches d'accessibilité dans les communes de Bingerville, Anyama et Songon. Pour le reste, l'espace urbain est marqué par un très faible niveau d'accessibilité aux structures de soins maternelle spécifiquement dans les zones d'extension des districts sanitaires du nord, est et ouest où la densité des femmes en âge de procréer est élevée.

Les résultats de cette étude peuvent être utiles pour la santé publique. En effet, la méthode des aires flottantes à deux étapes améliorée a mis en évidence les inégalités spatiales d'accès aux soins de santé maternels à un niveau spatial très fin et les espaces hautement prioritaires qui nécessitent davantage de services de santé maternelle pour répondre aux besoins des FAP. Cependant, il faut souligner que notre étude comporte une limite. Elle ne porte que sur l'accessibilité potentielle et non sur l'accessibilité révélée (utilisation des structures

Mesure de l'accessibilité géographique aux établissements de santé offrant des services de santé maternels par la méthode des aires flottantes à deux étapes améliorée dans l'agglomération d'Abidjan (Côte d'Ivoire)

de santé). Des enquêtes sociodémographique sur l'utilisation effective des services de santé maternelle auprès des femmes enceintes habitant dans les espaces à fort et faible accessibilité aux structures de soins dans les différents districts sanitaires doivent être réalisées pour apporter davantage d'éléments de réponse aux facteurs pouvant influencer l'accès aux soins. En effet, l'inégale répartition des services de santé maternelle pourrait influencer le comportement de recours aux soins des femmes. Ces informations combinées à nos résultats pourraient mieux orienter les autorités en charge de l'allocation spatiale des ressources sanitaires.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

ADIKO Adiko Francis, NINDJIN Charlemagne et 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>

AHMED Saifuddin, LI Qingfeng, LI Liu et TSUI O Amy, 2012, «Maternal deaths averted by contraceptive use: an analysis of 172 countries», *Lancet*, 380(9837):111–25, pmid:22784531

AHMED Saifuddin, CREANGA Andreea A, GILLESPIE Duff G. et TSUI O Amy, 2010, «Economic status, education and empowerment: implications for maternal health service utilization in developing countries», *PLOS ONE*, 5(6):e11190, pmid:20585646

AKA Edele Kacou, HORO Apollinaire G et al., 2016 «Politique de gratuité des soins obstétricaux et indicateurs de santé maternelle et infantile : Résultats et impact dans une maternité de niveau tertiaire à Abidjan (Côte d'Ivoire)»,

RESEARCH, 3:1551, DOI <http://dx.doi.org/10.13070/rs.fr.3.1551>

ALAM Nazmul, HAJIZADEH Mohammad, DUMONT Alexandre et FOURNIER Pierre, 2015, «Inequalities in Maternal Health Care Utilization in Sub-Saharan African Countries: A Multiyear and Multi-Country Analysis», *PLoS ONE*, 10(4): e0120922, <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0120922>

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

ALVAREZ Jose Luis, GIL Ruth, HERNÁNDEZ Valentín, GIL Angel et al., 2009, «Factors associated with maternal mortality in Sub-Saharan Africa: an ecological study», *BMC Public Health*, 9, 462, <https://doi.org/10.1186/1471-2458-9-462>

APPARICIO Philippe, GELB Jérémy, DUBE Anne□Sophie, KINGHAM Simon, GAUVIN Lise et ROBITAILLE Éric, 2017, «The approaches to measuring the potential spatial access to urban health services revisited: distance types and aggregation□error issues», *International Journal of Geography*, 6, 32, <https://doi.org/10.1186/s12942-017-0105-9>

AUDIBERT Martine et ROODENBEKE Éric, 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, 128p.

BARLET Muriel, COLDEFY Magali, COLLIN Clémentine, LUCAS-GABRIELLI Véronique, 2012, «L'accessibilité potentielle localisée (APL): une nouvelle mesure de l'accessibilité aux médecins généralistes libéraux», *IRDES*, N° 795, 8p.

BIRMETA Kidist, DIBABA Yohannes et WOLDEYOHANNES Desalegn, 2013, «Determinants of maternal health care utilization in Holeta town, central Ethiopia», *BMC health services research*, 13:256. doi: 10.1186/1472-6963-13-256, PMID: 23822155

BLENCOWE Hannah, COUSENS Simon, OESTERGAARD Mikkel, CHOU Doris, MOLLER Ann-Beth, NARWAL Rajesh, ADLER Alma, GARCIA Claudia Vera, RHODE Sarah, SAY Lale et LAWN Joy E, 2012, «National, regional, and worldwide estimates of preterm birth rates in the year 2010 with time trends since 1990 for selected countries: a systematic analysis and implications» *Lancet*, 9;379(9832):2162-72. doi: 10.1016/S0140-6736(12)60820-4. PMID: 22682464

BOAMA Vincent, et ARULKUMARAN Sabaratnam, 2009, «Safer childbirth: a rights-based approach», *Int J Gynaecol Obstet*, 106(2):125-7, doi: 10.1016/j.ijgo.2009.03.023, PMID: 19535072

CADOT Emmanuelle et HARANG Maud, 2006, «Offre de soins et expansion urbaine, conséquences pour l'accès aux soins. L'exemple de Ouagadougou (Burkina Faso)», *Espace populations sociétés* [En ligne], 2006/2-3 | 2006, mis en ligne le 17 novembre 2016, consulté le 10 janvier 2021. URL : <http://journals.openedition.org/eps/1739> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/eps.1739>

CHABERNAUD Jean-Louis, 2004, «Accouchement inopiné hors maternité Le praticien en anesthésie-réanimation», *Le praticien en anesthésie-réanimation*, 8 : 6, p. 447-454.

COGME, 2010, *Advancing Primary. Concil on graduate medical education*, (Twentieth report), Rockville, COGME.

CROUZEL Isabelle, 2010, la prise en compte de l'accessibilité spatiale dans la décision de sante publique : L'exemple de la médecine ambulatoire en Auvergne et en Nord-Pas-de-Calais, EHESP, Paris, 137p.

DIRECTION DE L'INFORMATIQUE ET DE L'INFORMATION SANITAIRE (DIIS), 2018, *Statistiques sanitaires*, Ministère de la santé Côte d'Ivoire.

DRAMÉ Fatou Maria, 2006, «Attraction des services de soins de santé primaires et des centres de dépistage du VIH à Dakar (Sénégal)», *Espace populations sociétés* [En ligne], 2006/2-3 | 2006, mis en ligne le 01 avril 2008, consulté le 09 janvier 2021. URL : <http://journals.openedition.org/eps/1788> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/eps.1788>

FONDS DES NATIONS UNIES POUR L'ENFANCE (UNICEF), 2008, *La situation des enfants dans le monde 2009 : la santé maternelle et néonatale*, UNICEF, New York.

FONDS DES NATIONS UNIES POUR L'ENFANCE-WORLDWIDE HEALTH ORGANIZATION (UNICEF, WHO), 2015, *Levels and Trends in Maternal Mortality. The Inter-agency Group for Maternal Mortality Estimation (UN IGME)*, UNICEF-WHO.

GABRYSCH Sabine, CUSENS Simon Cox Jonathan Cox et Campbell Oona, 2011, «The influence of Distance and Level of Care on Delivery Place in Rural Zambia: A Study of Linked National Data in a Geographic Information System», *PLoS Med*: www.plosmedicine.org, vol.8, n°1, 09 janvier 2011, 12 p. DOI : 10.1371/journal.pmed.1000394

GUAGLIARDO Mark F, RONZIO Cynthia R, CHEUNG Ivan, CHACKO Elizabeth, JOSEPH Jill G, 2004, «Physician accessibility: an urban case study of pediatric

Mesure de l'accessibilité géographique aux établissements de santé offrant des services de santé maternels par la méthode des aires flottantes à deux étapes améliorée dans l'agglomération d'Abidjan (Côte d'Ivoire) providers», *Health and Place*, vol.10, n°3, 273-283, DOI : 10.1016/j.healthplace.2003.01.001

HANSEN Walter G., 1959, «How Accessibility Shapes Land Use», *Journal of the American Institute of Planners*, vol.25, n°2, 73-76, DOI : 10.1080/01944365908978307

HUOTARI Tiina, ANTIKAINEN Harri, KEISTINEN Timo, et RUSANEN Jarmo, 2017, «Accessibility of tertiary hospitals in Finland: a comparison of administrative and normative catchment areas», *Soc Sci Med.* 2017;182(4):60-7.

INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE (INS), 2014, *Recensement Général de la population et de l'habitat de Côte d'Ivoire*, INS.

LAJOIE Gilles, 1992, *Le carroyage des informations urbaines: une nouvelle forme de banque de données sur l'environnement du Grand Rouen*, Rouen, Univ. Rouen Havre.

LOZANO Rafael, WANG Haidong, FOREMAN Kyle J, RAJARATNAM Julie Knoll, MOHSEN Naghavi, MARCUS Jake R, DWYER-LINDGREN Laura, LOFGREN Katherine T, PHILLIPS David, ATKINSON Charles, LOPEZ Alan D et Murray Christopher JL, 2011, «Progress towards Millennium Development Goals 4 and 5 on maternal and child mortality: an updated systematic analysis», *The Lancet*, Volume 378, Issue 9797, p. 1139-1165, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)61337-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)61337-8)

LUO Wei, 2003, «Using a GIS-based floating catchment method to assess areas with shortage of physicians», *Health and Place*, vol.10, n°2004, 1-11, DOI : 10.1016/S1353-8292(02)00067-9

LUO Wei et YI Qi, 2009, «An enhanced two-step floating catchment area (E2SFCA) method for

measuring spatial accessibility to primary care physicians», *Health & Place*. 2009;15(4):1100-7.

MCGRAIL Matthew R., 2015, «Spatial accessibility of primary health care utilising the two step floating catchment area method: an assessment of recent improvements», *Int J Health Geogr.* 2015;11:50.

MERCIER Aurélie, RAUX Charles et AVTRACHT Nicolas, 2008, «De la pertinence des mesures gravitaires de l'accessibilité: démonstration par la théorie et par l'exemple», *International Conference on Mobility and Transport*, <http://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00283260/fr/>, (vol., n° non spécifiés), 12 p.

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.

NÉMET Gregory F. et BAILEY, A.drian J., 2000, «Distance and health care utilization among the rural elderly», *Soc. Sci Med*, vol.50, n°9, 1197-1208, DOI : 10.1016/S0277-9536(99)00365-2

NGAMINI NGUI André et APPARICIO Philippe, 2011, «Optimizing the two-step floating catchment area method for measuring spatial accessibility to medical clinics in Montreal», *BMC Health Services Research*, <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/11/166>, p 12.

NDONKY Alphousseyni, OLIVEAU Sébastien, LALOU richard et DOS SANTOS, Stéphanie, 2015, « Mesure de l'accessibilité géographique aux structures de santé dans l'agglomération de Dakar », *Cybergeog : European Journal of Geography* [En ligne], Cartographie, Imagerie, SIG, document 751, mis en ligne le 07

décembre 2015, consulté le 19 février 2020.

URL :

<http://journals.openedition.org/cybergeogeo/27312> ;

DOI : <https://doi.org/10.4000/cybergeogeo.27312>

NIANG A. et HANDSCHUMACHER Pascal, 1998, «La desserte médicale et le recours aux soins de santé primaires dans le Delta du fleuve Sénégal. Evolution spatiale et temporelle», *Editions de l'ORSTOM/Collection Colloques et Séminaires*, 237-261.

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.

PAEZ Antonio, MERCADO Ruben G., FARBER Steven, MORENCY Catherine et ROORDA Matthew, 2010, «Accessibility to health care facilities in Montreal Island: an application of relative accessibility indicators from the perspective of senior and non-senior residents», *International Journal of Health Geographics* : <http://www.ij-healthgeographics.com/content/9/1/52>, vol.9, n°52, 25 octobre 2010, 1-15. DOI : 10.1186/1476-072X-9-52

PRATA Ndola, PASSANO Paige, SREENIVAS Amita et GERDTS Aitlin 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

RAVELLI, A., JAGER, K., DE GROOT, M., ERWICH, J., RIJNINKS-VAN DRIEL, G., TROMP, M., ESKES, M., ABU-HANNA, A. et MOL, B., 2010, «Travel time from home to hospital and adverse perinatal outcomes in women at term in the Netherlands» *Bjog: An*

International Journal of Obstetrics & Gynaecology, vol. 118, no 4, p. 457-465.

RIDDE Valéry, 2012, *L'accès aux soins de santé en Afrique de l'Ouest : Au-delà des idéologies et des idées reçues*, Nouvelle édition [en ligne]. Montréal : Presses de l'Université de Montréal, 2012 (généré le 30 juin 2020), Disponible sur Internet : <http://books.openedition.org/pum/8686>. DOI : <https://doi.org/10.4000/books.pum.8686>.

ROSENBLATT Roger A. et LISHNER Denise M., 1991, «Surplus or Shortage? Unraveling the physician Supply Conundrum», *West J. Med*, vol.154, n°1, 43-50.

ROSSIER Clémentine, MUINDI Kanyiva, SOURA Abdramane, MBERU Blessing, LANKOANDE Bruno, KABIRU Caroline et MILLOGO Roch, 2014, «Maternal health care utilization in Nairobi and Ouagadougou: evidence from HDSS», *Global Health Action*, 7:1, 24351, DOI: 10.3402/gha.v7.24351, <https://doi.org/10.3402/gha.v7.24351>

RUKTANONCHAI Corrine W., RUKTANONCHAI Nick W., NOVE Andrea, LOPES Sofia, PEZZULO Carla, BOSCO Claudio, ALEGANA Victor A., BURGERT Clara R., AYIKO Rogers, SEK Charles Andrew, LAMBERT Nkurunziza, MSECHU Esther, KATHINI Esther, MATTHEWS Zoë, TATEM Andrew J., 2016, «Equality in Maternal and Newborn Health: Modelling Geographic Disparities in Utilisation of Care in Five East African Countries», *PLOS ONE*, <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0162006>

SAY Lale, CHOU Doris, GEMMILL Alison, TUNÇALP Özge, MOLLER Ann-Beth, DANIELS Jane, GÜLMEZOĞLU Metin A., TEMMERMAN Marleen, ALKEMA Leontine, 2014, *Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis*. Lancet, vol. 2.

Mesure de l'accessibilité géographique aux établissements de santé offrant des services de santé maternels par la méthode des aires flottantes à deux étapes améliorée dans l'agglomération d'Abidjan (Côte d'Ivoire)

SEGUIN Maureen et ZARAZÚA Miguel Niño, 2015, «Non-clinical interventions for acute respiratory infections and diarrhoeal diseases among young children in developing countries», *Tropical Medicine and International Health*, volume 20 n°2 p. 146–169.

TAO Zhuolin, CHENG Yang, DAI Teqi et ROSENBERG Mark W, 2014, «Spatial optimization of residential care facility locations in Beijing, China: maximum equity in accessibility», *Int J Health Geogr*, 13:33.

VÉRONIQUE Lucas-Gabrielli et MANGENEY Catherine, 2019, *L'accessibilité aux médecins généralistes en Île-de-France : méthodologie de mesures des inégalités infra-communales*, Document de travail N°80, IRDES/ORS IDF, 114p.

VIISAINEN, Kirsi, GISSLER Mika, HARTIKAINEN Anna-Liisa et HEMMINKI Elina, 1999, «Accidental out-of-hospital births in Finland : incidence and geographical distribution 1963-1995», *Acta Obstetrica Gynecologica Scandinavica*, vol. 78, no5 p. 372-378.

WANG Feng. Measurement, optimization and impact of healthcare accessibility: a methodological review. *Ann Assoc Am Geogr*. 2012;102:1104–12.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), «Maternal Mortality Factsheet, 2018, <<http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015, «Trends in maternal mortality: 1990 to 2010», Tech. Rep., WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank Estimates. Geneva, Switzerland: 2012.

YMBA Maimouna et ANOH Kouassi Paul, 2015. « Expansion urbaine et dynamique de l'offre de soins moderne : source d'inégalité

physique d'accès aux soins à Abidjan (Côte d'Ivoire)», In *Revue de géographie tropicale et de l'environnement (Géotrope)*, n°1- 2015, Université de Abidjan, p. 102-117.

YMBA Maimouna, 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).

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



RESILIENCE DU SYSTEME D'ACCÈS AUX SOINS DES GESTANTES A COTONOU EN PERIODE DE PANDEMIE COVID-19

RESILIENCE OF THE SYSTEM OF ACCESS TO HEALTHCARE FOR PREGNANT WOMEN IN COTONOU DURING THE PERIOD OF THE COVID-19 PANDEMIC

¹ ADABRA Adjowa Jacqueline et ²TINGBE-AZALOU Albert

¹ Doctorante en Sociologie de développement, Université d'Abomey-Calavi, Bénin, jadabra3@gmail.com

² Professeur Titulaire des universités du CAMES, Sociologue-Anthropologue, Université d'Abomey-Calavi, Bénin, blenu2013@hotmail.com

ADABRA Adjowa Jacqueline et TINGBE-AZALOU Albert, Résilience du système d'accès aux soins des gestantes à Cotonou en période de pandémie COVID-19, *Revue Espace, Territoires, Sociétés et Santé* 3 (6), 133-146, [En ligne] 2020, mis en ligne le 31 Décembre 2020, consulté le 2021-01-11 07:17:50, URL: <https://retssa-ci.com/index.php?page=detail&k=133>

Résumé

La pandémie de la COVID-19 a eu d'impact sur les systèmes de santé dans le mondial, et au Bénin en particulier. La présente étude vise à déterminer les manifestations de la résilience du système d'accès aux soins des gestantes en ce temps de pandémie de COVID-19 à Cotonou, par l'enquête descriptive transversale. Ainsi la méthode non-probabiliste par choix raisonné a été appliquée pour l'échantillonnage aboutissant à 198 enquêtés (133 prestataires et de 65 gestantes). La nature de la recherche est mixte et les techniques utilisées ont été la recherche documentaire, l'entretien individuel et

l'observation qui ont produit les résultats suivants : dans le circuit d'accueil, le dispositif de lavage des mains est imposé aux gestantes de même que le port de masques (100%). Les agents de la guérite sont impliqués activement dans le dispositif d'accueil. Il a été observé chez les soignants, le changement régulier de matériels de PPI (48,87%) et le rituel de lavage régulier des mains (74,44%) quelque fois le port de surblouse (19,55%).

Mots clés : Résilience, COVID-19, gestante, mesure barrière, Bénin

Abstract

The COVID-19 pandemic has had an impact on health systems globally, and in Benin in particular. This study aims to determine the manifestations of the resilience of the system of access to care for pregnant women during the COVID-19 pandemic in Cotonou, through a cross-sectional descriptive survey. Thus the probabilistic method by reasoned choice was applied for the sampling of 198 respondents (133 providers and 65 pregnant women). The nature of the research was mixed and the techniques used were documentary research, individual interviews and observation, which produced the following results: in the reception circuit, hand

washing was imposed on pregnant women, as was the wearing of masks (100%). The guards at the guardhouse are actively involved in the reception system. It was observed among the carers that they regularly change PPI equipment (48.87%) and the regular hand washing ritual (74.44%), sometimes wearing a smock (19.55%).

Key words: Resilience, COVID-19, pregnancy, barrier measure, Benin

INTRODUCTION

La plupart des décès maternels auraient pu être évités si les femmes ou adolescentes avaient eu accès à des soins prénatals de qualité (OMS, 2016, p 11). Diverses études telles que initiées par l'OMS prouvent que les soins prénatals sont aussi efficaces pour réduire la mortalité et la morbidité fœtale. Mais ces soins sont délivrés lors des consultations faites dans le respect des normes et recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 2016, p 6). Alors, dans les structures hospitalières mises en place par l'Etat pour assurer ses fonctions régaliennes, le système d'accès aux soins selon l'organisation pour le travail, permet à la gestante de bénéficier des prises en charge de sa grossesse afin d'aboutir à un accouchement heureux et sécurisé. Soigner est un acte éthique et politique qui se réalise quoi qu'en soient le lieu et le moment (MS, 2015, p 8). En ce temps de pandémie de COVID-19, il est noté plusieurs changements dans l'organisation de l'accès aux soins des gestantes et dans les pratiques du personnel soignant. Car « en effet, sous sa forme endémique, la maladie requiert même une organisation politique plus importante mais aussi et surtout engendre des dynamiques complexes dans le corps social » (A.B. Imorou, 2020, p.7). Cet aspect se trouve plus poussé et surtout contraignant lorsque c'est le monde entier qui est concerné avec des ajustements et de réglementations qui viennent du système des nations-unies comme "parole d'évangile". L'auteur continue dans le même sens en disant

que la maladie « a engendré des actions publiques sanitaires d'urgence largement organisées par le besoin de riposte à cette attaque dont le corps social est victime » (A. B. Imorou, 2020, p.11). Pour subjuguier la nouvelle pandémie de COVID-19 causée par la souche SARS-CoV-2 détectée en Chine en décembre 2019 (OMS,2019, p 2), apparue depuis le 16 / 03 / 2020 au Bénin, bien d'attitudes, d'opinions et de pratiques se nourrissent de l'évolutivité de la propagation de cette pandémie. En effet, les chiffres de certains pays de l'Afrique Occidentale comme le Nigéria (2789 cas), le Ghana (21968 cas), la Côte d'Ivoire (11194 cas) et au Bénin (1694) témoignent que la COVID-19 est une menace qui progresse à la vitesse de fusée de manière imposante fulgurante (OMS, 2020, p 5). Cette coercition induit une adaptation dans le mode de vie politique, social, économique, culturel et sanitaire en particulier. L'observation de confinement s'oppose à l'obligation de suivi de grossesse des gestantes. C'est un contraste qui pousse tous les acteurs du système sanitaire à adopter un mode de résilience pour se mettre à l'abri de la COVID-19 et assurer la continuité de soins. La santé de la mère et de l'enfant étant une priorité pour le développement d'un pays, il est capital de déterminer les manifestations de la résilience du système d'accès aux soins des gestantes en ce temps de pandémie de COVID-19 à Cotonou, plus spécifiquement décrire la résilience structurelle du système pour la prévention de COVID-19 au cours de l'accès aux soins des gestantes et détecter les résiliences individuelles dans l'accès aux soins des gestantes au cours de cette pandémie de COVID-19. Cela permettra de vérifier l'hypothèse selon laquelle l'organisation structurelle mise en place démontre la résilience du système d'accès aux soins des gestantes face à la pandémie.

1. METHODOLOGIE

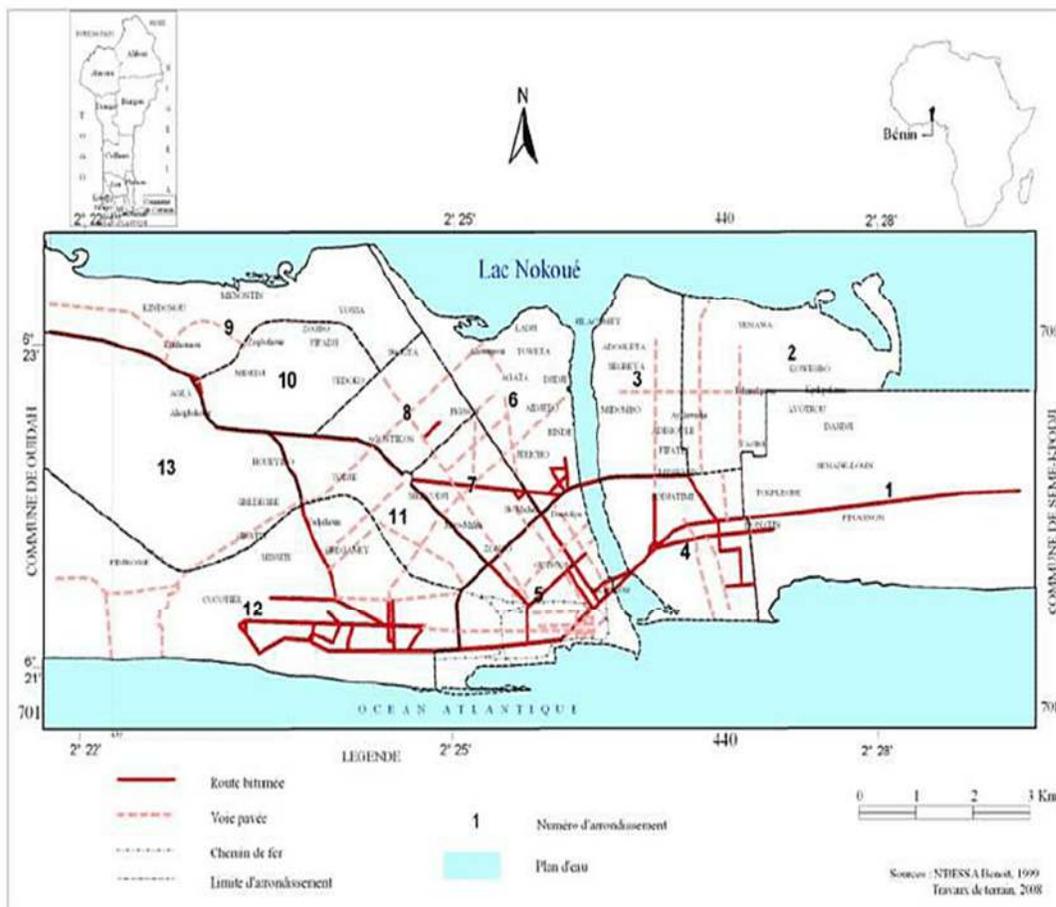
1.1. Cadre d'étude

La recherche concerne quelques structures sanitaires de Cotonou (Carte n°1) qui est l'unique

commune du département du Littoral et la plus touchée par la pandémie de COVID-19. Elle est composée de 13 arrondissements et compte quatre zones sanitaire (Cotonou 1 et 4 ; 2 et 3 ; 5 ; 6). Ces zones comportent toute catégorie d'hôpitaux (publics, privés et confessionnels). La population du département du littoral recensée en 2013 est portée à 679012 habitants (INSAE, 2013, RGPH-4, p.4). N'ayant plus d'espace pour se développer démographiquement, les villes limitrophes d'Abomey-Calavi, de Sèmè-Podji et de Ouidah deviennent les villes dortoirs. Il faut signaler que le premier cas de COVID-19 a été notifié à Cotonou le 16 mars 2020. En plus, la

propagation de la pandémie est majoritairement concentrée dans Cotonou et Abomey-Calavi, deux communes contigües dont le flux des personnes est très important. Ce qui justifie l'espace territorial du cordon sanitaire lié à cette pandémie au début de sa gestion. La recherche s'est intéressée à trois hôpitaux des trois premières zones sanitaires (1&4, 2&3 et 5) : Centre Hospitalier Universitaire de Zone de Suru-Lere (CHUZ/SL), Centre Hospitalier Universitaire de la Mère et de l'Enfant-Lagune (CHU-MEL) et l'hôpital confessionnel Bethesda.

Carte n°1 : Localisation des lieux de recherche sur la carte de Cotonou



Source : S-C HOUSSOU, Septembre 2013, complété par des flèches (ADABRA)

1.2. Techniques et outils

La présente recherche qui s'est déroulée de 16 juillet au 03 septembre 2020, est une enquête descriptive transversale et la méthode non-

probabiliste couplée au choix raisonné a été appliquée pour l'échantillonnage accidentel (tous les acteurs concernés se trouvant sur les lieux au moment de l'enquête). Ainsi, l'échantillon est composé de 133 prestataires et de 65 gestantes (Tableau n°1) trouvés sur les lieux lors de l'enquête. Les données collectées sont à la fois qualitatives et quantitatives. Les techniques utilisées ont été la recherche documentaire, l'administration du questionnaire, l'entretien individuel et l'observation. Les outils d'investigation ont été respectivement la fiche de lecture pour la recherche documentaire auprès des structures, institutions et sur internet, le questionnaire adressé à l'endroit des prestataires, le guide d'entretien aux gestantes et la grille d'observation a servi de toucher du doigt les pratiques et l'existence du dispositif afin de détecter les manifestations de la résilience du système d'accès aux soins face à la pandémie

Tableau n°1 : Composition des enquêtés

Cibles	Effectifs	Outils
Prestataires	133	Questionnaires
Aides-Soignantes	38	
Gynécologues	18	
Sages-Femmes	75	
Gestantes	65	Guide d'entretien
Total	198	

Source : ADABRA, 2020

1.3. Traitement et analyse des données

Les données collectées ont subi un dépouillement manuel majoritairement, et à l'aide du logiciel épi info version 3.5.4, une analyse descriptive des données a été réalisée. Les résultats sont présentés sous la forme de tableaux, graphiques ou figures, précédés de leurs interprétations et verbatims.

2. RESULTATS

2.1. Résilience structurelle

Cette partie concerne les politiques et stratégies de mise en œuvre de la riposte et la prévention de la pandémie en milieu hospitalier en particulier l'organisation mise en place et la fourniture des intrants en dehors de dépistages réguliers du personnel.

2.1.1. Description de l'organisation mise en place en cette période de COVID-19 : dispositif d'accueil des gestantes

Au cours de l'enquête, il est remarqué que les femmes enceintes qui ont recours aux services hospitaliers à Cotonou, doivent remplir quelques conditions d'accès avant de demander tout renseignement aux agents de sécurité de la guérite. C'est ce qui ressort des propos des gestantes respectivement (E1) : « Tout renseignement se demande à la guérite » et (E16) : « si tu ne suis pas ce que disent les agents de sécurité, tu ne vas pas rentrer dans l'hôpital ». Elles sont obligées de porter le masque en premier et de se soumettre au rituel de lavage des mains (Photo n°1 et n°2). Puis, ces agents les orientent vers la caisse principale. A ce niveau, elles portent impérativement et correctement leur masque tout en respectant surtout la distanciation d'au moins un mètre, et sont soumises à un interrogatoire qui oriente l'agent de caisse dans ses prestations surtout de catégorisation des gestantes. Ainsi l'exprime (E25) : « si tu ne portes pas de masque, l'agent de caisse ne va pas te regarder. Et elle (la dame de la caisse) nous crie dessus si on n'est pas à un mètre du guichet ». Au CHU-MEL, par exemple elles peuvent ainsi être classées soit parmi les grossesses normales, soit celles à risque ou pathologiques ou carrément celles qui doivent bénéficier d'une consultation privée d'un médecin. Tandis qu'au CHUZ/SL et Bethesda, elles sont classées selon le type de prestataire. Au sein de ces hôpitaux, ce classement, ces hôpitaux, se fait surtout au

niveau du service d'accueil tout en spécifiant le montant à payer et indiquant le service au patient. Ensuite, elles se dirigent vers le service de consultation-mère appelé couramment « CPN » où elles doivent respecter scrupuleusement le lavage des mains, le port correct de masque et la distanciation. Mais au CHUZ/SL, le respect de la distanciation pose problème car c'est le couloir de chaque service qui sert de lieu d'accueil et salle d'attente où les patients s'en vont s'asseoir après avoir remis leur carnet (Photo n°4). Par ailleurs, c'est dans la salle d'attente qu'on trouve des agents chargés du recueil des informations personnelles obligatoires pour le remplissage du dossier médical pour celles qui sont venues pour la première fois. Après quoi, ces dernières rejoignent leur siège pour attendre leur admission par le soignant examinateur proprement dit dans le cas du CHU-MEL et Bethesda. Certains résultats sont aussi lus et expliqués à cet endroit. Au deuxième endroit, il est disposé deux bancs et une table au milieu où les anciennes gestantes déposent leur carnet et quittance puis s'en vont s'asseoir dans le hall. Ce deuxième endroit est animé par les aides-soignantes (AS) qui sont chargées de trier les

dossiers par catégorie et les classer selon l'heure de paiement à la caisse. Ces agents de la salle d'attente portent de surblouse et veillent à ce que la distanciation soit observée dans le hall. Après un délai d'attente, elles sont appelées dans l'une des salles de consultation pour être écoutées, examinées, conseillées et prises en charge selon le diagnostic posé, et au besoin, avoir les bulletins des examens biologiques et radiologiques complémentaires (Photo n°3). Enfin, elles peuvent rentrer chez elles ou être orientées vers le service de la vaccination ou des urgences selon le cas tout en respectant ces mesures barrières. Une gestante du Centre Hospitalier Universitaire de Zone de Suru-Lere (E44) a dit : « on nous dit de rester à un mètre l'un de l'autre, malgré que ce soit dans les couloirs debout et entasser qu'on attend son tour de consultation ». Il faut noter que l'inconfort règne dans ces couloirs entassés de monde et l'insuffisance de sièges qui fait que d'autres sont obligés de s'asseoir par terre et de rester debout les uns collés aux autres. Un dispositif de lavage des mains est mis entre le CIPEC et la maternité (Photo n°5)

Photo n°1 : Lavage des mains



Source : Enquêtes de terrain, CHU-MEL, 2020

Photo n°2 : Accès à la guérite



Source : Enquêtes de terrain CHUZ/SL, 2020

Photo n°3 : Agents en surblouse



Source : Enquêtes de terrain, CHU-MEL, 2020

Photo n°4 : Maternité



Source : Enquêtes de terrain, CHUZ/SL, 2020

Photo n°5 : Entre CIPEC et Maternité



Source : Enquêtes de terrain, CHUZ/SL, 2020

2.1.2. Disponibilité des matériels de prévention de la propagation de la pandémie

La riposte à la pandémie de COVID-19 exige des mesures dites barrières. Il y a donc nécessité d'utilisation de certains matériels souvent appelés équipement de protection individuelle (EPI) et associée au rituel de lavage des mains couplé à une distanciation sociale d'au moins un mètre sans oublier la désinfection régulière des instruments, objets et salles. Les matériels dont le personnel soignant a bénéficié sont répertoriés dans le tableau n°2. Tous les enquêtés ont reçu du gel hydroalcoolique, de coiffe ou calot, de masque facial, de gant et de dispositif de lavage des mains (100%) tandis que 26 enquêtés, soit 19,55%, ont bénéficié de surblouse.

Tableau n° 2 : Répartition du personnel soignant enquêté bénéficiaire de Matériels offerts

Matériels	Effectifs
Gel hydroalcoolique	133
Dispositif de lavage des mains	133
Coiffe	133
Lunette de protection	07
Masque	133
Tablier	81
Surblouse	26
Gants	133
Bottes	81

Source : Données de terrain, 2020

2.2. Manifestations de la résilience individuelle

2.2.1. Connaissances des sources de propagation de la maladie

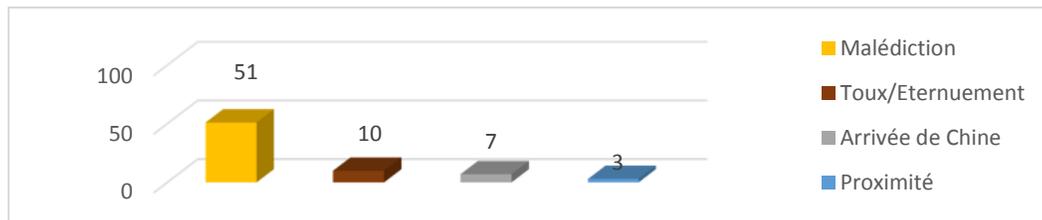
Source : Données de terrain, 2020

Le tableau n°3 montre que selon tous les soignants enquêtés, les conditions d'exposition sont : l'échange de monnaie, de carnet, le toucher du poignet des portes, les blouses souillées. Par contre, pour 91,73% c'est la salle d'attente exigüe et non aérée, d'autres ce sont les personnes infectées (38,35%) et la toux ou l'éternuement (42,11%). Par ailleurs, il y a la sous information du personnel avérée. En effet, seulement 12,78% des soignants ont été formés sur la COVID-19.

Tableau n°3 : Répartition des soignants selon la connaissance des conditions d'exposition à COVID-19

Conditions d'exposition	Effectif	%
Monnaie	133	100,00
Carnet	133	100,00
Poignet des portes	133	100,00
Blouse du soignant	133	100,00
Salle d'attente exigüe	122	91,73
Personne infectées	51	38,35
Personnes asymptomatiques	133	100,00
Toux/éternuement	56	42,11

Graphique n°1 : Répartition des gestantes selon leur connaissance de condition de contamination



Source : Données de terrain, 2020

Malgré le faible nombre d'agents formés (tableau n°4), presque la totalité est informée des moyens de prévention contre la COVID-19 soit par le rappel des responsables des services, soit par les médias et surtout les réseaux sociaux.

Tableau n°4 : Répartition des soignants selon la formation sur COVID-19

Formation sur COVID-19		
Formés	17	12,78
Non formés	116	87,22
Total	133	100,00

Source : Données de terrain, 2020

Chez les gestantes par contre, selon le graphique n°1, ce serait une malédiction des dieux qui s'abat sur les gens surtout "les blancs". De ce fait, il y a un déni de la pandémie en Afrique dans la majorité des cas (51 sur 65 enquêtées). Cependant, dix parmi elles ont déclaré avoir entendu que la toux et l'éternuement peuvent être sources de contamination, sept ont dit que ce sont les voyageurs revenant de la Chine surtout, et trois seulement ont reconnu la proximité comme condition d'exposition à la maladie.

2.2.2. Appropriation individuelle des mesures barrières par les soignants

Ce tableau n°5 montre le nombre de soignants qui respectent les mesures barrières. Il affiche aussi le degré d'application de ces mesures. Il ressort que 90,98% des enquêtés se lavent parfois

les mains et seulement 7,52% se lavent toujours les mains. Tous les soignants enquêtés portent toujours la coiffe tandis que la lunette de protection n'est jamais portée (100%). Il a été toujours constaté le port de masque ou bavette par 97,00%, de tablier par 89,47%, surblouse par 58,65%, les gants par 98,50%. Mais les bottes ne sont jamais portées par 95,49% des enquêtés

Tableau n°5 : Répartition des soignants selon l'application des mesures barrières

Modalité	Jamais		Parfois		Toujours		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Lavage des mains	2	1,50	121	90,98	10	7,52	133	100
Port de coiffé	0		0		133	100		
Port de lunette de protection	133	100	0		0			
Port de masque	0		4	3,00	129	97,00		
Port de tablier	0		14	10,53	119	89,47		
Port surblouse	44	33,08	11	8,27	78	58,65		
Port de Gants	0		2	1,50	131	98,50		
Port de bottes	127	95,49	6	4,51	0	0,00		

Source : Données de terrain, 2020

Le tableau n°6 ci-dessous met en exergue les raisons évoquées par les soignants à l'utilisation partielle de matériel. Il présente ses raisons en fonction de l'insuffisance de dotation, du port de lunette optique et l'inconfort. Les enquêtés justifient leur utilisation partielle du matériel de protection individuelle à la dotation insuffisante de gants stériles (94,74%), de masques de protection (100%), de tabliers ou de surblouses (100%), au port de verres optiques (19,55%), à l'inconfort lors de l'utilisation de ces matériels (50,38%).

Tableau n°6 : Répartition selon les raisons d'utilisation partielle de matériel de protection

Modalité	Effectif	%
Dotation insuffisante de :		
Gants stériles	126	94,74
Masques de protection	133	100,00
Tabliers ou de surblouses	133	100,00
Port de lunette optique	26	19,55
Inconfort lors de l'utilisation	67	50,38

Source : Données de terrain, 2020

Les effets induits de la pandémie constatés au niveau des soignants sont décrits dans le tableau n°7. Cela permet de constater comment

le système d'accès aux soins des gestantes s'adapte au contexte par l'application des mesures barrières. Le port de masque et la distanciation sociale exigés ont entraîné chez 90,23% des soignants, une élévation de la voix au cours de la communication interpersonnelle avec la gestante. Aussi, il a fallu des changements réguliers de matériels de l'EPI (48,87% pour surblouse et 100% pour les gants). Néanmoins, la peur d'une contamination hospitalière (100%) engendrant une augmentation de la déshumanisation des soins (75,94%) a été observée. Cependant, le lavage régulier des mains qui est le moyen le plus sûr de prévention n'a été effectif que chez 74,44%. Quel que soit la situation, il y a eu l'assurance continue des soins aux gestantes sauf au CHU-MEL où il y avait eu 15 jours de cessation d'admission de gestantes aux urgences/accouchement pour cause d'une contamination d'un prestataire conduisant à la mise en quarantaine de plus de la moitié du personnel du sous-secteur de prise en charge (mais avant la période d'enquêtes).

Tableau n°7 : Induits de la pandémie de COVID-19 chez les soignants

Modalité	Effectif	%
Élévation de la voix du soignant	120	90,23
Changement de matériels de EPI	65	48,87
Peur de contamination	133	100,00
Déshumanisation des soins	101	75,94
Lavage régulier des mains	99	74,44

Source : Données du terrain, 2020

2.2.3. Adaptation des gestantes au contexte de COVID-19 en milieu hospitalier

Tandis que l'obligation de se faire soigner pour le bien-être de son bébé et soi-même constitue une pression psychologique aux gestantes, le tableau n°8 montre quelques aspects difficiles créés par les mesures de riposte : ce sont la diminution de confiance chez 81,54% des gestantes, réserve des gestantes (44,62%), l'élévation de la voix et le manque de solidarité (100%) et carrément le déni de COVID-19 chez 66,15%.

Tableau n°8 : Effets de l'existence de la COVID-19 chez les gestantes en milieu hospitalier

Modalité	Effectif	%
Diminution de confiance	53	81,54
Élévation de la voix	65	
Réserve des gestantes	29	44,62
Réticence des gestantes	5	7,69
Manque de solidarité	65	100,00
Déni de COVID-19	43	66,15

Source : Données du terrain, 2020

Ces différentes réponses et divers constats de l'enquête renvoient à une approfondie pour comprendre la situation.

3. DISCUSSION

Pour faciliter l'accès aux soins, il y a eu la mise en place du dispositif de lavage des mains, la distanciation d'au moins un mètre et le port de masque qui sont imposés à tous les usagers/clients et aux prestataires de soins. En particulier, les prestataires bénéficient de matériels de protection, et la plupart des mesures barrières font parties de leurs attributs. Mais, pour des raisons propres, les prestataires développent d'autres attitudes qui engendrent plusieurs comportements et appréhensions aux niveaux des gestantes. De même, l'application des mesures barrières dans ces structures sanitaires est confrontée à d'énormes difficultés. Alors, de ce qui précède, il découle deux dimensions d'analyses. La première concerne la pratique de l'asepsie dans le milieu sanitaire et le second conduit à apprécier les difficultés liées à l'application des mesures barrières spécifiques à la COVID-19.

3.1. Laxisme dans l'asepsie hospitalière à l'épreuve de la COVID-19

L'asepsie hospitalière repose en général sur trois piliers dont le premier est constitué de l'utilisation des matériels de protection personnels devant couvrir tout le corps à savoir la tête, les oreilles, les yeux, le visage, les voies respiratoires, le corps (tronc), les bras et les jambes. Ce sont : blouse, coiffe chirurgicale, bottes ou chaussures de sécurité, gants, lunettes, tablier et bavette médicale. Le deuxième concerne l'usage des produits antiseptiques et de procédés de stérilisation. Enfin, le dernier

comporte les gestes précis à poser à savoir le lavage des mains, le port des équipements de protection individuelle selon la règle de l'art de soigner pour éviter la contamination de l'environnement et des personnes au sein de la formation sanitaire communément appelée contamination nosocomiale. Il est à constater que ces mesures, complétées avec la distanciation de sécurité sanitaire d'au moins un mètre, constituent actuellement les mesures barrières contre la COVID-19. Or ces pratiques faisant parties des procédures d'octroi de soins habituelles ne sont pas parfois respectées par plusieurs soignants. C'est ainsi que la première mesure qu'est le lavage des mains est toujours respecté par seulement 7,52% des enquêtés parmi lesquels on note des sages-femmes, des gynécologues et aides-soignantes alors que ce rituel n'est pas nouveau. En effet, logiquement les prestataires de soins devraient être les premiers à respecter et à faire respecter ces mesures barrières car « ce qui est sûr, l'être humain aussi est responsable de ce qui arrive aujourd'hui » (V. A. Tcheffa, 2020, p.33).

Ces mesures barrières s'observent pour atteindre les trois buts suivants : supprimer ou réduire les risques à la source, mettre en place des mesures et donner des consignes appropriées aux salariés/usagers. Mais l'individualisme dont fait preuve le soignant par peur d'être contaminé, rend complexe l'accès aux soins de qualité. Il faut noter avec F. Azalou-Tingbé que le brassage humain accélère la contagion, si bien que l'extension de la présente épidémie a été presque immédiatement internationale, voire mondiale, malgré les efforts des autorités chinoises pour l'endiguer (F. Azalou-Tingbé, 2020, p.52). Toutefois, les dispositions antérieures accentuées par les nouvelles, permettent déjà aux soignants d'être hors de contamination. Malgré ces normes protectrices, le laxisme des soignants dans la

pratique, a engendré l'effet inverse qu'est la propagation de la pandémie dans leur environnement. Aussi, au niveau des gestantes, cette situation crée la réticence, le manque de confiance, et le déni de la pandémie à cause d'espace exigü qui sert de salle d'attente dans la plupart des centres sanitaires. Alors que la mobilité, le voyage et la proximité sont les canaux de sa propagation. C'est en cela F. Azalou-Tingbé voit que l'espace public est devenu une source de menaces graves, et le repli individualiste promu (F. Azalou-Tingbé, 2020, p.53). Aujourd'hui, les comportements des soignants dans la gestion de cette organisation mise en place pour l'accès aux soins des gestantes engendrent la peur de fréquenter les formations sanitaires. Ce repli individualiste joue sur l'habitus au niveau professionnel que social. Sur le plan social, la COVID-19 a engendré une fracture à travers la fragilisation de la solidarité entre les pays et les humains (I. Agbannoussou, 2020, p.121).

3.2. Le poids des mesures barrières dans la prise en charge

La pandémie qui attaque le monde, crée la méfiance au sein des communautés, car tout individu est suspecté de vecteur de transmission de la maladie. Provenant d'un autre pays, son arrivée au Bénin a surpris la communauté et a montré que c'est une maladie qui se transmet à travers le voyage et le déplacement. L'auteur continue en disant que : « ainsi, pour accoucher d'une entité telle qu'un virus, il n'y a que les trois dimensions de la vie à savoir : l'esprit, l'âme et le corps réunis. Tout ceci évoque la problématique des comportements, de l'influence du milieu de vie et du nom » (M. S. Adoho, 2020, p.47). C'est-à-dire que l'influence du milieu de vie et le nom du virus amènent les

individus à adopter plusieurs comportements à la maison et au service. De même, pour le bien-être de toutes les gestantes à Cotonou, il est mis en place une organisation pour la prévention contre COVID-19 au cours de l'accès aux soins. Ce qui est important dans cette organisation, ce sont le lavage des mains, le port de masque, la distanciation d'au moins un mètre à observer par tout le monde et le port du surblouse, des bottes et des gants pour les prestataires de soins. En se référant à Parsons cité par Loubet, la situation sanitaire pourrait s'apprécier, dans un « contexte biologique, celui de l'organisme neurophysiologique avec ses besoins et ses exigences, le contexte psychique [...], le contexte social [...], le contexte culturel » (J-L Loubet Del Bayle, 2000, p.366). Il revient d'apprécier la structure par rapport à son organisation à s'adapter à toute situation en mettant les moyens matériels, financiers à disposition et la disponibilité du personnel. A titre d'exemple, les maladies émergentes de l'histoire de l'humanité (peste de Justinien, VIe au milieu du VIIIe siècle, peste noire XIVe siècle, ou plus récemment grippe espagnole) se sont propagées sur de très longues distances, en empruntant les parcours migratoires, commerciaux (M. Signoli, 2018) et de proximité. Dans ce sens, les épidémies apparaissent comme de véritables marqueurs des dynamiques sociales, économiques et migratoires observées à l'échelle du globe (F. Azalou-Tingbé, 2020, p.52). Aussi, selon M. Bio Imorou (2020, p.42), « en nous référant au COVID-19, nous pouvons affirmer que le monde est en train de traverser une crise sanitaire qui affectera tous les continents en général, mais surtout les grandes puissances (...) en particulier, sur les plans économique, social, politique, environnemental, culturel et technologique ». Ce qui interpelle tous les paliers de développement (G. Gurvich, 1968,

p 117). Alors, il y a nécessité d'une bonne préparation, une proactivité en matière de politique, stratégie et de mobilisation des ressources pour une meilleure organisation de la gestion de ce genre de crise. Or la vitesse de propagation du virus dépasse largement le temps dont on a besoin pour élaborer lesdites stratégies et les obtenir. Force est de constater que les informations des premières minutes de l'épidémie actuelle ont été avérées fausses dérouter ainsi toute action prévisionnelle lors de la budgétisation nationale des ressources à mobiliser pour l'année 2020 dans les pays à climat tropical (habituellement chaud). Dès lors, le quota alloué aux imprévus se trouve très insuffisant pour la riposte de la pandémie de COVID-19. Obligation de mobilisation de ressources complémentaires se fait ressentie. Mais où ? D'autant plus que tous les pays se trouvent dans la même situation.

Par ailleurs, l'utilisation partielle des matériels a été justifiée par les enquêtés par une dotation insuffisante (par exemple pour les gants stériles, 94,74% des enquêtés en ont déclaré, 100% pour surblouse). L'urgence sanitaire que constituait cette menace a d'ores et déjà mobilisé des dépenses non attendues par les Etats, mettant ainsi le monde entier en alerte. La crise pèse fortement sur l'économie de l'Afrique qui est axée sur l'exportation des matières premières et le tourisme (I. Agbannoussou, 2020, p.120). Ce qui justifie en réalité l'utilisation restreinte que font les soignants des matériels disponibles. Il est noté que les prestataires font de réserves pour d'autres séances de prise en charge. Aussi, il faut reconnaître que les équipements de protection (EPI) ne doivent être utilisés qu'en dernier recours quand les autres moyens employés pour réduire le risque s'avèrent insuffisants ou impossible à mettre en œuvres. Suite à la distanciation sociale à observer, les salles

d'attentes doivent être élargies afin de ne pas entasser les gestantes. Tout ceci constitue une lourde charge pour la structure de soins. La distanciation constitue donc un coût insupportable pour les centres hospitaliers. Même lors des prises en charge des gestantes, la confidentialité, la solidarité, et la confiance ont perdu leur place et tout cela donne un mélange flou de décisions qui conduit les gestantes à ne dévoiler leurs problèmes aux grands publics. Le repli individualiste constitue, à des moments donnés, un élément fragilisant le contact des humains et un élément de déshumanisation des soins favorisant ainsi l'absentéisme au rendez-vous des gestantes pouvant induire l'augmentation du taux de décès. Le coût des dotations, la peur de se faire contaminer et tout ce qui l'accompagne, font que les mesures deviennent de charges sociales et économiques très lourdes pour le personnel, les gestantes et le centre hospitalier. Cependant la continuité des soins est assurée durant toute la période de la pandémie dans un esprit professionnel et sacerdotal.

CONCLUSION

L'humanité dans son histoire est confrontée à des périodes données à des crises dont celles sanitaires (grippe espagnole, VIH, Ebola...). Dès le décembre 2019, une nouvelle crise a fait éruption en chine, c'est la COVID-19 qui s'est répandue de façon fulgurante à travers le monde à la vitesse de fusée. Le Bénin n'en est pas épargné. Cette pandémie, comme élément de dynamique social, politique et économique, suscite des réactions de riposte dont personne n'est épargnée. Ainsi, le système sanitaire est mis en branle pour réduire la contamination en mettant en place une organisation

adaptative aux conditions imposées par la pandémie pour continuer de satisfaire les gestantes : c'est sa résilience. Alors il s'agit de déterminer les manifestations de la résilience du système d'accès aux soins des gestantes en ce temps de pandémie de COVID-19 à Cotonou. Malgré le laxisme observé dans la mise en application des mesures barrières entraînant sa propagation rapide, les gestantes ont eu accès aux soins en respectant une procédure qui commence par le lavage des mains et de port de masque obligatoire par tous les acteurs en face. Cependant, la prise en charge des gestantes a subi une entorse qui s'explique par la perte de confidentialité par manque de discrétion auditive (hausse de la voix), la méfiance réciproque, ... De plus l'amenuisement des ressources a compliqué l'application des mesures barrières. Pourtant il suffirait d'observer le port obligatoire de masque et le lavage des mains avant et après chaque soin, couplés avec une dotation suffisante de gants latex pour prévenir la propagation de la pandémie en milieu sanitaire. Les autres mesures étant trop lourdes en matière de tribut social (distanciation dans les salles d'attentes) et financier (l'acquisition de surblouses qu'il faut changer pour chaque gestante) à supporter. Les enquêtes ultérieures pourraient s'interroger sur le degré de satisfaction des gestantes lié aux soins dispensés à leur endroit en cette période de COVID-19.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

ABBOTT Rapid Diagnostics Jena GmbH : 2020.Orlaweg 1, D-07743 Jena, Germany; disponible aussi sur www.abbott.com/poct 41p.

ADOHO Sylvain, 2020, COVID-19 : portée numérosophique, in la COVID-19 en question, mutation sociétale ou dynamique systémique

- pour un nouvel ordre mondial ? Presse Les éditions ProTIC, pp. 45-50
- AGBANNOUSSOU Igor, 2020, COVID-19 : quelles perspectives pour l'Afrique, in la COVID-19 en question, mutation sociétale ou dynamique systémique pour un nouvel ordre mondial ? Presse Les éditions ProTIC, pp. 119-123
- AZALOU-TINGBE Fanès, 2020, COVID-19 : une nouvelle dynamique pour un Nouveau Monde, in la COVID-19 en question, mutation sociétale ou dynamique systémique pour un nouvel ordre mondial ? Presse Les éditions ProTIC, pp. 51-60
- BIO IMOROU Mohamed, 2020, COVID-19 : un regard numérologique, in la COVID-19 en question, mutation sociétale ou dynamique systémique pour un nouvel ordre mondial ? Presse Les éditions ProTIC, pp. 41-44
- CENTRE ETUDES PROSPECTIVES ET ACTIONS POUR LE DEVELOPPEMENT, 2020 : La COVID-19 en question, Mutation sociale ou dynamique systémique pour un nouvel ordre mondial, Presse Les éditions ProTIC, 142 p.
- CHUMagazine, volume 3 N°4, issu, 20 p.
- GURVICH Georges, 1968 : la vocation actuelle de la sociologie, vers la sociologie différentielle, quatrième édition, PUF, 507 p. in la prospective stratégique, pour un autre regard sur le développement, 2017.
- INSTITUT NATIONAL DES STATISTIQUES ET DE L'ANALYSE ECONOMIQUE, 2013 : Recensement général de la population des habitats, RGPH-4 Résultat global, www.insae-bj.org, consulté le 20 juin 2020, 34 p.
- LOPEZ Alain, REMY Pierre-Louis, 2007 : Mesure de la satisfaction des usagers des établissements de santé, mars 2007, 134 p.
- LOUBET DEL BAYLE Jean-Louis, 2000 : initiation aux méthodes des sciences sociales, édition L'Harmattan, Paris-Montréal, 386 p.
- MINISTERE DE LA SANTE, 2020 : Mesures barrières dans la prévention de la pandémie de COVID-19, www.gouv.bj/coronavirus consulté le 07 août 2020
- MINISTERE DE LA SANTE, 2012 : guide des normes et bonnes pratiques, à l'usage des professionnels de santé, 188 p.
- NATIONS UNIES, Décembre 2015 : Objectifs de Développement Durable à l'horizon 2030
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, 1946 : Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, Conférence internationale sur la Santé, New York, 19 juin - 22 juillet 1946 ; Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n°. 2, (100) ; [consulté le 21/09/16]. Disponible sur : www.futura-sciences.com/sante/definitions/medecine-oms-4321
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, 2016 : Planification familiale/Contraception. Aide-mémoire N°351 [Internet] ; (N°351). Disponible sur : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/fr/>

Résilience du système d'accès aux soins des gestantes
à Cotonou en période de pandémie covid-19

ORGANISATION MONDIALE DE LA
SANTÉ, 2019 : Journal, www.who.int/com
consulté le 28 juin 2020

ORGANISATION MONDIALE DE LA
SANTÉ, 2020 : Journal, www.who.int/com
consulté le 07 août 2020

ORGANISATION MONDIALE DE LA
SANTÉ, 2020 : Journal, www.parlons-en
consulté le 19 juillet 2020

ORGANISATION MONDIALE DE LA
SANTÉ, WhatsApp (WA0017), consulté le 26
juillet 2020

PAUTONNIER Christian, 2020 : Les
équipements de protection individuelle,
www.officiel.prevention.com/hse, Valance, 5 p.
consulté le 13 mai 2020

SINGOLI Michel, 2018 : la perse noire, Presses
Universitaires de France, Paris, 127p.

TCHEFFA V. Aimé, 2020, COVID-19 : origine
et cause d'une pathologie non encore maîtrisée,
in la COVID-19 en question, mutation sociétale
ou dynamique systémique pour un nouvel ordre
mondial ? Presse Les éditions ProTIC, pp 27-40



BAISSE DE LA MORTALITE INFANTO-JUVENILE AU BURKINA FASO ENTRE 1996 ET 2006 : UNE ANALYSE EXPLICATIVE PAR LA METHODE DE DECOMPOSITION A L'ECHELLE DES PROVINCES

DECREASE IN INFANT AND CHILD MORTALITY IN BURKINA FASO BETWEEN 1996 AND 2006: AN EXPLANATORY ANALYSIS USING THE DECOMPOSITION METHOD AT THE PROVINCIAL LEVEL

¹BASSINGA Hervé et ² SOURA Bassiahi Abdramane

¹Docteur en Démographie, Institut Supérieur des Sciences de la Population (ISSP), Université Joseph Ki-Zerbo, Burkina Faso, singa05herve@gmail.com

² Enseignant-chercheur, Institut Supérieur des Sciences de la Population (ISSP), Université Joseph Ki-Zerbo, Burkina Faso, bassiahi@gmail.com

BASSINGA Hervé et SOURA Abdramane Bassiahi, Baisse de la mortalité infanto-juvénile au Burkina Faso entre 1996 et 2006 : une analyse explicative par la méthode de décomposition à l'échelle des provinces. *Revue Espace, Territoires, Sociétés et Santé*, 3 (6), 147-166. [En ligne] 2020, mis en ligne le 31 Décembre 2020, consulté le 2021-01-11 07:26:57, URL: <https://retssa-ci.com/index.php?page=detail&k=123>

Résumé

Au Burkina Faso, la mortalité des enfants de moins de cinq ans a baissé de 32 points entre le recensement de 1996 et celui de 2006. En se servant des deux derniers recensements du pays dont les données sont disponibles et accessibles (1996 et 2006) et d'autres sources nationales de données administratives et climatiques, cet article vise à identifier et comprendre les mécanismes de changements de la mortalité des enfants de moins de cinq ans et les facteurs sous-jacents à une échelle plus fine qu'est la province, deuxième entité administrative du pays. Pour des raisons méthodologiques telles que les biais

(sous déclaration) inhérents aux décès des douze derniers mois couramment collectés dans les recensements, les quotients de mortalité (variable dépendante) sont estimés par une approche indirecte à partir des histoires génésiques des mères. L'analyse des mécanismes de changements de la mortalité entre ces deux périodes est faite à l'aide d'une décomposition multivariée et d'une décomposition simple.

Il ressort après analyse, que la baisse de la mortalité des enfants au Burkina Faso entre les deux recensements a été possible essentiellement grâce au changement de comportements démographiques et de santé des populations et à la performance de la politique de santé. Au-delà de cette prédominance de l'effet de performance/comportement, les sources de changements de la mortalité des enfants analysées à l'intérieur de chaque province rassurent davantage sur le fait que des progrès engrangés dans l'éducation des mères et sur les conditions de vie des ménages contribuerait conséquemment à la réduction de la mortalité des enfants.

Mots clés : Mortalité infanto-juvénile, changements, effet de performance, effet de composition, province, Burkina Faso

Abstract

In Burkina Faso, under-five mortality declined by 32 points between the 1996 and 2006 censuses. Using the country's two most recent censuses for which data are available and accessible (1996 and 2006) and other national sources of administrative and climate data, this paper aims to identify and understand the mechanisms of change in under-five mortality and the underlying factors at a finer scale than the province, the country's second largest administrative entity. For methodological reasons such as the biases (underreporting) inherent in deaths in the last twelve months commonly collected in censuses, mortality quotients (dependent variable) are estimated using an indirect approach based on the reproductive histories of mothers. The analysis of the mechanisms of change in mortality between these two periods is carried out using a multivariate decomposition and a simple decomposition.

After analysis, it emerges that the decline in child mortality in Burkina Faso between the two censuses was made possible primarily by changes in demographic and health behaviors of the population and the performance of health policy. Beyond this predominance of the performance/behavioral effect, the sources of change in child mortality analyzed within each province provide further reassurance that progress in maternal education and household living conditions would contribute to the reduction in child mortality.

Keywords: Infant-juvenile mortality, changes, performance effect, composition effect, province, Burkina Faso

INTRODUCTION

La question de la mortalité des enfants de moins de cinq ans n'a cessé depuis longtemps de marquer les programmes et politiques nationaux, régionaux et internationaux et demeure jusqu'à

nos jours une préoccupation majeure de santé publique. Cet intérêt des politiques et des acteurs de la science pour la lutte contre cette mortalité s'est matérialisé concrètement au fil du temps par des déclarations et l'adoption de programmes internationaux et nationaux qui visent à recentrer la question de la santé de l'enfant dans les politiques publiques de développement. Parmi les actions les plus décisives, l'on peut citer la restructuration des systèmes sanitaires des Etats africains au lendemain de la conférence d'Alma Ata en 1978 avec la mise en place des soins de santé primaires, l'adoption en 2000 des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), l'inscription des actions de développement sanitaire dans la Déclaration de l'Union Africaine sur la survie de l'enfant et dans le Nouveau Partenariat pour le Développement de l'Afrique (NEPAD) (Union Africaine, 2005, p.3 ; NEPAD, 2002, p.32-34)) et l'adoption des Objectifs de Développement Durable (ODD) en 2015.

Une rétrospection à l'orée des OMD, mettra malheureusement à nu des insuffisances quant à la capacité des Etats à établir un rythme de baisse générale de la mortalité des moins de cinq ans à même de permettre l'atteinte des ODD en cours (H. Wang, Z. A. Bhutta, M. M. Coates et *al.*, 2017, p.1129). Toutefois, une évaluation portant sur des échelles plus fines telle que la province/district s'avère plus probant en ce sens que dans certaines subdivisions administratives, la baisse de la mortalité a été supérieure au rythme annuel de baisse générale de 4,4% envisagé au départ pour l'atteinte de la cible OMD de réduction de deux tiers de la mortalité des enfants (H. Wang, Z. A. Bhutta, M. M. Coates et *al.*, 2017, p.1129; P. M. Macharia, E. Giorgi, P. N. Thuraira et *al.*, 2019, p.7).

Au Burkina Faso, la mortalité des enfants de moins de cinq ans a connu une baisse de 32 points entre 1996 et 2006 (B. Baya., H. Zida-Bangré et Z. Bounkongou, 2009, p.20). Elle est passée de 174‰ au recensement de 1996 à 142‰ au recensement de 2006 (B. Baya., H. Zida-Bangré et Z. Bounkongou, 2009, p.20). Quels

sont les principaux contributeurs de cette baisse de la mortalité ? La baisse de la mortalité infanto-juvénile au Burkina Faso est-elle liée à l'effet de performance ou à l'effet de composition ? L'objectif principal du présent article est de répondre à ces questions avec une perspective mettant en jeu les caractéristiques des provinces. La province est la deuxième unité administrative du pays, une entité qui s'arrime plus ou moins à la structuration du système sanitaire national en districts. La province dispose d'une organisation administrative structurée (présence d'un haut-commissaire, d'une préfecture, d'une mairie, d'un commissariat, etc.) et pourrait de ce fait, constituer un point d'actions structurées d'interventions des programmes de développement socio-sanitaires et économiques. Deux faits majeurs sous-tendent l'objectif du présent article. Premièrement, comme nous le verrons, des caractéristiques provinciales susceptibles de déterminer le niveau de la mortalité infanto-juvénile de la province ne sont pas distribuées de la même manière entre les recensements de 1996 et 2006. Deuxièmement, comme nous l'avons montré dans un travail antérieur (H. Bassinga, 2020, p.143), le lien entre ces caractéristiques et la mortalité n'est pas le même entre les deux recensements. Ces deux mécanismes peuvent introduire deux types d'effet sur l'écart de mortalité constaté entre les deux dates : 1) la part de l'écart de mortalité qu'on peut relier à une composition en termes de caractéristiques provinciales différentes entre les deux recensements, ce qu'on appelle effet de composition ; 2) la part résiduelle de l'écart de mortalité qui est non expliquée par le changement des caractéristiques provinciales, ce qu'on appelle effet de valorisation ou encore effet de performance. Cette différence non expliquée est due à la façon avec laquelle les différentes caractéristiques des provinces sont associées avec la mortalité aux deux recensements. C'est une différence qui persisterait même si on égalisait les caractéristiques des provinces entre les deux recensements. Elle renvoie donc en général à une amélioration des comportements

démographiques et de santé ou à une efficacité du secteur sanitaire. L'effet de performance comprend ces trois composantes sans que l'on ne puisse en dissocier ici leurs importances relatives. Le comportement démographique se réfère aux pratiques de fécondité qui ont un lien avec la santé et la mortalité des enfants. C'est le cas par exemple du rallongement des intervalles inter-génésiques, de la pratique de l'allaitement maternel, du relèvement de l'âge à la maternité ou de la diminution de la fécondité.

En ce qui concerne l'efficacité du secteur sanitaire, il faut signaler que le système sanitaire national du Burkina Faso a connu au fil du temps plusieurs réformes dont l'objectif était de le rendre plus performant. Même si selon A. Meunier (2004, p.377), la politique sanitaire du pays sur la période 1980-1995 peut être jugée comme un échec, elle a été ajustée après la 11^e conférence des acteurs et partenaires du développement sanitaire en 1997 puis remplacée par le premier plan national de développement sanitaire (PNDS) pour couvrir la période de 2001 à 2010. Il semble que ce PNDS dont l'objectif global était la réduction de la morbidité et de la mortalité a effectivement permis d'améliorer la couverture sanitaire, la qualité et l'utilisation des services de santé. L'augmentation de l'offre de soins combinée à l'éducation sanitaire à travers plusieurs canaux a pu entraîner une amélioration du comportement sanitaire des ménages. Par exemple, le pourcentage de naissances issues de femmes sans instruction et n'ayant eu aucune consultation prénatale au moment de la grossesse a connu une baisse au cours des dernières décennies. Il est passé de 43% en 1993 à 35% en 2010 (INSD et Macro International, 1994, p.120 ; INSD et ICF International, 2012, p.117). Quant à la proportion des dernières naissances protégées contre le tétanos néonatal, elle a considérablement évolué chez les femmes non instruites. De 52% en 1998 (INSD et Macro International, 2000, p.102), elle est passée à 61% en 2003 (INSD et ORC Macro 2004, p.122), puis à 85% en 2010 (INSD et ICF International, 2012, p.115). De même, parmi les enfants issus de mères sans instruction et qui ont présenté des

Baisse de la mortalité infanto-juvénile au Burkina Faso entre 1996 et 2006 : une analyse explicative par la méthode de décomposition à l'échelle des provinces

symptômes d'infections respiratoires aiguës, seulement 19,2% avaient été emmenés en consultation en 1998. Cette proportion est passée à 23,5% en 2003 puis à 36% en 2010 (INSD et Macro Inc, 2000, p.112; INSD et ORC Macro, 2004, p.134 ; INSD et ICF International, 2012, p.134). Aussi, entre 2003 et 2010, la proportion de femmes sans instruction qui utilisaient une méthode moderne de contraception pour l'espacement des naissances est-elle passée de 6% à 11%¹. L'espacement des naissances est connu comme étant un facteur déterminant de la mortalité des enfants. Par contre, chez les femmes de niveau secondaire ou plus, la prévalence n'a pratiquement pas changé (43 % en 2003 et 44 % en 2010) (INSD et ORC Macro, 2004, p.74 ; INSD et ICF International, 2012, p.71). A l'image des femmes non instruites, celles issues de ménages pauvres ont vu leurs comportements sanitaires s'améliorer. Par exemple, le taux d'accouchement dans un centre de santé avait été estimé à 28% dans le quintile le plus pauvre en 1993². Cette proportion a augmenté à 46% en 2010 (INSD et ICF International, 2012, p.117). De même, seulement 17% des enfants de 12-23 mois issus du quintile le plus pauvre avaient une couverture vaccinale complète en 1993³. Ce taux est monté à 73% en 2010 (INSD et ICF International, 2012, p.131). En somme, il ressort une amélioration continue des comportements sanitaires chez les couches vulnérables même s'il reste des efforts à mobiliser. Cette amélioration porte à croire que, toutes choses étant égales par ailleurs, les actions de sensibilisation menées d'une part par les Agents de Santé à Base Communautaire (ASBC) au niveau local et d'autre part par des acteurs institutionnels ont eu un impact sur les modes de vie et les habitudes sanitaires des populations. De ce fait, dans le processus de baisse de la mortalité des enfants sur la période 1996-2006, l'on est tenté de postuler pour un

effet de performance dominant du fait de l'amélioration du système de santé et des comportements sanitaires et démographiques des parents. Telle est l'hypothèse centrale testée dans cet article.

Dans la suite de ce travail, nous présentons dans un premier temps la zone d'étude, les sources de données et les méthodes d'analyse. Dans un second temps, nous décrivons les résultats suivis d'une discussion dans une troisième partie. Nous terminons par une conclusion qui revient sur les principaux résultats et les limites de notre recherche.

1. Matériels et méthodes

1.1. Présentation de la zone d'étude

Situé au centre de l'Afrique de l'ouest, le Burkina Faso est un pays enclavé qui s'étend sur une superficie de 272.967 km². Il partage ses frontières avec six pays que sont le Mali au nord et à l'ouest, le Niger à l'est, la Côte d'Ivoire, le Togo, le Ghana et le Bénin au sud. Le pays hérite d'un climat tropical, sec et peu généreux de type soudano-sahélien, caractérisé par une pluviométrie considérablement variable allant d'une fourchette de 350 mm dans la zone nord du pays à plus de 1000 mm dans sa partie sud-ouest. Cette variabilité climatique, plus ou moins erratique d'une zone géographique à l'autre, a une incidence tant sur la disponibilité des ressources en eau pour la production agricole que sur la santé des enfants. Administrativement, il est divisé en 13 régions (premières entités administratives) et en 45 provinces (deuxième entités administratives). Sur le plan démographique, le Burkina Faso, pays à forte fécondité, a toujours été caractérisé par la jeunesse de sa population (Figure n°1). La tranche d'âges des moins de 15 ans a continuellement représenté plus de 45% de la

¹ En 2010, 13% des enfants de mères sans instruction étaient nés moins de deux ans après la naissance précédente alors que cette proportion était de 17% en 1998 (INSD et Macro International, 2000 ; INSD et ICF International, 2012).

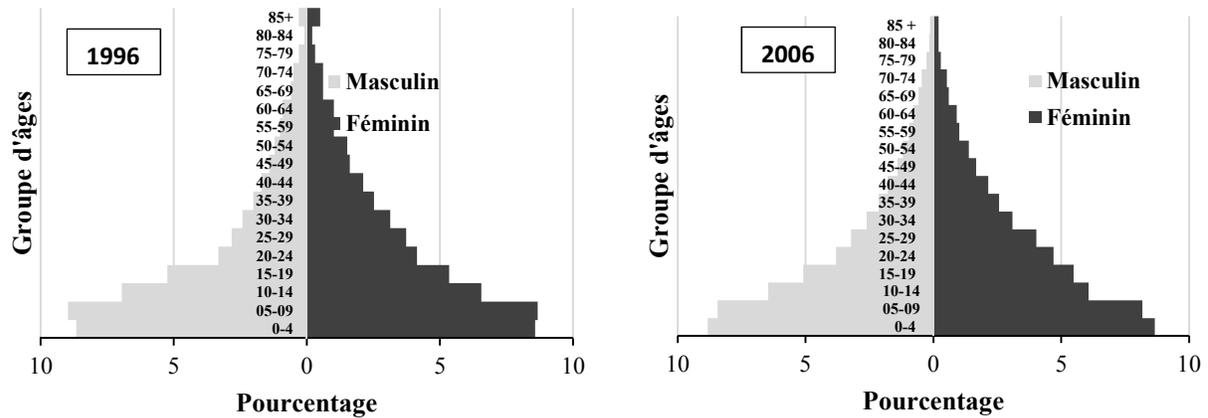
² Estimation issue de l'EDS de 1993, faite à l'aide de StatCompiler (<https://www.statcompiler.com/fr/>).

³ Estimation issue de l'EDS de 1993, faite à l'aide de StatCompiler (<https://www.statcompiler.com/fr/>).

Baisse de la mortalité infanto-juvénile au Burkina Faso entre 1996 et 2006 : une analyse explicative par la méthode de décomposition à l'échelle des provinces population totale et ce, depuis le recensement de 1975 (45,5%, 48,3%, 47,9% et 46,6% respectivement en 1975, 1985, 1996 et 2006) (M. Ouedraogo et T. Ripama, 2009, p.73). Il subsiste

par conséquent un fardeau pour la prise en charge et la satisfaction des besoins sociaux de base (éducation, santé, etc.).

Figure n°1: Pyramides des âges du Burkina Faso en 1996 et 2006



Sources de données : INSD (2000) et Bureau Central du Recensement (2009)

Sur le plan socioéconomique, des défis énormes demeurent. La situation éducative n'est pas reluisante. En 1996, 92% des personnes âgées de 6 ans et plus, n'avaient jamais été à l'école. En 2006, ce taux était de 71% (J. F. Kobiané et Bougma 2009, p.40). En 2018, 59,6% de la population burkinabè n'avaient jamais fréquenté l'école (INSD et AFRISTAT, 2019, p.29). Quant à l'incidence de la pauvreté monétaire, elle n'a pas significativement baissé depuis 1994. Elle est passée de 44,5% en 1994 à 45,3% en 1998 et à 46,4% en 2003 (INSD, 2012, p.101). En 2009, environ 47% des burkinabè vivaient en dessous du seuil de pauvreté (INSD, 2015, p.28). L'accès à l'eau potable a toujours été un défi pour les populations Burkinabè. En 1998, pendant la saison pluvieuse, 34,2% des ménages s'approvisionnaient à travers des puits, 29% utilisaient l'eau des forages et 14% l'eau des cours d'eau (INSD et Macro International, 2000, p.18). En 2006, 26,5% et 5,4% des ménages utilisaient respectivement des puits ordinaires et des cours d'eau (L. C. Sagnon et S. P. Sawadogo, 2009, p.69).

Le Burkina Faso est par ailleurs caractérisé par une forte diversité ethnolinguistique avec une soixantaine d'ethnies (M. Ouedraogo et T. Ripama, 2009, p.89). Selon le recensement de 2006, les principales langues parlées sont le mooré (52,2%), le fulfuldé (9,7%), le gulmacéma (5,7%), le bissa (3,6 %), le dagara (3,1 %) et le dioula (2,6%) (M. Ouedraogo et T. Ripama, 2009, p.89). En outre, le Burkina Faso est l'un des pays les plus hétéroclites d'Afrique pour ses nombreuses croyances locales et importées. Au recensement de 2006, l'islam venait en tête avec 60,5% de la population, viennent respectivement le christianisme (23,2%) et la religion traditionnelle (15,3%) (M. Ouedraogo et T. Ripama, 2009, p.93).

1.2. Données et variables d'analyses

Les sources principales de données utilisées dans ce papier sont les recensements généraux de la population et de l'habitation de 1996 et 2006. Il s'agit des deux derniers recensements réalisés par le pays en dehors de celui de 2019 dont les

données ne sont pas encore disponibles. Le choix a été porté sur cette source de données en raison de son caractère exhaustif comparativement aux enquêtes démographiques et de santé dont la représentativité des échantillons se limite à l'échelle des régions et donc inadaptées pour une analyse à l'échelle des provinces. La variable dépendante mobilisée dans cette étude est le quotient de mortalité infanto-juvénile, c'est-à-dire le nombre de décès avant l'âge de cinq ans pour mille naissances vivantes. Ce quotient a été estimé pour chacune des 45 provinces du Burkina Faso à la fois au recensement de 1996 et à celui de 2006. Ces quotients ont été estimés par la technique démographique indirecte de Trussell qui utilise des données sur l'effectif des enfants nés vivants et des enfants décédés des femmes âgées de 15 à 49 ans (A. B. Soura, 2009, p.74; R. E. Arku, J. E. Bennett, M. Castro, K. Agyeman-Duah et al., 2016, p.4; A. Singh et B. Masquelier, 2018, p.3; P. M. Macharia, E. Giorgi, P. N. Thurairara et al., 2019, p.4). Pour plus de détail voir K. Hill (2017, p.156). En effet, le Bureau Central du Recensement de 2006 avait montré que la qualité des informations sur les décès des 12 derniers mois conduisait à une sous-estimation large de la mortalité des enfants, rendant ainsi douteuse une mesure directe des niveaux de cette mortalité (B. Baya, B H Zangré et Z. Bounkougou, 2009, p.47). L'approche indirecte avait été alors privilégiée dans le rapport d'analyse officiel de ce recensement (B. Baya, B H Zangré et Z. Bounkougou, 2009, p.47). En ignorant les dates de naissances des personnes décédées et en considérant comme dénominateur les résidents à la date de la collecte, le recensement de 1996 arrive lui aussi

à une mesure approximative des taux de mortalité.

Pour ce qui est des variables explicatives, nous les avons classées en quatre groupes suivant les enseignements tirés de la littérature démographique sur la mortalité des enfants. Il s'agit des caractéristiques écologiques (la Densité de population en habitants au km², la densité du réseau routier bitumé en km de route bitumée /100 km², la pluviométrie annuelle moyenne en mm), de l'offre de santé (le rayon moyen d'action théorique en centré de santé (RMAT) en Km) et les caractéristiques de la population que nous avons scindées en deux sous-types à savoir les caractéristiques socio-culturelles (le pourcentage des femmes instruites, le pourcentage de chrétiens) et les caractéristiques socio-économiques (le score moyen de niveau de vie des ménages de la province, le taux d'urbanisation et le pourcentage des femmes employées ou employeuses). Ces variables explicatives proviennent de différentes sources. Il s'agit des données du ministère de la santé pour la mesure de l'offre de santé, des données du ministère des infrastructures routières pour la mesure de la densité routière et des données climatiques issues de la Direction Générale de la Météorologie (DGM). Les autres variables explicatives ont été construites à partir des données récoltées aux deux recensements.

Le tableau n°1 présente quelques statistiques sur ces variables explicatives en 1996 et en 2006. Ces statistiques révèlent que ces variables présentent de fortes inégalités entre provinces au regard des valeurs extrêmes et des écart-types relativement élevés.

Tableau n°1: Quelques statistiques descriptives sur les variables explicatives

Caractéristiques	Données de 1996			Données de 2006		
	Valeurs extrêmes	Moyenne	Ecart-type	Valeurs extrêmes	Moyenne	Ecart-type
<i>Pourcentage de femmes instruites</i>	0,45-34,29	5,78	5,41	2,73-49,08	10,77	7,57
<i>Pourcentage de chrétiens</i>	0,63-41,78	15,59	10,49	0,60-52,13	20,82	13,18
<i>Taux d'urbanisation</i>	0,00-75,40	7,90	13,62	2,45-85,44	12,88	13,67

Caractéristiques	Données de 1996			Données de 2006		
	Valeurs extrêmes	Moyenne	Écart-type	Valeurs extrêmes	Moyenne	Écart-type
Pourcentage des femmes employées ou employeuses	0,18-5,69	0,64	0,86	0,19-10,11	1,06	1,51
Score de niveau de vie	-0,69-0,95	-0,42	0,28	-0,59-1,54	-0,11	0,38
Rayon moyen d'action théorique (RMAT) des centres de santé (en km)	1,97-20,40	9,33	4,03	1,47-16,65	8,29	3,26
Densité du réseau routier bitumé (km de route bitumée /100 km ²)	0,00-4,15	0,82	1,03	0,00-4,16	0,85	1,05
Pluviométrie annuelle moyenne (mm)	389,31-1153,83	774,79	195,42	425,80-1180,4	736,87	173,56
Densité de population (hbts/km ²)	5,80-335,80	46,72	49,15	10,90-602,20	63,23	86,01

Source de données : RGP 1996, 2006 ; DGM ; Ministère de la santé ; Ministère des infrastructures routières

1.3. Méthodes d'analyses

L'une des techniques utilisées dans l'analyse des changements d'un phénomène démographique au cours du temps, est la technique statistique de décomposition. Dans cette étude, nous avons recouru dans un premier temps à la décomposition multivariée de Oaxaca Blinder afin d'identifier les sources de changements ainsi que les variables ayant le plus contribué à ces changements de la mortalité à l'échelle des provinces dans une approche globale. A la suite de la décomposition multivariée, nous avons effectué une décomposition simple à titre illustratif à partir de deux variables notamment le niveau d'instruction des mères et niveau de vie des ménages. Ces deux variables considérées

comme des déterminants quasi-universels de la mortalité des enfants (J. Caldwell, 1979, p.395).

1.3.1. La méthode de décomposition multivariée d'Oaxaca Blinder

Soient Y le vecteur N x 1 de la variable dépendante, X la matrice N x K de variables indépendantes et β un vecteur K x 1 de coefficients de régression. La différence des moyennes de Y entre les groupes A et B (avec A et B qui représentent dans notre cas, respectivement les années 1996 et 2006) peut s'écrire comme une fonction des variables indépendantes et des coefficients de régression obtenus séparément dans les groupes A et B (équation 1).

$$\bar{Y}_A - \bar{Y}_B = \overline{F(X_A\beta_A)} - \overline{F(X_B\beta_B)} \quad (\text{Équation n°1})$$

Un arrangement de l'équation 1 permet de décomposer la différence de la manière suivante :

$$\bar{Y}_A - \bar{Y}_B = \underbrace{\overline{F(X_A\beta_A)} - \overline{F(X_B\beta_A)}}_E + \underbrace{\overline{F(X_B\beta_A)} - \overline{F(X_B\beta_B)}}_C \quad (\text{Équation n°2})$$

Cet arrangement est appelé double-décomposition (twofold decomposition) en ce sens qu'il permet de scinder la différence moyenne en deux composantes E et C (B. Jann, 2008, p.454 ; D. A. Powers, H. Yoshioka et M. Yun, 2011, p.572). La composante E fait référence à la partie du différentiel liée aux disparités dans les caractéristiques, généralement appelée effet expliqué ou effet des caractéristiques. La composante C quant à elle, fait référence à la partie du différentiel attribuable aux différences dans les coefficients, habituellement appelée composante inexplicée ou effet des coefficients. Dans cette équation, le groupe A est considéré comme groupe témoin. E reflète une comparaison contrefactuelle de la différence de résultats du point de vue du groupe A, c'est-à-dire la différence prévue si l'on donnait au groupe B les coefficients du groupe A. Ainsi, les coefficients restent identiques pour les deux groupes ; seules varient les caractéristiques. La composante C reflète une comparaison contrefactuelle des résultats du point de vue du groupe B, c'est-à-dire la différence prévue si les caractéristiques du groupe B sont appliquées au groupe A. Dans ce dernier cas de figure, les deux groupes ont les mêmes caractéristiques et des coefficients différents. En fixant les coefficients de la composante de composition (E) aux niveaux du groupe A, nous évaluons la contribution au différentiel qui se serait produite si les effets associés aux caractéristiques avaient été fixés

aux valeurs du groupe A. En fixant les caractéristiques au niveau du groupe B dans la composante performance (C), nous évaluons la contribution au différentiel qui est due à la différence des effets. De façon pratique, le logiciel fournit la différence moyenne de la variable dépendante entre 1996 et 2006 ($\bar{Y}_A - \bar{Y}_B$) ainsi que les composantes E et C, et les contributions individuelles des variables. Afin de disposer de coefficients dont l'interprétation serait plus aisée, nous utiliserons le logarithme de la variable dépendante. YA et YB représentent donc le logarithme du quotient de mortalité respectivement en 1996 et 2006.

1.3.2. Méthode de décomposition simple du changement de mortalité dans chaque province

Pour comprendre spécifiquement le changement de mortalité à l'intérieur de chaque province, nous recourons à une méthode de décomposition univariée en prenant deux variables à titre illustratif que sont l'éducation des femmes et le niveau de vie des ménages. Cette méthode se fonde sur une approche développée par P. E. Eloundou et S. Girou (2010, p.8) qui établit les deux composantes du changement à savoir la composante composition de la population et la composante performance ou comportementale tributaire des effets des politiques sanitaires et de sensibilisation des populations locale

$$\Delta Y = \underbrace{\sum_j \bar{Y}_j * \Delta w_j}_{\text{Effet de composition}} + \underbrace{\sum_j \bar{w}_j * \Delta Y_j}_{\text{Effet de comportement}} \quad (\text{équation n° 3})$$

Effet de
composition

Effet de
comportement

Dans cette équation, \bar{Y}_j est la moyenne simple du phénomène étudié dans la sous-population j entre les temps 1 et 2. C'est donc la demi-somme des valeurs des Y_j aux deux temps. De même, \bar{w}_j est

la moyenne simple de la proportion d'individus exposés au phénomène dans la sous-population j. C'est donc la demi-somme des valeurs des w_j aux deux temps. Dans l'équation n°3, le signe Δ représente la différence entre les temps 1 et 2. Le niveau d'instruction des femmes et le niveau de

vie des ménages ont été scindés chacun en deux catégories pour éviter des problèmes de petits effectifs. Ce risque de faibles effectifs pourrait être d'autant plus grand que l'analyse est menée au sein de chaque province et qu'en plus, nous utilisons une méthode d'estimation indirecte de la mortalité basée sur les nombres d'enfants nés vivants et d'enfants décédés classés par groupe d'âges des mères. Ainsi, les femmes instruites ont été distinguées des femmes sans instruction, et les ménages à niveau de vie bas ont été distingués de ceux de niveau de vie élevé en référence au score médian. Les quotients de mortalité ayant été obtenus à partir d'une moyenne des quotients de mortalité des enfants de femmes appartenant à trois groupes d'âges : 20-24 ans, 25-29 ans et 30-34 ans, les poids des groupes ont donc logiquement été estimés en considérant comme base l'effectif total des enfants nés de ces femmes.

2. RESULTATS

2.1. Résultat de la décomposition multivariée

De fortes corrélations dépistées entre cinq variables (pourcentage des femmes instruites, taux d'urbanisation, pourcentage des femmes employées ou employeuses, niveau de vie et densité de la population) explicatives ont conduit à des problèmes de multicollinéarité qui ont été évalués au moyen de facteurs d'inflation de la variance dont les résultats ne sont pas présentés ici. Afin de contourner les biais liés à la multicollinéarité, notre analyse multivariée est basée sur cinq modèles. Le pourcentage de chrétiens, le rayon moyen d'action théorique des centres de santé, la pluviométrie et la densité du réseau routier bitumé figurent dans tous les cinq modèles. Quant aux cinq autres variables, notamment le pourcentage des femmes instruites, le taux d'urbanisation, le pourcentage des femmes employées ou employeuses, le niveau de vie et la densité de la population, elles ont été testées séparément dans les modèles, ce qui fixe le nombre total de modèles à cinq.

Le tableau n°2 présente pour chaque modèle, l'effet expliqué par les différences entre provinces du point de vue des caractéristiques retenues (composante E) et l'effet inexpliqué attribuable aux caractéristiques non mesurées que sont la performance et le changement de comportements démographiques et de santé (composante C). Les composantes E et C ont une contribution nette en pourcentage toujours égale à 100%. Une contribution peut être négative (<0%) ou positive (>0%). Elle peut aussi dépasser 100%. Lorsque la contribution est positive, cela signifie que la composante correspondante contribue à une plus grande mortalité en 1996 par rapport à 2006, alors qu'une contribution négative indique le contraire.

2.1.1. Les effets globaux

La baisse de la mortalité des enfants observée entre les deux recensements est attribuable à une part prépondérante à la différence des coefficients dans la plupart des modèles (M1, M2, M3, M4). Cette différence des coefficients reflète les effets liés aux facteurs non observés parmi lesquels il faut compter la performance du système de santé et l'amélioration des comportements démographiques et de santé des populations entre les deux recensements. Ainsi, ces changements inobservés ont contribué positivement à la baisse de la mortalité (contribution comprise entre 42,45% et 76,5%). Quant aux changements liés à la structure de la population (composition), ils contribuent également de façon positive à la baisse de la mortalité d'une valeur minimale de 23,5% à une valeur maximale de 57,55% selon le modèle. C'est dans le modèle qui inclut la densité de la population (M2) que l'effet de composition est le plus faible. En d'autres termes, les changements observés à l'échelle des provinces dans la proportion de chrétiens, la densité de la population, le rayon moyen d'action théorique des centres de santé, la densité du réseau routier bitumé et la pluviométrie arrivent collectivement à expliquer environ 23,5% de la baisse de la mortalité entre les deux recensements dans ce

Baisse de la mortalité infanto-juvénile au Burkina Faso entre 1996 et 2006 : une analyse explicative par la méthode de décomposition à l'échelle des provinces modèle. La prédominance des effets de performance et de comportement nous amène à penser que les innovations introduites dans le système d'offre de soins dans les provinces et l'éducation sanitaire ont entraîné un changement réel des comportements démographiques et sanitaires des ménages et une relative amélioration de la performance des centres de santé. En effet, depuis la création des districts sanitaires en 1993, le système de santé burkinabè a progressivement fait une place privilégiée à la participation communautaire, une approche

locale et participative jugée efficace (A. Seck et D. Valéa, 2011, p.20). Ces réformes ont eu, nous semble-t-il, quelques succès sur la santé des populations démunies puisque l'analyse tendancielle de beaucoup d'indicateurs de comportements de santé (complétude vaccinale, suivis prénatal et postnatal, recours au service de santé) révèle des améliorations chez les populations non instruites et dans les ménages pauvres au cours de ces dernières décennies (cf. introduction)

Tableau n°2: Résultats de la décomposition de l'écart de mortalité entre 1996 et 2006 : parts dues à la différence des caractéristiques et à la différence des coefficients

	M1		M2		M3		M4		M5	
Différence totale (échelle Log)	0,1833***		0,1833***		0,1833***		0,1833***		0,1833***	
	Coef.	%	Coef.	%	Coef.	%	Coef.	%	Coef.	%
Part due à la différence des caractéristiques (E)	0,09***	49,4	0,04**	23,50	0,05**	27,20	0,06**	32,90	0,11**	57,55
Part due à la différence des coefficients (C)	0,09**	50,6	0,14***	76,50	0,13***	72,80	0,12***	67,10	0,08*	42,45
NB: ***p<0,001 ; **p<0,05 ; *p<0,10										
M1: modèle intégrant comme variables indépendantes le pourcentage de chrétiens, le pourcentage de femmes instruites, le rayon moyen d'action théorique des centres de santé, la densité du réseau routier bitumé, la pluviométrie annuelle moyenne.										
M2 : modèle intégrant comme variables indépendantes le pourcentage de chrétiens, la densité de la population, le rayon moyen d'action théorique des centres de santé, la densité du réseau routier bitumé, la pluviométrie annuelle moyenne.										
M3: modèle intégrant comme variables indépendantes le pourcentage de chrétiens, le taux d'urbanisation, le rayon moyen d'action théorique des centres de santé, la densité du réseau routier bitumé, la pluviométrie annuelle moyenne.										
M4: modèle intégrant comme variables indépendantes le pourcentage de chrétiens, le pourcentage des femmes employées ou employeuses, la densité du réseau routier bitumé, le rayon moyen d'action théorique des centres de santé, la pluviométrie annuelle moyenne.										
M5: modèle intégrant comme variables indépendantes le pourcentage de chrétiens, le niveau de vie, le rayon moyen d'action théorique des centres de santé, la densité du réseau routier bitumé, la pluviométrie annuelle moyenne.										
<i>Source de données : RGPH 1996, 2006 ; DGM ; Ministère de la santé ; Ministère des infrastructures routières</i>										

Par ailleurs, le modèle qui inclut le niveau de vie (M5) est celui dans lequel l'effet de composition est le plus élevé. Les changements observés au niveau des provinces dans la proportion de chrétiens, le niveau de vie, le rayon moyen d'action théorique des centres de santé, la densité du réseau routier bitumé et la pluviométrie arrivent collectivement à expliquer plus de 57%

de la baisse de la mortalité. C'est le seul modèle où la différence expliquée par les caractéristiques prises en compte dépasse la part due à la différence des coefficients. Aussi, lorsque le modèle inclut le pourcentage de femmes instruites (M1), la part due à la différence des caractéristiques provinciales est-elle presque égale à celle due à la différence des

coefficients (49,4% contre 50,6%). Ces deux modèles (M1 et M5) suggèrent que les modifications de la structure de la population par le truchement de l'investissement sur l'éducation et la réduction de la pauvreté des ménages seraient des sources indéniables de réduction de la mortalité dans l'enfance au Burkina Faso

2.1.2. Les contributions individuelles des caractéristiques

L'examen des effets individuels révèle quant à lui, quel que soit le modèle considéré, qu'aucune caractéristique parmi celles retenues ne contribue de façon significative à la baisse de la mortalité au niveau national par le biais de la composante C (changements comportementaux des

populations, performance du système de santé, changements liés à d'autres facteurs inobservés). Ceci sous-entend que l'effet de performance est principalement entraîné par d'autres facteurs. Les contributions individuelles des caractéristiques retenues sont toutefois perceptibles sur l'effet de composition (composante E) et sont présentées dans le tableau n° 3. Ce tableau contient, pour chaque modèle et chaque variable, le coefficient et sa contribution en pourcentage. La somme des contributions individuelles à l'effet de composition donne la part totale de l'effet de composition pour chaque modèle. De même, la part des contributions individuelles pour l'effet de performance donne la part totale de l'effet de performance pour chaque modèle.

Tableau n°3 : Résultats de la décomposition multivariée

Modèles	Variables	Différences dans les caractéristiques (E)		Différences dans les coefficients (C)	
		Coefficients	Effet de composition (%)	Coefficients	Effet de performance (%)
M1	Pourcentage de chrétiens	0,02	8,47	-0,02	-10,65
	Pourcentage de femmes instruites	0,06**	35,37***	0,004	2,1
	Rayon moyen d'action théorique (RMAT) des centres de santé	0,005	2,58	-0,06	-32,64
	Densité du réseau routier bitumé	-0,001	-0,49	0,03	17
	Pluviométrie annuelle moyenne	0,006	3,45	-0,06	-35,64
M2	Pourcentage de chrétiens	0,02	8,31	-0,007	-3,95
	Densité de la population	0,03**	13,79**	-0,05	-26,63
	Rayon moyen d'action théorique (RMAT) des centres de santé	0,002	1,32	-0,12	-64,76
	Densité du réseau routier bitumé	-0,001	-0,66	0,04	23,52
	Pluviométrie annuelle moyenne	0,001	0,72	-0,05	-25,31
M3	Pourcentage de chrétiens	0,021	11,71	-0,01	-7,61
	Taux d'urbanisation	0,02*	9,41*	0,03	16,73
	Rayon moyen d'action théorique (RMAT) des centres de santé	0,01	3,93	-0,09	-50,94
	Densité du réseau routier bitumé	-0,001	-0,5	0,02	12,53
	Pluviométrie annuelle moyenne	0,005	2,69	-0,05	-27,17
M4	Pourcentage de chrétiens	0,02	10,92	-0,01	-6,41
	Pourcentage des femmes employées ou employeuses	0,03**	16,74***	-0,02	-11,69

Modèles	Variables	Différences dans les caractéristiques (E)		Différences dans les coefficients (C)	
		Coefficients	Effet de composition (%)	Coefficients	Effet de performance (%)
	Rayon moyen d'action théorique (RMAT) des centres de santé	0,01	3,53	-0,10	-52,12
	Densité du réseau routier	-0,001	-0,62	0,03	16,86
	Pluviométrie annuelle moyenne	0,004	2,36	-0,05	-25,68
M5	Pourcentage de chrétiens	0,02*	12,69*	-0,02	-9,79
	Score de niveau de vie	0,07**	40,46**	-0,01	-6,51
	Rayon moyen d'action théorique (RMAT) des centres de santé	0,004	2,16	-0,01	-6,85
	Densité du réseau routier bitumé	-0,001	-0,76	0,01	5,64
	Pluviométrie annuelle moyenne	0,005	2,99	-0,08	-43,76

NB : ***p<0,001 ; **p<0,05 ; *p<0,10

Source de données : RGP 1996, 2006 ; DGM ; Ministère de la santé ; Ministère des infrastructures routières

Considérant les facteurs socioculturels, les résultats montrent que seule l'augmentation de la proportion de femmes instruites contribue significativement à la baisse de la mortalité par le biais de l'effet de composition. Sa contribution est de l'ordre de 35% sur les 49% que compte l'effet de composition selon le modèle M1. L'instruction de la population, plus particulièrement celle des femmes, est connue comme l'un des meilleurs moteurs de la réduction de la mortalité des enfants. Quant à la proportion de chrétiens dans la population adulte, sa contribution varie de 8,31% à 12,69% selon le modèle mais elle reste non significative au risque d'erreur de 10% sauf dans le modèle M5 (Tableau n°3).

Pour ce qui est des variables socioéconomiques, leurs améliorations sont associées à une baisse de la mortalité. Leurs contributions (toutes significatives) sont estimées à 17%, 40% et 9%, respectivement pour la proportion des femmes employées ou employeuses, le niveau de vie et le taux d'urbanisation. Ainsi, l'action du développement local à travers l'augmentation de l'emploi des femmes, l'amélioration du niveau de vie des populations et les efforts

d'urbanisation est une source de réduction de la mortalité des enfants.

Dans aucun des cinq modèles, le changement de l'offre de santé dans les provinces, exprimée ici par le rayon moyen d'action théorique des centres de santé, n'a eu de contribution significative sur la baisse de la mortalité infanto-juvénile entre 1996 et 2006. Cela peut paraître incongru au vu de l'intérêt accordé à l'investissement en santé par le biais même de la création des centres de santé. Ce résultat est cependant démonstratif en ce sens qu'il met à nu l'intérêt qu'il y a à associer à l'accessibilité physique de l'offre de santé un ensemble d'actions politiques visant à améliorer les dispositions des populations à l'utilisation de ces centres de santé. Il faut par exemple y associer l'éducation pour le changement de comportements ainsi que des actions visant à améliorer l'accessibilité financière aux centres de santé.

Quant aux facteurs écologiques, il est à noter que seule la densité de la population a contribué, par son effet sur la composition de la population, à la réduction de la mortalité infanto-juvénile à hauteur de 13,79% (modèle M2). Les autres variables écologiques telles que la densité du

réseau routier bitumé et la pluviométrie moyenne n'ont eu aucune contribution significative dans la réduction de cette mortalité quel que soit le modèle considéré. Pour ce qui est de l'action de la densité, nous pensons qu'elle serait liée à son association avec le développement, plus particulièrement l'urbanisation que nous considérons comme un moteur de réduction de la mortalité des enfants.

2.2. Résultats de la décomposition univariée du changement de mortalité au niveau national et à l'intérieur de chaque province

L'analyse de décomposition univariée illustrée ici dans le tableau n°4 pour le niveau national montre que l'effet non expliqué par le changement de caractéristiques de la population est estimé à environ 92%, que la décomposition soit faite avec le niveau d'instruction ou avec le niveau de vie contextuel.

Tableau n°4 : Résultats de la décomposition simple au niveau national

	Instruction des mères de 15 ans et plus				Niveau de vie du ménage			
	Contributions relatives des groupes (%)		Effets (%)		Contributions relatives des groupes (%)		Effets (%)	
	Femmes instruites	Femmes non instruites	Effet de composition	Effet de performance	Ménages riches	Ménages pauvres	Effet de composition	Effet de performance
Total	-13,71	113,71	8,31	91,69	2,36	97,64	8,33	91,67
Liée à la composition	-18,35	26,65			-38,04	46,36		
Liée à la performance	4,63	87,06			40,4	51,28		

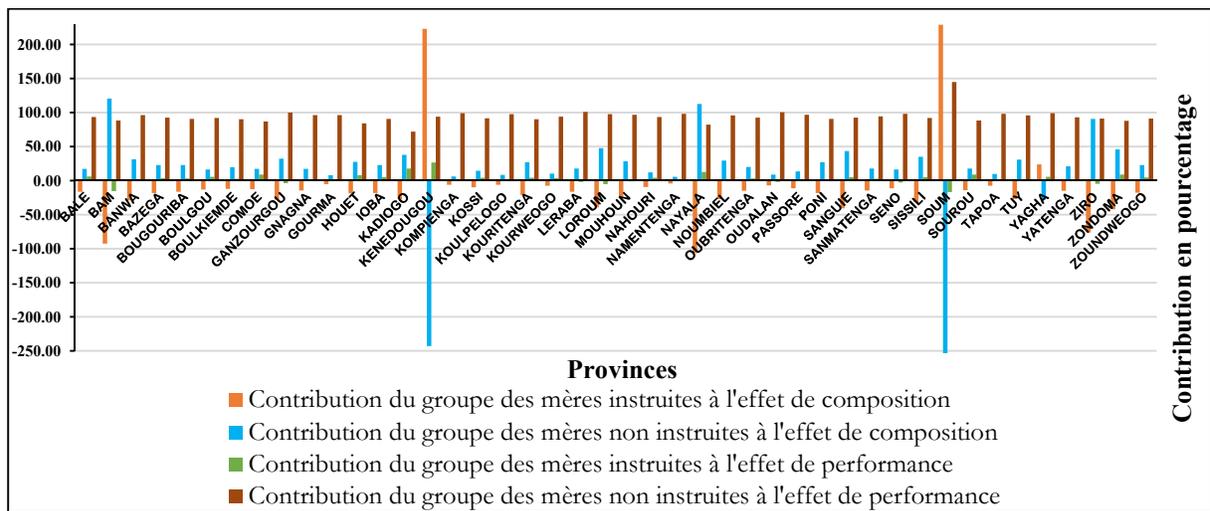
Source de données : RGPH 1996, 2006 ; DGM ; Ministère de la santé ; Ministère des infrastructures routières

Considérant l'instruction des mères, la baisse de la mortalité est principalement impulsée par les changements intervenus dans le groupe des enfants de mères sans instruction (Tableau n°4). Ce groupe a contribué presque à lui seul à la totalité de la réduction de la mortalité alors que le groupe des enfants de mères instruites n'a eu aucune contribution globale positive (soit 113,71% contre -13,71%). Un constat analogue émerge lorsque la décomposition est faite avec le niveau de vie des ménages : les changements (changement de proportion et baisse de la mortalité) opérés dans le groupe des enfants issus des ménages pauvres ont fortement contribué à la baisse de la mortalité (Tableau n°4) par rapport au groupe des enfants issus des ménages "riches" (soit 97,6% contre 2,4%). Ces deux résultats,

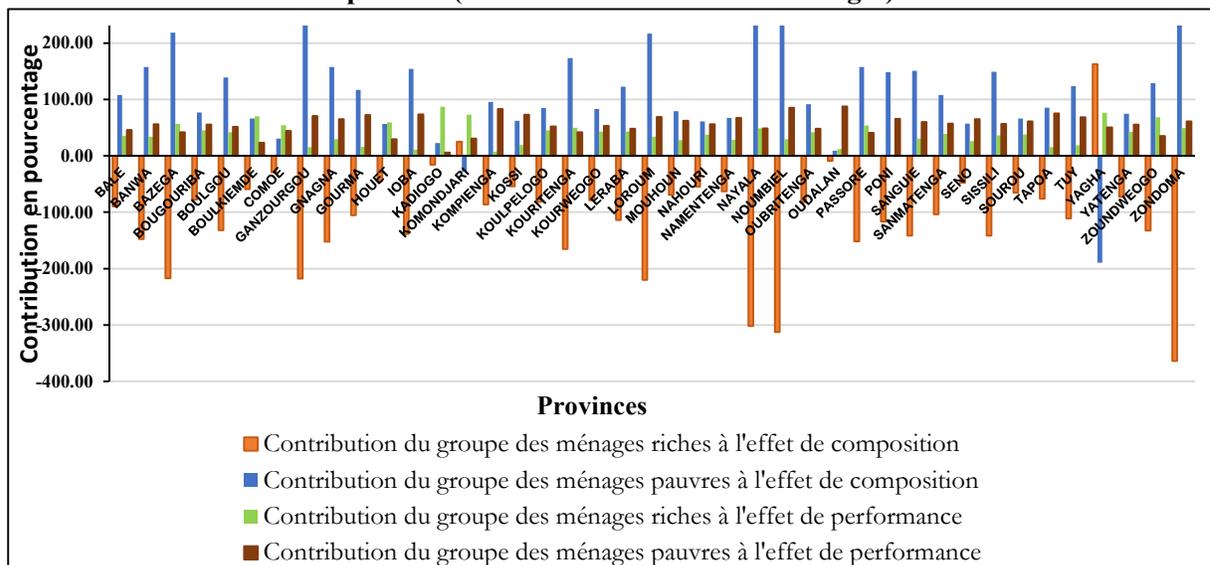
c'est-à-dire la baisse de la mortalité impulsée par la dynamique dans les catégories les plus démunies (sans instruction et pauvre) crédibilisent davantage l'importance des facteurs de performance.

A l'image du niveau national, la décomposition univariée à l'intérieur de chaque province donne à quelques exceptions près, les mêmes conclusions. Les catégories socioéconomiques les plus basses (enfants de mères non instruites et enfants issus de ménages pauvres) ont majoritairement contribué à la baisse de la mortalité pour les provinces qui l'ont été au cours de notre période d'analyse (Graphiques n°1 et n°2). Aussi, cette baisse est-elle principalement impulsée par les changements dans les comportements démographiques et de santé des populations (effet de performance).

Graphique n°1 : Contributions relatives des groupes aux effets de performance et de composition (variable instruction des mères)



Graphique n°2 : Contributions relatives des groupes aux effets de performance et de composition (selon le niveau de vie des ménages)



Source de données : RGPH 1996, 2006 ; DGM ; Ministère de la santé ; Ministère des infrastructures routières

3. DISCUSSION

Les résultats montrent que la part contributive des facteurs non mesurés est dominante dans quatre des cinq modèles que nous avons testés dans notre approche multivariée. Cette part varie de 51% environ à 76%. Les mêmes conclusions se confirment encore à la suite d'une technique de décomposition univariée, beaucoup plus simple et effectuée pour comprendre principalement le changement de mortalité à l'intérieur de chaque province. Dans presque toutes les provinces, l'effet de performance ou de comportement dépasse celui de la composition dans l'explication de l'écart de mortalité entre 1996 et 2006.

Les résultats montrent que dans la catégorie des enfants de mères sans instruction, l'effet de performance/comportement dépasse celui observé dans la catégorie des enfants de mères instruites. Ces derniers ont également moins contribué à l'effet de composition. Lorsque la variable de stratification est remplacée par le niveau de vie, les résultats restent plus ou moins semblables indiquant dans la plupart des provinces un effet de performance supérieur dans les ménages pauvres comparativement aux ménages riches.

Pour justifier ces résultats, il est important de faire un tour d'horizon des politiques de développement socioéconomiques et sanitaires qui ont eu certainement le mérite d'enclencher une baisse de la mortalité des enfants surtout chez les moins instruits et chez les pauvres. En effet, avec l'adoption du principe des Services de Santé Primaire (SSP) préconisé par la conférence d'Alma Ata, la stratégie de développement de la

santé du Burkina Faso accorde une place importante à la participation communautaire, considérée comme une approche « locale et participative », donc plus efficace que la santé publique plus ancienne qui serait « collective et administrative » (A. Seck et D. Valéa, 2011, p.25).

Le processus de développement sanitaire aurait donc considéré l'intégration de la responsabilisation des communautés bénéficiaires à la prise en charge de leurs problèmes de santé (A. Seck et D. Valéa, 2011, p.25). Une place importante a été accordée à la communication en vue d'insuffler un changement des comportements sanitaires des populations au niveau local. Pour ce faire, les approches promotionnelles utilisées par les Agents de Santé à Base Communautaire (ASBC) comprennent la sensibilisation par l'éducation pour la santé⁴, la prise en charge des personnes vivant avec le VIH (PVVIH), la promotion de l'hygiène, les visites à domicile et l'organisation des populations en vue de promouvoir la santé (A. Seck et D. Valéa, 2011, p.45-47). Par exemple, pour la prévention par la vaccination en stratégie avancée, les ASBC et les animateurs s'occupent de l'organisation de cette vaccination en faisant de la mobilisation sociale, en informant les populations sur les cibles vaccinales et en administrant le vaccin contre la poliomyélite (A. Seck et D. Valéa, 2011, p.45). Pour le suivi nutritionnel réalisé par les ASBC, il tient compte de la démonstration culinaire à partir d'aliments locaux, la préparation de bouillie avec des produits locaux, la sensibilisation sur l'allaitement maternel exclusif (AME), les conditions de sevrage, la nutrition de la femme enceinte, du nourrisson et du jeune

⁴ Il s'agit de l'Information et Education pour le Changement (IEC) et plus récemment la Communication pour le Changement de Comportement (CCC).

enfant basé sur l'utilisation des denrées locales ayant des qualités nutritives (A. Seck et D. Valéa, 2011, p.46). Et pour plus d'efficacité, des canaux de proximité sont utilisés pour transmettre les messages de sensibilisation. Il s'agit des radios communautaires, des troupes théâtrales, des chansons, des projections de films, des forums suivis de débats et les causeries. On note par ailleurs, la mise à contribution des leaders communautaires qui facilitent la mobilisation des populations et la diffusion des messages. Le recours à ces personnes-ressources constitue une bonne approche de développement communautaire (A. Seck et D. Valéa, 2011, p.62). Cette dynamique qui consiste à plus de communication pour le changement de comportement aurait sans doute entraîné une amélioration de l'état de santé des enfants, étant donné que les activités de sensibilisation agissent sur les modes de vie.

Ces actions ont certainement entraîné un changement de comportement chez les populations, en particulier celles de bas profil (pauvres, sans instruction) en lien avec l'amélioration de la santé des enfants. Sans être en mesure de dissocier ici leurs importances relatives, on peut penser à l'augmentation des consultations prénatales et postnatales, à un recours plus fréquent aux services de santé en cas de morbidité chez l'enfant, à l'amélioration de la prévalence contraceptive, au rallongement des intervalles intergénésiques, à l'amélioration du statut vaccinal des enfants, à l'utilisation plus fréquente de moustiquaires, etc. L'analyse tendancielle de certains indicateurs de comportements de santé présentée en introduction atteste l'amélioration des pratiques sanitaires chez les populations vulnérables, ce qui conforte notre réflexion. Cette amélioration porte à croire, toutes choses étant égales par

ailleurs, que les actions de sensibilisation menées d'une part par les ASBC au niveau local et d'autre part par des acteurs institutionnels ont eu un impact sur les modes de vie et les habitudes sanitaires des populations.

Notons également qu'au Burkina Faso, les politiques de santé se sont appuyées depuis 1993 sur un système de santé fondé sur la notion de district sanitaire qui est le support de mise en œuvre des actions décentralisées de prévention des maladies et de promotion de la santé (Willems M., G. Masuy-stroobant, R. Tonglet et G. Sangli, 2003, p.726). La délimitation des districts est telle qu'aucun d'eux ne peut être partagé entre deux provinces. Cette structuration du système de santé a été efficace, nous semble-t-il, dans la mise en œuvre des programmes de santé au niveau des provinces.

Ainsi, nos résultats viennent renforcer ceux de G. Demombynes et S. K. Trommlerova (2012, p.15) qui avaient montré, en utilisant aussi une décomposition de Oaxaca-Blinder, que le renforcement de l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide a été le principal facteur de la baisse de la mortalité infantile entre 2003 et 2008 au Kenya. Ils corroborent également les résultats de F.A. Adekunlé (2016, p.41) qui a principalement attribué la baisse de la mortalité infanto-juvénile à l'échelle des régions du Nigéria au changement de comportements reproductifs, en particulier l'allongement de l'intervalle intergénésique et le relèvement de l'âge à la maternité.

Cependant, il est indéniable d'admettre que notre étude présente un certain nombre de limites. Il s'agit par exemple du choix de certains indicateurs tel que le RMAAT qui mesure l'accessibilité théorique aux services de santé, indicateur privilégié dans les rapports du Ministère de la Santé, pourtant sujet à des

critiques. A ce propos, P. Bonnet (2002) rappelle par exemple que, « *de grandes surfaces peuvent être des déserts populationnels* » (p.13). A l'inverse, une population peut être spatialement bien répartie sur le territoire d'une province alors que seule une petite partie de ce territoire est suréquipée en infrastructures sanitaires. Pour ce qui est de l'indicateur de niveau de vie, il s'agit là d'une approximation du pouvoir économique des ménages en l'absence d'informations sur leurs revenus et leurs dépenses. Quant à la densité routière, elle comporte un certain nombre de limites résumées en grande partie par C. Genre-Grandpierre (1999, p58). Par exemple, son mode de calcul ne tient compte que de la longueur du réseau routier mais pas de sa disposition. Ainsi, deux zones peuvent être spatialement très différentes mais avoir une même valeur de la densité du réseau routier. Par ailleurs, cette mesure ne prend pas en compte la topologie du réseau puisque toutes les routes bitumées sont prises en compte, qu'elles soient ou non effectivement inter-reliées pour constituer un réseau.

En ce qui concerne la variable dépendante, elle a été estimée par une méthode indirecte. Or, les méthodes d'estimation indirecte de la mortalité sont tâchées de limites émanant à la fois de la qualité imparfaite des données et des hypothèses sur lesquelles elles reposent. Les données portant sur l'histoire génésique des femmes concernent uniquement les survivantes résidant encore dans les ménages dénombrés, ce qui constitue un biais de sélection. A cela, il faut ajouter les biais d'omission inhérents à toutes les enquêtes rétrospectives. Enfin, il convient de relever que les données utilisées ici sont relativement anciennes, mais une reproduction d'un tel travail qui prendrait en compte des données plus récentes (par exemple le recensement de 2019

dont les données ne sont pas encore disponibles) devrait permettre d'aboutir à des résultats débouchant sur des recommandations mises à jour.

CONCLUSION

L'analyse de décomposition multivariée de la baisse de la mortalité entre 1996 et 2006 a fait ressortir que la part contributive des facteurs non observés est dominante. Par ailleurs, la décomposition univariée, effectuée dans chaque province à partir de deux facteurs, à savoir le niveau d'instruction des femmes et le niveau de vie des ménages, atteste les résultats obtenus dans l'approche multivariée à savoir la prédominance de l'effet de performance/comportement. Quant à l'effet de composition qui n'est pas non plus négligeable dans le processus de baisse observée, il est principalement impulsé par le Niveau d'instruction contextuel des femmes, la densité de population, le taux d'urbanisation, l'autonomisation économique des femmes et le niveau de vie contextuel des ménages.

Cette recherche tout en mettant en évidence les sources de changements de la mortalité des enfants entre les deux périodes, rappelle les inégalités entre provinces, ces dernières ayant diversement ressentis les effets des politiques de santé. Au-delà de cette prédominance de l'effet de performance/comportement, les sources de changements de la mortalité des enfants analysées à l'intérieur de chaque province rassurent davantage sur le fait qu'une amélioration de l'éducation des mères et des conditions de vie des ménages contribuerait conséquemment à la réduction de la mortalité des enfants. En marge des efforts d'amélioration des conditions de vie des classes sociales basses, la communication pour le changement de

Baisse de la mortalité infanto-juvénile au Burkina Faso entre 1996 et 2006 : une analyse explicative par la méthode de décomposition à l'échelle des provinces
comportements demeure un levier essentiel dans la lutte contre la mortalité des enfants.

Il convient toutefois, de relever l'importance d'une approche multisectorielle pour améliorer la santé des enfants car même si l'analyse de décomposition fait croire à une domination des facteurs comportementaux et de performance du système de santé, les effets de composition présents viennent rappeler que les facteurs provenant de divers secteurs comme l'éducation, la lutte contre la pauvreté, l'autonomisation des femmes, le développement local sont tous en corrélation avec la réduction de la mortalité des enfants.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

ADEKUNLÉ Funmilayo Aminat, 2016, Decomposition of changes in under-five mortality in Nigeria geo-political regions, Master thesis in Biostatistics, University of Ibadan, 48 p.

ARKU Raphael Edem, BENNETT James, CASTRO Marcia, AGYEMAN-DUAH Koffi, MINTAH Samilia, WARE James Hutchinson, NYARKO Philomena, SPENGLER John Daniel, AGYEI-MENSAH Samuel et EZZATI Majid, 2016, «Geographical inequalities and social and environmental risk factors for under-five mortality in Ghana in 2000 and 2010: Bayesian spatial analysis of census data», PLOS Medicine, 13: e1002038.

BASSINGA Hervé, 2020, Mortalité des enfants à partir des recensements de 1996 et 2006 au Burkina Faso: une analyse des inégalités provinciales et des effets individuels et contextuels, thèse de doctorat, 234 p.

BAYA Banza, ZIDA-BANGRE Hélène et BOUNKOUNGOU Zakalyat, 2009, Mortalité au

Burkina Faso, Rapport d'analyse thématique des résultats définitifs du Recensement Général de la Population et de l'Habitation (RGPH 2006), Bureau Central du Recensement, Ouagadougou, 96 p.

BONNET Pascal, 2002, Le concept d'accessibilité et d'accès aux soins, Dossier de DEA GEOS, Université Paul Valéry, Montpellier, 25 p0.

CALDWELL John Charles, 1979, «Education as a factor in mortality decline: an examination of Nigerian data», Population Studies, vol. 33, n°3, pp: 395-413.

DEMOMBYNES Gabriel et TROMMLEROVA Sofia Karina, 2012, What Has Driven the Decline of Infant Mortality in Kenya?, Policy Research Working Paper n°6057, The World Bank, Africa Region, 46 p.

ELOUNDOU-ENYEGUE Parfait Martial et GIROU Sarah, 2010, Comprendre le changement social : apports des méthodes de décomposition, Imprimerie Médiat, Yaoundé (Cameroun), 74 p.

GENRE-GRANDPIERRE Cyrille, 1999, « La desserte spatiale des réseaux de transport routier : une approche fractale », Flux, vol. 15, n°38, pp : 56-68.

HILL Kenneth, 2017, « Estimation indirecte de la mortalité des jeunes enfants », In : T.A. Moultrie, RE Dorrington, A.G. Hill, K. Hill, I.M. Timæus et B Zaba (eds), Outils d'estimations démographiques, International Union for the Scientific Study of Population, Paris, pp : 156-173.

- INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DE LA DÉMOGRAPHIE ET AFRISTAT, 2019, Enquête Régionale Intégrée sur l'Emploi et le Secteur Informel, 2018, Rapport final. INSD et AFRISTAT, Ouagadougou, Burkina Faso et Bamako, Mali.
- INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DE LA DEMOGRAPHIE (INSD) ET ICF INTERNATIONAL, 2012, Enquête Démographique et de Santé et à indicateurs multiples (EDSBF-MICS IV) 2010, INSD et ICF INTERNATIONAL, Ouagadougou et Calverton, 501 p.
- INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DE LA DEMOGRAPHIE (INSD) et MACRO INTERNATIONAL, 1994, Enquête Démographique et de Santé 1993 (EDS 1993), INSD et Macro International, Ouagadougou et Calverton, 296 p.
- INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DE LA DEMOGRAPHIE (INSD) et MACRO INTERNATIONAL, 2000, Enquête Démographique et de Santé 1998/99 (EDS 1998/99), INSD et Macro International, Ouagadougou et Calverton, 248 p.
- INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DE LA DEMOGRAPHIE (INSD) et ORC MACRO, 2004, Enquête Démographique et de Santé 2003 (EDS 2003), INSD et Macro International, Ouagadougou et Calverton, 296 p.
- INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DE LA DEMOGRAPHIE (INSD), 2012, Tableau de bord social du Burkina Faso 2012, INSD, Ouagadougou, 166 p.
- INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DE LA DEMOGRAPHIE (INSD), 2015, Enquête multisectorielle continue (EMC) 2014, INSD, Ouagadougou, 49 p.
- JANN Ben, 2008, «The Blinder–Oaxaca decomposition for linear regression models», *Stata Journal*, vol 8, n°4, pp: 453–479.
- KOBIANE Jean François et BOUGMA Moussa, 2009, Éducation : instruction alphabétisation, scolarisation au Burkina Faso, Rapport d'analyse thématique des résultats définitifs du Recensement Général de la Population et de l'Habitation (RGPH 2006), Bureau Central du Recensement, Ouagadougou, 197 p.
- MACHARIA Peter, GIORGI Emanuele, THURANIRA Pamela, JOSEPH Noel, SARTORIUS Benn, Snow Robert W. et Okiro Emelda, 2019, «Subnational variation and inequalities in under-five mortality in Kenya since 1965», *BMC Public Health*, vol. 19, n°146, 19 p.
- MEUNIER Aude, 2004, « Système de soins publics et organisation territoriale, Approche de l'espace Burkinabè », *l'Information Géographique*, vol. 68, n°4, pp : 375 378.
- NOUVEAU PARTENARIAT POUR LE DEVELOPPEMENT DE L'AFRIQUE (NEPAD) (2002), Stratégie sanitaire, Document de travail interne, NEPAD, Johannesburg, 32 p.
- OUEDRAOGO Mathieu et RIPAMA Toubou, 2009, État et structure de la population, Rapport d'analyse thématique des résultats définitifs du Recensement Général de la Population et de l'Habitation (RGPH 2006), Bureau Central du Recensement, Ouagadougou, 181 p.

Baisse de la mortalité infanto-juvénile au Burkina Faso entre 1996 et 2006 : une analyse explicative par la méthode de décomposition à l'échelle des provinces

POWERS Daniel Austin, YOSHIOKA Hirotoishi et YUN Myeong-Su, 2011, «Mvdcmp: multivariate decomposition for nonlinear response models», *Stata Journal*, vol 11, n°4, pp: 556–576.

SAGNON Lallé Célestin et SAWADOGO Sibiri Paul, 2009, *Ménages et Habitations au Burkina Faso, Rapport d'analyse thématique des résultats définitifs du Recensement Général de la Population et de l'Habitation (RGPH 2006)*, Bureau Central du Recensement, Ouagadougou, 176 p.

SECK Awa et VALEA Dieudonné., 2011, *Analyse de la santé communautaire au Burkina Faso, Document de rapport final*, Ministère de la santé du Burkina Faso, Ouagadougou, 102 p.

SINGH Akansha et MASQUELIER Bruno, 2018, « Continuities and changes in spatial patterns of under-five mortality at the district level in India (1991–2011) », *International Journal of Health Geographics*, vol. 17, article 39. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12942-018-0159-3>.

SOURA Abdramane Bassiahi, 2009, *Analyse de la mortalité et de la santé des enfants à Ouagadougou : Inégalités spatiales, effets individuels et effets contextuels*, Presses Universitaires de Louvain, 340 p.

UNION AFRICAINE (2005), *Décisions, déclarations et résolutions, document de synthèse de la conférence de l'union africaine, cinquième session ordinaire*, Syrte, 32 p.

WANG Haidong, BHUTTA Zulfiqar, COATES Matthew et al., 2017, « Global, regional, and national under-5 mortality, adult mortality, age-

specific mortality, and life expectancy, 1970–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016», *Global Health Metrics*, vol. 330, n° 2, pp: 1084-1150.

WILLEMS Michel, MASUY-STROOBANT Godelieve, TONGLET René et SANGLI Gabriel, 2003, « La santé des enfants de moins de 5 ans et les recours thérapeutiques dans un district sanitaire urbain de Ouagadougou », in T. Eggerickx, C. Gourbin, C. Vandeschrick et E. Vilquin (dir.), *Populations et défis urbains. Chaire Quételet 1999*, Academia Bruylant & L'harmattan, Louvain-la-Neuve, pp : 725-744.



DETERMINANTS ET SOURCES DE LA BAISSÉ DE LA MORTALITÉ INFANTILE AU BURKINA FASO

FACTORS OF INFANT MORTALITY DECLINE IN BURKINA FASO

¹SIRI Alain et ²SANOGO Souleymane.

¹Chercheur, Institut National des Sciences de Société, alain.siri@inss.gov.bf et sirialain@gmail.com

²Assistant de recherche, ISSP/Université Joseph Ki-Zerbo, Doctorant en démographie, IDESO/Université de Genève, ssanogo@issp.bf, Souleymane.Sanogo@etu.unige.ch

SIRI Alain et SANOGO Souleymane, Déterminants et sources de la baisse de la mortalité infantile au Burkina Faso, *Revue Espace, Territoires, Sociétés et Santé* 3 (6), 167-190, [En ligne] 2020, mis en ligne le 31 Décembre 2020, consulté le 2021-01-11 07:41:18, URL: <https://retssa-ci.com/index.php?page=detail&k=124>

Résumé

Le Burkina Faso a connu une baisse sensible de la mortalité infantile dont le taux est passé de 81‰ à 65‰ entre 2003 et de 2010. Cet article vise à identifier les facteurs et les sources de la baisse de la mortalité infantile. Il a utilisé les données des enquêtes démographiques et de santé de 2003 et 2010 relatives à la survie des enfants de moins d'un an. L'analyse statistique de la baisse de la mortalité a eu recours à la méthode de décomposition multivariée.

La baisse de la mortalité infantile au Burkina Faso résulte de sa baisse significative enregistrée en milieu rural. L'étude a révélé que la gémellité et l'intervalle génésique inférieur à 24 mois pour

les enfants de rang élevé étaient positivement associés à la mortalité en 2003 et 2010. Mais l'écart entre le niveau d'éducation du mari et de son épouse était négativement associé au risque de mortalité infantile. Les résultats de la méthode de décomposition ont montré l'importance de l'effet de performance du système de santé qui a porté la baisse de la mortalité tandis que l'effet de composition sociale a eu à la pousser à la hausse en milieu rural.

Les résultats de notre étude suggèrent la poursuite et la consolidation des programmes de promotion de la santé maternelle et infantile qu'il faudra compléter avec le développement de programmes sociaux spécifiques aux caractéristiques des ménages et aux naissances multiples.

Mots clés : Mortalité infantile, déterminants, décomposition, effet de composition, effet de performance, Burkina-Faso

Abstract

Infant mortality significantly decreased in Burkina Faso from 81‰ to 65‰ between 2003 and 2010. This study aim to access the factors of infant mortality decline. Demographic and Health Survey dataset, realized in 2003 and 2010, on children under one were used with

multivariate decomposition method. The decline in infant mortality in Burkina Faso is the result of the significant decrease observed in rural areas. The study found that twinning and birth interval below 24 months for high-ranking children were positively associated with mortality in 2003 and 2010. But the gap between the education level of the husband and his wife was negatively associated with the risk of infant mortality. The results of the decomposition method showed the importance of the health system performance effect in lowering mortality, while the social composition effect increased mortality in rural areas.

The results of our study suggest the continuation and consolidation of maternal and child health promotion programs, which should be complemented with the development of social programs specific to household characteristics.

Keywords: Infant Mortality, factors, decomposition, endowments portion, social change portion, Burkina-Faso

INTRODUCTION

Selon les données des Enquêtes Démographiques et de Santé réalisées au Burkina Faso, le taux de mortalité infantile est passé de 81‰ en 2003 à 65‰ en 2010 (INSD et ICF International, 2012, p. 199). Les raisons évoquées dans les rapports nationaux ou venant des institutions multilatérales pour expliquer la baisse de cette mortalité de 16 points, en sept ans, se rapportent à la portée des mesures et actions sanitaires de lutte contre la mortalité infantile (Ministère de la Santé, 2013b, p. 2 ; Ministère de l'Economie et des Finances, 2010, p.5). Cependant, si ces progrès en santé expliquent la baisse constatée de la mortalité infantile, d'autres facteurs au niveau micro peuvent avoir joué un rôle important.

Les cadres conceptuels d'analyse des facteurs explicatifs de l'évolution de la mortalité infantile se rejoignent et s'accordent à indiquer que la composition de la population constitue également un déterminant de cette mortalité (W.

H. Mosley et L. C. Chen, 1984, p. 29), N. Sastry (1997, p. 992) et M. Garenne et P. Vimard (1984, p. 307).

Dans les pays en voie de développement comme le Burkina Faso, il existe une abondante littérature empirique sur les facteurs de mortalité infantile. Parmi les articles portant sur les facteurs de la mortalité dans l'enfance, nombreux sont ceux qui se sont basés sur le cadre analytique de mortalité W. H. Mosley et L. C. Chen (1984, p. 27-29) revue par N. Sastry (1997, p. 992). En effet, l'étude de N. Sastry (1996, p. 222) sur la mortalité des enfants au Brésil conduisit l'auteur à identifier les caractéristiques comme les conditions de vie des ménages et l'insuffisance des infrastructures communautaires comme étant les causes indirectes de la mortalité des enfants. Toujours au Brésil, l'étude menée entre 1994 et 2004 par R. R. Zanini, A. B. De Moraes, E. R.J. Giugliani et J. Riboldi (2009, p. 1035) au moyen des données collectées dans l'Etat de Rio Grande do Sul, a révélé que la mortalité infantile y était affectée par les facteurs individuels à l'image de l'insuffisance pondérale à la naissance, communautaires tels que la faible densité de peuplement et le faible recours à la césarienne. En plus, S. Subramanian et al. (2006, p. 823-824) parviennent au résultat selon lequel ce sont surtout les facteurs socio-économiques qui expliquent le plus la mortalité en Inde. L'étude de E. Frankenberg (1995, p. 157-158) parvient au même résultat selon lequel les facteurs socioéconomiques tels que le nombre de médecins, de maternités ou encore la distance d'avec les centres de soins constituent d'importants facteurs de la mortalité des enfants en Indonésie.

En Afrique sub-saharienne, de nombreuses études sur les facteurs de mortalité ont également été conduites. L'étude de D. W. R. Omariba, R. Beaujot et F. Rajulton (2007, p. 312, 315) au Kenya a abouti au fait que la mortalité infantile était nettement plus déterminée par les facteurs biodémographiques que par les facteurs socio-économiques ; ceux-ci expliquaient davantage la mortalité juvénile. De même, les effets de ces

facteurs biodémographiques sont soulignés par O. K. Ezeh, K. E. Agho, M. J. Dibley, J. Hall et A. N. Page (2014, p. 5), dans la détermination de la mortalité néonatale au Nigeria. L'étude de R. Sear, R. Mace et I. A. McGregor (2000, p. 1646) de la mortalité infantile en zone rurale de Gambie a mis en exergue l'importance pour la survie de l'enfant, des caractéristiques familiales. Une étude de E. Smith-Greenaway et J. Trinitapoli (2014, p. 357-358) indique que l'appartenance de l'enfant à un ménage polygamique accroît son risque de mortalité qui augmente avec la prédominance de la pratique de la polygamie dans les pays de l'Afrique Sub-saharienne. Au contraire, celle de S. Argeseanu (2004, p. 24-25) établit que particulièrement en milieu rural Sud-Africain, la polygamie assure une chance élevée de survie à l'enfant. Dans le même sens, l'étude de A. M. Adams, S. Madhavanb et D. Simon (2002, p. 172) a mis en évidence, l'importance du réseau social pour la survie de l'enfant dans certaines communautés ethniques du Mali.

Enfin, au Burkina Faso, l'analyse des déterminants de la mortalité néo-natale et infantile en milieu rural de H. Becher et al. (2004, p. 266-270) a relevé parmi les principaux facteurs de risque, le décès de la mère et la gémellité. L'âge de la mère à la naissance de l'enfant, l'intervalle de naissance de même que les facteurs communautaires et climatiques tels le village, le groupe ethnique et la distance d'avec la formation sanitaire la plus proche font partie des facteurs de risque de mortalité néo-natale et infantile. L'étude de A. H. Diallo et al. (2012, p. 8) de la mortalité néo-natale en milieu rural Burkinabè a aussi identifié la gémellité et les facteurs tels que la polygamie, la faiblesse de l'état nutritionnel de l'enfant ainsi que l'expérience de la mère dans la perte d'un enfant comme étant les principaux risques de survenue du décès des nourrissons.

Si ces études empiriques ont apporté un éclairage sur les déterminants de la mortalité infantile, les connaissances sur leurs contributions à l'évolution de celle-ci dans le temps restent peu développées. Quels sont les facteurs de la mortalité infantile au Burkina Faso en 2003 et

2010 ? Sa baisse sur cette période est-elle liée à l'effet de comportement ou à l'effet de composition ? Une approche innovante dans la présente étude a utilisé des données individuelles en s'appuyant sur les cadres conceptuels ci-dessus cités de la mortalité infantile. Cette approche fournit des connaissances nouvelles au niveau micro du recul de la mortalité dans l'enfance au Burkina Faso entre 2003 et 2010.

L'objectif global de l'étude est d'identifier les facteurs de la baisse de la mortalité observée des enfants au Burkina Faso entre 2003 et 2010. De façon spécifique, il s'agira de : (i) déterminer la proportion de la baisse de la mortalité des enfants due au changement dans la composition sociale (effet de composition) et (ii) déterminer la proportion de la baisse de la mortalité due au changement des risques de mortalité dans toutes les catégories socio-économiques (effet de performance ou de comportement).

1. METHODOLOGIE

1.1. Présentation du Burkina Faso

Le Burkina Faso est un pays enclavé situé dans la boucle du Niger. Il s'étend sur 272 967 km² et est limité au nord et à l'ouest par le Mali, au nord-est par le Niger, au sud-est par le Bénin et au sud par le Togo, le Ghana et la Côte d'Ivoire. Le Burkina Faso est un pays à vocation agricole et à faible revenu. Sa population était de 14 017 262 habitants en 2006 avec 52 % de femmes et 17,5% âgée de moins de cinq ans (INSD, 2006, p. 75). Une part importante de ses habitants vit dans la pauvreté qui a connu une évolution différente selon le milieu de résidence entre 2003 et 2009. En effet, les enquêtes sur les conditions de vie des ménages burkinabè de 2003 et 2009 ont révélé, que le pourcentage des pauvres connaît une hausse en milieu urbain (21,7% à 25,2%), mais une baisse relative en milieu rural (54,6% à 52,8%) (INSD, 2011, p. 39). Cependant, la fécondité demeure toujours élevée dans un contexte de forte mortalité malgré ses tendances à la baisse. L'Indice Synthétique de Fécondité

reste quasi stable passant de 6,2 à 6,0 enfants par femmes (INSD et ICF International, 2012, p. 55). En matière de politique sanitaire, le Burkina Faso a lancé plusieurs initiatives de lutte contre les causes immédiates de la mortalité infantile tout en renforçant celles en vigueur depuis le début des années 2000. Fait partie de ces initiatives, la poursuite et le renforcement du Programme Elargi de Vaccination (PEV) initialement lancé au Burkina Faso en juin 1980 (Ministère de la Santé, 2013a, p. 2). En 2005, le plan de Prise en

Charge Intégrée de la Maladie de l'Enfant (PCIME) a été engagé (Ministère de la Santé, 2006, p. 17). Ces interventions consistent d'une part à lutter contre les maladies fréquentes des enfants que sont la tuberculose, la poliomyélite, la rougeole, la fièvre jaune, le tétanos, la diphtérie et la coqueluche, l'*Haemophilus influenzae* B et l'Hépatite B. D'autre part, elles visent l'amélioration de la prise en charge des maladies courantes de l'enfant, pneumonie, diarrhée, paludisme, et malnutrition.

Carte n°1 : Localisation du Burkina Faso



Source : INSD et ICF International (2012, p. xxiv)

1.2. Données utilisées

L'étude a utilisé les données des EDS (Enquêtes Démographiques et de Santé) 2003 et 2010 (la dernière) du Burkina Faso réalisées. La méthodologie d'échantillonnage de toutes les EDS suit un modèle standard. L'échantillon est représentatif du découpage administratif au niveau régional basé sur un sondage par grappes

stratifiées à deux degrés. Alors les indicateurs de ces enquêtes peuvent faire l'objet de comparaison dans le temps même si la taille l'échantillon a varié d'une enquête à l'autre. Dans chaque EDS, après avoir choisi les grappes de façon aléatoire, les ménages sont sélectionnés dans chaque grappe. Les femmes âgées de 15-49 ans des ménages tirés sont interviewées pour le questionnaire femmes. Il est collecté auprès de celle-ci des informations détaillées sur chacune

des naissances vivantes qu'elles ont obtenues. Le taux de réponses de chacun des deux EDS 2003 et 2010 est supérieur à 90%. La population étudiée est composée des enfants de moins d'un an révolu, vivants ou non, nés au cours des cinq dernières années précédant les deux enquêtes. Ainsi, les naissances vivantes incluses dans cette étude sont 6453 (dont 505 décès) entre 1998 et 2002 pour l'EDS 2003 et 9139 (dont 608 décès) entre et 2005-2009 pour celle 2010.

1.3. Cadre théorique de l'étude

Sur le plan conceptuel, cette étude combine deux cadres théoriques de l'analyse de la mortalité des enfants dans les pays en développement. Il s'agit du cadre analytique de la mortalité de W. H. Mosley et L. C. Chen (1984, p. 29), étendu par N. Sastry (1997, p. 992) et le schéma d'analyse proposé par M. Garenne et P. Vimard (1984, p. 307). Le premier de ces cadres analytiques repose sur l'idée selon laquelle les facteurs socioéconomiques, culturels et politiques de mortalité agissent à travers les facteurs biologiques pour influencer la survie. Sur cette base, ce cadre analytique regroupe les déterminants de la mortalité en trois grands groupes. Le premier groupe concerne les facteurs individuels ou génétiques. Le second groupe renferme les variables liées au ménage et le troisième groupe de facteurs concerne les facteurs communautaires.

Le cadre analytique proposé par M. Garenne et P. Vimard (1984, p. 306-309) fait dépendre quant à lui, la cause clinique de la mortalité dans l'enfance de plusieurs variables intermédiaires à savoir, le capital santé, l'exposition aux maladies, le comportement en matière de santé, la nutrition et l'immunité. Ce cadre analytique fait ensuite dépendre, les variables intermédiaires des variables indépendantes, à savoir, le climat, la saison, le milieu de résidence, le revenu du ménage et l'accès aux soins, l'instruction parentale, la qualité de l'habitat, le sexe et l'âge ainsi que les coutumes, les politiques de santé et l'efficacité du système de

santé. Enfin, il fait dépendre, les variables indépendantes des variables discriminantes qui permettent de catégoriser les pays et régions du monde ; le niveau de développement économique, le régime de politique de santé.

La revue empirique des études sur les déterminants de la mortalité infantile en Afrique au Sud du Sahara réalisées en coupe transversale, montre que les facteurs de risque de cette mortalité sont multiples et s'associent en réalité pour expliquer les taux de décès des nourrissons. Ces études accréditent la pertinence du cadre analytique de mortalité de W. H. Mosley et L. C. Chen (1984, p. 27-29), revu par N. Sastry (1997, p. 992) qui se recoupe avec celui M. Garenne et P. Vimard (1984, p. 306-309) dans l'analyse les facteurs de risque de mortalité.

1.4. Variables

La variable dépendante dans cet article est la survie de l'enfant de moins d'un an révolu né au cours des cinq dernières années précédant les deux enquêtes.

Les prédicateurs potentiels de la mortalité infantile retenus comprennent des caractéristiques du ménage, de l'enfant, des parents, l'accès aux soins de santé. Font partie des caractéristiques du ménage, le milieu de résidence, le niveau de revenu du ménage et les accès à l'eau potable et aux toilettes hygiéniques. L'accès à l'eau potable, aux toilettes hygiéniques ou résider en milieu urbain sont présumés être associés à de faibles risques de mortalité infantile. Concernant, la taille du ménage, elle est supposée être négativement associée à la mortalité.

Parmi les variables caractéristiques de la mère et du père, ont été retenus, la classe d'âge de la mère, la co-résidence avec son conjoint, sa religion, l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide par la mère, le niveau d'éducation du père et de la mère ainsi que l'interaction entre ces deux variables. Les

maternités précoces et tardives sont supposées être positivement associées à la mortalité infantile. Par contre, il est attendu une relation négative entre le niveau d'éducation des parentes et la mortalité des enfants. Par ailleurs, étant donné que la femme et son époux entretiennent dans leur ménage des rapports humains, cette étude de cas du Burkina Faso innove en étudiant comment se comporte le risque de mortalité dans les différentes configurations des niveaux d'éducation possibles des deux parents. A cet égard, cette étude présume que le risque de mortalité infantile est élevé dans les situations où le niveau d'éducation de la femme est plus élevé que celui de l'homme. En raison de certaines valeurs défendues par les religions autres que chrétiennes, il est attendu de la pratique de ces religions, une plus forte association avec la probabilité de mortalité infantile.

Au nombre des variables caractéristiques de l'enfant, figurent le sexe, la gémellité, l'ordre de naissance, l'intervalle inter-général et l'interaction entre le rang de naissance et cet intervalle. Il s'agit ici aussi d'une originalité de cet article par rapport à la littérature existante sur le sujet au Burkina Faso que d'étudier l'interaction entre rang de naissance et l'intervalle inter-général. Font également partie des caractéristiques de l'enfant, l'utilisation ou pas par celui-ci de la moustiquaire. Il est attendu de la non utilisation de ce moyen de protection contre les piqûres de moustiques, un risque élevé de mortalité. Pour le sexe de l'enfant, il est attendu de la masculinité, qu'elle soit associée à un risque de mortalité élevé, de même que la gémellité. En ce qui concerne le rang de naissance, il est attendu que les premiers rangs et les rangs de naissance élevés soient associés à des risques de mortalité élevés. Quant à l'interaction entre ordre de naissance et rang de naissance, il est attendu de cette variable, qu'elle mette en évidence que l'association entre rang de naissance élevé et faible intervalle de naissance accroisse le risque de mortalité infantile.

Enfin, le dernier groupe de prédicteurs retenu concerne les variables d'accès aux soins préventifs et curatifs notamment par la mère. Il s'agit notamment de l'accès de la mère aux soins prénataux, aux soins postnataux, de la vaccination de la mère au cours de la grossesse contre le tétanos, du nombre de visites prénatales. Il est attendu de l'accès de la mère aux soins prénataux qu'il soit associé à un faible risque de mortalité infantile. De même, plus grand est le nombre de consultations prénatales et moins élevé est le risque de mortalité de l'enfant. Le risque de mortalité infantile est de même plus faible à mesure que le nombre de vaccins antitétaniques pris est élevé. Ce dernier groupe de variables sont le résultat de la demande de soins satisfaite par l'offre. Elles sont utilisées pour contrôler les effets potentiels des caractéristiques de la mère et du ménage afin de mieux saisir l'effet de comportement ou de performance. Bien que ces informations sur les soins obstétricaux ne soient collectées que pour la dernière naissance vivante, ce sous-échantillon est représentatif des naissances vivantes au cours des cinq années précédant l'enquête.

1.5. Analyses statistiques

Le point de départ de l'analyse a consisté en l'estimation des proportions des décès infantiles et selon les prédicteurs identifiés à l'issue de la revue de littérature menée et ce, pour les deux années de l'étude (2003 et 2010). Afin d'identifier les prédicteurs de la mortalité infantile les plus pertinents de ceux ayant découlé de la revue de littérature, les tests de significativité de la différence entre les proportions de décès à l'intérieur de chaque prédicteur entre 2010 et 2003 ont d'abord été réalisés. A cette étape, seuls les prédicteurs pour lesquels la différence des proportions de décès entre les deux dates a été trouvée significative, ont été retenus. Ensuite, ils ont été utilisés comme variables explicatives dans une série de régressions logistiques. Trois modèles de régressions logistiques ont été estimés. Le modèle M1 utilise les prédicteurs concernant les

caractéristiques du ménage, de la mère et de l'enfant. Le modèle M2 utilise les mêmes variables du ménage, de la mère et de l'enfant mais sur les échantillons des dernières naissances des femmes. Le modèle M3 est une extension du modèle M2 en incluant les variables d'accès aux soins préventifs dans la régression. L'objectif de cette stratégie est de contrôler la stabilité des effets des variables du ménage de la mère et de l'enfant. La régression logistique ajustée a servi au calcul du risque relatif ajusté (RRA) associé à chaque prédicteur et à l'estimation de la significativité de ce risque.

Les facteurs de risque de mortalité infantile étant ainsi identifiés, les analyses économétriques ont été poursuivies pour quantifier les contributions

des effets de composition sociale et de performance à la baisse constatée de la mortalité infantile au Burkina Faso entre 2003 et 2010. Ceci a été fait grâce au recours à la technique de décomposition multivariée établie par D. A. Powers, H. Yoshioka et M. Yun, 2011 (2011). Les parts contributives aux effets de composition et de performance de chacun des facteurs de risque retenus dans les estimations logistiques ont ensuite été calculées. La décomposition multivariée est une technique permettant d'analyser la variation entre deux périodes ou entre deux individus, d'un phénomène mesuré par exemple par un taux. Soit la différence de mortalité infantile mesurée dans l'équation 1 ci-après :

$$Y_{2010} - Y_{2003} = F(X_{2010} \beta_{2010}) - F(X_{2003} \beta_{2003}) \quad (1)$$

$$= F(\underbrace{X_{2010} \beta_{2010}}_{\text{Effet de Composition (Dotation)}}) - F(\underbrace{X_{2003} \beta_{2010}}_{\text{Effet de Performance (Coefficients)}}) + F(\underbrace{X_{2003} \beta_{2010}}_{\text{Effet de Performance (Coefficients)}}) - F(\underbrace{X_{2003} \beta_{2003}}_{\text{Effet de Performance (Coefficients)}})$$

Effet de Composition (Dotation)

Effet de Performance (Coefficients)

La décomposition multivariée permet de répartir la baisse totale de la mortalité infantile entre deux parts : la part liée aux changements dans la composition sociale ou les dotations (X_{2010} et X_{2003} dans l'équation 1), et celle liée au changement des effets des variables ou des dotations cernées dans l'équation 1 par β_{2010} et β_{2003} .

2. RESULTATS

2.1. Les tendances de la mortalité infantile et sa distribution à l'intérieur des prédicteurs

Le tableau n°1 donne à la fois le nombre d'enfants de moins d'un an nés au cours des cinq années précédant l'enquête et les estimations pondérées de la proportion de décès infantile enregistrée en 2003 et 2010. Concernant les caractéristiques du ménage, quelle que soit l'année, la mortalité est plus élevée en milieu

rural qu'en milieu urbain. De même, elle est plus élevée dans les ménages pauvres que dans les ménages riches, dans les ménages de petite taille que dans ceux de grande taille. Elle est également plus élevée dans les ménages vivant sans accès aux toilettes hygiéniques que dans les autres. En ce qui concerne la baisse de la mortalité entre les deux dates, elle est significative au risque d'erreur statistique de 5% pour le milieu rural, pour les ménages fortunés, pour les ménages de petite taille et pour ceux disposant de toilettes hygiéniques.

Concernant les caractéristiques des parents des enfants, quelle que soit l'année considérée, la mortalité est plus élevée chez les mères jeunes que chez les mères des autres classes d'âge. Il en est de même du fait pour la mère de vivre avec son conjoint. La baisse de la mortalité à l'intérieur de ce prédicteur entre 2003 et 2010 n'est pas significative au seuil statistique cité par contre, elle l'est pour l'appartenance de la mère à la classe d'âge (20-29 ans). En ce qui concerne le niveau d'instruction de la mère, la baisse de la mortalité n'est significative que pour les mères

de niveau d'instruction supérieur ou égal au niveau secondaire. En outre, la distribution des décès infantiles à l'intérieur des modalités de la variable « instruction de la mère » a évolué au cours du temps ; le niveau d'instruction secondaire et plus, est passé de modalité associée à une mortalité élevée en 2003, à la modalité associée au plus faible risque de mortalité en 2010. La même tendance est observée dans le temps entre niveau d'instruction du père et la mortalité dans l'enfance; avec ici aussi, le niveau d'instruction secondaire et plus du père, passant de la modalité à risque de mortalité la plus élevée en 2003 à la plus faible en 2010. Ici par contre, la baisse de la mortalité n'est significative que

chez les pères sans aucune instruction. En termes d'interaction entre les niveaux d'instruction des parents, il apparaît que la mortalité est élevée dans les ménages où le niveau d'instruction de la mère est supérieur à celui du père en 2003 et c'est également et uniquement dans cette catégorie de ménage que la baisse de la mortalité s'est révélée significative entre les deux dates. Les religions musulmanes et les autres religions traditionnelles se révèlent être associées à de plus forts risque de mortalité comparativement à la religion chrétienne. Toutefois, la baisse de la mortalité entre les deux années n'est significative que dans la strate des mères de confession musulmane.

Tableau n°1 : Evolution de la mortalité infantile entre 2003 et 2010 à l'intérieur des prédicteurs – Niveau national

Variables	EDS 2003				EDS 2010				Diff	p-value
	n	d	%	IC [95%]	n	d	%	IC [95%]		
Caractéristiques du ménage										
Résidence										
Rural	5400	437	8,28	[7,45-9,2]	7196	514	7,04	[6,41-7,73]	-1,24	*
Urbain	1053	68	6,8	[4,89-9,39]	1943	94	4,69	[3,66-6]	-2,11	
Richesse										
Pauvre	2476	231	9,53	[8,16-11,11]	3047	233	7,71	[6,72-8,84]	-1,82	
Moyen	1826	132	7,04	[5,78-8,55]	3046	225	7,29	[6,27-8,45]	0,25	
Riche	2151	142	7,29	[5,88-9,01]	3046	150	4,82	[3,98-5,83]	-2,47	**
Taille ménage										
Faible	935	117	12,67	[10,43-15,31]	1853	165	9	[7,64-10,57]	-3,67	*
Moyenne	1821	142	7,55	[6,19-9,18]	3374	201	5,88	[5,05-6,83]	-1,67	
Grande	3697	246	7,03	[6,03-8,19]	3912	242	6,22	[5,35-7,22]	-0,81	
Source d'eau améliorée										
Non	2855	251	9,21	[7,98-10,61]	2302	199	8,43	[7,26-9,78]	-0,78	
Oui	3595	254	7,12	[6,15-8,24]	6837	409	6	[5,39-6,68]	-1,12	
Type toilette										
Non	4794	394	8,28	[7,4-9,26]	6820	493	7,16	[6,48-7,9]	-1,12	
Oui	1649	109	7,46	[5,97-9,3]	2317	115	5,09	[4,13-6,26]	-2,37	*
Caractéristiques de la mère et du père										
Age de la mère										
<20 ans	1017	111	10,7	[8,72-13,07]	1395	120	8,77	[7,23-10,59]	-1,93	
20-29 ans	3135	235	7,99	[6,86-9,27]	4758	296	6,19	[5,5-6,96]	-1,8	*
30 ans et plus	2301	159	7,02	[5,76-8,55]	2986	192	6,38	[5,38-7,56]	-0,64	
Vivre avec le conjoint										
Non	773	62	7,93	[5,91-10,55]	918	66	7,15	[5,42-9,37]	-0,78	
Oui	5680	443	8,11	[7,27-9,03]	8221	542	6,6	[6,03-7,22]	-1,51	**
Instruction de la mère										

Aucun	5637	440	8,07	[7,26-8,97]	7677	536	7	[6,37-7,68]	-1,07	
Primaire	576	45	7,51	[5,49-10,18]	1017	53	5,09	[3,8-6,79]	-2,42	
Secondaire et plus	240	20	9,7	[6,3-14,66]	445	19	3,87	[2,23-6,64]	-5,83	*
Instruction du père										
Aucun	5712	457	8,25	[7,42-9,15]	7541	529	6,94	[6,3-7,62]	-1,31	*
Primaire	454	27	5,28	[3,41-8,09]	1034	49	5,65	[4,02-7,89]	0,37	
Secondaire	287	21	8,71	[5,21-14,21]	564	30	4,54	[3,04-6,73]	-4,17	
Instruction des parents										
Aucun	5236	414	8,22	[7,36-9,16]	6841	493	7,14	[6,48-7,87]	-1,08	
edufem<edumari	477	32	6,96	[4,54-10,55]	995	53	5,74	[4,23-7,75]	-1,22	
edumari<edufem	503	45	8,35	[6,18-11,17]	771	40	5,08	[3,67-7]	-3,27	*
edu même nivo	237	14	6,58	[3,56-11,84]	532	22	3,94	[2,32-6,63]	-2,64	
Religion de la mère										
Chrétien	1728	131	7,6	[6,11-9,42]	2500	149	6,04	[5,16-7,07]	-1,56	
Musulman	3674	294	8,26	[7,22-9,43]	5639	360	6,47	[5,74-7,28]	-1,79	**
Autre religion	1049	80	8,21	[6,33-10,6]	977	98	9,5	[7,36-12,17]	1,29	
Caractéristiques de l'enfant										
Sexe de l'enfant										
Féminin	3101	238	8,09	[7,01-9,32]	4470	281	6,28	[5,53-7,12]	-1,81	*
Masculin	3352	267	8,09	[7,12-9,17]	4669	327	7,02	[6,25-7,87]	-1,07	
Naissance multiple										
Non	6259	461	7,72	[6,94-8,57]	8787	514	5,88	[5,36-6,46]	-1,84	***
Oui	194	44	19,86	[13,5-28,25]	352	94	25,58	[20,47-31,45]	5,72	
Intervalle de naissance										
<24 mois	2011	202	10,22	[8,66-12,04]	2748	275	9,87	[8,7-11,18]	-0,35	
24-35 mois	1933	181	9,53	[8,09-11,2]	2762	191	6,95	[5,95-8,1]	-2,58	**
35 mois	2500	120	4,96	[4,03-6,1]	3618	139	3,83	[3,22-4,57]	-1,13	
Ordre de naissance										
1 ^{er}	1231	110	9,01	[7,15-11,3]	1754	129	7,44	[6,16-8,97]	-1,57	
2 à 4	2826	211	7,9	[6,76-9,22]	4197	236	5,76	[5,03-6,59]	-2,14	**
5 et +	2396	184	7,82	[6,59-9,27]	3188	243	7,4	[6,4-8,54]	-0,42	
Ordre et intervalle										
1 ère naissance	1231	110	9,01	[7,15-11,3]	1754	129	7,44	[6,16-8,97]	-1,57	
<24 mois et 2 à 4 ^e rang	427	42	10,29	[7,06-14,77]	539	72	12,36	[9,79-15,48]	2,07	
<24 mois et 5 ^e rang et plus	353	50	14,14	[10,1-19,46]	455	74	15,68	[12,25-19,86]	1,54	
24-35 mois et 2 à 4 ^e rang	1044	101	9,82	[7,92-12,12]	1558	89	6,05	[4,83-7,55]	-3,77	**
24-35 mois et 5 ^e rang et plus	889	80	9,19	[7,28-11,53]	1204	102	8,11	[6,56-9,99]	-1,08	
35 mois et 2 à 4 ^e rang	1346	66	5,39	[4,08-7,1]	2089	72	3,61	[2,82-4,61]	-1,78	*
35 mois et 5 ^e rang et plus	1154	54	4,45	[3,22-6,1]	1529	67	4,14	[3,19-5,36]	-0,31	
Moustiquaire enfant										
Non	5129	414	8,35	[7,45-9,34]	3720	279	7,38	[6,47-8,41]	-0,97	
Oui	1324	91	7,2	[5,76-8,96]	5419	329	6,12	[5,47-6,84]	-1,08	
Accès aux soins curatifs et préventifs^(N1)										
Accès aux soins prénataux										
Non	927	47	4,6	[3,32-6,32]	271	12	4,43	[2,32-8,3]	-0,17	
Oui	2641	85	3,31	[2,56-4,29]	4688	134	2,9	[2,41-3,49]	-0,41	
Nombre cpn										

Déterminants et sources de la baisse de la mortalité infantile au Burkina Faso

Aucune visite	927	47	4,6	[3,32-6,32]	271	12	4,43	[2,32-8,3]	-0,17	
<4 visites	1895	58	3,15	[2,31-4,28]	2920	99	3,5	[2,8-4,37]	0,35	
4 visites et plus	746	27	3,74	[2,44-5,69]	1768	35	1,89	[1,33-2,68]	-1,85	*
Vaccin anti-tétanos										
Aucune injection	1174	52	3,93	[2,92-5,26]	539	21	3,86	[2,41-6,15]	-0,07	
<3 injections	2073	68	3,69	[2,78-4,87]	3906	123	3,22	[2,65-3,91]	-0,47	
+3 injections	321	12	2,63	[1,31-5,21]	514	2	0,49	[0,12-1,98]	-2,14	*
Lieu d'accouchement										
Autre lieu	1968	75	3,47	[2,68-4,48]	1392	49	3,79	[2,73-5,22]	0,32	
Centre de santé	1600	57	3,95	[2,92-5,32]	3567	97	2,66	[2,17-3,27]	-1,29	
Consultation postnatal										
Non	2979	115	4	[3,23-4,94]	803	33	4,23	[2,92-6,08]	0,23	
Oui	589	17	2,08	[1,17-3,66]	4156	113	2,75	[2,24-3,38]	0,67	
Moustiquaire mère										
Non	2140	86	3,95	[3,07-5,07]	1433	49	3,32	[2,48-4,43]	-0,63	
Oui	1428	46	3,33	[2,38-4,63]	3526	97	2,85	[2,27-3,58]	-0,48	
Total enfants nés	6453	505	8,08	[7,30-8,94]	9139	608	6,65	[6,08-7,26]	-1,43	**

Sources : EDS Burkina Faso (2003 et 2010), calculs des auteurs

NOTES : n= nombre d'enfants nés ; d= nombre d'enfants décédés ; IC [95%]= intervalle de confiance au seuil de 95% ; Diff= différence de P entre les EDS 2003 et 2010 ; * indique p-value<0,05 ; ** indique p-value <0,01 et *** indique p-value <0,001. (N1) concernent uniquement les derniers naissances vivantes, NEDS2003=3568 et NEDS2010=4959

Concernant les caractéristiques de l'enfant, si le sexe de l'enfant n'a pas été un facteur discriminant dans la mortalité en 2003, il l'a été en 2010, grâce à une baisse significative de la mortalité chez les enfants de sexe féminin. Le premier rang de naissance ainsi que ceux élevés (5e et plus) sont associés à des risque de mortalité plus élevé que le rang intermédiaire (2e à 4e). C'est d'ailleurs dans cette classe que le risque de mortalité infantile a significativement baissé entre 2003 et 2010. L'intervalle inter-génésique est également un prédicteur de mortalité. L'analyse de l'association entre la durée de l'intervalle de naissance précédant et la mortalité infantile révèle un risque de mortalité plus élevé pour les intervalles de moins de 24 mois comparativement aux autres durées des intervalles de naissance. En outre, à propos de l'association entre intervalle inter-génésique et mortalité infantile, la baisse de la mortalité entre 2003 et 2010 n'est significative que pour les

intervalles de naissance situés entre 24 et 35 mois. L'interaction entre intervalle de naissance et rang de naissance montre aussi que la baisse de la mortalité n'est significative que pour les rangs de naissance et les intervalles de naissance médians.

Enfin, relativement aux variables d'accès aux soins, ont été trouvées les associations négatives attendues entre le risque de mortalité, le nombre de visites prénatales et le nombre de prises du vaccin antitétanique. Pour le nombre de visites prénatales, la baisse de la mortalité n'est significative qu'à partir de la 4e visite ; pour le vaccin antitétanique, à partir de la troisième prise. Le risque de mortalité est également plus faible chez les enfants nés dans un centre de santé de même que ceux ayant bénéficié de soins post-natals. La possession de moustiquaire par la mère n'est pas facteur discriminant du risque de décès. A ce stade, les variables pour lesquelles la variation de la mortalité a été trouvées non significative, ont été exclues des étapes suivantes de l'analyse à savoir les analyses multivariées. Il s'agit de l'utilisation de moustiquaires par

l'enfant. Mais les variables de soins obstétricaux ont été maintenues pour contrôler les effets des variables (du ménage, de la mère et l'enfant) significatives dans la baisse de la mortalité. Par ailleurs, les variables, instruction (de la mère et du père), rang et intervalle de naissance, ont été exclues. Mais leurs combinaisons ont été retenues : instruction de la mère et du père, rang et intervalle de naissance de l'enfant.

2.2. Les facteurs de la mortalité infantile au Burkina en 2003 et 2010

Recours a été fait à des régressions logistiques multivariées pour identifier les caractéristiques des ménages, des parents des enfants et des enfants eux-mêmes, en les contrôlant par les variables d'accès aux soins qui sont significativement associées au risque de décès des enfants.

Le tableau n°2 ci-dessous présente les risques relatifs (RR) de décès infantile selon chacun des prédicteurs retenus dans les groupes de caractéristiques considérés dans cette analyse. Pour rappel, les modèles M2 et M3, ont servi à vérifier dans le sous échantillon des dernières naissances vivantes des femmes, la stabilité des effets des prédicteurs du modèle M1.

Ainsi, parmi les variables caractéristiques des ménages, seule la taille du ménage s'est révélée significativement associée à la mortalité infantile dans le modèle M1 en 2003 et 2010. En effet, l'association entre la taille du ménage et la survie des enfants met quant à elle en évidence, le fait que les ménages de grandes et moyennes tailles accroissent la survie des enfants. Les RRA ajustés associés aux ménages de grandes et moyennes tailles sont de 0,5 en 2003 et 2010 contre 1, pour les ménages de petites tailles. Ici en tenant compte des facteurs de confusion, l'effet protecteur d'enfants, des ménages de grandes tailles disparaît en 2010 (modèle M3). Particulièrement, le milieu de résidence est significatif dans le modèle M2 en 2003 et 2010. Le RRA de mortalité associé au fait qu'un enfant

réside en milieu urbain est de manière inattendue, 2,5 fois plus élevé que celui lié au fait qu'il réside en milieu rural. Quoiqu'en baisse, cet effet demeure en 2010 même en tenant compte des facteurs de confusions.

Concernant le lien entre les variables caractérisant des parents d'enfants et la mortalité infantile, c'est seulement l'interaction entre les niveaux d'instruction des parents qui est apparue significativement associée au risque de décès avant le premier anniversaire dans le modèle M3. En effet, en 2003, au seuil d'erreur statistique toléré de 5%, c'est seulement dans les ménages où le niveau d'instruction du mari est supérieur à celui de la femme que le RRA de mortalité infantile est significativement faible (41%) comparativement aux ménages dans lesquels, les deux n'ont aucun niveau d'instruction (100%). Ni la classe d'âges de la mère, ni sa religion, encore moins sa co-résidence avec son conjoint ne se sont révélés être significativement associés au risque de mortalité.

En ce qui concerne la relation entre les variables caractéristiques des enfants et leur probabilité de décès avant l'âge d'un an, ce sont seulement, la gémellité et l'interaction entre l'ordre de naissance et l'intervalle inter-général qui se sont révélés être significativement associés au risque de décès infantile. La gémellité accroît d'environ 3,3 fois le risque de décès comparativement à une naissance unique en 2003. L'effet positif de la gémellité sur la mortalité qui demeure significatif en 2010, a de plus, plus que doublé avec un RRA de 6,95 comparativement aux naissances non multiples (RRA=1). En tenant compte des facteurs de contrôle (M3), cette relation demeure en 2003 et 2010. Quant à l'interaction entre le rang et l'intervalle de naissance, elle révèle que les naissances de rang égal ou supérieur à 5 et intervenant après de brefs intervalles inter-général (moins de 24 mois) accroissent substantiellement le risque de décès infantile. En effet, pour les naissances intervenant dans ces circonstances, le RRA est 2,71 fois plus élevé

que celui des naissances de premier rang en 2003. Ce risque relatif ajusté demeure significatif en 2010 (modèle M3).

Enfin, en ce qui concerne les relations entre les variables de contrôle et la mortalité dans le modèle ajusté (modèle M3), des associations significatives ont été trouvées entre le nombre de prises de l'antigène antitétanique par les femmes enceintes et le risque de décès infantile en 2010. En effet, comparativement à une femme n'ayant

pris aucune dose du vaccin contre le tétanos lors de la grossesse, la femme ayant reçu au-delà de 3 doses garantit un faible RRA de 0,18 de décès à son enfant avant son premier anniversaire. Ces résultats du modèle M3 en 2003 et 2010 attestent que les effets trouvés dans le modèle M1 sont stables (sens des relations non perturbés) consistants (faible variation des coefficients de régression) pour évaluer les effets de compositions et les effets de comportement.

Tableau n°2 : Risques relatifs (RR) de mortalité ajustés associés aux prédicteurs retenus

Variables	2003			2010		
	M1	M2	M3	M1	M2	M3
Résidence						
Rural	1	1	1	1	1	1
Urbain	0,93	2,51 *	2,31	0,91	1,85 *	1,95 *
richesse						
Pauvre	1	1	1	1	1	1
Moyen	0,79	0,7	0,72	1,04	1,03	1,05
Riche	0,86	0,57	0,61	0,78	0,78	0,82
taille ménage						
Faible	1	1	1	1	1	1
moyenne	0,57 **	0,32 ***	0,32 ***	0,58 ***	0,76	0,76
Grande	0,52 ***	0,27 ***	0,28 ***	0,54 ***	0,67	0,68
source d'eau						
Non	1	1	1	1	1	1
Oui	0,79	0,67	0,67	0,82	0,69	0,74
type toilette						
Non	1	1	1	1	1	1
Oui	1,11	1,4	1,31	1,07	1,02	1,07
Caractéristiques de parents						
âge de la mère						
<20 ans	1	1	1	1	1	1
20-29 ans	0,76	2,02	1,98	0,82	0,91	0,95
30 ans et plus	0,65	3,16	3,04	0,83	1,13	1,22
vivre avec le conjoint						
Non	1	1	1	1	1	1
Oui	1,05	0,75	0,72	0,9	0,79	0,8
instruction des parents						
Aucun	1	1	1	1	1	1
edufem<edumari	0,9	0,44	0,41 *	0,86	0,53	0,55
edumari<edufem	1,11	1,28	1,22	0,81	1,14	1,25
edu même	0,79	0,35	0,34	0,64	0,36	0,39

religion de la mère												
chrétien	1		1		1		1		1			
musulman	1,02		0,65		0,63		1		1,01		0,99	
autre religion	0,99		1,05		0,95		1,37		1,42		1,35	
Caractéristiques de l'enfant												
sexe de l'enfant												
féminin	1		1		1		1		1		1	
masculin	1,01		1,23		1,23		1,13		1,3		1,35	
naissance multiple												
Non	1		1		1		1		1		1	
Oui	3,3	***	3,36	**	3,46	**	6,95	***	6,94	***	7,42	***
ordre et intervalle naissance												
1 ère naissance	1		1		1		1		1		1	
<24 mois et 2 à 4 rang	1,35		0,54		0,54		1,92	**	1,72		1,59	
<24 mois et 5è rang et plus	2,71	***	3,79		3,93		2,71	***	3,02	*	2,72	*
24-35 mois et 2 à 4 rang	1,41		2,28		2,28		0,88		0,69		0,64	
24-35 mois et 5è rang et plus	1,63		2,15		2,18		1,22		1,4		1,23	
35 mois et 2 à 4 rang	0,79		1,55		1,54		0,57	**	0,52		0,47	
35 mois et 5è rang et plus	0,77		1,29		1,3		0,58	*	0,89		0,77	
Accès aux soins												
nombre CPN												
aucune visite					1						1	
<4 visites					0,63						1,07	
4 visites et plus					0,78						0,64	
vaccin antitétanique												
aucune injection					1						1	
<3 injections					1,16						1,13	
+3 injections					0,74						0,18	*
lieu d'accouchement												
autre lieu					1						1	
centre de santé					1,3						1,06	
consultation postnatal												
non					1						1	
oui					0,64						0,71	
moustiquaire mère												
non					1						1	
oui					0,92						0,93	
N	6430		3558		3558		9103		4941		4941	

Sources : EDS Burkina Faso 2003 et 2010, calculs des auteurs

NOTES : * indique p-value<0,05 ; ** indique p-value <0,01 et *** indique p-value <0,001

2.3. Les sources de la baisse de la mortalité infantile au Burkina Faso entre 2003 et 2010

La suite de l'analyse a donc consisté à évaluer les parts de chaque facteur dans la baisse constatée de la mortalité entre les deux enquêtes. Toutefois, la baisse entre 2003 et 2010 n'est pas significative dans la strate urbaine (Tableau n°1). Celle-ci a logiquement été exclue de l'analyse

des sources de la baisse du taux de mortalité infantile. Le Tableau n°3 qui présente les résultats globaux de la décomposition des sources de la baisse de la mortalité atteste de la pertinence de ce choix méthodologique. En effet, le modèle de décomposition est inadapté en milieu urbain car ni le coefficient de l'effet de composition, ni celui de l'effet de comportement, ni même le coefficient du différentiel total de la mortalité entre 2003 et 2010 n'ont été trouvés

significatifs. Le milieu urbain comptant pour près de 15% des échantillons, l'emploi du modèle de décomposition des sources de la baisse à l'échelon national en a été également affecté. En effet, le Tableau n°4 qui donne les résultats de la décomposition pour le niveau national, révèle que les effets de composition et de comportement (effet de performance) ne sont pas significatifs selon le milieu de résidence.

Tableau n°3: Résultats globaux de la décomposition multivariée des sources de baisse de la mortalité en milieu rural

Entités	Source de baisse	Coefficients	P-value	%
National (N=15592)	Effet de composition	-0,0013087	0,306	-9,06
	Effet de comportement	0,015738	0,002	109,07
	Différence totale	0,01443	0,003	100
Urbain (N=2996)	Effet de composition	-0,0053994	0,159	-24,88
	Effet de comportement	0,027096	0,049	124,89
	Différence totale	0,021696	0,074	100
Rural (N=12596)	Effet de composition	-0,0011559	0,359	-9,30
	Effet de comportement	0,013571	0,013	109,31
	Différence totale	0,012415	0,019	100

Sources : EDS Burkina Faso 2003 et 2010, calculs des auteurs

Tableau n°4 : Résultats de la décomposition détaillée de la baisse de la mortalité au niveau national

variables	Décomposition basée sur M1				Décomposition basée sur M3			
	Composition		Changement		Composition		Changement	
	%	Pvalue	%	Pvalue	%	Pvalue	%	Pvalue
Milieu de résidence								
rural	2,09		-13,33		-12,97		-36,25	
urbain	2,09		2,63		-12,93		9,88	
Taille ménage								
faible	-13,69		1,19		-32,45		47,89	
moyenne	10,67		-0,65		19,35		-34,98	
grande	-24,35		-1,79		-49,62		-46,92	
Instruction des parents								
aucun	5,38		-40,51		21,71		-11,90	
edufem<edumari	2,11		-4,00		13,05		-8,28	
edumari<edufem	-0,86		5,47		-6,02		2,83	
edu même	3,89		1,26		12,32		4,28	

Naissance multiple							
non	-4,10		116,87	**	-3,71		114,11
oui	-4,12		-4,58	**	-3,64		-2,83
Ordre et intervalle de naissance							
1 ère naissance	-0,13		-1,28		-5,33		-40,05
<24 mois et 2 à 4 rang	1,25		-8,73	*	-8,58		-26,48
<24 mois et 5è rang et plus	3,03		-4,73		8,86		0,60
24-35 mois et 2 à 4 rang	-0,91		21,91	*	1,00		45,02
24-35 mois et 5è rang et plus	1,05		2,42		3,10		13,05
35 mois et 2 à 4 rang	9,04		16,48		1,51		70,81
35 mois et 5è rang et plus	-1,59		3,18		0,06		22,26
vaccin antitétanique							
aucune injection					36,56		-20,43
<3 injections					-14,80		-146,48
+3 injections					4,88		39,99
constante							
Constantes			17,26				131,85
Total source	-9,07		109,07		-27,97		127,97
N2003 + N2010			15592				8527

Sources : EDS Burkina Faso (2003 et 2010), calculs des auteurs

NOTES : * indique p-value<0,05 ; ** indique p-value <0,01 et *** indique p-value <0,00

Ainsi, le tableau n°3 présente les résultats globaux de l'estimation des sources de la baisse de 12,41 points (de 82,8‰ à 70,4‰), de la mortalité infantile en milieu rural entre 2003 et 2010. La décomposition se base sur les prédicteurs sélectionnés au modèle M1. Cette baisse est attribuée à la fois aux changements intervenus dans les caractéristiques socio-économiques et démographiques des enfants (effet de composition) et à l'effet moyen de ces caractéristiques (effet de comportement). La baisse de la mortalité est toutefois davantage due à l'effet de comportement (-0,01357) qu'à l'effet de composition (0,00115). Ce dernier effet a, au contraire amoindri le recul de la mortalité que l'amélioration de l'effet moyen des caractéristiques sur la réduction de la mortalité aurait permis d'atteindre. L'effet de comportement aurait à lui seul, entraîné une baisse de la mortalité de 109,3%, c'est-à-dire un recul de 13,57 points au lieu du recul observé de 12,41 points. Au contraire, l'effet de composition, c'est-à-dire, les modifications des distributions des différents prédicteurs a occasionné une augmentation virtuelle de la mortalité infantile de 1,15 points, correspondant à -19,4% de la baisse observée entre les deux dates.

Afin de savoir lesquels des prédicteurs significatifs de la mortalité identifiés dans les régressions logistiques multivariées demeurent également associés à la baisse observée de la mortalité, lesdits prédicteurs sélectionnés au modèle M1 ont été inclus dans l'estimation du modèle de décomposition. Les résultats détaillés figurent dans le tableau n°5 ci-dessous. Ce modèle donne en outre la contribution individuelle de chacun de ces prédicteurs

aux effets de composition et de comportement avec le niveau de richesse comme facteur de contrôle ; car la pauvreté a connu une baisse en milieu rural entre 2003 et 2009.

Dans le Tableau n°5 en question, la double colonne « Effet de composition » fournit le niveau de significativité statistique (P. value) et le pourcentage de contribution de chaque prédicteur retenu à l'effet de composition. Cet effet mesure la variation (ici baisse) de la mortalité découlant de l'évolution de la composition sociale (évolution de la distribution de chaque prédicteur) entre les deux dates, en assumant la constance de l'effet du prédicteur sur la mortalité. La double colonne « Effet de performance » contient quant à elle, le niveau de significativité statistique ainsi que le pourcentage de contribution de chaque prédicteur dans l'effet de performance qui mesure la baisse de la mortalité infantile résultant de la variation des effets des prédicteurs, sans que leur distribution n'ait varié.

Ainsi, en ce qui concerne les caractéristiques des ménages, seul l'effet de composition a été trouvé significatif mais en freinant la baisse de la mortalité. Et c'est surtout les modifications enregistrées dans la distribution de la taille des ménages, avec la hausse des poids des ménages de petite taille et la diminution du poids de ceux de grande taille dans les naissances, contribuant respectivement pour 10,1% et 16,1% à une hausse virtuelle de la mortalité. Ces baisses sont quelque peu contrariées par l'impact de 6,1% de l'augmentation de la proportion de ménages de taille moyenne.

Au niveau des caractéristiques de l'enfant, les changements intervenus dans les

distributions et les effets moyens des variables que sont la gémellité et l'interaction entre rang et ordre de naissance ont significativement affecté la baisse de la mortalité. Concernant, l'interaction entre rang et intervalle de naissance, l'accroissement de la proportion des ménages ayant vu leurs enfants de 5e rang et plus, naître avec un intervalle génésique de moins de 24 mois a occasionné une baisse significative de la mortalité avec un apport représentant 2,1% de la baisse constatée entre 2003 et 2010.

Enfin concernant la gémellité, l'accroissement de la proportion des naissances multiples et la baisse de celles non multiple (effet de composition), a eu tendance à accroître de façon virtuelle la mortalité mais sa contribution à l'effet de composition n'est pas significative. On remarquera que c'est surtout la très forte baisse de l'association entre naissance non multiple et mortalité infantile qui explique la baisse observée de cette mortalité. L'ampleur de cet effet de performance (ou de comportement) dans la réduction de la mortalité représente à elle seule, une contribution équivalente à 129,8% de la baisse de la mortalité. En revanche, l'accroissement de l'effet moyen de la gémellité sur le risque de décès entre les deux années aurait entraîné une aggravation de la mortalité d'ampleur équivalant à 5,2% de la baisse de mortalité constatée.

En somme, les résultats ci-dessus présentés montrent que parmi les variables explicatives incluses dans le modèle de décomposition, la baisse de la mortalité a été contrariée notamment par les variations des distributions de certaines d'entre elles (effet de composition). Il s'agit notamment de l'augmentation de la proportion des ménages de moyenne taille et au contraire de la baisse de celle des ménages de grandes tailles dont l'effet protecteur des enfants s'est réduit légèrement. De même, l'augmentation de la proportion de naissance à faible intervalle génésique a pu entraîner une aggravation de la mortalité infantile. La baisse du poids des ménages appartenant à la classe aisée a aussi freiné la baisse de la mortalité. En revanche, la baisse des proportions de naissances d'enfants de rang supérieur ou égal à 2, après un bref intervalle génésique a eu généré un effet réducteur de la mortalité. Il en est de même pour la baisse de la proportion des naissances de rang compris entre 2 et 4, et aux termes d'un long intervalle de naissance (35 mois et plus).

En ce qui concerne la baisse de l'effet moyen des prédictors sur la mortalité (effet de performance ou de comportement), c'est surtout la baisse du risque de décès associé aux naissances non multiples qui de loin, explique la baisse de la mortalité infantile. D'ailleurs ce risque de décès associé à la gémellité n'a fait que s'aggraver entre 2003 et 2010, avec une contribution négative de -5,2%, à la baisse de la mortalité.

Tableau n°5 : Résultats détaillés de la décomposition multivariée en milieu rural

	Effet de composition		Effet de comportement	
	%	Pvalue	%	Pvalue
Caractéristiques du ménage				
Richesse				
Pauvre	3,62		3,15	
Moyen	4,83		-28,57	

Riche	-0,27		13,79	
Sous Total	8,19		-11,62	
taille ménage				
Faible	-10,11	*	-2,56	
moyenne	8,76		-1,78	
Grande	-16,10	***	8,78	
Sous Total	-17,46		4,43	
Caractéristiques de l'enfant				
ordre et intervalle de naissance				
1 ère naissance	0,30		0,06	
<24 mois et 2 à 4 rang	1,25		-10,43	
<24 mois et 5è rang et plus	2,11	*	-5,60	
24-35 mois et 2 à 4 rang	-1,21		20,73	
24-35 mois et 5è rang et plus	0,829		4,17	
35 mois et 2 à 4 rang	8,07		13,11	
35 mois et 5è rang et plus	-1,56		7,35	
Sous Total	9,80		29,39	
naissance multiple				
non	-5,14		135,09	**
oui	-5,23		-5,19	**
Sous Total	-10,38		129,89	
constante			-42,35	
Total source	-9,62		109,62	*
N2003+N2010			12596	

Sources : EDS Burkina Faso 2003 et 2010, calculs des auteurs

NOTES : * indique p-value<0,05 ; ** indique p-value <0,01 et *** indique p-value <0,001

3. DISCUSSION

Cette étude a déterminé les sources de la baisse de la mortalité infantile observée au Burkina Faso entre 2003 et 2010. Pour ce faire, elle a d'abord identifié les principaux facteurs de risque de mortalité en analysant les données des Enquêtes Démographiques et de Santé des deux années de référence.

Au niveau national, les résultats des régressions multivariées qui ont permis de mesurer les risques relatifs de mortalité infantile associés à différents prédictors. Dans la catégorie des prédictors de mortalité liés aux caractéristiques des ménages, la taille du ménage s'est révélée être associée à une faible probabilité de décès infantile en 2003 et 2010. En ce qui concerne les caractéristiques des parents, seul le niveau d'instruction est

positivement associé à la probabilité de décès en 2003 dans le modèle M3. En effet, une particularité des résultats de cette étude vient du fait qu'elle a établi que le risque relatif de décès infantile dans les couples où l'homme a un niveau d'instruction plus élevé que la femme est plus faible que celui encouru par les enfants nés de couple où aucun parent n'a reçu d'instruction ou encore où la femme est plus instruite que l'homme. En plus, dans le ménage où la femme est plus instruite que l'homme, le RRA de décès infantile est certes également plus faible que dans les ménages où les parents des enfants n'ont aucun niveau d'instruction, mais l'effet n'est pas significatif. En soi, ce résultat de l'interaction entre les niveaux d'éducation des parents est proche de celui qu'avait trouvé par B.

Baya (1998, p. 20) en milieu urbain (Bobo-Dioulasso) ; à savoir que l'effet réducteur de la mortalité infantile de l'éducation du père était plus important que celui de l'éducation de la mère. Cela amène à questionner les programmes d'éducation familiale et de promotion du genre dans le contexte burkinabè où la domination masculine reste toujours prononcée. Une étude de M. Wayack Pambè, B. Gnoumou/Thiombiano et I. Kaboré (2014, p. 1152) soutient que les femmes de niveau secondaire et plus sont plus exposées à une violence psychologique que celles non instruites. Cette recherche n'a pas trouvé d'association significative entre accès à l'eau potable, aux toilettes hygiéniques et mortalité. A propos de l'association entre accès à l'eau potable et aux toilettes hygiéniques, un résultat similaire a été trouvé par R. Winter et al. (2013, p. 42) au Rwanda. Dans le contexte du Burkina Faso, cela signifie que même dans les ménages sans accès à ces facilités, les parents prennent des précautions particulières pour l'alimentation en eau et la gestion des selles de leur enfant. Une autre particularité des résultats de cette étude est donnée par les risques relatifs de mortalité mesurés par l'introduction dans le modèle de régression multivariée du terme d'interaction entre l'intervalle de naissance et le rang de naissance. En effet, comparativement à la première naissance, cette variable révèle que le risque relatif de décès d'un enfant de rang 5 ou plus, né après un délai génésique de moins de 24 mois est de 2,71 en 2003 et en 2010. Les brefs intervalles de naissance accroissent le risque de mortalité infantile qui s'élève davantage pour les naissances d'enfant de rang élevé. Un résultat similaire a été

trouvé par Ezeh et al. (2014, p. 5) dans le contexte du Nigeria en 2008 et pourrait provenir du fait que de brefs intervalles de naissance intervenant notamment, avant la naissance d'enfant de rang élevé a des conséquences sur la santé de la mère et sur les ressources financières des familles à revenu modeste, pouvant affecter l'accès aux soins de santé de l'enfant. Cela accroît le risque de décès. Ce résultat souligne l'importance de l'espacement de naissance pour la survie de l'enfant. Pour le reste, le risque de décès infantile se trouve aussi être accru par la gémellité et ce résultat significatif demeure en 2003 et 2010. Ce résultat est également conforme aux résultats obtenus par R. Winter et al. (2013, p. 43) et par L. Beck (2008, p. 166) au Rwanda, concernant tous les deux, la mortalité néonatale.

En matière d'accès aux soins de santé préventif et curatif (les facteurs de contrôle), c'est surtout le nombre de prises des vaccins antitétaniques par la femme au moment de la grossesse qui s'est révélé être significativement associé à un faible risque de mortalité en 2010. Ce résultat était également attendu.

Concernant la décomposition des sources de la baisse de la mortalité, les résultats globaux obtenus indiquent que les deux composantes de la variation de la mortalité ont différemment contribué à la baisse. L'effet de composition sociale dans son ensemble a contribué à accentuer le risque de décès infantile. Cet effet négatif a été plus que compensé par l'effet de performance (ou effet de comportement) des prédicteurs de la mortalité, notamment la baisse de l'effet moyen des « naissances non multiples » qui est à la base du recul de la mortalité. L'effet de comportement à lui seul aurait entraîné une réduction de la mortalité de

13,57 points (109,3%). Mais celui-ci issu des modifications des distributions des prédicteurs de mortalité entre 2003 et 2010 a été un peu contrebalancé par la hausse du risque de décès dans certaines modalités des prédicteurs. Celles-ci ont constitué des obstacles équivalant à 9,3% de la baisse de mortalité constatée (1,15 points). Ces catégories où le risque de mortalité a augmenté sont les enfants de ménages de taille faible ou moyenne.

Aussi, il y a la gémellité et l'intervalle génésique de moins de 24 mois associé au rang de naissance élevé qui ont contribué à élever la mortalité des enfants. L'effet néfaste de la gémellité sur la baisse de la mortalité est concordant avec les résultats trouvés par A. Ouédraogo (2020, p. 161-179) sur la persistance dans le temps de la surmortalité gémellaire en Afrique Sub-saharienne. Enfin, J. Molitoris, K. Barclay et M. Kolk (2019, p. 1363) confirment que les intervalles de naissance plus longs (36 mois et plus) ont des effets réducteurs de la mortalité plus fort dans les pays pauvres.

Ces résultats signifient que c'est l'effet de comportement, combiné à la performance du système de santé qui sont responsables en grande partie de la baisse de la mortalité, atténuant même l'effet négatif de la mortalité lié aux changements de la composition sociale. En effet, une amélioration de la couverture et de l'utilisation des services de santé de la femme et de l'enfant est observée et lors de ces soins obstétricaux, les femmes reçoivent des conseils en matière de planification familiale. Sur la période 2003 à 2010, la proportion de femmes ayant reçu des soins prénatals (CPN) est passée de 73% en 2003 à 95%, le taux d'accouchement assisté par un personnel qualifié de 57% en 2003 à 67% et le taux

de consultation post-natale de 47,6 % à 72% (INSD et ICF International, 2012, p. 111-121).

En dépit des nombreux résultats mis en exergue, la présente étude comporte quelques limites. D'abord, les analyses étant basées sur des données individuelles, les données agrégées sur les caractéristiques de l'offre sanitaire n'ont pas été prises en compte. Ce déficit de l'analyse en données agrégées sur les caractéristiques de l'offre sanitaire a néanmoins été minoré par la prise en compte de variables résultantes de l'interaction entre le système de santé et les individus, à l'image du nombre de CPN, du nombre de vaccins anti-tétanos, du lieu d'accouchement et les consultations post-natales qui n'ont toutefois pas été trouvés significatifs dans la prédiction du risque de mortalité. Une deuxième limite est que les données d'enquête en coupe instantanée ne permettent pas d'établir des relations de cause à effet. Aussi, les résultats obtenus ne doivent pas être interprétés en termes d'impact de variables indépendantes sur la mortalité infantile mais plutôt en termes d'effets associés. Enfin, l'application de la méthode de décomposition utilisée suppose selon G. Firebauch (1992, p. 13) que certaines conditions soient satisfaites lorsque les données d'enquêtes répétées sont utilisées sans que les mêmes individus n'aient été suivis dans le temps : les mouvements de population (les décès et les migrations) à l'intérieur des cohortes de naissances doivent être indépendants de la variable dépendante. Dans notre étude le statut de résidence des nourrissons étant étroitement fonction de celui de la mère, la mortalité infantile est potentiellement liée à la migration de la mère. Bien que l'EDS de 2010 n'ait pas

collecté l'information sur la durée de résidence de la mère, la migration de la mère n'a pas été trouvée significativement associée à la mortalité infantile selon les données EDS 2003.

Malgré ces limites, les résultats de cette étude appellent à la fois à maintenir les progrès en santé et à proposer des politiques économiques et sociales visant à aider les ménages non aisés. Aussi, l'étude suggère de politiques spécifiques de santé pour les « naissances multiples ». En plus, ces résultats ont des implications pour les futures recherches. Celles-ci devront considérer plusieurs contextes nationaux marqués par diverses politiques d'urbanisation pour comprendre si le milieu de résidence a des effets différenciés sur la mortalité infantile. Une autre piste de recherche serait d'adopter une approche intégrant des variables macro-structurelles avec celles des ménages et des individus en ayant recours à la méthode de décomposition basée sur le modèle multi-niveaux afin d'avoir une compréhension fine de ces évolutions.

CONCLUSION

La survie des enfants de moins d'un an s'est sensiblement accrue au Burkina Faso entre 2003 et 2010. En examinant les sources de la baisse de la mortalité infantile grâce à l'analyse des données des enquêtes EDS conduites au cours de ces deux années, cette étude a évalué l'association entre la mortalité infantile et les prédicteurs de mortalité regroupés au sein des groupes de variables que sont : les caractéristiques des ménages, des parents, de l'enfant, et les caractéristiques d'accès aux soins de santé préventifs et curatifs. Il a résulté de cette recherche menée à

l'échelon national, que parmi les caractéristiques des ménages, seule la taille est négativement associée à la mortalité. Pour les caractéristiques des parents, une association significative a été trouvée entre l'interaction entre les niveaux d'instruction des parents avec un risque de mortalité infantile, plus faible dans les ménages où le mari est plus éduqué que la femme. Concernant les variables caractérisant l'enfant, la gémellité et la brièveté de l'intervalle de naissance notamment pour les enfants de rang élevé se sont révélées négativement associées à la survie de l'enfant. Parmi les caractéristiques d'accès aux soins, le nombre de prises du vaccin antitétanique par la femme au cours de la grossesse a été trouvé comme un facteur allongeant la survie de l'enfant.

En ce qui concerne l'analyse de la décomposition des sources de la baisse de la mortalité, menée sur la strate rurale, elle a révélé que c'est la performance du système de santé (planification familiale) qui a principalement impulsé la baisse de la mortalité. Au contraire, les modifications de la composition sociale ont tendance à réduire la survie des enfants. En conséquence, afin de réduire le risque à la hausse de la mortalité engendré par l'effet de composition sociale, l'étude recommande la mise en place de mesures sociales visant à aider les ménages non aisés ainsi que politiques spécifiques de gestion des « naissances multiples ». Afin de consolider l'impact réducteur de la mortalité engendré par l'effet de performance du système de santé, l'étude recommande la poursuite et le renforcement des interventions et actions de santé publique en cours..

**REFERENCES
BIBLIOGRAPHIQUES**

ADAMS Alayne Mary, MADHAVANB Sangeetha et SIMON Dominique, 2002, « Women's social networks and child survival in Mali », *Social Science & Medicine*, vol. 54, n°2, p. 165-178.

ARGESEANU Solveig, 2004, « Risks, Amenities, and Child Mortality in Rural South Africa », *African Population Studies*, vol. 19, n°1, p. 13-33.

BAYA Banza, 1998, « Instruction des parents et survie des enfants au Burkina Faso : cas de Bobo-Dioulasso », *Les dossiers du CEPED*, n°42, 27p.

BECHER Heiko, MÜLLER Olaf, JAHN Albrecht, GBANGOU Adjima, KYNAST-WOLF Gisela. et KOUYATE Bocar, 2004, « Risk factor of infant and child mortality in rural Burkina Faso », *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 82, n°4, p. 265-273.

BECK Lise, 2008, « La santé des nouveau-nés au Rwanda. Evolution des facteurs associés aux tendances de la mortalité néonatale », *Santé publique 2009*, vol. 21, n°2, p. 159-172.

DIALLO Abdoulaye Hama, MEDA Nicolas, SOMMERFELT Halvor, TRAORE Germain S, COUSENS Simon et TYLLESKAR Thorkild, 2012, « The high burden of infant deaths in rural Burkina Faso: a prospective community-based cohort study », *BMC Public Health*, vol. 12, 15p.

EZEH Osita Kingsley, AGHO Kingsley Emwinyore, DIBLEY Michael John,

HALL John et PAGE Andrew Nicholas, 2014, « Determinants of neonatal mortality in Nigeria: evidence from the 2008 demographic and health survey », *BMC Public Health*, vol. 14, 10p.

FIREBAUGH Glenn, 1992, « Where does social change come from? », *Popul Res Policy Rev*, vol.11, n°1, p. 1-20. <https://doi.org/10.1007/BF00136392>

FRANKENBERG Elizabeth, 1995, « The effects of access to health care on infant mortality in Indonesia », *Health Transition Review*, vol. 5, n°2, p. 143-163.

GARENNE Michel et VIMARD Patrice, 1984, « Un cadre pour l'analyse des facteurs de la mortalité des enfants », *Cah. O.R.S.T.O.A.I., sér. Sci. Hum.*, vol. XX, n°2, p. 305-310.

Institut National de Statistique et la Démographie (INSD), 2009, « Recensement général de la population et de l'habitation (RGPH) de 2006. Analyse des résultats définitifs. Thème 2 : État et structure de la population », INSD, 180 p.

Institut National de la Statistique et de la Démographie (2011), « Résultats de l'Enquête Intégrale sur les Conditions de Vie des Ménages 2009/2010 ». Ministère de l'Economie et des Finances, Burkina Faso.

Institut National de Statistique et la Démographie (INSD) et ICF International, 2012, « Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples du Burkina Faso 2010 », Calverton, Maryland, INSD et ICF International,

Ministère de l'Economie et des Finances, 2010, « Rapport pays de suivi de la mise en œuvre des Objectifs du Millénaire pour le Développement : Burkina Faso, OMD en 2010 », Burkina Faso, 77p.

Ministère de la Santé, 2006, « Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant (PCIME) : Plan de Couverture 2005-2010 », Burkina Faso, 42p.

Ministère de la Santé, 2013a, « Guide de vaccination », Burkina Faso, 109p.

Ministère de la Santé, 2013b, « Enquête Nationale sur les Prestations des Services de Santé et la Qualité des Données Sanitaires (EN-PSQD/SARA) », Burkina Faso, 166p.

MOLITORIS Joseph, BARCLAY Kieron et KOLK M, 2019, « When and Where Birth Spacing Matters for Child Survival: An International Comparison Using the DHS », *Demography*, vol.56, n°4, p. 1349–1370.

<https://doi.org/10.1007/s13524-019-00798-y>

MOSLEY Wiley Henry et CHEN Lincoln C, 1984, « An analytical framework for the study of child survival in developing countries », *Population and Development Review*, vol.10, n°1, p. 25-45.

OMARIBA D Walter Rasugu, BEAUJOT Roderic et RAJULTON Fernando, 2007, « Determinants of infant and child mortality in Kenya: an analysis controlling for frailty effects ». *Popul Res Policy Rev*, vol. 26, p. 299–321.

OUEDRAOGO Adama, 2020, « Démographie et santé des jumeaux en Afrique Subsaharienne », UNIVERSITÉ

PARIS 1 PANTHÉON SORBONNE, Paris, 244p

POWERS Daniel A, YOSHIOKA Hirotohi et YUN Myeong-Su, 2011, « mvdcmp: Multivariate Decomposition for Nonlinear Response Models », *The Stata Journal*, vol. 11, n°4, p. 556–576.

SASTRY Narayan, 1996, «Community Characteristics, Individual and Household Attributes, and Child Survival in Brazil», *Demography*, vol. 33, n°2, p. 211-229.

SASTRY Narayan, 1997, « What explains rural-urban differentials in child mortality in Brazil? », *Social science & medicine*, vol. 44, n°7, p. 989-1002.

SEAR Rebecca, MACE Ruth et MCGREGOR Ian A, 2000, « Maternal grandmothers improve nutritional status and survival of children in rural Gambia », *Proc. R. Soc. Lond. B.*, vol. 267, p.1641-1647.

SMITH-GREENAWAY Emily et TRINITAPOLI Jenny, 2014, « Polygynous Contexts, Family Structure, and Infant Mortality in Sub-Saharan Africa », *Demography*, vol. 51, n°2, p. 341–366.

SUBRAMANIAN Sukanya, NANDY Shailen, IRVING Michelle, GORDON Dave, LAMBER Helen et SMITH Davey George, 2006, « The mortality divide in India: the differential contributions of gender, caste, and standard of living across the life course », *American Journal of Public Health*, vol. 96, n°5, p. 818-825.

WAYACK PAMBÈ Madeleine, GNOUMOU/THIOMBIANO Bilampoa et KABORÉ Idrissa, 2014, « Relationship

between women's socioeconomic status and empowerment in Burkina Faso: A focus on participation in decision-making and experience of domestic violence », *African Population Studies*, vol. 28, n°2, p. 1146-1156.

WINTER Rebecca, PULLUM Thomas, LANGSTON Anne, MIVUMBI Ndicunguye V., RUTAYISIRE Pierre C., MUHOZA Dieudonne N., et HAKIBA Solange, 2013, « Trends in Neonatal Mortality in Rwanda, 2000-2010 », *DHS.Further Analysis Reports N°88*. Calverton, Maryland, USA: ICF International.

ZANINI Roselaine Ruviano, DE MORAES Anaelena Bragança, GIUGLIANI Elsa Regina Justo et RIBOLDI João, 2009, « Infant mortality trends in the State of Rio Grande do Sul, Brazil, 1994-2004: a multilevel analysis and community risk factors », *Cad. Saude Publica*, Rio de Janeiro, vol. 25, n°5, p. 1035-1045



DES HOMMES ET LE DEPISTAGE DU VIH/SIDA DANS LE PROGRAMME DE PRÉVENTION DE LA TRANSMISSION MÈRE-ENFANT DANS LA COMMUNE KOZAH 1 AU TOGO LES RAISONS DE LA RÉTICENCE

OF MEN AND HIV/AIDS TESTING IN THE PREVENTION OF MOTHER-TO-CHILD TRANSMISSION PROGRAM IN THE COMMUNE OF KOZAH 1 IN TOGO THE REASONS FOR THE RELUCTANCE TO USE HIV/AIDS TESTING IN THE PREVENTION OF MOTHER-TO-CHILD TRANSMISSION PROGRAM IN THE COMMUNE OF KOZAH 1 IN TOGO

¹ KANATI Lardja, ² TCHAGBELE Abasse et ³ KABA Essodinamodom.

¹ Enseignant-Chercheur, Maître de Conférences des universités Université Abomey-Calavi (UAC)/BENIN, Département de Sociologie-Anthropologie, sahpojos.lakrohoun@gmail.com

² Enseignant-chercheur, Maître-Assistant, Sociologie du développement, Université de Kara (Togo), abasse.aboubakr@yahoo.fr

³ Enseignant-chercheur, Maître-Assistant, Sociologie de la famille, Université de Kara (Togo), kabatho@yahoo.fr/essodika@gmail.com

KANATI Lardja, TCHAGBELE Abasse et KABA Essodinamodom, Des hommes et le dépistage du VIH/SIDA dans le programme de prévention de la transmission mère-enfant dans la commune Kozah 1 au Togo les raisons de la réticence, *Revue Espace, Territoires, Sociétés et Santé* 3 (6), 191-210. [En ligne] 2020, mis en ligne le 31 Décembre 2020, consulté le 2021-01-11 08:42:37, URL: <https://retssa-ci.com/index.php?page=detail&k=125>

Résumé

Le test du dépistage est le seul moyen d'identifier la présence ou non du virus dans l'organisme humain. Par conséquent, c'est en vérifiant si le couple est infecté ou non, qu'on pourra l'aider et l'accompagner selon son statut sérologique. Il est donc primordial d'impliquer tout

particulièrement les partenaires des femmes enceintes pour une meilleure protection de la mère et de l'enfant puis partant de là, la protection de tout le couple.

Pour améliorer notre connaissance sur les raisons qui incitent les maris des femmes enceintes au refus du test de dépistage au VIH/sida dans les programmes de Prévention de Transmission de la Mère à l'Enfant (PTME), une étude transversale à l'aide d'un questionnaire auto-administré a été réalisée auprès de 50 hommes. L'étude combine à la fois la méthode quantitative et la méthode qualitative.

Au terme de cette recherche, il ressort que la réticence des partenaires au dépistage est liée aux facteurs sociaux et psychologiques. Sur le plan social, il est à noter entre autres l'accueil réservé par le personnel soignant (77% des dépistés non satisfaits), le temps d'attente relativement long (77% des enquêtés), le manque de connaissance sur l'importance de faire le test de dépistage au VIH à la PTME (100% des non dépistés). Sur le plan psychologique, les enquêtés font ressortir la peur de stigmatisation ou discrimination de la conjointe (100% des non dépistés) et la peur de vivre avec une maladie chronique (100% des non dépistés).

Mots clés : Dépistage, consultation prénatale, programme de prévention, transmission Mère-enfant, Kozah 1

Abstract

The screening test is the only way to identify whether or not the virus is present in the human body. Therefore, it is by verifying whether the couple is infected or not that they can be helped and supported according to their HIV status. It is therefore essential to involve the partners of pregnant women in particular for better protection of the mother and child, and from there, the protection of the whole couple.

To improve our knowledge of the reasons, which lead husbands of pregnant women to refuse HIV / AIDS testing in PMTCTs, a cross-sectional study using a self-administered questionnaire was carried out among 50 men. The study combines both the quantitative and the qualitative method.

At the end of this research, it emerges that the reluctance of partners to screening is linked to social and psychological factors. On the social level, it should be noted, among other things, the reception given by the nursing staff (77% of those screened unhappy), the relatively long waiting time (77% of those surveyed), the lack of knowledge of the importance of to take the PMTCT HIV screening test (100% of those not screened). On the psychological level, the respondents bring out the fear of stigmatization or discrimination of the spouse (100% of those not screened) and the fear of living with a chronic disease (100% of those not screened).

Keywords: Screening, prenatal consultation, mother-to-child, transmission prevention program, Kozah 1

INTRODUCTION

Depuis le début de la pandémie du VIH/SIDA dans les années 1980 (75,7 millions personnes infectées dans le monde), la réduction

significative du nombre de nouvelles infections par le VIH est un défi pour l'instant non résolu à l'échelle planétaire (J. Orne-Gliemann, 2009, p.113). D'après les statistiques mondiales sur le sida publiées par l'ONUSIDA, trente-huit (38) millions de personnes vivaient avec le VIH (PVVIH) dans le monde en 2019 dont 1,8 d'enfants de moins de 15 ans. Un virgule sept (1,7) million de personnes sont devenues nouvellement infectées et l'on déplorait 690000 décès liés au VIH (ONUSIDA, Statistiques mondiales sur le VIH 2020, pp.1 et 5).

L'Afrique reste la région du monde la plus touchée par le VIH, virus responsable du sida avec 25,9 millions de personnes infectées (ONUSIDA, Statistiques mondiales sur le VIH 2020, p.6). Dans cette partie de l'Afrique, les jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans sont deux fois plus susceptibles de vivre avec le VIH que les hommes. Alors qu'à l'échelle mondiale, le pourcentage de femmes parmi les personnes vivant avec le VIH reste stable, environ 48 % de toutes les nouvelles infections à VIH en 2019, les femmes et les filles en Afrique subsaharienne représentaient 59% de toutes les nouvelles infections à VIH (ONUSIDA, Statistiques mondiales sur le VIH 2020, p.3).

De plus, ces femmes en âge de procréer constituent la principale source de l'infection pédiatrique par le VIH. Déjà en 2007, l'UNAIDS soulignait que sur les 420 000 enfants qui ont été infectés par le VIH, la plupart l'ont été à la suite de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (TME) qui peut avoir lieu pendant la grossesse, l'accouchement, et l'allaitement maternel (UNAIDS, 2007 cité par J. Orne-Gliemann, 2009, p.2). Depuis 2010, les nouvelles infections à VIH chez les enfants ont diminué de 52%, passant ainsi de 310 000 cas en 2010 à 150 000 cas en 2019 (ONUSIDA, Statistiques mondiales sur le VIH 2020, p.2).

Au Togo, la prévalence du VIH dans la population générale est estimée à 2,27% en 2018 (JMS, 2019) soit un total de 313 635 personnes adultes vivant avec le VIH. Parmi ces personnes

vivant avec le VIH, 312 084 sont des femmes, 1551 des hommes (DHIS 2-Togo, 2018). La prédominance féminine avec une prévalence de 3,1% chez les femmes et 1,7% chez les hommes avec les mêmes tendances chez les jeunes âgés de 15-19 ans (CNLS-IST, 2016-2020, p.9). Le taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant incluant la période d'allaitement est de 19,48% (PNLS-IST, 2017, p.3).

Face à une maladie transmissible, et sans solutions thérapeutiques ni vaccinales efficaces, la prévention reste la seule arme la plus efficace de combat, en agissant sur les pratiques et les relations entre les individus. La morbidité et la mortalité du VIH chez les enfants ont amené la plupart des pays d'Afrique (E. Dolou, 2013, p.7) à mettre en place depuis plus de deux décennies, un programme de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME). Ces programmes mis en œuvre dans le contexte des services de santé maternelle, néonatale et infantile représentent un point d'entrée important pour fournir des informations sur la prévention de l'infection à VIH aux femmes en âge de procréer et à leurs partenaires.

Aussi, le programme PTME offre-t-il aux femmes enceintes et à leurs partenaires une occasion unique de bénéficier d'un conseil et d'un dépistage du VIH. C'est une étape critique qui donne l'opportunité aux agents de santé de fournir les services PTME aux couples.

Selon la DHIS2-Togo (2019), dans la Kozah, les femmes participent massivement au dépistage. 11 608 femmes ont été dépistées en 2018 contre 12 928 femmes en 2019. Au même moment, seulement 928 partenaires ont été dépistés en 2018 contre 662 en 2019.

Selon la même source, la maternité du CHU-Kara a dépisté 616 femmes en 2018 contre 1078 femmes en 2019. Quant aux hommes, seulement 42 ont répondu au rendez-vous du dépistage en 2018 contre 33 en 2019. Ces effectifs des partenaires des femmes enceintes dépistés montrent combien de fois malgré la gratuité du test et les avantages qu'il offre à l'individu et à la société entière (la connaissance de son statut

sérologique, la prise en charge médicale en cas de séropositivité), les partenaires restent encore réticents.

Il est possible que le conseil de couple ne soit pas souhaitable dans tous les contextes conjugaux, et comporte en particulier des risques lorsque la femme est infectée par le VIH (M. Temmerman, J. Ndinya-Achola, J. Ambani et P. Piot, 1995, pp.969-970). Mais l'ensemble des données disponibles dans la littérature semble néanmoins suggérer qu'il y a plus d'avantages que d'inconvénients à encourager l'implication des hommes dans la PTME, que ce soit pour la femme ou pour l'homme lui-même (J. Orne-Gliemann, 2009, p.123) Quels sont donc les facteurs sociaux et psychologiques qui expliquent la réticence des hommes au dépistage du VIH/SIDA dans le programme PTME malgré ses multiples avantages ? C'est à cette question que cet article essaie d'apporter une réponse. Cette étude se propose d'améliorer notre connaissance sur les raisons qui incitent les maris des femmes enceintes au refus du test de dépistage au VIH/sida dans les programmes de Prévention de Transmission de la Mère à l'Enfant (PTME). Pour y parvenir, il est important de présenter la méthodologie adoptée.

1. METHODOLOGIE

1.1. Présentation de la zone de l'étude

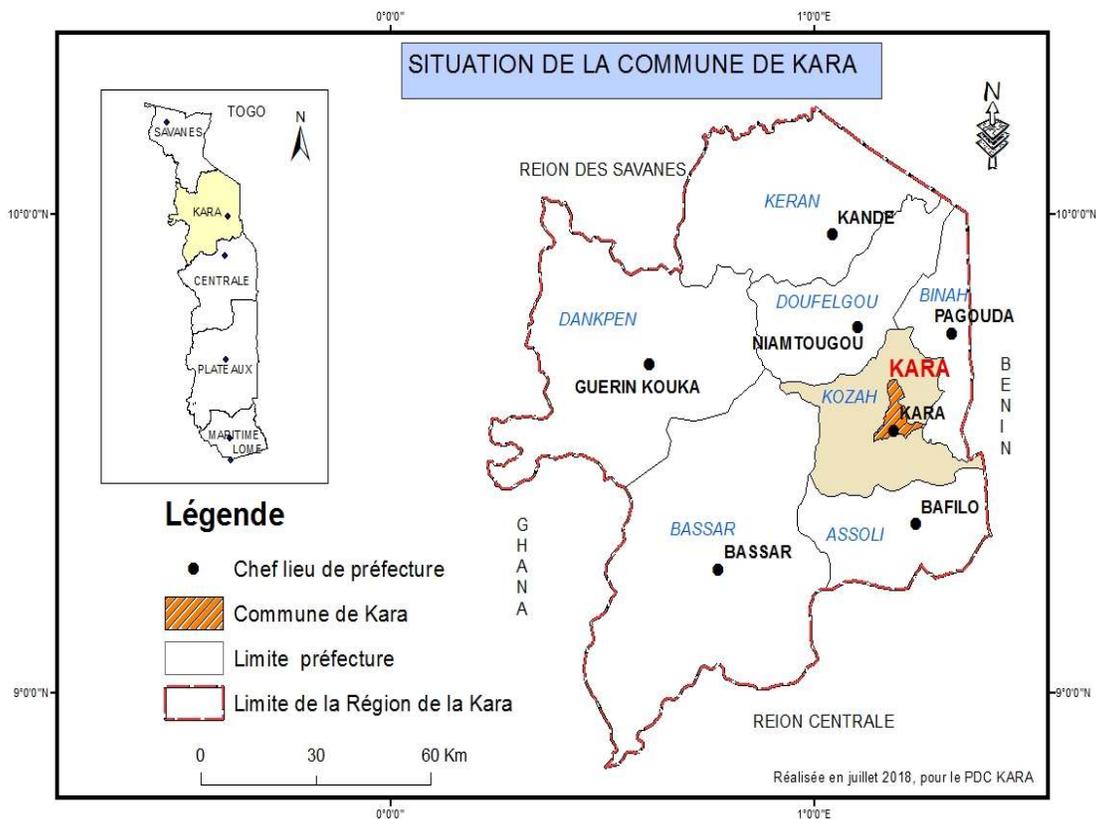
La ville de Kara, chef-lieu de la préfecture de la Kozah et de la région de la Kara est la deuxième grande ville du Togo sur le plan politique et administratif. Elle est située dans la partie septentrionale du pays, à 420 km de Lomé, la capitale et à 224 Km de Cinkassé à la frontière Nord avec le Burkina Faso. Elle est localisée sur la Route Nationale N°1, à 9°30 de latitude Nord et à 1°11 de Longitude Est et est traversée d'Est en Ouest par la rivière du même nom. La ville de Kara est située au carrefour des axes Lomé-Ouagadougou et Bénin-Ghana. La commune est composée actuellement de 29 quartiers avec une population estimée à 94 878 habitants (DGSCN,

Des hommes et le dépistage du VIH/SIDA dans le programme de prévention de la transmission mère-enfant dans la commune Kozah 1 au Togo les raisons de la réticence

2011). Elle est limitée au Nord et au Nord-Est par la rivière Pang et la chaîne de Lama, à l'Est par le canton de Lassa, au Sud par les cantons de

Kpinzindè et d'Awandjélou et à l'Ouest par le canton de Bohou comme le montre la carte n°1 qui suit.

Carte n°1 : Commune Kozah 1 (Ex commune de Kara)



Source : TCHELEGUE Nadedjoh, 2018

1.2. Données

Cet article propose quelques réflexions sur les facteurs explicatifs de la réticence des partenaires des femmes enceintes à se faire le test de dépistage du VIH. L'étude que nous menons est une étude transversale à visée descriptive à passage unique qui s'est déroulée du 21 novembre au 12 décembre 2019 à l'aide d'un questionnaire auto-administré. L'étude combine à la fois la méthode quantitative et la méthode qualitative. Les données ont été recueillies auprès des partenaires des femmes enceintes venues en consultation prénatale (CPN) au CHU-Kara. Dans ce centre, le test de dépistage du VIH est systématiquement proposé aux femmes enceintes venant consulter dans ce centre.

La population cible de cette étude est constituée de l'ensemble des partenaires des femmes qui font leur consultation prénatale à la maternité du CHU-Kara. Ne peut appartenir à l'échantillon que les conjoints dont les femmes qui ont déjà fait au moins une fois la consultation prénatale et qui ont été dépistées car celles-ci auraient eu le temps d'informer leurs conjoints du rendez-vous donné par la sage-femme.

Selon la DHIS2-Togo (2019), 1 078 femmes ont été reçues en CPN puis dépistées avec environ une moyenne de 90 femmes reçues en CPN par mois. L'enquête ayant couvert les mois de novembre et décembre 2019, la population cible était de 180 femmes. A travers les femmes venues en consultation, nous avons obtenu les numéros de téléphone des partenaires. Etant donné que ceux-ci sont disséminés dans la commune Kozah 1, nous avons négocié au téléphone des rendez-vous et nous nous sommes rendu au domicile des familles pour rencontrer les enquêtés.

Cinquante (50) partenaires des femmes enceintes (24 non dépistés et 26 dépistés) ont accepté répondre à nos questions soit 28% de la population cible. Un questionnaire semi-structuré a été adressé aux partenaires enquêtés. Ce questionnaire est composé de rubriques suivantes : les caractéristiques sociodémographiques des enquêtés ; la connaissance des enquêtés du PTME et de ses avantages ; l'accueil et ses effets sur la participation à la PTME ; Participation des conjoints des femmes à la PTME et l'impact psychologique d'un résultat positif au VIH/sida.

Un guide d'entretien a été utilisé pour les entretiens individuels avec 2 sages-femmes et 50 femmes enceintes qui ont été pour nous des personnes ressources. Les entretiens ont porté respectivement sur le comportement de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH ; les lieux de conseil et de dépistage des couples ; le temps et l'accueil réservés aux hommes venus pour le dépistage et la représentation de la maladie.

1.3. Méthode de traitement des données

Les données quantitatives ont été dépouillées à partir du logiciel SPSS version 22. Nous avons ensuite fait des analyses corrélationnelles. Les résultats de l'analyse statistique ont joué un rôle important pour le choix des sujets abordés dans chaque domaine. Ainsi, les items pour lesquels les modalités de réponse n'avaient pas une distribution suffisante ont été éliminés, de même que ceux pour lesquels les réponses, bien qu'assez dispersées, n'étaient pas corrélées avec les dimensions retenues. L'analyse du contenu a été appliquée aux données qualitatives. Ce travail a consisté essentiellement à

regrouper par thématique les discours qui se recourent. Puis nous avons passé à l'analyse des résultats.

2. RESULTATS

2.1. Les profils des enquêtés

La collecte et le traitement des données de terrain nous ont permis de présenter sous forme de tableaux les données quantitatives. Les tableaux dressés dans la rubrique profils des enquêtés présentent non seulement l'âge des enquêtés, leur répartition en fonction de leur niveau d'instruction et en fonction de la profession exercée, mais les contenus de ces tableaux sont aussi analysés. Ainsi, les données consignées dans le tableau n°1 se rapportent à l'âge des enquêtés.

Tableau n°1 : Répartition des enquêtés selon l'âge

Age	Effectifs	Pourcentage
15-24 ans	2	4,0
25-34 ans	32	64,0
35-44 ans	8	16,0
45 ans et plus	8	16,0
Total	50	100,0

Source : Données de l'enquête, 2019

Du tableau n°1, il ressort que 4% des enquêtés ont un âge compris entre 15 et 24 ans ; 64% entre 25 et 34 ans, tranche d'âge la plus représentée ; 16% entre 35 et 44 ans ; et 16% au-delà de 45 ans. On constate que la population enquêtée est majoritairement jeune. Après cette répartition en fonction de l'âge des enquêtés, il est intéressant de connaître leur distribution en fonction de leur niveau d'instruction.

Tableau n°2 : Répartition des enquêtés selon leur niveau instruction

Niveau d'étude	Effectifs	Pourcentage
non instruit	10	20,0
Primaire	14	28,0
Secondaire	12	24,0
Supérieur	14	28,0
Total	50	100,0

Source : Données de l'enquête, 2019

Le tableau n°2 montre que 20% des enquêtés ne sont pas instruits ; 28% ont un niveau primaire ; 24% un niveau secondaire ; et 28% un niveau supérieur. On constate que la majorité des enquêtés ont atteint au moins le niveau secondaire (52%). Avec un taux d'instruction relativement moyen, quel est le secteur d'activités le plus occupé par les enquêtés ? Le tableau n°3 décrit cette réalité.

Tableau n°3 : Répartition des enquêtés selon le secteur d'activités

Secteur d'activité	Effectifs	Pourcentage
sans profession	8	16,0
Informel	24	48,0
Formel	18	36,0
Total	50	100,0

Source : Données de l'enquête, 2019

Le tableau n°3 présente le secteur d'activités des enquêtés. Il ressort que 36% des conjoints (n=18) travaillent dans le secteur formel ; 48% conjoints (n=24) travaillent dans le secteur informel ; alors que 16% des enquêtés (n=8) sont sans profession. Il s'agit des élèves, étudiants (es), ménagères, et apprentis (es). Les variables sociodémographiques présentées ci-dessus ne suffisent pas pour cerner le

phénomène observé d'où la nécessité de faire intervenir d'autres variables indépendantes telles que le niveau de participation à la PTME, la connaissance sur la PTME et ses avantages, la qualité de l'accueil réservé aux partenaires des femmes enceintes. Bref, le niveau de connaissances des enquêtés en matière de PTME.

2.2. Connaissances des enquêtés sur la PTME et ses avantages

Dans cette rubrique, il est question d'évaluer le niveau de connaissance des enquêtés sur : la transmission mère-enfant ; l'existence et l'objectif de la PTME ; la sérodifférence et le risque encouru par les conjoints qui n'adhèrent pas au programme. Il ressort que tous les enquêtés savent qu'une femme enceinte séropositive peut transmettre le VIH à son enfant. Tous sont également informés de l'existence du programme PTME dont l'objectif est de permettre aux femmes enceintes séropositives de mettre au monde des enfants sains (Tableau n°4)

Tableau n°4 : Répartition des enquêtés selon leur connaissance de la sérodifférence

Réponse	Effectifs	Pourcentage
Non	12	24,0
Oui	38	76,0
Total	50	100,0

Source : Données de l'enquête, 2019

Le tableau n°4 indique que seulement 24% des conjoints (n=12) ne savent pas que, dans un couple marié, l'un des partenaires peut être séropositif et l'autre séronégatif ; 76% des conjoints (n=38) ont connaissance de ce que c'est que la sérodifférence. Même si la population interrogée ne participe pas au test de dépistage lors de la PTME, cela

ne signifie pas qu'elle ignore ce que c'est que la séroprévalence. Ici, nous pouvons déduire que les campagnes de sensibilisation sur les modes de transmission du VIH/sida ont fait leurs effets. Ceci nous amène à les interroger sur les risques encourus lorsque les hommes ne participent pas à la PTME.

Le tableau n°5 indique que 66% des enquêtés savent qu'un homme qui refuse de participer à la PTME court le risque d'être contaminé si sa femme était séropositive ; 8% ne savent pas s'il y a un risque de contamination ou non ; par contre 26% affirment qu'il n'y a aucun risque. Majoritairement, les personnes interrogées ont connaissance des risques encourus lorsqu'on ne participe pas à la PTME. Ceci est dû au fait que la majorité des enquêtés sont lettrés puisqu'ils ont fait des études secondaires. Il est aussi important de recueillir le point de vue de la minorité qui ne s'est pas faite dépistée.

Tableau n°5 : Répartition des enquêtés selon leur connaissance du risque encouru par les hommes qui ne participent pas à la PTME

Réponse	Effectifs	Pourcentage
Aucun risque	13	26,0
Risque de se contaminer	33	66,0
Ne sais pas	4	8,0
Total	50	100,0

Source : Données de l'enquête, 2019

Tous les 24 hommes qui n'ont pas été dépistés sont unanimes sur le fait qu'ils ne voient pas l'utilité de leur dépistage dans un contexte de CPN. Aussi disent-ils que le résultat de leur femme indique le leur ou

encore qu'ils ne voient pas l'intérêt d'un test de dépistage pour un couple qui attend la naissance de leur enfant. 66,6% des 24 hommes interrogés disent craindre le fait qu'il existe des possibilités d'erreurs lors des tests de dépistage. 25% de ces 24 hommes n'ayant pas fait le dépistage ignorent l'existence de la PTME dans les maternités. Toutefois, un individu peut bien connaître l'importance de la PTME sans y participer. D'autres paramètres peuvent entrer en ligne de compte. C'est le cas par exemple de l'accueil réservé par le personnel soignant, du lieu d'attente et de la durée d'attente dans les structures de PTME. Bref, la qualité de l'accueil en général.

Tableau n°6 : Répartition des conjoints non dépistés selon l'importance de faire le test de dépistage du VIH à la PTME

Présence en CPN	Effectifs	Pourcentage
Ne voit pas l'utilité de son dépistage dans un contexte de CPN	24	100
Le résultat de sa femme enceinte au test de dépistage indique le sien	24	100
Ne voit pas l'intérêt d'un test de dépistage au VIH pour un couple qui attend la naissance de leur enfant	24	100
Possibilité d'erreurs médicales	16	66,6
Ignore l'existence PTME dans les Maternités	06	25

Source : Données de l'enquête, 2019

2.3. Accueil et ses effets sur la participation à la PTME

Dans le souci d'apprécier la nature de l'accueil dans le site PTME du CHU Kara, nous avons interrogé les personnes rencontrées sur leur appréciation du temps d'attente, l'attitude des du personnel soignant et du lieu d'attente (Tableau n°7).

Tableau n°7 : Répartition des enquêtés dépistés selon leur appréciation du temps d'attente

Réponse	Effectifs	Pourcentage
trop long	20	77
moyen	2	8
court	4	15
Total	26	100,0

Source : Données de l'enquête, 2019

De ce tableau, il ressort que 77% des enquêtés déclarent que le temps d'attente est trop long. Ces enquêtés disent attendre plus de deux heures de temps avant d'être reçus en conseil et dépistage ; 8% pensent que le temps d'attente est moyen. Ils disent attendre une heure de temps alors que 15% disent que le temps d'attente est court puisqu'ils sont reçus en conseil et dépistage après trente minutes d'attente. Cette appréciation de temps est due au fait que la majorité de nos enquêtés travaillent dans le secteur informel. S'il est plus aisé d'obtenir une permission du côté des fonctionnaires du secteur public, la situation est plus difficile pour ceux qui travaillent dans l'informel. L'agent du secteur informel, pour demander une permission a non seulement peur des humeurs du patron mais aussi de la perte de son boulot. Cette réalité nous amène à questionner les enquêtés sur la qualité de l'accueil qui leur est réservé par le personnel soignant.

Des hommes et le dépistage du VIH/SIDA dans le programme de prévention de la transmission mère-enfant dans la commune Kozah 1 au Togo les raisons de la réticence

Tableau n°8 : Répartition des conjoints dépistés selon leur appréciation de l'accueil du personnel soignant

Réponse	Effectifs	Pourcentage
Satisfaisant	8	31
Non satisfaisant	18	69
Total	26	100,0

Source : Données de l'enquête, 2019

A la question de savoir si l'accueil que leur réserve le personnel est satisfaisant, 69% des enquêtés qualifient l'accueil de non satisfaisant puis qu'ils déclarent avoir été victimes de la maladresse de la part du personnel soignant alors que 31% des enquêtés sont satisfaits de l'accueil qui leur a été réservé. La qualité d'accueil de partenaires des femmes enceintes ne dépend-elle pas du lieu d'attente ?

Tableau n°9 : Répartition des enquêtés dépistés selon leur appréciation sur le lieu d'attente

Réponse	Effectifs	Pourcentage
Peu importe	6	23
Salle commune	3	12
Disposer de deux salles d'attente séparées	17	65
Total	26	100,0

Source : Données de l'enquête, 2019

L'essentiel de l'information contenu dans ce tableau est que, 65% enquêtés disent qu'ils seront mieux à l'aise si le centre disposait de deux salles d'attente séparées dont l'une est destinée aux femmes enceintes et l'autre à leurs conjoints ; 12% des conjoints préfèrent être ensemble dans

une même salle avec leurs femmes ; pour 23% des conjoints, peu importe qu'ils soient ensemble avec leurs femmes ou non.

2.4. Participation des conjoints des femmes à la PTME

Cette rubrique prend en compte la participation au dépistage, le lieu où le test est effectué et la présence des conjoints en CPN. A la lumière du tableau n°10, il ressort que 52% des enquêtés connaissent leur statut sérologique ; alors que 48% n'ont jamais fait leur test de dépistage. Nous pouvons déduire que les enquêtés dépistés n'ont pas attendu que leurs femmes aillent en CPN pour connaître leur statut sérologique.

Tableau n°10 : Répartition des enquêtés selon leur participation au dépistage

Dépistage	Effectifs	Pourcentage
Non dépistés	24	48,0
Dépistés	26	52,0
Total	50	100,0

Source : Données de l'enquête, 2019

Le tableau n°11 nous informe que, 10 conjoints soit (38,5%) ont fait leur test en PTME, 16 conjoints soit (61,5%) se sont fait dépister dans les centres de dépistage volontaire. L'on peut conclure à base de ces données que les hommes préfèrent se faire dépister dans des centres de dépistage volontaire que de se rendre dans un centre de consultation prénatale.

Tableau n°11 : Répartition des enquêtés dépistés selon le lieu où ils ont fait leur test

Lieu	Effectifs	Pourcentage
PTME	10	38,5
Centre de dépistage volontaire	16	61,5
Total	26	100,0

Source : Données de l'enquête, 2019

De ce tableau, il ressort que sur les 26 conjoints dépistés, 16 conjoints (61.5%) n'ont jamais accompagné leurs femmes depuis qu'elles sont tombées enceintes ; 10 conjoints seulement (38%) ont au moins une fois accompagné leurs femmes en CPN.

Tableau n°12 : Répartition des enquêtés dépistés selon leur présence en CPN

Présence en CPN	Effectifs	Pourcentage
Absents	16	62
Présents	10	38
Total	26	100,0

Source : Données de l'enquête, 2019

2.5. Impact psychosocial du dépistage

Ce tableau nous révèle que tous les partenaires de femmes enceintes interrogées pensent qu'ils seront étiquetés d'infidèle par leur conjointe si leur sérologie est positive ou qu'il y aura une baisse d'affection de la part de la conjointe. La séropositivité aux yeux des conjointes est révélatrice des activités sexuelles immorales du sujet. Ainsi, être séropositif est synonyme d'être suspecté d'infidélité, de vagabondage sexuel considérée par la société comme des conduites immorales.

Tableau n°13 : Répartition des enquêtés non dépistés selon les comportements de stigmatisation et discrimination de la conjointe

Comportement de stigmatisation	Effectifs	Pourcentage
étiqueté d'infidèle par la conjointe	24	100
Baisse d'affection de la conjointe	24	100
Total	24	100

Source : Données de l'enquête, 2019

Le tableau n°14 montre que tous les enquêtés non dépistés disent ne pas être en mesure de supporter la présence du virus dans leur organisme ; ils ont peur de perturber le cours normal de leur vie et ils ont peur de vivre avec une maladie chronique. Cependant, 42% des enquêtés ont peur de ne pas pouvoir vivre longtemps. Même si les enquêtés évoquent moins l'angoisse de la mort en cas d'infection au VIH, ils sont tous perturbés par le fait de devoir vivre avec une maladie chronique s'il advenait que le résultat de leur test de sérologie soit positif. Certes, on soigne le sida mais on ne le guérit pas. Comme le souligne un enquêté : « rien qu'à penser au fait que je vais devoir avaler des comprimés tous les jours en cas de séropositivité me rend déjà malade ».

Tableau n°14 : Répartition des conjoints non dépistés selon leur attitude face au Sida

Crainte du Sida	Effectifs	Pourcentage
Ne veut pas avoir conscience de la présence du VIH dans son organisme	24	100

Des hommes et le dépistage du VIH/SIDA dans le programme de prévention de la transmission mère-enfant dans la commune Kozah 1 au Togo les raisons de la réticence

Peur de ne pas pouvoir vivre longtemps	10	42
Ne veut pas perturber le cours normal de sa Vie	24	100
Peur d'une maladie chronique	24	100

Source : Données de l'enquête, 2019

2.6. Analyse des corrélations entre les variables

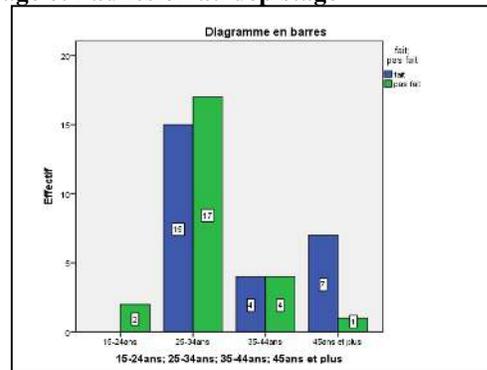
Dans cette rubrique, il est question de corrélérer les variables afin de dégager le lien qui existe entre elles.

2.6.1. Corrélations entre variables sociodémographiques et adhésion au dépistage

L'âge est une variable sociodémographique importante dans cette étude. En corrélant cette variable avec l'adhésion au dépistage du VIH ; le résultat nous montre que dans la tranche d'âge 15-24ans, aucun conjoint n'a fait son test de dépistage ; par contre la proportion des conjoints qui ont fait leur test est de 87,5% entre 25-34ans ; 46,9% dans la tranche 35 et 44ans ; et 50% pour ceux qui ont au moins 45 ans. Ce qui nous permet de dire que dans notre échantillon, l'adhésion des conjoints au dépistage reste mitigée. Bien que la tranche d'âge 25-34 ans adhère plus au dépistage, c'est encore dans cette tranche qu'on retrouve plus de conjoints qui n'ont pas été dépistés. La forte proportion de 25 à 34 ans s'explique par le fait que c'est la tranche d'âge la plus sexuellement active. Etant jeunes et sexuellement actifs, les hommes de cette tranche d'âge peuvent se reprocher certaines conduites sexuelles à risque et ne pas se soumettre au test de dépistage au VIH. Quant à ceux âgés de 45 ans et plus,

ils n'ont pas fait leur test parce qu'ils s'estiment sages et comme le résultat de leur femme était négatif, le leur serait aussi négatif. Le test de khi-deux relève quant à lui une différence non significative car $p=0,085 > 0,05$. Ce qui signifie qu'il n'existe pas de lien entre l'âge et la participation au dépistage comme le montre le graphique n°1.

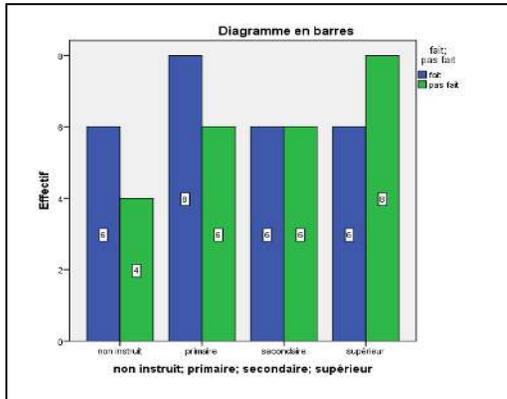
Graphique n°1 : Croisement des variables âge et l'adhésion au dépistage



Source : Données de l'enquête, 2019
 $\chi^2=6,555$; $dll=3$; $p=0,087$

Dans le graphique n°2 ci-dessous, on constate que parmi les conjoints qui ont fait leur test de dépistage, 60% ne sont pas instruits ; 57,1% ont le niveau primaire ; 50% ont le niveau secondaire ; et 42% ont le niveau supérieur. Ce qui nous permet de dire que dans notre échantillon d'étude, la participation des conjoints au dépistage diminue lorsque leur niveau d'instruction augmente. Le test de khi-deux montre une différence non significative car la p-valeur (*ici* $p=0,893$) est supérieure au seuil de 0,05%. Ainsi, on conclut qu'il n'existe pas de lien entre l'adhésion des conjoints au dépistage et le niveau d'instruction.

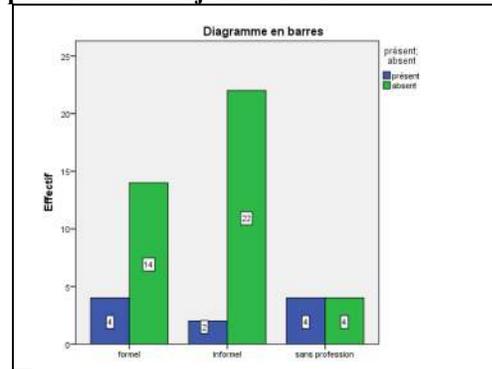
Graphique n°2 : Répartition des conjoints selon leur niveau d'instruction et la participation au dépistage



Source : Données de l'enquête, 2019
 $\chi^2=0,893$; ddl=3 ; p=0,827

L'analyse du graphique n°3 diagramme montre que, pour un homme qui travaille dans le secteur formel, la probabilité pour qu'il accompagne sa femme en CPN est de 22,2% ; alors qu'elle est de 8,3% pour ceux du secteur informel ; par contre pour ceux qui n'ont pas de profession, la probabilité est de 50%. Nous pouvons donc dire que dans notre échantillon, la participation des conjoints en CPN dépend du secteur d'activité auquel ils appartiennent. La p-valeur du test de khi-deux ici p=0,037 étant inférieure à 0,05 (seuil), indique que le test est significatif. Il existe donc un lien entre les deux variables. Les hommes travaillant dans le secteur sont plus enclins de se faire dépister au VIH que ceux travaillant dans le secteur formel.

Graphique n°3 : Répartition des conjoints selon leur activité professionnelle et leur présence des conjoints en CPN



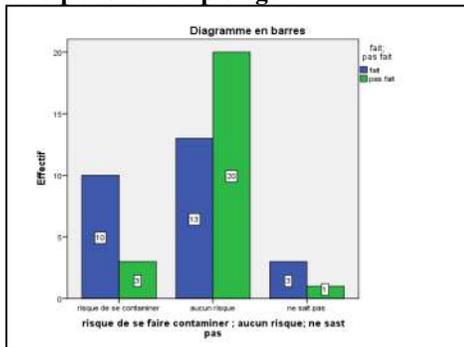
Source : Données de l'enquête, 2019
 $\chi^2=6,597$; ddl=2 ; p=0,037

2.6.2. Corrélations entre variables connaissance et adhésion au dépistage

La corrélation entre les variables « niveau de connaissance sur la PTME et ses avantages » et « la participation au dépistage » montre que 76,9% de ceux qui savent qu'un homme qui ne participe pas court le risque de se faire contaminer par sa femme si elle est positive ont fait leur test ; 39,4% de ceux qui estiment qu'il n'y a aucun risque de contamination seulement ont fait ; 75% de ce qui ne savent s'il y a ou non un danger ont eux aussi fait leur test. Ce qui nous permet de dire que dans l'échantillon, il existe un lien entre les deux variables. Le test statistique de khi-deux montre dans le graphique n°4, une différence significative avec une p. value égale à 0,04. On en déduit que la participation des conjoints au dépistage varie en fonction de la connaissance du risque encouru.

Des hommes et le dépistage du VIH/SIDA dans le programme de prévention de la transmission mère-enfant dans la commune Kozah 1 au Togo les raisons de la réticence

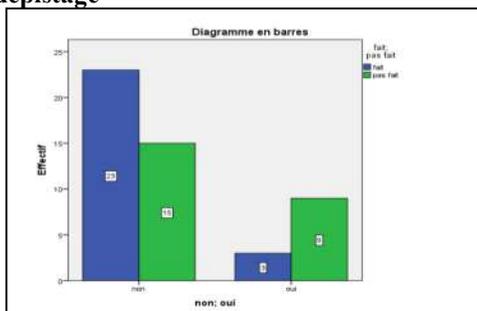
Graphique n° 4 : croisement entre la variable « niveau de connaissance sur la PTME et ses avantages » et « la participation au dépistage »



Source : Données de l'enquête, 2019
 $\chi^2=6,184$; ddl=2 ; p=0,045

Le test statistique dans le graphique n°5, laisse voir que 60,5% des enquêtés qui connaissent la notion de sérodifférence ont fait leur test de dépistage ; alors que seulement 25% de ceux qui ne connaissent pas la sérodifférence ont fait leur test. Ce qui montre qu'il existe une relation entre la connaissance de la sérodifférence et la participation au dépistage dans notre échantillon. Le test de khi-deux significatif nous conduit à conclure que dans la population d'étude, la participation des conjoints au dépistage varie en fonction de leur connaissance de la sérodifférence.

Graphique n° 5 : Croisement entre la sérodifférence et la participation au dépistage



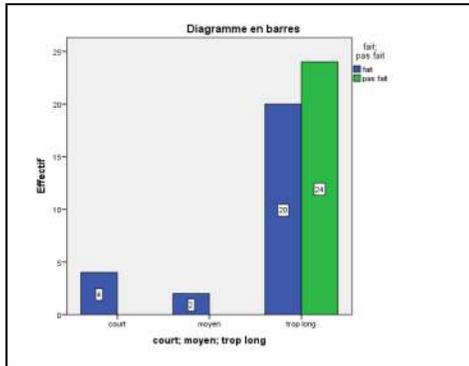
Source : Données de l'enquête, 2019
 $\chi^2=4,612$; ddl=1 ; p=0,032

A travers le graphique n°6 ci-dessous, on constate que tous les conjoints qui n'ont pas fait leur test de dépistages sont ceux qui estiment que le temps d'attente est trop long. Ce qui veut dire que dans notre échantillon, il y a une relation entre le temps d'attente et la participation au dépistage. Le test de khi-deux montre une différence significative car la p-valeur ici p=0,043 est inférieure à 0,05. Donc dans la population, la participation des conjoints au dépistage est d'autant plus élevée que le temps d'attente est court.

Les statistiques du croisement entre « appréciation de l'accueil du personnel soignant » et leur « participation au dépistage » donne les résultats suivants : $\chi^2=4,327$; ddl=1 ; p=0,038. On observe une différence significative puisque la p-valeur ici p=0,038<0,05. On peut dire avec certitude que l'accueil du personnel soignant est défavorable à la participation des conjoints au dépistage. De même, le croisement entre « l'appréciation du lieu d'attente » et « la participation au dépistage » donne les résultats suivants : $\chi^2=7,361$; ddl=2 ; p=0,025.

Le test de khi-deux montre une différence significative (car la p-valeur p=0,025<0,05). On conclut que dans la population enquêtée, plus le lieu d'attente n'est pas satisfaisant (séparée selon le genre), plus la participation des conjoints sont élevées.

Graphique n°6 : Croisement entre les variables « accueils » et « la participation au dépistage »



Source : Données de l'enquête, 2019
($\chi^2=6,294$; $ddl=2$; $p=0,043$)

3. DISCUSSION

3.1. Les profils des partenaires des femmes venues en CPN

Les caractéristiques sociodémographiques des partenaires interrogés montrent que la majorité des hommes interrogés est jeune et donc sexuellement active (Tableau n°1). En faisant le croisement entre l'âge et la participation des conjoints à la PTME (graphique n°1), nous constatons que dans l'échantillon, la participation des conjoints à la PTME augmente avec l'âge. Cependant, le test de khi-deux de Pearson montre qu'il n'existe aucune relation entre l'âge et la participation des hommes à la PTME. La variable « niveau d'instruction » quant à elle, nous a permis d'analyser l'influence de l'instruction sur la participation des conjoints à la PTME. Notons que le niveau d'instruction des conjoints est moyen (Tableau n°2). Cette réalité a été relevée par E. Dolou (2013, p.60) où il dit que l'augmentation de la participation des conjoints à la PTME en fonction à l'âge est une relation fortuite

puisque les tests statistiques n'établissent aucun lien.

Le croisement entre les deux variables nous donne le graphique n°2. L'analyse de ce graphique a permis de constater que dans l'échantillon, la participation des conjoints diminue lorsque le niveau d'étude augmente. Ceci peut s'expliquer par le fait que l'éducation a développé chez les hommes l'esprit d'analyse et l'esprit critique, si bien qu'ils mesurent les avantages et inconvénients avant de décider s'il faut participer ou non ; c'est ce que Max Weber appelle action rationnelle « en finalité », c'est-à-dire que l'individu évalue les avantages et inconvénients de son acte avant de décider s'il faut adopter ou ne pas adopter un comportement ; et pour Raymond Boudon, il s'agit de la rationalité cognitive ou « raisons cognitives ». Ceci est corroboré par M. BÂ (2012, pp.20-21) qui relève que la plupart des refus du test de dépistage du VIH/sida sont venus de femmes d'un bon niveau d'instruction. Par contre le test de khi-deux donne une différence non significative, indiquant qu'il n'existe pas de lien entre les deux variables dans la population d'étude.

La variable « profession » pour sa part a permis de vérifier les différentes occupations des conjoints, afin de savoir si et leur temps libre leur permet-il d'accompagner leurs femmes en CPN. Ainsi, à travers le tableau n°3, on constate que la plupart des conjoints ont une profession, qui est peu favorable à leur participation à la PTME. En analysant le graphique n°4, on constate que dans l'échantillon, la participation des conjoints en CPN diminue du secteur formel au sans professions en passant par le secteur informel. Ce qui prouve que dans l'échantillon, la profession influence la participation des conjoints à la PTME.

Le test de khi-deux étant significatif, on en déduit que dans la population, l'activité professionnelle des conjoints les empêche d'accompagner leur femme en CPN. Ce qui s'explique par le fait que, les conjoints qui travaillent dans le secteur formel sont tenus à respecter les horaires de travail, et pour pouvoir accompagner leurs femmes il faut demander une permission qui est difficilement accordé le plus souvent ; ainsi, sachant que le temps d'attente est trop long (Tableau n°9), ils sont très peu motivés. Pour ceux du secteur informel où il y a plus de flexibilité en ce qui concerne le respect des heures de travail, ils éprouvent quand même plus de difficultés que ceux qui n'ont pas de profession.

3.2. Connaissance et participation à la PTME

Historiquement, les fondements structurels et conceptuels des programmes de PTME ont focalisé l'attention sur la femme et n'ont pas favorisé la construction d'une approche conjugale et/ou familiale de la PTME. En outre, les services de conseil, d'éducation ou de soutien en matière de PTME ont été définis pour s'assurer que les femmes aient suffisamment d'information pour prendre des décisions personnelles et utiliser chacune des interventions de PTME sans avoir besoin de l'accord de leur partenaire (J. Orne-Gliemann, 2009, p.119). Ceci dit, les hommes n'ont suffisamment d'information sur les services de conseil, d'éducation ou de soutien en matière de PTME

Dans cette étude que nous menons, même si la totalité de l'échantillon a une meilleure connaissance de la sérodifférence et des risques encourus par les hommes qui ne participent pas à la PTME, il ressort que les hommes non dépistés ignorent l'importance

de faire le test de dépistage à la PTME (Tableau 6).

Les données du terrain nous montrent que le niveau de connaissance des enquêtés est élevé (Tableaux n°4, 5), et donc leur faible participation ne peut pas être imputé à l'insuffisance de connaissances. Ce qui montre que, avoir un bon niveau de connaissance sur la PTME et ses avantages ne suffit pas pour adhérer au dépistage. Certes, la majorité des enquêtés a été dépistée mais ce dépistage n'a pas été fait dans un Centre de consultation prénatale c'est-à-dire dans le cadre d'une PTME.

En effet, il semble que les efforts pour impliquer les hommes sont plus efficaces lorsque des informations sur le VIH et la PTME sont données directement aux hommes, en dehors du contexte spécifique des services de santé prénatale ou materno-infantile, que les hommes perçoivent souvent comme étant le royaume exclusif des femmes (N. Rutenberg, C. Baek, S. Kalibala, J. Rosen, 2003, p.115)

Lorsque nous faisons la corrélation entre la connaissance du risque encouru par les hommes qui n'adhèrent pas et la participation au dépistage (graphique n°4) le test de khi-deux significatif nous indique que la connaissance du risque encouru par les conjoints favorise la participation des conjoints à la PTME. Ceci est vrai d'autant plus que si les conjoints savaient tous qu'ils risquent de se faire contaminer s'ils n'adhèrent pas à la PTME, ils allaient participer. De la même manière, le croisement entre les variables « connaissance de la sérodifférence » et « participation à la PTME » donne à travers le test de khi-deux une différence significative (Graphique n°5). Ce qui veut dire que la méconnaissance de la sérodifférence peut conduire les hommes à penser que leur résultat serait identique à celui de leur

partenaire et douter de la nécessité de se faire dépister. Ces résultats sont identiques à ceux d'E.J. Falnes et al, (2011, p.78).

Il nous est donné de constater que la connaissance n'influence pas nécessairement la participation à la PTME ; d'où la nécessité de scruter l'accueil réservé par les soignants et ses implications sur la PTME.

3.3. L'accueil et ses effets sur l'implication des hommes à la PTME

En matière de la santé en général et de la PTME en particulier, l'accueil est un élément fondamental dans la rétention des patients dans les formations sanitaires. Qui parle de l'accueil parle entre autres, du temps et du lieu d'attente, du dialogue entre soignant et soigné. La participation des hommes au dépistage est conditionnée par leur satisfaction vis-à-vis des trois éléments.

En se basant sur le tableau n°7, on voit que les conjoints sont insatisfaits du temps d'attente qu'ils estiment trop long. On peut constater que dans la population, la participation des conjoints diminue lorsque le temps d'attente s'allonge. Le tableau n°8 quant à lui indique que les enquêtés ne sont pas satisfaits de l'attitude du personnel soignant en l'occurrence les sages-femmes, puisqu'ils estiment que lorsqu'ils manifestent leur mécontentement par rapport au temps d'attente trop long (qui dure parfois des heures), ils sont victimes de maladresse de la part des sages-femmes. La corrélation entre les deux variables montre que dans l'échantillon, l'attitude du personnel soignant n'est pas favorable à leur participation à la PTME. Le test de khi-deux étant significatif, nous concluons que dans l'échantillon, la participation des hommes à la PTME augmente lorsque

l'accueil réservé aux soignés est bon. Les mêmes résultats sont trouvés par (S. Theuring et al. 2000 et (M. Reece et al. 2010, p.82), qui déclarent que les membres du personnel soignant ont des attitudes négatives et que ces derniers manquent de courtoisie élémentaire.

Le tableau n°9 quant à lui, nous montre que on constate la majorité des enquêtés sont moins satisfaits du lieu d'attente et estiment qu'ils seraient mieux à l'aise s'il était prévu deux salles séparées à cet effet, dont l'une pour les femmes et l'autre pour les hommes. La corrélation entre le lieu d'attente et la participation nous indique que dans notre échantillon, le lieu d'attente influence le comportement des hommes face à la PTME. Le test de khi-deux étant aussi significatif, on en déduit que les hommes seraient plus à l'aise et plus motivés à participer s'ils étaient accueillis dans une salle séparée du lieu où sont accueillies leurs femmes. Au regard de ces différentes observations, nous pouvons conclure que l'hypothèse selon laquelle l'accueil réservé aux patients a un impact négatif sur leur participation à la PTME est confirmée dans notre recherche. Un entretien avec le personnel soignant au sujet du temps d'attente révèle que le personnel soignant est conscient qu'il fait attendre trop longtemps les patients, mais ils estiment que ce n'est pas de leur volonté ; car chaque matin, tout le personnel de la maternité se réunit en présence du médecin chef de service pour la passation de service entre l'équipe de garde et celui du jour. Au cours de cette réunion, l'équipe de garde fait le rapport des activités réalisées en l'absence du médecin ou des surveillants de services afin de régler les incorrections pour l'amélioration de la qualité des prestations. De plus, le personnel soignant soulève le problème d'insuffisance du personnel qui

fait que le peu qui est présent est débordé par le travail. Nous pensons donc que, même si ces actes ne sont pas justes aux yeux de l'opinion générale, ils peuvent être compris, car c'est pour la qualité des prestations. Les résultats auxquels nous sommes parvenu s'apparentent à ceux des travaux réalisés par (E.Tadesse, 2004, p. 53) qui montrent que le personnel soignant était réticent à encourager la participation des hommes aux CPN. Par ailleurs, en plus des facteurs susmentionnés, n'est-il pas nécessaire de questionner la dimension psychosociale ?

3.4. Impact psychosocial du dépistage

La totalité des conjoints non dépistés enquêtés (Tableau n°13) sont réticents au test de dépistage parce que si celui-ci était positif, leur femme retirera ou diminuera l'affection à leur égard. Nos résultats vont dans le même sens que K. L. Tousso (2014, p. 42) qui relève que les conjoints refusent de faire le test de dépistage du VIH afin d'éviter le divorce qu'un résultat positif engendrera. De même, O. Mafuta Kimbaya (2018, p.27) précise que la venue de la PTME est perçue pour certaines bénéficiaires, comme déstabilisateur et séparateur des couples.

Concernant l'étiquetage du conjoint par sa femme d'avoir été infidèle, la majorité des partenaires ont avancé cette raison. Partant de leur femme, tout l'entourage parlera mal d'eux en cas de résultats positif est une allusion faite à cette stigmatisation et cette discrimination relevées chez les enquêtés de M. Kilimtetou (2010, p.57) pour être réticents au test de dépistage. Ces partenaires non dépistés préféreraient vivre ignorants de leur statut sérologique que de se savoir infectés donc de vivre avec le virus

dans leur corps c'est-à-dire, vivre avec une maladie chronique. Ce résultat se rapproche aussi de celui des travaux d'A.Tousso (2003, p.46) qui montre que les raisons évoquées par ses enquêtés pour expliquer leur réticence au test de dépistage du VIH étaient entre autres, une conscience quasi permanente de la mort, les difficultés de vivre dans l'attente d'une mort prochaine, la peur de ne pas pouvoir vivre longtemps, l'inquiétude désormais suite à une maladie chronique.

Ce sentiment de stigmatisation et de discrimination a également été relevé par O. Mafuta Kimbaya (2018, p.30). Selon lui, les bénéficiaires disent et les prestataires rapportent que les dires, le comportement et l'attitude qu'affiche l'entourage pourraient constituer des obstacles dans le service de PTME, ce qui fait qu'elles fréquentent clandestinement ce service, avec risque de refus ou d'abandon. Certaines bénéficiaires perçoivent la PTME comme un isolement (quarantaine), elles disent avoir la peur d'être rejetées (mises à l'écart) par la société et ne veulent pas partager leur expérience ou informer les autres de leurs statuts sérologiques. Elles fréquentent alors secrètement le service de PTME. M.M. De Paoli, R. Manongi, et K.I. Klepp, 2004, p.118), confirment nos résultats en soulignant que la peur du manque de soutien du partenaire et des réactions négatives au sein de la communauté sont également apparues comme des contraintes récurrentes en Tanzanie.

CONCLUSION

La transmission du VIH/SIDA de la mère à l'enfant s'avère un problème tant médical, social que psychologique. Pour réduire les cas de contamination entre la mère et l'enfant, les pays du monde sous

l'impulsion de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) ont instauré dans leurs systèmes de santé reproductive et infantile un programme de prévention de la transmission mère-enfant du VIH/SIDA. Dans cette optique, le Togo crée et augmente le nombre de centres de santé qui offrent les services PTME sur toute l'étendue du territoire. L'objectif primordial de ce programme consiste à amener les femmes enceintes et leurs conjoints à faire leur test de dépistage afin d'identifier les couples infectés pour une prise en charge précoce. Au départ focalisé sur la femme, le programme PTME a involontairement mis à l'écart les hommes.

En constatant que la prise de décision par les femmes au sujet de leurs grossesses et de leur santé était profondément influencée par leurs conjoints, les regards sont tournés vers les hommes. Malheureusement, ces derniers éprouvent des difficultés à adhérer efficacement au programme et de bénéficier de ses services malgré les avantages inhérents. Cette recherche a penché sur les dessous de la réticence des hommes au dépistage dans la PTME dans la commune Kozah 1 à Kara. Il ressort que de la faible participation des partenaires sexuels masculins à la PTME est un phénomène multifactoriel. Le manque de temps, la méconnaissance de l'importance de la PTM et de ses avantages, l'accueil dans les formations sanitaires, la peur d'une maladie chronique ainsi que la stigmatisation et discrimination de la part des conjointes et la société dans l'ensemble peuvent constituer des obstacles au dépistage du VIH/sida dans la PTME..

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

BÂ Mamadou, 2012, « Des hommes et le dépistage du VIH/sida au Sénégal, les dessous du refus », Mémoire pour l'obtention du grade de Maître ès sciences (M.Sc.), Université de Laval.

DE PAOLI Marina Manuela, MANONGI Rachel, KLEPP Knut-Inge, 2004, « Are infant feed-ing options that are recommended for mothers with HIV acceptable, feasible, affordable, sustainable and safe ? Pregnant women's perspectives », *Public Health Nutr*, vol. 7, no 5, p. 611-619.

DISTRICTS HEALTH INFORMATION SYSTEM 2-Togo, 2018.

DOLOU Essolakina, 2013, « Facteurs limitant l'implication des partenaires masculins sexuels au programme de la transmission Mère-Enfant du VIH au CHU-Kara, Mémoire de maîtrise en sociologie, Université de Kara.

EKOUEVI Didier Koumavi, LEROY Valériane, VIHO Ida, BEQUET Laurence, HORO Apolli-naire & ROUET François, 2004, «Acceptability and uptake of a package to prevent mother-to-child transmission using rapid HIV testing in Abidjan, Côte d'Ivoire », *AIDS*, vol. 18, no4, p. 697-700.

FALNES Eli Fjeld, MOLAND Karen Marie, TYLLESKÄR Thorkild, MANUELA DE PAOLI Marina, MSUYA Sia & ENGBRETSSEN Ingunn, 2011, "It is her responsibility" : partner in-volvement in prevention of mother to child transmission of HIV programmes, northern Tanzania,

Des hommes et le dépistage du VIH/SIDA dans le programme de prévention de la transmission mère-enfant dans la commune Kozah 1 au Togo les raisons de la réticence

Published online 2011 Apr 26. Doi: 10.1186/1758-2652-14-21.

JOURNEE MONDIALE DE LA SANTE, 2019, Des avancées et défis en matière de la riposte au VIH dévoilés aux journalistes, <https://cnlstogo.org/2019/11/29/jms-2019-des-avancees-et-defis-en-matiere-de-la-riposte-au-vih-devoiles-aux-journalistes/>.

KILIMTETOU Malouba (2010), les facteurs psychologiques et psychosociaux de la réticence des conjoints au test de dépistage du VIH/Sida dans le cadre de la Prévention de la Transmission Mère-Enfant (PTME) du VIH/Sida. Etude prospective à propos de 90 conjoints dont les femmes se sont faites consultées au Centre de Santé de Lomé District 1 du 1er juillet au 1er octobre 2010. Mémoire de Maîtrise en psychologie de la santé, Université de Lomé.

MAFUTA KIMBAYI Olivier, 2018, « Prévention de la transmission mère-enfant du VIH en milieu rural : les perceptions des acteurs de la zone de santé de Mosango, en République Démocratique du Congo » Mémoire de Master en sciences de la santé publique, Université Catholique de Louvain, <file:///F:/Banque%20de%20documentation/s/Sida%20et%20PTME/Mémoire%20sur%20la%20PTME%20au%20Congo.pdf>

ORNE-GLIEMANN Joanna, 2009, « Quelle place pour les hommes dans les programmes de prévention de la transmission mère-enfant du VIH ? Revue de la littérature et étude de cas dans les Pays en Développement, Presses de Sciences Po « Autrepart », 2009/4 n°52, p. 113-129, <https://www.cairn.info/revue-autrepart-2009-4-page-113.htm>.

PLNS/CNLS, 2016-2020, Plan stratégique national de lutte contre le VIH et le Sida.

PNLS-IST, 2017, Rapport annuel des activités.

REECE Michael, HOLLUB Ariane, NANGAMI Mabel & LANE, 2010, « Assessing male spousal engagement with prevention of mother-to-child transmission (PMTCT) programs in western Kenya », *AIDS Care*. 2010 Jun; 22 (6):743-50. Doi: 10.1080/09540120903431330.

RUTENBERG Naomi, BAEK Carolyn, KALIBALA Samuel et ROSEN Jonathan, 2003, “Evaluation of United Nations-supported pilot projects for the prevention of mother-to-child transmission of HIV: overview of findings”, *HIV/AIDS Working Paper*, New York, UNICEF.

TADESSE Eyob, HUMPHREYS Misiri & MUULA Adamson, 2004, « Are Public Antenatal Clinics in Blantyre, Malawi, Ready to Offer Services for the Prevention of Vertical Transmission of HIV? *African Journal of Reproductive Health / La Revue Africaine de la Santé Reproductive*, Vol. 8, No. 2, pp. 64-70.

TEMMERMAN Marleen, NDINYA-ACHOLA Jeckoniah, AMBANI Jackson et PIOT Peter, 1995, « The right not to know HIV test results », *Lancet*, no 345, p. 969-970.

THEURING Stephanie, JEFFERYS Laura, NCHIMBI Philo, MBEZI Paulina & SEWANGI Julius, 2000, « Increasing Partner Attendance in Antenatal Care and HIV Testing Services : Comparable Outcomes Using Written versus Verbal Invitations in an Urban Facility-Based Controlled Intervention Trial in Mbeya,

Tanzania »
<https://dx.doi.org/10.1371%2Fjournal.pone.0152734>.

TOUSSO Anama (2003), les facteurs psychologiques et psychosociaux de la réticence des étudiants à se faire dépister volontairement au VIH. A propos d'une étude prospective de 100 cas à l'université de Lomé. Mémoire de Maîtrise en psychologie de la santé, Université de Lomé.

TOUSSO Kossiwavi Lamata, 2014, « Facteurs psychosociologiques de la réticence des hommes mariés au test de dépistage du VIH/sida : cas du dispensaire saint Luc de Tchan-nadè à kara », Mémoire de maîtrise de sociologie, Université de Kara.



SATISFACTION DES USAGERS DES SERVICES DE SOINS DE SANTE MATERNELLE A AGLBLANGANDAN AU BENIN : FACTEURS ET PERCEPTION

SATISFACTION OF USERS OF MATERNAL HEALTH CARE SERVICES IN AGLBLANGANDAN, BENIN: FACTORS AND PERCEPTION

¹ ADABRA Adjowa Jacqueline et ² TINGBE-AZALOU Albert.

¹Sage-Femme Sociologue-Anthropologue, Master en santé communautaire, Doctorante en Sociologie de développement, Université d'Abomey-Calavi, Bénin, jadabra3@gmail.com

²Professeur Titulaire des universités du CAMES, Sociologue-Anthropologue, Université d'Abomey-Calavi, Bénin, blenu2013@hotmail.com

ADABRA Adjowa Jacqueline et TINGBE-AZALOU Albert, Satisfaction des usagers des services de soins de santé maternelle a Agblangandan au Bénin : facteurs et perception, *Revue Espace, Territoires, Sociétés et Santé* 3 (6), 211-225 [En ligne] 2020, mis en ligne le 31 Decembre 2020, consulté le 2021-01-11 08:51:43, URL: <https://retssa-ci.com/index.php?page=detail&k=132>

Résumé

Dans l'arrondissement d'Agblangandan, une localité à proximité de Cotonou, le centre de santé connaît non seulement une réduction de son taux de fréquentation mais, surtout il est décrié par la population. La présente recherche sur la « Satisfaction des usagers des services de soins de santé maternelle à Agblangandan au Bénin : facteurs et perception » a pour objectif d'identifier les facteurs associés à la satisfaction et les perceptions de l'utilisateur lors de la fréquentation des services de soins de santé maternelle. Pour y parvenir, l'approche méthodologique adoptée a été celle d'une

enquête descriptive transversale. Ainsi, une taille d'échantillon de quatre cent cinq (405) a été retenue. Mais, après apurement des données, la taille de l'échantillon est passée à quatre cent un (401). Aussi, la collecte des données a été effectuée à l'aide des techniques telles que la recherche documentaire, l'administration de questionnaire, l'entretien individuel, le focus group. L'analyse a été réalisée à l'aide de régression multiple renforcée par la recherche d'association. Les résultats montrent que la longue attente et le mauvais accueil augmentent respectivement 5 et 6 fois plus le risque chez l'utilisateur de ne pas être satisfait. Les événements attractifs lors de la fréquentation des services de soins de santé maternelle ayant une association significative avec la satisfaction ont été la guérison à 8 fois plus, le sourire et la bonne santé du couple mère-bébé respectivement avec 10,62 et 25,70 fois plus de chance de satisfaction que leurs groupes adverses. Ces faits déterminent la fréquentation des services de soins.

Mots clés : Usagers, satisfaction, santé maternelle, facteur, perception

Abstract

In the district of Agblangandan, a locality near Cotonou, the health centre is not only

experiencing a reduction in its attendance rate but, above all, it is decried by the population. The present research on "Satisfaction of users of maternal health care services in Agblangandan in Benin: factors and perceptions" aims to identify the factors associated with user satisfaction and perceptions when attending maternal health care services. To achieve this, the methodological approach adopted was that of a cross-sectional descriptive survey. Thus, a sample size of four hundred and one (401) was selected. Data collection was also carried out using techniques such as documentary research, questionnaire administration, individual interviews and focus groups. The analysis was carried out using multiple regression reinforced by association research. The results show that long waiting times and poor reception increase the risk of dissatisfaction among users by 5 and 6 times respectively. Attractive events when attending maternal health care services with a significant association with satisfaction were healing at 8 times more, smiling and good health of the mother-baby couple respectively with 10.62 and 25.70 times more likely to be satisfied than their opposing groups. These facts determine the use of health care services.

Key words: Users, satisfaction, maternal health, factor, perception, Benin

INTRODUCTION

La santé maternelle est un état de bien-être de la femme depuis la grossesse jusqu'à quarante-deux jours après accouchement (OMS, 1946). Dans le monde, les femmes enceintes et les enfants constituent les couches les plus vulnérables en matière de santé (PNUD, 2016). Ainsi, ont été adoptées diverses stratégies comme les soins de santé primaires (SSP) à Alma Ata en 1978 avec le slogan « Santé pour tous d'ici l'an 2000 » dont les soins maternels et infantiles font partis des huit composantes et aussi l'Initiative de Bamako (IB). De même, le cinquième des objectifs du millénaire pour le développement et le troisième des objectifs de développement durable portent respectivement

sur la réduction de la mortalité maternelle et la promotion de la santé et le bien-être de tous mais surtout des mères et enfants (PNUD, 2016). La mortalité maternelle et celle infanto-juvénile restent très élevées malgré les efforts fournis par les différents acteurs du système sanitaire. Le taux de mortalité infanto-juvénile était de 70 ‰ en 2011 et celui maternel était de 397 pour 100 000 naissances vivantes en 2013 au Bénin (INSAE, 2013). Les politiques de santé à travers les divers programmes axés sur la réduction de la mortalité maternelle et infantile en sont la preuve. A l'évaluation du système de santé du Bénin, d'énormes dysfonctionnements avec à la tête le mauvais accueil et la corruption dans les pratiques dont la quasi absence ou le non-respect des normes de pratiques professionnelles par les agents de santé ont été détectés (MS, 2013). De surcroit, ce fait limite l'accessibilité de ces cibles à savoir les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans à des soins de qualité. Parmi les stratégies d'amélioration de la situation, on peut citer la réalisation du guide des bonnes pratiques au Bénin (A. D. Kinde, 2012) Dans l'arrondissement d'Agblangandan, le taux de fréquentation des centres médicaux de santé a été de 18,9% (ZSPAS, 2015) contre 30,3 ‰ au niveau national (INSAE, 2013). Les centres de tradithérapeutes couvrent plus de la moitié de la demande de la population (PDCS-P, 2005). Il est estimé à au moins 20% le nombre de personnes qui s'adonnent à l'automédication dans la commune (PDCS-P, 2005). Aussi, les femmes enceintes et accouchées apposent-elles souvent un refus d'aller au centre de santé publique pour la vaccination du fait de mauvais comportement du personnel. En effet, « la femme trouve d'ordinaire son équilibre non pas dans une relation conjugale élective..., mais dans une maternité appelée de tous ses vœux, et que la venue d'un enfant vient exaucer. » (R. Luneau, 1981). Ainsi, la recherche portant sur la : « satisfaction des usagers des services de soins de santé maternelle à Agblangandan au Bénin : facteurs et perception » vise la problématique de la satisfaction des usagers des services de soins de santé maternelle. Alors, la question de recherche suivante a été formulée : Quels sont les facteurs associés à la satisfaction et les

perceptions de l'utilisateur lors de la fréquentation des services de soins de santé maternelle dans la localité d'Agblangandan ? Pour conduire cette recherche, l'objectif d'identifier les facteurs associés à la satisfaction et les perceptions de l'utilisateur lors de la fréquentation des services de soins de santé maternelle a été fixé.

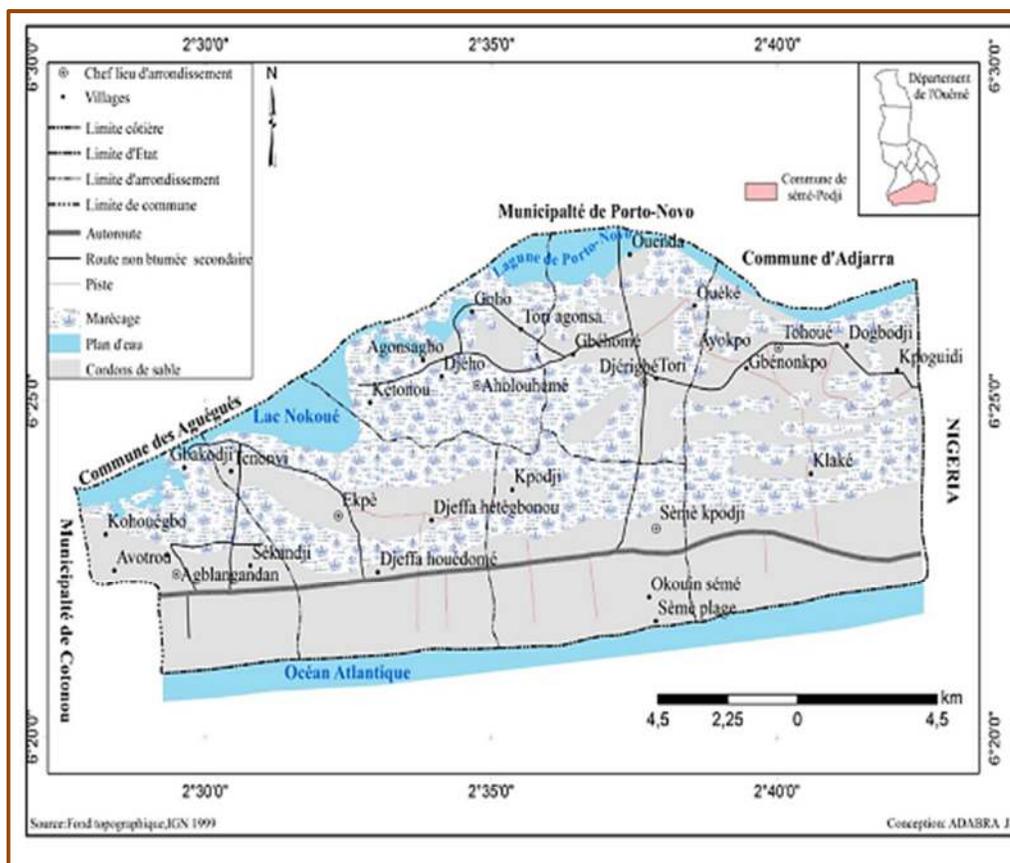
1. METHODOLOGIE

1.1. Cadre de la recherche

L'arrondissement d'Agblangandan occupe la partie occidentale de la commune de Sèmè-Podji

dans le département de l'Ouémé : c'est la partie encadrée en rouge sur la carte n°1. Le territoire est parsemé de marécages, c'est la cuvette du lac qui reçoit les eaux de son débordement en temps de cru. Il est desservi par deux centres de santé publics et une vingtaine de privés. La population est majoritairement d'ethnie xwla et les activités prioritaires sont la pêche et l'agriculture (MCS-P, 2006). L'arrondissement constitue le dortoir des travailleurs de Cotonou. Les taux de fréquentations ont été de 18,9% et 14,6% respectivement pour Agblangandan et Sèkandji selon l'annuaire statistique de la zone sanitaire (ZSPAS, 2015).

Carte n°1 : Zone d'étude



Source : Seignobos et Iyebé Mandjeck, 2000 ; adaptation et réalisation Tévèché, 2018

1.2. Démarche méthodologique de collecte de données

1.2.1. Nature de la recherche

La présente recherche déroulée dans le centre d'Agblangandan a été une enquête descriptive transversale et la méthode probabiliste par tirage aléatoire simple a été appliquée pour l'échantillonnage. Cette recherche est de nature mixte c'est-à-dire à la fois qualitatives et quantitatives.

1.2.2. Techniques et outils de collecte des données

Les techniques utilisées ont été la recherche documentaire, l'entretien individuel, le focus group et l'observation. Les outils d'investigation ont été respectivement le questionnaire adressée à l'endroit des ménages (les usagers), le guide d'entretien aux acteurs impliqués dans la problématique des services de soins de santé maternelle (autorités locales, leaders, professionnels, membres du Comité de Gestion des Centres de Santé (COGECS), le guide de focus group couplé avec le dictaphone (Olympus imaging corp) et la grille d'observation qui a servi de vérifier les données de carnets (nombre de visites prénatales, le terme à la première visite, etc.) et d'apprécier l'environnement pouvant influencer l'interaction des acteurs au moment du recours. Les enquêtes sociodémographiques ont été effectuées pour approfondir les caractéristiques socio-sanitaires et les dynamiques sociétales dans lesquelles vivent les populations de l'arrondissement autour du recours aux services de soins de santé maternelle.

1.3. Echantillonnage

La population mère a été les ménages de l'arrondissement et la cible directe a été

constituée de femmes au sein des ménages ayant au moins un enfant de moins de 5 ans ou une femme enceinte. L'option est portée sur la méthode probabiliste avec les techniques d'échantillonnage par tirage aléatoire simple et selon le pas calculé (pas = quotient de l'effectif total de ménages et l'effectif à enquêter) de chaque village pour le choix des enquêtés lors de l'administration du questionnaire. Dix-huit (18) personnes ressources pour l'entretien et celles des deux groupes pour le focus groupe composés de six participants chacun, dont un groupe de femmes et un autre d'hommes choisis par choix raisonné. Une taille d'échantillon de quatre cent cinq (405) ménages a été obtenu pour le volet quantitatif à partir de la formule de Schwartz applicable aux études descriptives ($n = \frac{\epsilon^2 p q}{i^2}$, avec n = taille initiale de l'échantillon, $\epsilon = 1,96$, p = prévalence du recours aux services de santé ($p = 18,9\%$) (MCS-P, 2006), $q = (1-p)$, i = précision souhaitée pour les résultats (ici $i = 4\%$) et pour compenser les refus ou les démissionnaires, on a pondéré n par $1/10 \Rightarrow N = n + 1/10n$). Cependant, ce sont 401 fiches d'enquêtes qui ont été validées. Ce nombre est réparti proportionnellement à la taille de chaque village comme détaillé dans le tableau n°1. Au total, 413 enquêtés ont été enrôlés (401 pour questionnaire, 06 femmes et 06 hommes pour focus group).

Tableau n°1 : Répartition des femmes enquêtées par village

Village	Fréquence	Pourcentage
Agbalilamè	66	16,5
Agblangandan	72	18,0
Akpokpota	22	5,5
Davatin	13	3,2
Gbakpodji	9	2,2
Kadjakomè	13	3,2
Kpankpanam è	42	10,5

Lokocoukoum è	40	10,0
Mondokomè	10	2,5
Sèkandji	38	9,5
Sèkandji Alanmadossi	38	9,5
Sèkandji Houéyogbé	38	9,5
Total	401	100,0

Source : Terrain Agblangandan, 2016

1.4. Méthodes de traitement et d'analyse des données

L'identification de facteurs associés à la satisfaction des usagers des services de soins de santé maternelle s'est faite par la modélisation qui a été réalisée à l'aide des tableaux croisés des variables puis complétée de régression linéaire multiple. Aussi, a-t-elle été réalisée la transcription des données de l'entretien et celles de l'observation pour le volet qualitatif. Pour parfaire le traitement des données, des logiciels épi info version 3.5.4 du 30 juillet 2012 et Microsoft Excel 97- 2003 ont été utiles. Au niveau de l'analyse statistique, la description (fréquence, moyenne, mode, écart-type, ...) des enquêtés par phénomène ou variable a été faite selon les données de l'enquête.

2. RESULTATS

2.1. Description de la population enquêtée

L'âge moyen des enquêtés est de 29,43 ans et le mode c'est 25 ans, les extrêmes étant 16 et 48 ans. Parmi la population enquêtée, 41,1% ne sont ni instruits ni alphabétisés. Néanmoins, plus de la moitié des enquêtées (58,85%) est instruite dont 24,7% ont atteint au moins le niveau secondaire. Le revenu moyen de l'échantillon est de 1784,68 ± 2398,62 francs. Le groupe de

ménages dont le revenu est inférieur à 500 francs par jour représente 34,8% des enquêtés. Cependant, 84 parmi les femmes enquêtées ont déclaré être sans revenu. Quant aux caractéristiques obstétricales, 3,7% des femmes n'ont jamais connu l'évènement d'accouchement, la moyenne de parité de la population enquêtée est de 2,801 ± 1,756, les extrémités étant 0 et 10 avec 2 (deux) comme un mode et une médiane. La grande multiparité (parité supérieure ou égale à six) concerne 6,5% des femmes enquêtées. La moyenne de visite prénatale réalisée est de 5 ± 2,013.

2.2. Identification des facteurs déterminant la satisfaction de l'utilisateur des services de soins de santé maternelle

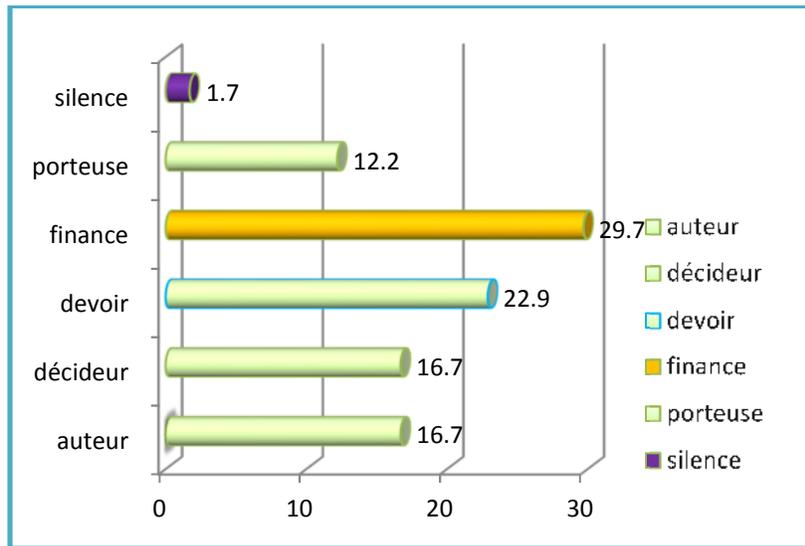
2.2.1. Facteurs humains

Ce sont des événements issus de la relation soignant-usager recensés au cours de l'enquête. Certains peuvent être qualifiés d'évènements positifs ou attractifs. Les évènements attractifs du centre de santé d'Agblangandan cités par les enquêtés ont été le sourire (7,0%), la courtoisie (3,7%), l'écoute (1,2%), le respect de l'utilisateur (2,0%), les explications et conseils donnés (3,7%) par le prestataire. L'on note une association à 72,80% avec la satisfaction des usagers ($r=0,72801$ avec $p=0,00145$ et $c=0,124$). Le mauvais accueil (8,7 %), les cris et insultes (8,2 %) tiennent la tête des défavorables ou répulsifs. Ont suivis la négligence (6%) et la longue attente avant les soins (5,7%). Les enquêtés ont évoqués entre autres, la corvée (balayage, rangement...) (1,2%) avant l'accès aux soins, les violences (2,6%), la lenteur (3,0%) et l'impatience du soignant (2,5%) envers l'utilisateur et l'inadéquation (4,5%) quelque fois des soins. Il y a eu même degré

d'association ($r=0,72800$; $p<0,0001$ et $c=0,965$). Aussi, les observances sont diverses en matière de santé maternelle. Il existe des habitudes liées au déroulement de la grossesse et des pratiques culturelles (de protection, de foi et d'invocation, etc.), celles médicinales (cerclage traditionnel, tisanes ou infusions, ...) et celles de convenance (habitudes, conseils de grand-mère, ...). La période de la première consultation prénatale est mesurée à travers la variable « moment de CPN1 ». Plus de la moitié soit 63,4% des enquêtés ont déclaré avoir effectué leur première consultation prénatale avant la fin du troisième mois c'est-à-dire au premier trimestre de la grossesse. Il n'y a que 8,2% qui consultent à quatre mois de grossesse et seulement 6% des femmes enquêtées à l'aide du questionnaire qui ont attendu la manifestation des mouvements actifs du fœtus pour commencer les visites prénatales. Cela reflète-t-il la réalité ? De plus, 11,7% des enquêtés ont déclaré que le début de la consultation prénatale n'est imprimé que par un malaise dont la gestion les dépasse. Ce qui veut dire qu'en absence de malaise, il n'y a pas lieu de démarrer les visites prénatales selon eux. Cela donne une idée de la représentation qu'ils ont des soins et services de la consultation prénatale. Cette pensée a été renchérie par un participant, conjoint d'une gestante, que : « Ce que je ne comprends pas, c'est que le centre de santé est-il là pour nous sauver ou pour faire du commerce ? Les agents de santé veulent qu'à tout bout de champs qu'on se pointe au centre. Il n'y a plus rien à faire ? Nous devons utiliser nos recettes d'abord et c'est quand cela échoue qu'on peut venir aux soins. » (E2). Ces déclarations expliquent bien les raisons qui sous-tendent le recours tardif aux soins

remarqué par les professionnels de santé du milieu dont l'un a dit : « Ici, si la gestante n'a pas d'inquiétudes majeures ou n'est pas malade, elle ne vient pas au centre, c'est pitoyable ». La vision de la communauté et celle des soignants se trouvent parfois diamétralement opposées. Pour l'efficacité des soins, il faut venir à temps au centre selon les soignants. Ce qui n'est pas l'avis des enquêtés. Le comportement du pouvoir de décision a été aussi questionné à travers : "Qui autorise la réalisation de la première consultation prénatale (Auteur CPN1) ?" Cette variable a permis de savoir la personne influente au niveau de la prise de décision en matière de santé surtout maternelle. Les femmes ont répondu que c'est le mari qui doit accepter et prendre la décision d'aller à la consultation dans 78,3% des cas. Cela est soutenu par le fait que c'est le mari qui doit payer les frais afférant aux soins. Parmi la population enquêtée, l'autonomie financière de la femme est à rude épreuve car les femmes ne décident d'elle-même qu'à un taux de 18,8% que ce soit pour la confirmation de grossesse ou pour autre motif. Les autres intervenants ne représentent qu'une infime proportion (2,9%). Les diverses justifications données pour la personne qui autorise la consultation surtout en ce qui concerne son démarrage ont constitué la base des données servant à la réalisation du graphique n° 1 ci-après. Les raisons financières ont été données par 29,7% des enquêtés, celles de responsabilités (« devoir ») ont été évoquées dans 22,9% de cas. Les justifications faisant recours à l'implication du corps de la femme (« porteuse ») comme argument de son autorisation à prendre la décision de se faire consulter occupent 12,2% des réponses.

Graphique n°1 : Répartition des enquêtés selon les justifications de l'auteur de la consultation prénatale, Agblangandan, 2016



Source : Données de terrain, 2016

En outre, le regard est porté sur les pratiques communautaires en matière de suivi de grossesse. Ces pratiques sont diverses et catégorisées. Il y a les pratiques de protection qui ont été évoquées. Ce sont les rituels de Fâ, les cérémonies, le port de bague, la pratique de refuge dans les couvents religieux, le port d'objets sur le pagne en cas de sortie nocturne et autres pratiques assimilables. Les pratiques de protection concernent aussi des interdits alimentaires au cours de la grossesse (4,2%) et en post-partum immédiat (10 premiers jours). Les observances liées à la foi et aux invocations se manifestent par la prière et les visions (présages) que les enquêtés soient animistes ou croyants en un dieu monothéiste. Parmi les pratiques de protection évoquées par les enquêtés, c'est la prière qui occupe le premier rang avec 48,2% suivi de refuge dans le couvent religieux à 15,7%. Ces pratiques ont induit l'utilisation simultanée du traditionnel à 8,5% et de couvent religieux à 5,7% d'avec la médecine moderne. Parmi les pratiques

médicinales, il est remarquable que plus de 71% des enquêtés utilisent la tisane au cours de la grossesse et le cerclage traditionnel (CT) occupe 2,1%. Les autres observances comme le port de perle, de corde à la hanche et éviction de certaines positions ne sont évoquées que dans de proportion insignifiante (entre 0,6 à 1,8%). C'est de même pour d'autres enquêtés qui observent certaines pratiques par convenance ou sur conseils de grand-mère (0,6%). Les tisanes sont utilisées pour différentes raisons entre autres : pour bien uriner dans 34,6% des cas, prévenir ou guérir le paludisme (3,2%), faciliter l'accouchement ou la délivrance (2,3%), bien-être de la mère et du fœtus ou bonne santé (20%), réduire le poids fœtal ou « rétrécir le fœtus », renforcer la grossesse, donner plus du tonus à la gestante. Malgré toutes ces pratiques, il n'y a pas eu de corrélation significative avec la satisfaction aux soins reçus donc elles n'influencent pas le recours aux services de soins de santé maternelle. Néanmoins, 101 soit 25,19% des enquêtés ont fait recours pour la même grossesse à la fois au centre public et aux

cabinets privés. En effet, 34 soit 8,5% des enquêtés ont utilisé cumulativement les soins traditionnels et ceux modernes. Le refuge dans un couvent religieux est une pratique courante dans le milieu.

Dans l'offre de soins de santé maternelle proposée par le centre de santé, les usagers jouent plusieurs rôles. A ce niveau, la compréhension de la participation communautaire a été méconnue chez 291 soit 73,5% des enquêtés. Des rôles énumérés sont entre autres : paiement des frais, assistance aux réunions, entretien du quartier ou opération de salubrité, expression de son opinion, réclamation de ses droits, le fait de grogner, réalisation des aides et dons de bienfaisance, sensibilisation et surveillance des services de soins de santé. Au moins trois enquêtés ont eu à dire d'aller voir les chefs-quartier pour cela. Ce que témoigne les interventions suivantes : « Ahoouo, je verrai. Ils bouffent tout ce que l'Etat envoie ». La population pense que la gestion ne les engage pas vraiment. C'est considéré comme une prestation de service et doit répondre aux critères de fourniture de service « client-prestataire ». C'est par rapport à cela qu'une femme ayant un bébé de neuf mois rétorqua :

« Pourquoi vous vous fatiguez ? Il maltraite trop les gestantes là-bas. Moi, je change simplement d'endroit pour me faire consulter si les gens m'insultent ou me disent ce qui ne me plaît pas. C'est très simple. On ne peut pas m'embêter alors que je leur apporte de l'argent, hein ! Si leurs responsables ne veulent pas les changer, ça fait leur affaire. »

La participation communautaire en santé se fait généralement à travers les activités de COGECS (Comité de Gestion du Centre de Santé) et des relais communautaires. Certains des membres approchés ne

disposent pas des textes qui réglementent le fonctionnement de leur organe. « Je n'ai aucun document pour cadrer mon travail en tant que membre de COGECS. Je profite pour faire un plaidoyer afin de nous en procurer » a révélé un interlocuteur. Cependant, ils ont affirmé qu'ils participent à l'approvisionnement et au suivi de stock des médicaments, à la gestion de conflits entre usagers et soignants et aux campagnes de vaccination et de distribution de moustiquaire imprégnée d'insecticide à longue durée d'action. Tout dernièrement, le COGECS a pu mobiliser une ONG pour le remblai de zones marécageuses du centre d'Agblangandan. En réalité, les décisions finales proviennent du médecin coordonnateur qui coiffe tous les COGECS de la commune.

En somme, les rôles des usagers dans l'offre des services ne sont ni maîtrisés par les usagers ni par les membres de l'institution qui les représente. Alors, il y a un véritable problème lorsque 64,8% des enquêtés reconnaissent que leur avis est indispensable dans l'organisation des services et qu'ils ignorent ce qu'il faut faire. Ce qui se dégage de l'intervention d'une gestante à la sortie du Centre : « Je ne maîtrise pas ce qui se passe déjà donc je ne sais quoi faire encore ? ».

2.2.2. Facteurs obstétricaux

Il y a eu une association significative entre le nombre de consultation prénatale et la satisfaction des enquêtés ($p = 0,0070$) en ce sens que les enquêtés qui ont effectué plus de cinq visites de consultation prénatale ont 2,37 fois plus de risque de ne pas être satisfaits que ceux qui ont effectué moins de cinq visites ($OR = 0,4211$). Par contre, il n'y a pas eu une association statistiquement significative avec la parité des femmes enquêtées ($p=0,1343$) de même pour le

nombre d'enfants vivants, la consultation postnatale, la planification familiale, etc.

0,261±0,057sourire -0,414±0,075violence
+ 0,488±0,046

2.2.3. Facteurs systémiers

Parmi ces facteurs liés aux soins, il y a la réalisation des soins qui occupe 41,1% des réponses des enquêtés. Elle est suivie de la guérison obtenue à 33,2%, la compétence du soignant puis de la bonne santé de la mère et de son bébé (15%). La variabilité de la satisfaction chez les enquêtés dépend à 36% des facteurs systémiers (liés aux soins) car le coefficient de corrélation $r^2 = 0,36$ et $p < 0,0001$. Ainsi, la guérison, les soins faits et la bonne santé du couple mère-enfant influencent positivement le degré de satisfaction. Par contre la longue attente puis le soin inadéquat a des effets opposés. Une association statistiquement significative avec le type de professionnel rencontré a été observée. Les enquêtés qui ont rencontré des aides-soignants ont eu 2 fois plus que les autres, de risque de ne pas être satisfaits (OR = 0,4991 ; $p = 0,0049$) tandis que ceux qui ont été reçus par les sages-femmes ont eu 1,63 fois plus de risque à ne pas être satisfaits (OR = 0,6131 ; $p = 0,0329$). La modélisation globale de tous les facteurs a donné une association à 83,07% avec $r^2 = 0,69$ et $p < 0,0001$ donnant une fonction multifactorielle $f(s) = ax + by - cz + d$ aboutissant à : f (Satisfaction des usagers des SSM) =

0,138±0,031	Attentecomblée	+
0,416±0,047	BSME	-
0,231±0,051	Cri/Insultes	+
0,309±0,074	Courtoisie	+
0,313±0,134	écoute	-
0,612±0,100	évacuation	+
0,333±0,084	conseils	+
0,379±0,039	guérison	-
0,258±0,060	longueAttente	-
0,375±0,051	mauvaisaccueil	-
0,457±0,063	négligence	+
0,138±0,031	SoinsFaits	-
0,368±0,070	soininadéquat	+

2.3. Perceptions et connaissance de l'utilisateur influençant sa satisfaction

En évaluant les connaissances des enquêtés liées aux soins et services de santé maternelle, l'on a noté de nombreuses confusions. Les uns considèrent l'entité même au service (chez 33,4% des enquêtés), d'autres ne différencient pas soins de service (58,37%). C'est ce qui ressort de la déclaration d'une femme avec un enfant de deux ans : « les services de santé maternelle sont la maternité Agblangandan, salle d'accouchement, échographie, etc. » Si la confusion n'y est pas, soit les enquêtés citent la maternité, soit la salle d'accouchement étant donné que l'une (salle d'accouchement) est incorporé dans l'autre. Cela s'est remarqué chez 33,4% des enquêtés. Néanmoins, il y a 32,2% des enquêtés qui ont déclaré ne pas distinguer franchement ni les services ni les noms des services et soins de santé maternelle offerts. Parmi les soins offerts à la mère au moment de l'accouchement, les enquêtés reconnaissent que des soins ont été prodigués mais qu'ils ignorent lesquels, comme l'a exprimée une des enquêtés en ces termes : « Je ne sais pas trop les soins qui ont été faits mais les médicaments prescrits ont été payés. » Pour se justifier, d'autres ont répondu que c'est le devoir des soignants surtout des sages-femmes d'offrir les soins indispensables aux usagers. C'est pourquoi l'une d'entre les mères enquêtées a dit ceci : « Les soins ont été faits mais moi je ne demande pas car c'est leur devoir. En plus, ces soins sont faits au moment où je suis fatiguée sur la table et n'ai qu'une envie, c'est de dormir ».

Cette dernière intervention soulève la question de la perception des soins de santé maternelle et celle de la communication

entre l'utilisateur et le soignant. Cela a été renseigné au niveau de la rubrique "But de CPN". Ce but est méconnu par 32,2% des enquêtés, mais c'est surtout pour « soigner » qui a été noté dans 24,7% des cas. « Détecter les risques » et « éviter les complications » n'ont été apparus que dans 5%. Des raisons plus vagues comme pour la santé (mère, bébé ou le couple mère-fœtus) et le suivi de la grossesse ont été évoquées dans la proportion respective de 15,2 et 22,9%. Alors, une gestante de six mois de grossesse a déclaré : « Si je ne sens rien, pourquoi aller à la maternité ? Sans malaise, je n'y vais que pour accoucher ». Aussi, existe-il un adage souvent employé quand une femme accouche et qui exprime mieux la perception liée à ce service. C'est : « Quel que soit ce qui a eu lieu, si vous avez la calebasse et son couvercle, remerciez le Suprême parce que c'est l'essentiel » a confirmé un coiffeur père de famille. Ce qui veut dire que c'est l'aboutissement de l'accouchement surtout l'état de la mère et du nouveau-né qui importe. Cela explique la raison pour laquelle la « Bonne Santé de la mère et de l'enfant » a eu un Odds ratio très élevé dans le volet quantitatif de l'analyse.

Pour mesurer la perception et la connaissance des enquêtés sur la période recommandée pour effectuer la première consultation prénatale, la question suivante a été posée : "Quand faut-il démarrer les Consultations Périnatales (CPN) ?" Le dépouillement des réponses a révélé que 45,6% des enquêtés ont répondu le premier trimestre et 24,9% de la population enquêtée n'ont aucune idée, 17% des enquêtés par contre ont parlé de malaise comme période indiquée pour la première consultation. On note déjà un écart entre la perception et le moment de l'acte en ce qui concerne la première consultation prénatale (63,4% des enquêtés qui ont effectué ce recours avant la fin du troisième mois de

grossesse contre 45,6% qui ont reconnu cette période comme recommandée). La modalité « autre » regroupe les réponses des enquêtés qui ont parlé des périodes situées au-delà de trois mois de grossesse (6,1%). Si l'on considère que le diagnostic de grossesse s'effectue généralement dès l'aménorrhée, alors le nombre de ces enquêtés qui ont eu à dire que c'est la période recommandée de la première consultation prénatale amène à 50,8% les enquêtés qui pensent que le premier trimestre est plus recommandé. En effet, les enquêtés perçoivent le premier trimestre comme période recommandée pour la première consultation prénatale.

Par ailleurs, il y a des pratiques gestationnelles communautaires. Elles sont liées au fait que la femme enceinte est faible et constitue une proie facile aux ennemis. Au cours de la discussion de groupe, ces idées reviennent souvent : « Si ton ennemi te cherche et n'arrive pas à t'atteindre, il passe par ta femme enceinte ou tes enfants pour te nuire » selon le chef de village de Sèkandji. Un chef de collectivité de Gbakpodji a déclaré ceci : « la femme enceinte est comme un fruit immature (mou wè), donc peut tomber à tout moment sans atteindre la maturité, c'est-à-dire ne résiste pas aux intempéries ». A un tailleur dont sa femme est en travail pour son deuxième accouchement de renchérir en disant :

« Une femme enceinte constitue une porte d'entrée, une porte ouverte pour ton ménage. Etant donné que la perte de sa femme en couche est une malédiction et un grand malheur, il faut beaucoup faire attention lorsque tu as une femme enceinte dans ton foyer et prendre des dispositions idoines. »

En réalité, les soins modernes de santé ne sont utiles à la communauté que pour réparer l'usure de la santé en cas d'urgence

ou de gravité. Les motifs de recours en disent suffisamment car ce dernier se trouve influencé par ces perceptions liées aux services de médecine moderne. Ces résultats sont renforcés par les pratiques usuelles liées à la grossesse et observées par la communauté, révélées par les enquêtés au cours de la présente recherche.

3. DISCUSSION : influence des perceptions et des facteurs systémiques sur la satisfaction de l'utilisateur des services de santé maternelle

La famille est la base de reproduction de toute société. C'est en cela Azalou Tingbé A. (2015) voit que « l'état de grossesse constitue une situation particulièrement délicate placée sous une surveillance continue » (A. Azalou-Tingbe, 2015). Cette surveillance continue amène l'utilisateur à emprunter des « itinéraires » (R. Massé, 1995) conduisant à des pratiques et à des services de soins de qualité pour son bien-être et celui du fœtus. Leur recours au service de santé maternelle est reconnu comme nécessaire selon l'« interprétation de la maladie » (R. Massé, 1995) c'est-à-dire l'interprétation qu'il fait de son état de grossesse. Alors le taux de celles qui n'ont pas effectué au moins quatre CPN avant d'accoucher est de 23,1% dans la présente enquête donc 76,9% ont pu respecter la norme. Or au Bénin, le constat a été que parmi les femmes ayant effectué des visites prénatales, 21% environ pour les femmes résidant en milieu urbain ont effectué moins de quatre consultations prénatales (B. A. Diallo, 2013), ce qui est proche du résultat actuel contre 86,3% en 2014 dans le milieu de recherche (ZSPAS, 2015). Cette différence peut être due à la méthode de comptage ou du fait que la majorité des

statistiques du secteur privé n'ont pas été intégrées dans les données exploitées par le logiciel de l'annuaire sanitaire. La consultation prénatale au premier trimestre c'est-à-dire avant quinze semaines d'aménorrhée, constitue un grand défi de suivi de grossesse en Afrique et en particulier au Bénin. C'est pour cela que « la femme y est vue comme vulnérable, fragile et cette inquiétude pousse l'époux ou le géniteur à consulter l'oracle : c'est àdògò-fà. / àdògò / signifie « ventre », « grossesse » et /fà/, « l'oracle » ... » (A. Azalou-Tingbe, 2015). Il faut noter que « la société contemporaine est plus individualisée et donc plus favorable à la constitution de groupes différents avec des connaissances, croyances, des pratiques spécifiques » (P. de Carlos, 2015). Ce sont des pratiques endogènes qui offrent la protection et l'assurance à ces praticiens. Il faut aussi reconnaître que « cette pratique, qui de nos jours s'exerce de façon simultanée aux consultations médicales proprement dites, consiste à s'assurer de l'ordre adéquat pour une délivrance heureuse de la femme enceinte. » (A. Azalou-Tingbe, 2015). Pour J-C Abric, c'est « la représentation comme une vision fonction du monde, qui permet à l'individu ou au groupe de donner un sens à ses conduites, et de comprendre la réalité, à travers son propre système de référence, donc de s'y adapter, de s'y définir une place. » (J-C. Abric, 1997)

Ainsi les patients qui ont répondu au questionnaire étaient moins satisfaits de l'accueil sans Infirmier d'Accueil et d'Orientation (IAO) à 82 % qu'avec IAO à 96% ($p < 0,05$) en France. La création d'un poste d'IAO permet de réduire la durée d'attente à l'accueil des malades instables et augmente la satisfaction des consultants (P. Taboulet et al, 1997). Cela nous renvoie à M. Formarier, qui dit :

« Dans les situations d'accueil, les représentations des partenaires (soignants, patients, familles) vont servir de grille d'interprétation aux interactions. Elles vont définir les significations cognitives et affectives que chacun attribue à la situation, déterminer les attentes concernant le comportement et l'attitude de l'autre. Pour la personne, la représentation mentale d'une situation a autant d'importance que les caractéristiques objectives de la situation. » (M. Formarier, 2003).

Le "sourire" porte d'entrée de l'accueil, accorde presque onze fois plus de chance aux enquêtés d'être satisfaits (OR=10,62 ; IC= [1,4245-79,1420]) de façon statistiquement significative (p= 0,0044). Ne dit-on pas souvent que c'est l'accueil qui est déficient dans les formations sanitaires publiques. Donc « l'accueil fait intervenir plusieurs concepts que sont le lien social, les interactions sociales et l'acte de soins. », et « devient alors un acte professionnel réfléchi qui s'analyse, s'apprend, se développe dans une finalité de qualité de soins » (M. Formarier, 2003). Aussi « il nécessite que les personnes se situent dans une interaction et définissent leur rôle Si l'on veut bien sortir du cliché galvaudé du malade alité, résigné, impuissant qui subit et du personnel en situation de force, il n'en reste pas moins vrai que les positionnements de chacun sont fondamentalement différents dans les rôles et attentes. » (M. Formarier, 2003). Cela démontre une relation asymétrique soignant-soigné qui est aussi bien générée par le soigné qui en fonction de ses représentations et de ses attentes, se situe mal dans l'interaction (agressif, passif, réservé) que par le soignant qui fonctionne sur son propre rituel et sa propre logique fondés sur ses propres représentations (C. Sorsana, 1999)

La satisfaction suite à la fréquentation des services de soins de santé maternelle est plus élevée lorsque ces soins ont été procurés par les agents qualifiés (A.B. Lalonde, 2010) Cela est vérifié dans le cas de la rencontre par les enquêtés des aides-soignants dont le risque est 2 fois plus élevé de ne pas être satisfait. Mais la suite des résultats actuels a montré que même la rencontre de personnel qualifié comme les sages-femmes comporte 1,63 fois de risque de ne pas être satisfait (OR = 0,6131 ; IC = [0,3903-0,9629]), alors qu'il n'a pas eu une association significative par rapport aux infirmiers et médecins (p = 0,2456). Ce qui signifie que le risque de l'insatisfaction des usagers ne dépend pas tellement de la qualification du prestataire mais plutôt des événements issus de leur interaction. La bonne santé du couple mère-bébé octroie significativement (p <0,0001) vingt-et-six fois plus de chance d'être satisfait (OR=25,70 ; IC = [4,3066-1046,2923]) donc motive la fréquentation de ces services de soins de santé maternelle « Le champ social qu'est la condition de consultation prénatale, impose aux personnes un rôle social à jouer dont la relation est dépendante du contexte et des finalités que des individus eux-mêmes » (G-N. Fischier, 1998). Allant dans le même sens Massé, en 1995, parle d' « effet de la maladie sur les fonctions et rôles sociaux » (R. Massé, 1995). La recherche d'association de la satisfaction avec les événements démotivant la fréquentation des services de soins de santé a fait découvrir que l'évacuation ou la référence qui, selon les normes et protocoles, devait procurer la chance aux usagers d'avoir une prise en charge adéquate, s'y trouve et comporte un risque sept fois plus élevé d'agir négativement sur la satisfaction par conséquent sur la fréquentation du centre

(OR = 0,1384 ; IC = [0,0264-0,7243]). Ce fait a permis de comprendre que les usagers ont leurs propres critères pour mesurer la qualité des soins et services offerts. Ce qui rejoint l'auteur qui a dit que les usagers peuvent contribuer à définir la qualité car l'un des avantages à ce propos est que les usagers ont généralement une vision plus large que celle des praticiens, principalement en ce qui concerne les aspects interpersonnels (A. Donabedian, 1980).

CONCLUSION

La satisfaction est déterminante dans le choix que fait l'être humain. Le recours à un service est un choix porté sur lui, acte qui nécessite un climat de confiance scellé par la satisfaction que procure ce service. L'objectif a été atteint d'autant plus que les facteurs associés à la satisfaction des usagers ont été identifiés. De même, les perceptions des usagers ont été détectées. Pour avoir des données valides et de qualités, les questions ont été posées sous plusieurs formes, aussi par l'application d'une rigueur méthodologique lors de la collecte et l'analyse des données puis de l'interprétation des résultats. Le paramètre de la satisfaction doit être considéré dans toutes ses dimensions dans l'offre des services de soins de santé en générale et en particulier maternelle. Les enquêtés ont plus révélé les aspects d'humanisme dans l'offre des soins. De ce fait, les facteurs sociodémographiques et culturels n'ont pas été significativement associés à la satisfaction des usagers. Mais, ce sont plutôt les écarts d'attente, de perception et les éléments de sociabilité appelés événements attractifs et répulsifs qui ont eu une grande influence sur la satisfaction après le recours aux services de soins de santé maternelle. Dans la majorité,

l'appréciation de la satisfaction des usagers est souvent basée sur les attitudes des soignants et non sur la qualité réelle des soins offerts. Cependant, des faits jugés insignifiants, banals dans la relation entre le professionnel de santé et l'utilisateur des services ont eu une forte incidence sur la satisfaction de la population : c'est « le ton » dans l'interaction des deux acteurs. Ainsi, pour inciter à l'utilisation des services de qualité respectant les normes de prise en charge en matière de santé, l'organisation de ces centres de santé publics devrait-elle intégrer le respect des droits et devoirs des patients en passant par sa vulgarisation par les soignants eux-mêmes. Cette vulgarisation pourrait contraindre le soignant à les respecter et à adopter des attitudes qui vont réduire la majorité des événements répulsifs lors de la fréquentation des services de soins de santé de la mère. Les limites de la présente recherche ont été le manque de précision (absence de score) dans la détermination des critères d'un bon accueil selon la communauté et l'absence d'évaluation du respect des normes et protocoles de prise en charge par les prestataires. Dans des recherches ultérieures, il peut être indispensable de questionner sur les critères d'accueil souhaités par la communauté.

REFERENCES

BIBLIOGRAPHIQUES

- ABRIC Jean-Claude, 1997, Pratiques sociales et représentations, Paris, PUF, 1994, 2e édition 1997.
- AZALOU-TINGBE Albert, 2015. Le nom individuel chez les adja-fon. Une sociologie de l'anthroponymie. ISBN : 978-99919-2-020-7, Cotonou, édition ablodé, 2015, 344p.

- de CARLOS Philippe, 2015, la représentation : un concept emprunté à la psychologie sociale, www.thesededoctorat/philippe-de-carlos/3-11-2015-I/chapitre-1 Consulté le 16/11/2016.
- DIALLO Abdel Brahima, 2013, Déterminants socio-culturels de l'accès et l'utilisation des services de santé maternelle et néonatale au Mali : Cas de la Commune I du district de Bamako Étude socio-anthropologique Sahel Programme AFD-Sahel, rapport pays MALI Février 2013.
- DONABEDIAN Avédis, 1980, Explorations in Quality Assessment monitoring, 1980; vol. 1: The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment, Ann Arbor, MI: Health Administration Press.
- FISCHER Gustave-Nicolas., 1998, Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale, Ed. Dunod 2è ed, Paris 42p.
- FORMARIER Monique, 2003, Méthodologie : Approche du concept d'accueil, entre banalité et complexité, 20 p.
- INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DE L'ANALYSE ECONOMIQUE, 2013, Enquête Démographique de la Santé au Bénin-IV; (573 : 219-24).
- KINDE Akoko Dorothee, Guide de normes et pratiques. Ministère de la santé du Bénin. 2012
- LALONDE André Brice, 2010, Mortalité maternelle : situation actuelle dans le monde. Congrès Enfanter le Monde. Québec, 26 novembre 2010 ; [Consulté le 16/09/2016]. Disponible sur : <http://www.theses.ulaval.ca/contact.html>
- LUNEAU René, 1981. Les religions d'Afrique Noir, tome premier, Paris, Stock +, 1981 ; 88 p.
- MASSE Raymond, 1995, Culture et santé publique, Montréal-Paris : Gaëtan Morin, Editeur, 499 p.
- MINISTERE DE LA SANTE DU BENIN, Annuaire des statistiques sanitaires, mars 2013 ; (151 : 58-76).
- MONOGRAPHIE DE LA COMMUNE DE SEME-PODJI, Avril 2006 ; 45p.
- ORGANISATION MONDIAL DE LA SANTE, 1946, Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, Conférence internationale sur la Santé, New York, 19 juin -22 juillet 1946 : Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n°. 2, (100) ; [consulté le 21/09/16]. Disponible sur : www.futura-sciences.com/sante/definitions/medecine-oms-4321
- PLAN DE DEVELOPPEMENT COMMUNAL DE SEME-PODJI, Cotonou, Avril 2005 ; 104p.
- PROGRAMME DES NATIONS UNIES POUR LE DEVELOPPEMENT, Objectifs du Développement Durable cible prioritaire, 2016
- SORSANA Christine., 1999, Psychologie des interactions sociaux-cognitives, col synthèse, Ed. Armand Colin, Paris (p 25 et 27)
- TABOULET Pierre, Fontaine J-P, Afdjei A, Tran Duc C, Le Gall J-R, 1997, Influence

Satisfaction des usagers des services de soins
de santé maternelle à Agblangandan au Bénin :
facteurs et perception

sur la durée d'attente à l'accueil et la
satisfaction des consultants in Journal «
Réanimation Urgences », 1997 [consulté le
25/09/2017] ; volume 6 numéro 4, (433-
442), en ligne depuis 10-10-16. Disponible
sur :
<http://www.infona.pl/resource/bwmeta1.element>.

ZONE SANITAIRE PORTO-NOVO
AGUEGUES SEME-PODJI, Annuaire des
statistiques sanitaires, mars 2015 ; (151 : 1-
144).



VARIA



LA RESPONSABILITE SOCIALE DES ASSOCIATIONS DE SANTE COMMUNAUTAIRES (ASACO) AU MALI : UNE ETUDE DE CAS DU DISTRICT SANITAIRE DE KOLOKANI

THE SOCIAL RESPONSIBILITY OF COMMUNITY HEALTH ASSOCIATIONS (ASACO) IN MALI: A CASE STUDY OF THE KOLOKANI HEALTH DISTRICT

¹ TRAORE Amadou

¹Docteur en sociologie, Université de Ségou (Mali),
tamadou8@yahoo.fr

TRAORE Amadou, La responsabilité sociale des associations de santé communautaires (ASACO) au Mali : une étude de cas du district sanitaire de Kolokani, *Revue Espace, Territoires, Sociétés et Santé* 3 (6), 227-240. [En ligne] 2020, mis en ligne le 31 Décembre 2020, consulté le 2021-01-11 09:10:37, URL: <https://retssa-ci.com/index.php?page=detail&k=121>

Résumé

Au Mali, les questions liées à la gestion de la santé communautaire impliquant la population locale sont récurrentes. Face à des questionnements liés à l'éthique communautaire et la qualité des soins, nous avons décidé de mettre l'accent sur la responsabilité sociale des Associations de Santé Communautaires (ASACO), en nous focalisant sur l'exemple du district sanitaire de Kolokani. L'objectif de cette recherche est d'étudier à la lumière des principes de la Responsabilité Sociale des Entreprises (RSE), les enjeux liés à la responsabilité sociale et environnementale des ASACO pour la réussite de la santé de proximité. Pour ce faire, la méthode qualitative à travers la recherche documentaire, l'observation directe, les entretiens semi directifs et le focus group, a été

utilisée. Il résulte de ces investigations que les ASACO font face à des enjeux de responsabilités majeurs tant dans leur fonctionnement que dans leurs impacts sur la société et l'environnement. La gestion du personnel, la surveillance des comptes (pharmacie), l'hygiène et l'assainissement, la gestion des déchets biomédicaux, le paiement des salaires du personnel, l'adhésion des populations aux pratiques de santé, la gouvernance, etc., sont autant de responsabilités qui impliquent de nombreuses parties prenantes sous la houlette des ASACO qui font face à d'énormes difficultés dont l'analphabétisme et les questions liées à l'organisation. Ainsi, plus l'ASACO est dynamique, plus la santé communautaire l'est.

Mots clés : Responsabilité sociale, santé communautaire, ASACO, district sanitaire, Kolokani.

Abstract

In Mali, issues related to community health management involving the local population are recurrent. Faced with questions related to community ethics and quality of care, we decided to focus on the social responsibility of Community Health Associations (ASACO),

focusing on the example of the health district of Kolokani. The objective of this research is to study in the light of the principles of Corporate Social Responsibility (CSR), the issues related to the social and environmental responsibility of ASACOs for the success of local health. To do this, the qualitative method through documentary research, direct observation, semi-structured interviews and focus group, was used. The results of these investigations show that the ASACOs face major responsibility issues both in their operation and in their impact on society and the environment. Staff management, account monitoring (pharmacy), hygiene and sanitation, management of biomedical waste, payment of staff salaries, popular support for health practices, governance, etc., are all responsibilities that involve many stakeholders under the leadership of ASACOs who face enormous difficulties including illiteracy and organizational issues. Thus, the more dynamic ASACO, the healthier the community.

Keywords: Social responsibility, community health, ASACO, health district, Kolokani

INTRODUCTION

La Responsabilité Sociale (RS) est un enjeu important dans le développement des sociétés d'aujourd'hui. En évoluant, elle continue d'ouvrir un champ de plus en plus large. Si elle s'intéressait dans un premier temps aux seules entreprises, l'on s'est rendu compte que d'autres types d'organisations pouvaient aussi avoir de fortes répercussions sur la société et sur l'environnement (A Traoré, 2019, p.230). Il s'agit par exemple des associations, des universités, des départements... On parle alors du terme générique de responsabilité sociale et sociétale des organisations (RSO) dont les entreprises font partie intégrante.

En effet, la notion de responsabilité sociale peut revêtir des significations et compréhensions différentes. Ce qui fait qu'elle se manifeste différemment au sein des sociétés. À travers les

sociétés, la solidarité et la cohésion sociale constituent des éléments influents des valeurs. Elles se manifestent dans tous les domaines de la vie sociale. Les entreprises, qui y évoluent sont encouragées dans cet élan de solidarité. Par contre, la Responsabilité Sociale des Entreprises (RSE) prend une posture positiviste. En effet, si la RSE constitue la responsabilité d'une organisation vis-à-vis des impacts de ses décisions et activités sur la société et sur l'environnement, elle se trouve, de nos jours, règlementée par des normes, dont la norme ISO 26 000 en vigueur depuis novembre 2010. Il s'agit désormais de la vertu des acteurs règlementée et normalisée pour un développement durable qui se mesure à l'aune de la conjugaison du social, de l'économie et de l'environnement.

Au Mali, les pratiques de RSE restent élémentaires dans la mesure où elles ne s'inscrivent pas forcément, dans la plupart des cas, dans un cadre formel d'audit et de développement durable (A. Traoré, 2017, p.599). En effet, en plus des grandes entreprises et des TPME/TPMI, d'autres organisations peuvent avoir des impacts énormes dans le cadre du développement communautaire. La RSE constitue pour elles un moyen de pouvoir innover continuellement à travers le développement durable. Il s'agit de convertir une obligation morale en opportunité d'affaires. Pour ce faire, sept principes fondamentaux sont recommandés pour la gouvernance d'une organisation : i) la redevabilité, ii) la transparence, iii) le comportement éthique, iv) la reconnaissance des intérêts des parties prenantes, v) le respect du principe de légalité, vi) la prise en compte des normes internationales de comportement, vii) le respect des droits de l'homme. À l'aune de ces principes, nous nous intéressons à la responsabilité sociale des Associations de Santé Communautaire (ASACO), qui sont les unités de gestion des Centres de Santé Communautaire (CSCOM) au Mali. Il s'agit des organisations sanitaires agréées à caractère associatif. Ce sont des acteurs qui interagissent avec l'ensemble des

parties prenantes du système de santé communautaire, dont la population locale, les relais communautaires, les élus locaux, les partenaires techniques et financiers, etc.

La responsabilité sociale devient aujourd'hui un champ de recherche très animé. De l'entreprise, elle s'est ramifiée pour atteindre les organisations de tout genre, dans la mesure où toute organisation, de par ses actions et décisions, peut avoir un impact plus ou moins négatif sur la société et l'environnement. En la matière, les entreprises sont relativement plus explorées. Pourtant, selon Alain E. Zoukoua (2005, p.2), l'étude de la gouvernance dans les associations permet d'explorer un champ jusqu'à oublié par la plupart des études sur la gouvernance. Cela nous conforte dans l'étude de la gouvernance des associations au Mali. En effet, au Mali, les centres de santé communautaires (CSCOM) ont été initiés dans le cadre de la décentralisation, l'objectif étant de rapprocher les services de soins à la population en la responsabilisant pour son propre développement. Ils sont gérés par les ASACO qui font face à de multiples défis. Elles sont nées dans un souci d'épanouissement de la population locale. Ainsi, en mars 1989, s'ouvrait à Bamako le premier Centre de Santé Communautaire (CSCOM), créé à l'initiative d'un groupe de notable du quartier périurbain de Banconi regroupés au sein d'une Association de Santé Communautaire « ASACO » (H. Balique, O. Ouattara et A. A. Iknane, 2001, p.36). Aujourd'hui, il en existe dans presque toutes les 703 communes du pays. L'objectif étant le rapprochement des services sociaux à la population.

Le décret n° 05-299 / P-RM du 28 juin 2005, fixant les conditions de création et les principes fondamentaux de fonctionnement des Centres de santé communautaires (CSCOM), est édifiant pour comprendre théoriquement le système de santé communautaire au Mali. En son article 10 l'accent est mis sur les organes d'administration et de gestion des CSCOM qui sont : i) le Conseil d'administration ; ii) le Comité de gestion ; iii) la Direction technique.

Le CA est chargé de l'examen et l'adoption des budgets, programmes annuels d'activités du Centre ; la définition des mécanismes locaux de contribution des populations à la réalisation de ces programmes ; le suivi et le contrôle de l'exécution des programmes ; le recrutement sur la base de contrats, du personnel nécessaire au fonctionnement du Centre de santé communautaire ; le compte rendu à l'assemblée générale de l'association de l'état de fonctionnement du Centre. Elu pour une durée de trois ans, le CA se réunit en session ordinaire une fois par trimestre et en session extraordinaire chaque fois que de besoin. Sont membres de droit du CA avec voix consultative : i) le Préfet du cercle ou son représentant ; ii) le Maire de la commune ou son représentant ; iii) le Chef de quartier ou du village abritant le centre ; iv) le directeur technique du centre de santé (DTC) ; v) le Médecin-chef du cercle ou de la commune. Quant au comité de gestion, il est élu par les membres du CA (article 17). Il veille à la bonne exécution des décisions de celui-ci. Il est chargé : i) du suivi de la gestion du Centre ; ii) d'approuver le budget de fonctionnement mensuel du centre proposé par le chef du Centre ; iii) d'effectuer les dépenses obligatoires pour la bonne marche du centre ; iv) de justifier auprès du Conseil d'administration les dépenses effectuées ; v) de statuer sur les sanctions disciplinaires du premier degré pour le personnel. Il se réunit une fois par mois en session ordinaire et en session extraordinaire tant que de besoins (article 16). Pour des raisons techniques, la direction technique du centre est assurée par un professionnel de la santé (DTC) ayant au moins le niveau de technicien de santé (article 18). Le DTC veille au bon fonctionnement du centre et a sous sa responsabilité le personnel du centre.

Ces dispositifs bureaucratiques ont pour but, une gestion efficiente du système de santé communautaire. A cet effet, la responsabilité sociale des ASACO réside dans la conformité par rapport aux rôles et missions ainsi déclinés. La mission fondamentale des ASACO est d'assurer le bien-être de la population. Ceci va de pair avec

La responsabilité sociale des associations de santé communautaires (ASACO) au Mali :
une étude de cas du district sanitaire de Kolokani

des soins appropriés et un environnement vivable pour les usagers. Ainsi, une bonne gestion des rôles et missions doit permettre à la fois l'émergence du centre de santé et l'épanouissement des usagers et par extension, le développement communautaire.

En tant qu'acteurs clés et décideuses locales de la santé communautaire ces associations ont en charge une très grande responsabilité. Bien qu'évoluant en dehors de tout cadre formel axé sur la RSE, ces organisations évoluent au rythme d'une série de législations et de réglementations nationales et internationales qui requièrent une stricte conformité. Il s'agit des textes de la décentralisation administrative et sanitaire, des normes de l'OMS, etc., qui constituent autant de référentiels pour les activités des ASACO (A. Traoré, 2019, p.231). Bien que regroupées en fédérations locales (FELASCOM), régionales (FERASCOM), national (FENASCOM), les ASACO du Mali ont une certaine autonomie de gestion et de décision. Cela les isole parfois les unes des autres en termes d'harmonisation des pratiques. En commun, elles sont l'interface devant les questions de santé communautaire. Face à cette situation, nous estimons que la RSE peut être un outil d'optimisation au sein de ces structures. Ainsi, nous nous posons la question de recherche suivante :

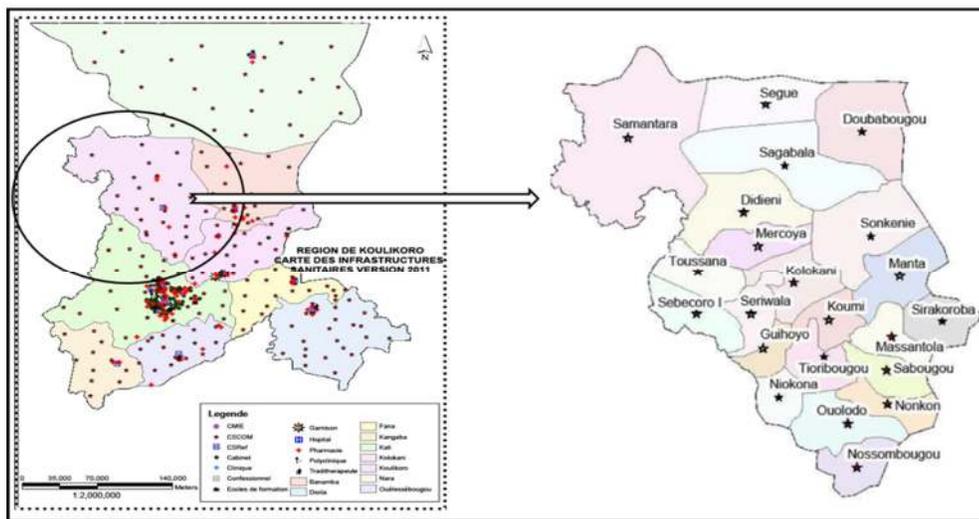
Eu égard à la RSE, quels sont les enjeux liés à la responsabilité sociale des ASACO pour la réussite de la santé communautaire ? L'objectif de cette recherche est d'étudier à la lumière des principes de la Responsabilité Sociale des Entreprises (RSE), les enjeux liés à la responsabilité sociale et environnementale des ASACO pour la réussite de la santé de proximité.

1. Méthodologie

1.1. Présentation de la zone d'étude

Le district sanitaire de Kolokani correspond au cercle dudit, une circonscription administrative de 14380 km². Il compte 233919 habitants (RGPH, 2009) et est reparti en 23 aires de santé, dont l'un (Doubala) est créé en 2020. Il s'agit des aires de Didieni, Kolokani central, Koumi, Doubabougou, Guihoyo, Manta, Massantola, Mercoya, Niokona, Nonkon, Nonsombougou, Oulodo, Sabougou, Sagabala, Samantra, Sebecoro1, Sègue, Seriwala, Sirakoroba, Sonkenye, Tioribougou, Toussana, et Doubala. Les ASACO de ces aires sont regroupées en fédération locale appelée FELASCOM de Kolokani.

Carte n°1 : District Sanitaire de Kolokani



1.2. Modèle théorique

Pour recadrer notre travail à l'aune de la problématique, nous avons adopté le modèle théorique d'analyse qui se décline ainsi :

Si les prérogatives d'organiser les activités socioéconomiques, sanitaires et environnementales du CSCOM sont accompagnées par le communautarisme et le bénévolat couplés aux pratiques de l'audit social, et que les actions soient menées par des acteurs alphabétisés, imprégnés des principes et l'importance de la RSE, dotés des moyens techniques et financiers, alors, le développement durable devient une pratique rentable pour les ASACO et vice-versa.

1.3. Techniques de collecte de données

Pour cette étude dans le district sanitaire de Kolokani, nous avons utilisé la méthode qualitative. L'accent est mis sur des techniques de recherche en sciences sociale, à savoir la recherche documentaire, l'entretien semi directif, l'observation directe et l'analyse de contenu. Ces activités méthodologiques se sont déroulées à travers le cercle de Kolokani et auprès de certains acteurs nationaux (02) et régionaux (02), dont le Directeur Général Adjoint de la santé et de l'hygiène publique (DGSHP), un membre de la Fédération Nationale des Associations de Santé Communautaire (FENASCOM), la Directrice Régionale de santé de Koulikoro, le Chef de division de l'hygiène publique de la direction régionale de santé de Koulikoro.

- La recherche documentaire a été marquée par la lecture des ouvrages et articles scientifiques dans les centres de documentation et à travers l'Internet. Elle a été aussi marquée par l'exploitation des supports (documents officiels, rapports de missions, documents de projets, registres médicaux...) au sein des CSCOM. Ces

lectures nous ont permis d'avoir des précisions sur le fonctionnement des ASACO et du système sanitaire communautaire. La recherche documentaire a été déterminante pour la réalisation de cet article.

- L'observation directe a consisté à la visite de 16 CSCOM et du CSRef en décembre 2019 et janvier 2020. Ces 16 CSCOM ont été choisis par hasard, en tenant compte du découpage administratif afin que toutes les communes constitutives du district sanitaire (10) puissent être représentées dans l'échantillon. Cela nous a permis de réaliser un constat qui a été matérialisé par les prises de note et les photographies.
- Les entretiens semi directifs ont consisté à des entretiens personnalisés avec les personnes ressources, dont les quatre acteurs nationaux et régionaux ci-dessus mentionnés, et 22 acteurs locaux. Il s'agit de 05 membres des ASACO ; le médecin chef du CSRef de Kolokani, 05 Directeurs Techniques des Centres (DTC), 06 agents de santé, 05 Relais Communautaires (RC). Le nombre des entretiens a été déterminé par la disponibilité des enquêtés et la saturation concernant les réponses. Ces entretiens ont été facilités par l'utilisation des guides d'entrevue constitués d'items renfermant les questions concernant les objectifs de la recherche.
- Dans un souci de complétude, une séance de focus group a été organisée à Kolokani, le chef-lieu du district sanitaire. Ce focus group a concerné les représentants de 05 aires de santé lors d'une rencontre au CSRef, les représentants des 11 autres de l'échantillon étant absents. Cette technique a été utilisée en dernière position.

1.4. Méthodes de traitement des données

Le traitement des données écrites a consisté à l'exploitation du carnet de bord. La première activité concernant les notes a consisté à la codification et comparaison des données. Ce travail de transcription et de classement a été fait manuellement et saisi à travers le Microsoft Office Word. La deuxième activité a été marquée par l'exploitation des enregistrements vocaux. Ces données ont été transcrites à travers le logiciel NVivo. A ce niveau il faut souligner que les propos n'ont pas été systématiquement retenus *verbatim*. Les données ont été généralement exploitées dans un style non directif.

2. Résultats et discussions

2.1. L'histoire et la mission des ASACO

A travers la recherche documentaire et les entretiens, nous avons effectué un aperçu de l'histoire et des missions des Associations de Santé Communautaire (ASACO). En effet, le cercle de Kolokani est l'un des premiers sites d'expérimentation de la santé communautaire au Mali. Il abrite notamment le centre de formation des étudiants en médecine de l'Institut National de Recherche en Santé Publique (INRSP), depuis plusieurs décennies. Ainsi, pour la plupart d'entre eux, les enquêtes ont situé les origines de la santé communautaire aux années 1970, et les questions de CSCOM aux années 1990.

Par rapport à ces données, nous nous sommes intéressés à certaines études. De ces études et entretiens, nous trouvons que la santé communautaire, dans sa compréhension positiviste est assez récente. Katinka de Wet (2010, p.85), dans « Les âges de la santé communautaire en Afrique du Sud », des suites de Lehmann et Sanders (2010, p.86), dira que la santé communautaire est une approche qui date de la fin des années 1940 pour dispenser des soins dans les communautés où la prise en charge est déficiente, voire absente. Au Mali, ses origines remonteraient des années 1960. Pour Mamadou K. Konaté et *al.*, en 1964, le Mali avait

opté pour l'extension des soins de santé de base. Entre 1966 et 1968, diront-ils, le premier plan Décennal des Services de Santé était en application et se donnait comme objectif la mise sur pied d'une pyramide sanitaire allant de l'équipe de santé de village jusqu'aux cadres supérieurs avec comme objectifs prioritaires les soins préventifs, l'éducation sanitaire, l'hygiène et les curatifs essentiels. En 1978, avec la conférence d'Alma Ata, la politique de soins de santé primaires fut adoptée. Dans ce contexte, plusieurs expériences ont été menées : l'opération Mali Sud (CMDT), le projet Santé Rurale de Koro, Yelimané, Mopti, etc. Pour eux, toutes ces expériences se fondaient sur la mise en place d'agents de santé villageois qui constituaient une équipe dans le contexte d'un système de santé connu comme une pyramide (M. K. Konaté, B. Kanté et F. Djenepo, 2003, p.8). Avec les contraintes de différents ordres, le Mali adoptera une politique de concentration des services basés sur la stratégie des soins de santé primaire (SSP). Elle était fondée sur la justice sociale, l'équité en matière d'accès aux soins de santé (M. K. Konaté, B. Kanté et F. Djenepo, 2003, p.8). La politique sectorielle de santé du Mali se présente sous forme pyramidale dont i) le Centre de Santé Communautaire (CSCOM), au premier niveau ; ii) le Centre de Santé de Référence (CSRef) au deuxième niveau ; iii) les Hôpitaux Régionaux au troisième niveau, et iv) les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) Nationaux, au quatrième niveau. Ainsi, à la base de la pyramide se trouvent les CSCOM dont la gestion est assurée par la communauté à travers les Associations de Santé Communautaire (ASACO). Les ASACO sont des associations agréées. Ce statut les place sous la tutelle administrative de l'Etat (H. Balique, O. Ouattara et A. A. Iknane, 2001, p.36). Conformément au décret n°05-299/P-RM du 28 juin 2005 fixant les conditions de création et les principes fondamentaux de fonctionnement des CSCOM, notamment à son article 2, le Centre de santé communautaire (CSCOM) est une formation sanitaire de premier niveau créée sur la base de

l'engagement d'une population définie et organisée au sein d'une Association de santé communautaire. Il a vocation d'assurer le service public de santé au niveau de l'aire de santé pour répondre de façon efficace et efficiente aux problèmes de santé de cette population et la fourniture du paquet minimum d'activités (PMA). A cet effet, il est chargé de i) fournir des prestations curatives telles que les soins courants aux malades, le dépistage et le traitement des endémies locales, les explorations paracliniques courantes ; ii) assurer la disponibilité des médicaments essentiels en DCI ; iii) développer des activités de soins préventifs (santé maternelle infantile, planning familial vaccination, éducation pour la santé) ; iv) initier et développer des activités promotionnelles (hygiène, assainissement, développement communautaire, information, éducation et communication).

Ainsi relaté, à travers son mandat à la fois curatif, préventif et promotionnel, un CSCOM a pour mission de promouvoir la participation communautaire dans la gestion et la prise en charge des problèmes de santé de l'individu et de la collectivité. Pour ce faire, les organes d'administration et de gestion des centres de santé communautaires sont : i) le Conseil d'administration ; ii) le Comité de gestion ; iii) la Direction technique. Les missions de ces organes sont définies plus haut.¹ Il s'agit notamment de la gestion des ressources humaines, des finances et des déchets biomédicaux. De cette structuration et des missions assignées, une question de responsabilité sociale et environnementale se dégage a priori.

2.2. Les ASACO au Mali, une théorie de responsabilité sociale

Au Mali, le système de santé communautaire est constitué d'acteurs locaux, dont principalement la population locale. Il s'agit de tout individu ou groupe d'individus ayant un rôle à jouer dans le processus du développement de la communauté

sanitaire. Depuis un certain temps, le système managérial stipule que pour toute intervention de développements dans une localité, il est judicieux de privilégier la participation de la population. La position des acteurs détermine l'orientation et la réussite des initiatives du développement. Il s'agit du développement local, dont la santé constitue un volet principal.

À travers les analyses, nous avons observé une certaine cohérence dans l'organisation théorique des ASACO. En effet, le Centre de Santé Communautaire (CSCOM) est un centre de santé de premier échelon ou premier contact des populations. Il appartient aux communautés organisées en Association de Santé Communautaire appelée (ASACO). Ainsi, le CSCOM est créé par l'Etat et géré par l'ASACO qui rend compte aux populations de sa gestion. La gestion administrative du CSCOM est assurée par un comité de gestion, désigné au sein du conseil d'administration qui est élu en assemblée générale par les populations, notamment les adhérents à l'ASACO (Décret n° 05-299 / P-RM). La direction technique est assurée par le Directeur Technique du Centre (DTC). Ainsi relaté, les ASACO sont d'un apport précieux dans la mise en place et la pérennisation des pratiques de développement durable au plan communautaire.

Face au développement théorique et à l'aune des données collectées sur le terrain, nous dirons que les principales forces des ASACO sont leur origine (elles sont l'émanation des populations) et leur autonomie vis-à-vis des pouvoirs publics centralisés et décentralisés. Elles sont les représentants légitimes des populations dans la mise en œuvre de la politique de santé du gouvernement (A. Traoré, 2015, p.317). Elles font objet de responsabilités énormes si nous comprenons que la responsabilité sociale comprend fondamentalement deux niveaux : la dynamique interne et les rapports avec l'extérieur. Par rapport à la dynamique interne, nous avons mis l'accent sur le fonctionnement de l'ASACO et ses rapports avec les parties

¹ Décret n°05-299/P-RM du 28 juin 2005, articles 12 et 13

prenantes dont le personnel de santé, les patients, les partenaires techniques et financiers, et les collectivités. Concernant les rapports avec l'extérieur, l'accent a été mis sur les implications des ASACO sur le plan sociétal, environnemental et économique. Ces domaines sont les trois axes stratégiques du développement durable. Il résulte de ces investigations que théoriquement, les ASACO sont un moteur du développement local. Toutefois, pour plusieurs raisons liées à des facteurs multiples (environnement, organisation...), les pratiques évoluent d'une ASACO à une autre. Quid de la RSE ?

2.3. Les ASACO et la RSE

Comme signalé plus haut, les ASACO font face à de nombreuses responsabilités énormes. Leurs activités sont-elles conformes aux principes du développement durable et de la RSE ? À travers la littérature, nous retenons la responsabilité sociale comme un concept recouvrant l'intégration des préoccupations sociales et environnementales dans les décisions des organisations ainsi que leurs relations avec les parties prenantes (F. Lépineux, J-J. Rosé, C. Bonanni, S. Hudson, 2016, p.145). Parlant des enjeux du développement durable, Olivier Dubigeon (2002, p.22) évoque : i) l'environnement, ii) les droits humains, iii) les relations avec les clients, iv) le développement local, v) les relations et conditions de travail, vi) la gouvernance opérationnelle. À la différence des entreprises, les ASACO n'ont pas un but lucratif. Sur le plan économique et environnemental leurs impacts peuvent être relativement moindres. Toutefois, face à leur statut particulier, Hubert Balique, Oumar Ouattara et Akory Ag Iknane (2001, p.36) diront que la convention qui lie les ASACO à l'Etat, assure au centre de santé le statut particulier de « CSCOM ». Elle le distingue, diront-ils, des cabinets médicaux privés et lui permet de participer à la réalisation du service public de santé, en bénéficiant de certains avantages,

comme l'exemption de tout paiement d'impôts et taxes, la participation à des activités de formation et l'obtention des subventions. En retour, cette convention leur impose le respect d'un cahier de charges, qui consiste essentiellement à réaliser un ensemble d'activités médicales et paramédicales en permettant l'accessibilité financière de la très grande majorité de la population. Ces responsabilités des ASACO trouvent leur fondement dans les principes et l'évolution de la santé communautaire au Mali (Cf.0).

Ainsi, au sein des ASACO, un accent particulier est mis sur la gestion qui conditionne l'atteinte des objectifs (S. Bagadema, 2010, p. 21). Il s'agit de l'adhésion de la population, de la gestion des parties prenantes et de leurs intérêts, de la gestion des déchets biomédicaux qui constitue d'ailleurs un véritable casse-tête dans les CSCOM. A titre d'exemple, malgré la réalisation des incinérateurs modernes dans les CSCOM du district sanitaire de Kolokani, certaines difficultés socioculturelles persistent. Il s'agit par exemple de la gestion du placenta dont une partie de la population reste réfractaire à l'incinération. Aussi, des CSCOM, dont celui de Nossombougou présentent les séquelles historiques de la mauvaise gestion des déchets biomédicaux.

A l'image de tout ce que nous venons de signaler, nous dirons que les ASACO sont des acteurs majeurs du développement communautaire. A cet effet elles peuvent avoir un impact sur la société et sur l'environnement. C'est ainsi que nous parlons de la responsabilité sociétale des ASACO. Le Livre Vert de l'UE (2011, p.8) définit la RSE en ces termes :

« L'intégration volontaire des préoccupations sociales et écologiques des entreprises à leurs activités commerciales et à leurs relations avec toutes les parties prenantes internes et externes (actionnaires, personnel, clients, fournisseurs et partenaires, collectivités humaines...) et, afin de satisfaire pleinement aux obligations juridiques

applicables et d'investir dans le capital humain et l'environnement » (M. Jonquières et M. Joras, 2015, p.38).

Partant de cette définition, nous mettons l'accent sur les initiatives volontaristes de conformité et de valorisation des ressources sociales et naturelles. Comme signalé plus haut, à la différence des entreprises, les ASACO sont des associations à but non lucratif. En l'état, leurs actions ne peuvent pas être confondues avec la RSE. Toutefois, pour plus de performance et de conformité, des efforts sont nécessaires pour évaluer les pratiques en vigueur à l'aune de la norme ISO 26 000. À ce niveau, nous avons noté des insuffisances notoires concernant la qualité des ressources humaines et du fonctionnement des centres.

2.4. L'insuffisance des ASACO face aux missions de développement

En ce qui concerne notre cas pratique, dans le fonctionnement réel, les irrégularités pas des moindres sont facilement identifiables au sein des activités des ASACO. En effet, tous les présidents d'ASACO du district sanitaire de Kolokani sont des hommes. Cela peut être dû aux exigences du poste qui demande plus de présence et de déplacements, auxquels les femmes sont peu disposées. Toutefois, dans les ASACO que nous avons visitées, moins de 30% des membres du comité de gestion sont des femmes. Si cela est admis en harmonie avec les valeurs locales patriarcales, elle va à l'encontre de la loi 2015-052 qui accordent un minimum de 30% de postes à chaque sexe. En dépit de tout ça, la santé communautaire concerne beaucoup plus les femmes si l'on comprend que ce sont elles qui sont sujettes de la gestation, de l'accouchement, de l'allaitement, de la protection des nourrissons, etc. Elles sont aussi sujettes des maladies telles que l'anémie, le paludisme, les infections, dont le suivi et le traitement, à un certain seul, relèvent

du domaine de compétence des CSCOM. Il faut aussi comprendre que les femmes sont socialement, économiquement et juridiquement dépendantes des hommes. Pour toutes ces réalités impliquant directement les femmes, leur absence à la présidence des ASACO et leur faible représentativité dans les comités de gestion, C.A. et A.G. serait un manque à gagner concernant la performance du système sanitaire et la responsabilité sociale. A ce niveau, il faut reconnaître que le genre est un élément important du développement durable et de la responsabilité sociale. Il s'inscrit dans le cadre de l'équité genre, un point sensible du développement durable. L'ODD 5 met un accent sur l'égalité des sexes : « Réaliser l'égalité des sexes et autonomiser toutes les femmes et les filles ».

L'audit social, un élément important de la RSE, repose sur les rencontres des acteurs (A. Traoré, 2016, p.50). Dans les ASACO que nous avons enquêtées, la régularité de l'organisation des assemblées et des conseils d'administration fait défaut. Il s'agit là d'un grand défaut si nous comprenons que le contrôle des actions passe par ces rencontres, dont les réunions mensuelles des comités de gestion, les Conseils d'Administration semestriels et les AG. Si ces réunions sont tenues, il faut reconnaître que la question de quorum se pose fréquemment. F.T., 61 ans, président d'ASACO, dira : « pour faute de quorum, il nous arrive très fréquemment de surseoir à des réunions ordinaires ». Cette situation nous renvoie à Jean Marie Peretti² qui dira que la RSE nécessite une approche d'audit permanente pour vérifier les conséquences concrètes des programmes.

Ces ASACO sont parfois confrontées à des conflits d'intérêt et de compétence. Ces conflits sont généralement entretenus par le statut et l'influence sociales de certains membres. A ce niveau, des difficultés existent. En effet, les présidents d'ASACO, précédemment élus pour trois (03) ans renouvelables, sont dorénavant élus

² Marchand G. (2012), Les enjeux de la RSE décryptés par Jean-Marie Peretti, in <http://www.focusrh.com/strategie->

[rh/responsabilite-sociale-des-entreprises/les-enjeux-de-larse-decryptes-par-jean-marie-peretti-23381.html](http://www.focusrh.com/strategie-rh/responsabilite-sociale-des-entreprises/les-enjeux-de-larse-decryptes-par-jean-marie-peretti-23381.html), consulté le 20 octobre 2017

pour cinq (05) ans renouvelables autant que possible depuis le congrès de mai 2019. Dans la plupart des cas, il n'y a pas de renouvellement de mandat, les membres deviennent de fait permanents. C'est pour cela que tous les présidents que nous avons rencontrés ont plus de 50 ans. Cette situation a des avantages et des inconvénients. D'abord, en plus de la motivation, il s'agit d'une activité qui demande de l'expérience. Les présidents, en cumulant des mandats, peuvent bénéficier de l'expérience pour le bon fonctionnement du système. Toutefois, cela peut entretenir la routine avec ses corollaires dont le clientélisme et la corruption qui tuent les organisations dans la mesure où, ils peuvent empêcher les innovations. Cette longévité des mandats peut jouer sur la compétitivité et la performance des ASACO, et peut par extension, influencer négativement le fonctionnement des CSCOM. A ce niveau, nous convenons avec Hubert Landier (2016, p.1), que le changement des représentations influence positivement la performance des organisations.

Il faut aussi noter que le fonctionnement des ASACO est parfois entaché par des configurations d'ordre clanique fondées sur le clientélisme et la promotion des intérêts égoïstes. Pour S. T., membre de la FENASCOM « ce clanisme qui s'est installé dans les ASACO est aussi à la base de la chute de plusieurs CSCOM ». Face à de tels climats sociaux, la RSE se fixe comme principe de base, la transparence et la conformité. Pour ce faire, l'accent doit être mis sur la bureaucratie en désincarnant le plus possible la gestion des relations et sentiments parfois nuisibles.

Ceci dit, le communautarisme constitue un problème dans les ASACO dans la mesure où la chose publique perd de plus en plus sa valeur au profit de la propriété privée et des intérêts égoïstes. Dans la théorie, le travail de l'ASACO est soutenu par le bénévolat. Toutefois, la conviction inavouée de certains membres constitue les retombées en termes de *perdiems* perçus lors des activités de formation et des déplacements. Ainsi, si le bénévolat est

considéré comme une force, il devient une faiblesse lorsque l'atteinte du quorum lors des réunions dépend des émoluments. S. T., membre de la FELASCOM affirme : « il faut revoir l'aspect bénévolat. Il est à la base de la dilapidation des ressources. Je pense qu'il faut voir et même officialiser la motivation (primes) pour certains membres du CA tels que les membres du comité de gestion ».

Si l'argent est à la base du bon fonctionnement des services, il faut souligner que dans leur fonctionnement, les ASACO manquent de fonds propre. Les CSCOM du district sanitaire de Kolokani évoluent au rythme des Partenaires Techniques et Financiers (PTF). Didiéni et Kolokani central sont parmi les rares CSCOM du district sanitaire qui parviennent à réaliser des profits. Cela, avec évidemment l'appui des partenaires. Par contre, certains ont du mal à assurer, ne serait-ce que l'approvisionnement de la pharmacie. Plusieurs raisons sont citées à ce niveau, notamment le pilotage à vue, la mauvaise gestion des ressources, l'inefficacité du contrôle, etc.

En ce qui concerne la société et l'environnement, le fonctionnement constitue une problématique majeure des ASACO d'autant plus qu'elles sont largement dépendantes des partenaires (PTF). Les questions de recette auxquelles sont confrontées les ASACO sont dues à plusieurs facteurs, dont le manque d'organisation des activités, la pauvreté de la population, la faible fréquentation des centres. Les appuis venant des collectivités (mairies) sont irréguliers et insuffisants. Seuls quelques ASACO, dont celles de Kolokani centrale et de Didiéni, qui se trouvent dans des zones urbaines et semi urbaines, parviennent à des résultats assez encourageants sur le plan financier. Le salaire du personnel, l'entretien du matériel et des surfaces, les déplacements..., occasionnent des dépenses difficilement supportables par le budget des ASACO, dont le fonds propre est assuré par la vente de médicaments qui, selon des usagers, fait à son tour objet de spéculations majeures dans la plupart des CSCOM du district sanitaire de

Kolokani. L'enjeu fondamental de ces ASACO constitue alors la survie. La responsabilité sociale et environnementale prônée dans les textes fondateurs est alors timidement accomplie.

2.5. Les efforts enregistrés

Comme signalé plus haut, les ASACO sont confrontées à des difficultés majeures pouvant entamer leurs responsabilités vis-à-vis des missions. Face aux réalités soulignées, il sera difficile de parler de l'accomplissement d'une responsabilité sociétale et environnementale. Toutefois, il faut reconnaître que la responsabilité relève en principe, des intentions, peu importe parfois la valeur pécuniaire des œuvres. Ainsi, malgré les déficits et difficultés d'organisation, certaines ASACO ont fait des réalisations dignes de responsabilité.³ A travers l'observation des CSCOM, nous avons identifié de nombreuses initiatives douées de responsabilité sociale et environnementale. Il s'agit par exemple des initiatives dont la clôture du CSCOM de Mercoya sur fonds propre de l'ASACO ; la clôture du CSCOM de Toussona par un partenaire sollicité par l'ASACO ; la construction sur fonds propre d'une douche intérieure pour les femmes accouchées à Sébécoro 1 ; la construction d'un hangar sur l'aire de lavage du CS de Didiéni sur fonds propre de l'ASACO. Ces réalisations s'inscrivent dans la volonté des ASACO à mettre les patients et le personnel à l'abri des regards indéliçables et des effets nuisibles. D'autres réalisations, dont la repeinte sur fonds propres des CSCOM de Kolokani Central, Doubabougou, Sonkegne, Mercoya, Didieni ; la rénovation des plafonds de la maternité de Tioribougou ; l'organisation des femmes du village pour le nettoyage hebdomadaire des CS de (Guihoyo et Sériwala) ; le revêtement du sol de l'ASACO de Sonkegne avec du papier peint

sur fonds propre de l'ASACO, etc., s'inscrivent dans le cadre du bien-être des usagers et de la protection de l'environnement.

Il faut signaler que la plupart de ces initiatives s'inscrivent dans le cadre du concours « CSCOM propre » initié par l'ONG World Vision en 2019-2020. Ainsi, pour plus d'efficacité et de durabilité, des actions endogènes sont nécessaires. Un geste des plus significatifs à ce niveau, constitue l'implication de l'ASACO face à des difficultés outre sanitaires. A titre d'exemple, face à la crise d'enseignant, l'ASACO du village de Nérékoro, à travers les ressources du centre de santé (non encore fonctionnel comme CSCOM), a l'habitude d'appuyer l'école du village depuis trois ans. Cela, malgré le déficit financier, l'insuffisance des infrastructures et les problèmes d'organisation. D'autres actions dont la diffusion des messages sur les bonnes conduites en matière d'hygiène à travers les radios locales, et la vidéo du centre au cours des consultations prénatales (CPN) et Vaccination (CSCOM Central de Kolokani par exemple), sont significatives. Ces réalisations, bien que dispendieuses, contribuent à la performance des ASACO et des CSCOM pour un développement durable.

Par contre, un autre domaine des plus importants semble être déficitaire. En effet, à travers les entretiens avec les usagers, il résulte que l'accueil joue un rôle important dans le soulagement et la satisfaction des patients. Toutefois, il fait défaut dans la plupart des centres que nous avons observés. Les ASACO en sont généralement interpellées car, il y va de leur responsabilité. En plus des conflits d'intérêt observés çà et là, les modalités d'accueil des patients constituent un point de discorde entre les membres d'ASACO et les agents techniques. Dans sa thèse de doctorat en sociologie intitulé « L'audit social dans les collectivités locales du Mali : le cas des communes rurales de Kolokani et de Massantola, dans le cercle de Kolokani,

³ World Vision, « Rapport d'étude de capitalisation et documentation des résultats produits par le Projet Eau, Hygiène et

Assainissement (EHA) en milieu de soins dans le district sanitaire de Kolokani », janvier 2020.

région de Koulikoro », Amadou Traoré (2015, p.270), met l'accent, sur l'audit social comme outil efficace face à ces difficultés de gestion, d'organisation et de réalisation.

Face à ces résultats, nous revenons aux travaux d'Hubert Baliq, Oumar Ouattara et Akory Ag Iknane (2001, p.35-48), qui diront que les CSCOM ont pour atout le mode de gestion privée sans but lucratif. Pour eux : i) en tant qu'établissements privés, ils appliquent les règles de gestion propres aux entreprises, et la possibilité d'un intéressement du personnel aux résultats financiers crée une des conditions nécessaires pour une réelle efficacité ; ii) en tant qu'établissement sans but lucratif, ils ont pour seul but d'apporter aux usagers les services qu'ils attendent, en appliquant les décisions de leurs assemblées générales ; iii) en tant qu'établissements conventionnels, ils doivent répondre aux exigences du service public défini par le cahier de charge que leur impose la convention signée par l'ASACO avec l'Etat, mais doivent en retour bénéficier de l'octroi par l'Etat des ressources correspondantes. Pour l'atteinte des objectifs du développement durable, nous pouvons ainsi parler de la responsabilité sociale des ASACO à l'aune des entreprises.

Conclusion

En somme, les défis liés à la responsabilité sociale des ASACO sont énormes. Il résulte de cette étude portant sur les ASACO du district sanitaire de Kolokani, l'existence d'un cadre théorique approprié de système collaboratif et organisationnel autour de la santé communautaire. A travers les prérogatives d'organiser les activités socioéconomiques, sanitaires et environnementales du CSCOM, les ASACO font face à un défi de responsabilité vis-à-vis de la communauté. Pour l'atteinte de ces objectifs, des engourdissements existent quant à la gestion de la chose publique. En effet, si de principe les acteurs s'engagent bénévolement, il faut reconnaître qu'ils sont beaucoup plus

motivés par les émoluments lors des activités de rencontres et de déplacement. À défaut, certaines ASACO peinent à atteindre le quorum lors des réunions. Il ressort de la littérature que l'audit social peut contribuer à pallier cette situation (A. Traoré, 2019, p.230). Nous concluons à ce niveau que le communautarisme et le bénévolat dans les ASACO ne sont efficaces face à la responsabilité sociale que lors qu'ils sont accompagnés des pratiques efficaces de suivi et de contrôle, dont les audits sociaux. À ces résultats, nous dirons que le communautarisme et le bénévolat couplés à l'analphabétisme, le manque de moyens techniques et financiers, influence négativement l'efficacité et la responsabilité sociale des ASACO.

Aussi, si nous comprenons que tous les présidents d'ASACO du district sanitaire sont des hommes et ayant un âge supérieur à 50 ans, les jeunes et les femmes, sous représentés, se sentiront peu concernés. Par conséquent, la gestion de la santé communautaire devient peu inclusive et finit par tomber dans la léthargie. Aussi, le vieillissement des responsables est source de dysfonctionnement dans plusieurs CSCOM observés. Il faut aussi reconnaître que parmi les présidents, certains ne savent pas lire, ni écrire. Dans ce contexte, le système de pilotage des ASACO semble être rigide et les considérations sociales priment parfois sur les compétences. Les conséquences en sont marquées par le déficit permanent des CSCOM. Face à cette situation, S. T., membre du FENASCOM dira qu'il est nécessaire de redéfinir le sens et le rôle des ASACO, et de travailler sur la mission et la qualité des hommes qui doivent les diriger.

Aussi est-il qu'en plus du faible niveau intellectuel, nous avons observé des insuffisances notoires concernant la motivation des membres. Cela affecte profondément le système de management qui influence du coup les performances des CSCOM. Il en est de même pour le manque de moyens techniques et financiers, influençant négativement l'efficacité des ASACO. En plus de ces difficultés, les

centres sont aussi minés par les conflits d'intérêt qui opposent les ASACO aux agents techniques des CSCOM.

Il résulte des investigations que le leadership et le niveau d'instruction du président d'ASACO, ainsi qu'une franche collaboration avec le Directeur technique du centre (DTC) est déterminant pour la réussite d'un CSCOM. À cet effet, nous dirons que la performance des ASACO conditionne la compétitivité des CSCOM et la réussite de la santé communautaire. Face à ces résultats, nous dirons aussi que les ASACO manquent de moyens techniques, financiers et organisationnels pour atteindre les objectifs de la responsabilité qui leur sont assignés.

Somme toute, la méthodologie utilisée pour la collecte et le traitement des données est essentiellement qualitative. Cela constitue une limite dans la mesure où une étude mixte permettra une manipulation des variables en profondeur. Des aspects tels que la participation communautaire, la satisfaction des usagers, et les dispositifs organisationnels endogènes..., sont à explorer. Par conséquent, le thème reste largement ouvert à des études encore posées.

----- REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES -----

ADJAHO Richard, 2004, *Décentralisation : La question de la tutelle de l'Etat sur les collectivités locales*, Cotonou, les Editions du flamboyant.

BAGADEMA Sanama, 2010, *Etude de la gestion des ASACO : le cas des CSCOM 1 et 2 de Boulkassoumbougou au sein du district de Bamako*, Bamako, FMPOS.

BALIQUE Hubert, OUATTARA Oumar et IKNANE Ag Akory, 2001, « Dix ans d'expérience des centres de santé communautaire au Mali », *Santé publique*, volume 13, n°1, p.35-48.

BESNARD Philippe, 2003, *Etudes durkheimiennes*, Paris, Librairie Droz.

BOIDIN Bruno, 2015, *Analyse conceptuelle de la RSE* [en ligne], URL : https://www.canal-u.tv/video/canal_uved/1_analyse_conceptuelle_de_la_rse.19801

DUBIGEON Olivier, 2002, *Mettre en pratique le développement durable. Quels processus pour l'entreprise responsable ?* Paris, Village Mondial, p.22.

JONQUIERES Michel et JORAS Michel, 2015, *Glossaire de l'audit du social*, Paris, EMS.

KONATE Mamadou Kani, KANTE Bakary et DJENEPO Fatoumata, 2003, « Politique de santé communautaire et viabilité économique et sociale des centres de santé communautaires au Mali : étude de cas en milieu urbain et rural », UNRISD.

LANDIER Hubert, 2016, « Changer nos représentations pour changer les organisations » actes des 5èmes RICC, Chaire ESSEC du Changement, p.1.

LÉPINEUX François, ROSÉ Jean-Jacques, BONANNI Carole, HUDSON Sarah, 2016, *La responsabilité sociale des entreprises. Théories et pratiques*, 2ème édition, Paris, Dunod. 254 p.

TRAORE Amadou, 2015, *L'audit social dans les collectivités locales du Mali : le cas des communes rurales de Kolokani et de Massantola dans le cercle de Kolokani, région de Koulikoro*, Bamako, ISFRA, p. 317.

TRAORÉ Amadou, 2016, « L'audit social, une opportunité pour la gestion des ressources humaines dans les collectivités locales du Mali », *Slavonic Pedagogical Studies Journal*. Vol 5. Issue 1. p. 50-68.

TRAORÉ Amadou, 2017, « L'éducation familiale des acteurs peut-elle avoir une influence sur l'émergence de la responsabilité environnementale et sociétale des entreprises ? Le cas du Mali », *Actes de la 19ème Université*

La responsabilité sociale des associations de santé communautaires (ASACO) au Mali : une étude de cas du district sanitaire de Kolokani de printemps de l'audit social et 3ème rencontres internationales des sciences du management : responsabilité environnementale et sociétale de l'entreprise : l'apport de la fonction RH et de l'audit social, p.599-609.

TRAORÉ Amadou, 2019, « Audit social : est-ce un outil pertinent pour la gouvernance des collectivités au Mali ? », Actes de la 37ème Université d'Été de l'audit social : Audit social et transformation des organisations, Yaoundé, Cameroun 12, 13 & 14 décembre 2019, p.230-236.

WET Katinka de, 2010, « Les âges de la santé communautaire en Afrique du Sud », Sciences sociales et santé, 2010/3 (vol.28), p.85-107.

ZOUKOUA Eric Alain, 2005, « La gouvernance des associations : quels acteurs, quels mécanismes ? », in Comptabilité et connaissances, pp.CD-Rom. Halshs-00581302.



PRISE DE RISQUE DE CONTAMINATION DE LA COVID-19 CHEZ LES INFIRMIERS DE QUATRE STRUCTURES HOSPITALIÈRES DE LIBREVILLE-GABON : RECHERCHE PAR LA REPRÉSENTATION, LES CROYANCES ILLUSOIRES ET CULTURELLES

RISK TAKING OF COVID-19 CONTAMINATION AMONG NURSES IN FOUR HOSPITAL FACILITIES IN LIBREVILLE-GABON: RESEARCH THROUGH REPRESENTATION, ILLUSORY AND CULTURAL BELIEFS

¹ MIHINDOU BOUSSOUGOU Parfait

¹ Docteur, Département de Psychologie, Université Omar Bongo, Centre des Recherches et d'Études en Psychologie (CREP)
pmihndouboussougou@gmail.com

MIHINDOU BOUSSOUGOU Parfait, Prise de risque de contamination de la covid-19 chez les infirmiers de quatre structures hospitalières de Libreville-Gabon: recherche par la représentation, les croyances illusoire et culturelles, Revue Espace, Territoires, Sociétés et Santé 3 (6), 241-254, [En ligne] 2020, mis en ligne le 31 Decembre 2020, consulté le 2021-01-11 09:17:29, URL: <https://retssa-ci.com/index.php?page=detail&k=141>

Résumé

Cette recherche est menée dans le contexte de la pandémie Covid-19. La maladie a causé plus de 1400 000 décès dans le monde, ce nombre s'élève à plus de 51 700 morts en Afrique en novembre 2019 après seulement 10 mois de découverte. A l'absence de vaccin, cette pandémie représente un réel problème de santé public. Malgré cela, il y a des soignants qui adoptent une attitude de désinvolture face à cette pandémie. L'objectif est de savoir pourquoi la prise de risque est attachée à la représentation et aux croyances illusoire et culturelles. L'outil utilisé est une échelle de Likert, l'échantillon

(N= 107) est tout-venant. Des régressions multiples ont été réalisées à l'aide de SPSS. Il y a un effet prédicteur de la chance personnelle face au péril (CPFP) sur la pratique d'un patient Covid-19 (PSP-Cov) ($p < .001$) ; un effet prédicteur de la conviction de la non victimisation de la malchance (CNVM) sur le non-port d'équipements de protection individuelle (NP-EPI) ($p < .004$) ; un effet prédicteur de la croyance divine (CROD) sur le non-respect de la distanciation physique et des pratiques d'hygiène sanitaire (NR-DPPHS) ($p < .002$) ; un effet prédicteur de la croyance divine (CROD) sur le non-port d'équipements de protection individuelle (NP-EPI) ($p < .002$) ; et un effet prédicteur de la glorification pieuse (GLOPI) sur la non-pratique des mesures.

Mots-clés : Contamination, Croyances culturelles, Croyances illusoire, Infirmier, Prise de risque, Représentation

Abstract

This research is being conducted in the context of the Covid-19 pandemic, because it is killing thousands of people around the world. The United States recorded more than 176,802

deaths; Brazil 114,744; India 57,542 and Russia 16,34. Africa has not been spared, South Africa recorded more than 4669; Nigeria 1002 and Gabon more than 53 deaths. In spite of this, there are caregivers who are taking a casual approach to the pandemic. The objective is to find out why risk-taking is attached to illusory and cultural representations and beliefs. The tool used is a Likert scale, the sample (N= 107) is all-inclusive. Multiple regressions were conducted using SPSS. There is a predictor effect of personal luck versus peril (PFP) on the practice of a Covid-19 patient (PSP-Cov) ($p < .001$); a predictor effect of belief in non-victimization of bad luck (CNVM) on non-wearing of personal protective equipment (NP-EPI) ($p < .004$); a predictor effect of divine belief (CROD) on noncompliance with physical distancing and sanitary hygiene practices (NR-DPPHS) ($p < .002$); a predictor effect of divine belief (CROD) on nonwearing of personal protective equipment (NP-EPI) ($p < .002$); and a predictor effect of pious glorification (GLOPI) on nonpractice of measures.

Keywords: Contamination, Cultural beliefs, Delusional belief, Nurse, Risk taking, Representation

INTRODUCTION

Toute personne qui s'inscrit dans la réalisation d'une œuvre de quelque nature soit-elle, se confronte aux difficultés qu'elle se doit de surmonter afin d'atteindre ses objectifs (P. Mihindou Boussougou, 2015, p.10). En milieu hospitalier, les difficultés que doivent surmonter les infirmiers renvoient aux dangers auxquels ils font face en l'occurrence la prise de risque dont ils sont l'objet. La prise de risque, ici évoquée, est jointe à diverses variables entre autres : la confiance en soi face à l'infortune, la foi personnelle permettant de surmonter les périls, la représentation du risque, les espérances religieuses, les croyances illusoire et culturelles, etc. On peut ajouter à ces variables la pénurie ou

l'inapplicabilité des EPI (équipements de protection individuel) : masques médicaux, masques de protection respiratoire, gants, blouses, tablier, pratique des gestes d'hygiène, définis par l'OMS (2020, p.5). Travailler dans des conditions sus évoquées expose l'agent du corps médical à des risques, mettant sa vie en danger (D. Muller, 2006, p.8). Ceci interpelle les infirmiers qui exercent dans un milieu professionnel défini comme lieu à risques professionnels (P. Mihindou Boussougou, 2015, p.100). Les infirmiers ont une certaine idée, une représentation des risques de contamination des maladies auxquelles ils sont exposés ; qu'il s'agisse par exemple des maladies nosocomiales (A.M. Seifert, 2012, p.5) ou du Clostridium difficile (A.M. Seifert, 2012, p.5). En effet, les maladies précitées font office d'exemple parce que, les maladies nosocomiales sont contractées lors d'une présence dans une structure de santé (hôpital, clinique, etc.) et le Clostridium difficile est une maladie extrêmement contagieuse, facilement transmissible d'un patient à une tierce personne, soit dans l'air, soit par contact direct, ou par objet interposé. Tel est le cas de la Covid-19. Le milieu hospitalier est un milieu à risques de contamination (P. Mihindou Boussougou, 2015, p.100). Les infirmiers sont donc quotidiennement exposés aux risques de contamination. Rappelons qu'en milieu hospitalier, les infirmiers constituent la catégorie professionnelle qui est au premier front de la Covid-19, eu égard au fait qu'ils administrent les premiers soins aux patients contaminés. La présente recherche est menée sous l'angle de la représentation, des croyances illusoire et culturelles attachées aux pratiques à risques des infirmiers. Dès lors, on peut penser que la représentation et les croyances guident leur prise de risque de contamination de la Covid-19. En effet, la contamination de la Covid-19 n'épargne aucune classe sociale, aucun continent, ni la religion sans oublier les catégories socioprofessionnelles. La contamination de la Covid-19 renvoie à l'existence d'un fait réel qui

peut nuire à la santé des infirmiers. Selon Le Devoir (2020, p.1), les Etats Unis ont enregistré plus de (5701679 cas) ; le Brésil (3605783 cas) ; l'Inde (3106348 cas) ; la Russie (954328 cas), l'Afrique du Sud (609773 cas) ; le Nigeria (52227 cas) ; le Gabon (9131 cas). La Covid-19 est un véritable problème de santé publique dans le Monde. Les contaminations sont avérées, et la proportion d'infirmiers courant un risque de contracter la Covid-19 selon Ouest France et Reuters (2020, p.1), serait au moins de 90000 soignants à l'échelle mondiale. Ce chiffre pourrait être deux fois plus élevé (Ouest France et Reuters, 2020, p.1). Au regard de ce fait, on peut penser que la représentation, les croyances illusoire et culturelles des infirmiers constitueraient des explications de leurs prises de risques. Car, le fait de poser des actes qui exposent aux risques résulte des croyances illusoire et de l'idée que l'on a de se croire plus fort que le risque (B. Cadet, D. Hermand, M. T. Munoz Sastre et D.R. Kouabenan, 2006, p.141). La représentation, les croyances illusoire et culturelles annihilent donc l'idée du risque et de la contamination afin de laisser place à la prise de risque. La représentation, les croyances illusoire et culturelles sont par conséquent des formes des connaissances et d'idées que les infirmiers admettent comme justes et favorables à la prise de risque. De ce fait, B. Cadet, D. Hermand, M.T. Munoz Sastre et D.R. Kouabenan (2006, p.134), pensent que les individus adhèrent à leurs croyances dans la mesure où celles-ci dirigent leurs pensées et commandent leurs actions ou donnent du sens à leur vie. Selon R.D. Kouabenan (2003, p.453), les croyances et les représentations des différents acteurs des situations de travail sont déterminantes dans leurs attitudes et comportements devant le risque, mais aussi dans leur décision d'adhérer ou non à un programme de prévention. La représentation évoquée dans cette recherche renvoie à la manière dont les infirmiers appréhendent le risque de contamination de la Covid-19, le construisent et lui donnent sens.

En effet, la représentation, les croyances illusoire et culturelles influencent les jugements sur les risques et les inférences causales. Elles influent inévitablement sur les attitudes des infirmiers. L'objectif de cette recherche est de savoir en quoi la prise de risque, chez les infirmiers enquêtés, est-elle attachée à leurs représentations et à leurs croyances illusoire et culturelles. L'intérêt de mener une telle recherche en milieu hospitalier gabonais s'explique par le fait que des recherches relatives aux contaminations (P. Mihindou Boussougou, 2020, p.1; P. Mihindou Boussougou, 2015, p.11 ; P. Mihindou Boussougou, 2014, p.35 ; L. Sounda, 2018, p.213) ont été réalisées en ce milieu. Mais, jusqu'à l'état actuel des connaissances aucune recherche en lien avec les représentations, les croyances illusoire et culturelles sur la prise de risque de contamination n'a été menée en milieu hospitalier gabonais. On pourrait dire que, les infirmiers trouvent refuge et réconfort dans des croyances illusoire et culturelles lesquelles s'inscrivent autour de la pensée envers Dieu (P. Mihindou Boussougou, 2015, p.242). Cette assurance de protection de Dieu altère la représentation des risques et induit des illusions à l'exemple de l'illusion de contrôle (perception exagérée de son pouvoir de maîtriser les risques perçus), l'illusion d'invulnérabilité (tendance à se percevoir comme peu susceptible de subir des conséquences malheureuses) et l'optimisme irréaliste (tendance à percevoir les éventualités sous un angle toujours positif et à penser que les événements négatifs sont moins susceptibles de nous arriver). Tout ceci contient des schèmes parmi lesquels les us et coutumes, les croyances et les pratiques religieuses (Kouabenan, 2003, p.455). En effet, les explications qui précèdent sont naïves, parce que ne reposant sur aucune méthodologie d'investigation rigoureuse (B. Cadet, D. Hermand, M.T. Munoz Sastre et D.R. Kouabenan, 2006, p.301). Elles tirent leur origine dans les représentations et les croyances des individus concernant les situations à risques et l'appréciation de leurs propres capacités à y faire face (D. R. Kouabenan, 1999, p.16). A

l'issue de ce qui précède, posons l'hypothèse que, chez les infirmiers du CHUL, de l'hôpital Egypto-gabonais, de l'hôpital de Melen et du CHU-mère et enfant, la prise de risque de contamination de la Covid-19 a pour déterminants la représentation, les croyances illusoire et culturelles. De cette hypothèse découle la question de savoir : comment comprendre que la Covid-19 tue des milliers des personnes à travers le monde, plus de 176 802 morts aux États Unis ; 114 744 au Brésil ; 57 542 en Inde ; 16 341 en Russie, 4669 en Afrique du Sud ; 1002 au Nigeria ; plus de 53 morts au Gabon (Le Devoir, 2020, p.1), mais les infirmiers continuent dans la prise de risque. Ainsi, S. Andezian (1985, p.25), pense que tout groupe socioculturel a une manière spécifique d'appréhender et d'expliquer les notions de santé et de maladie. Les notions de santé et de maladie dépendent complètement de sa vision du monde, de la vie, de la mort et de son système de croyance. Le moi africain étant plus social qu'individuel (A. Stamme, 1995 p.28), pour les soignants africains la souffrance de l'autre a des répercussions sur eux par effet miroir (P. Mihindou Boussougou, 2015, p.242). Dès lors, chez les infirmiers gabonais, l'acte thérapeutique ne comporte aucun risque, il est plutôt positif que négatif (P. Mihindou Boussougou, 2015, p.242). Fort de ce fait, pour l'infirmier gabonais tant que sa relation avec Dieu est en parfaite harmonie, il n'y a pas de raisons qu'il soit sujet d'une quelconque contamination ou de mort (P. Mihindou Boussougou, 2015, p.242). Son initiative professionnelle étant salutaire dans la mesure où il donne la guérison ou l'espoir de vivre, il n'y a aucune raison qu'il soit sujet d'une infortune. A cet effet, pour les infirmiers gabonais, la croyance en Dieu a une dimension sociale qui apparaîtrait lors des soins ou des pratiques les exposant à des situations qui menaceraient leur santé (P. Mihindou Boussougou, 2015, p.224). Cette dimension sociale se matérialise en se confiant à Dieu par le truchement de la méditation ou de la prière. Cet

attachement à Dieu est pour les infirmiers gabonais le seul garant de la protection infaillible contre toutes contaminations. Pour ces infirmiers, leur corps de métier est noble, louable et bénissant aux yeux de Dieu (P. Mihindou Boussougou, 2015, p.224). Dès lors, étant des prometteurs de la santé, il est hors de question qu'ils soient sujets à des contaminations. Par conséquent, pour eux la prise de risque n'a aucune portée néfaste, car les affaires du corps, c'est-à-dire la maladie et l'infortune sont en partie liées avec le capital de Dieu (J. Tonda, 2002, p.225).

1. METHODOLOGIE

1.1. Considération théorique

La représentation étant une activité mentale qui assure la planification et le guidage de l'action (J. Leplat, 1992, p.269), et les croyances étant des formes de représentations, la théorie de la représentation sociale (J.C. Abric, 1987, p.64) constitue la base théorique de cette recherche. Car, pour comprendre le monde environnant, les individus ont besoin des cadres de référence et des normes pour prendre position face à des situations qui les incombent. Pour ce faire, un certain nombre des variables permettent de comprendre les individus face à des situations inhérentes à leurs milieux notamment les effets indésirables comme les contaminations professionnelles chez les infirmiers (P. Mihindou Boussougou, 2015, p.58). Ces effets indésirables chez les infirmiers découlent des conduites à risques c'est-à-dire à des actes volontaires résultant d'un choix délibéré qui peut s'expliquer par le non-respect des mesures de sécurité, par exemple. Ainsi, d'après A. Leroi-Gourhan (1945, p.25), l'évolution des pratiques sociales ou professionnelles est un déterminant puissant dans le changement d'état des représentations sociales. Pour S. Moscovici (1969, p.9), D. Jodelet (1984, p.362) et J.C. Abric (1987, p.64), ces représentations sociales permettent de

comprendre les attitudes et les comportements des individus aussi bien en situation individuelles qu'en situation de groupe. De ce fait, la représentation sociale de la Covid-19, peut influencer les attitudes et les comportements des infirmiers dans la prise de risque. C'est pourquoi, les attitudes et les comportements des infirmiers nous permettent de comprendre les facteurs de la prise de risques. On peut alors penser que chez les infirmiers enquêtés, la prise de risque de contamination de la Covid 19 est liée à leur représentation notamment les croyances culturelles illusoire de la maladie. Pour cela, ils se protègent en fonction de la représentation qu'ils ont de la Covid-19, en s'appuyant sur leurs croyances illusoire et culturelles. Par rapport à ce qui précède, T. Apostolidis ; G. Duveen et N. Kalampalikis (2002, p.7) pensent que, dans la perspective des représentations sociales, le caractère fondamental des croyances se pose par leur présence dynamique dans la vie sociale. C'est le pouvoir des croyances qui fournit à la fois la force à travers laquelle les représentations constituent nos réalités et leur donnent sens.

1.2. Cadre de recherche

Les services des urgences de quatre structures hospitalières de Libreville-Gabon (CHUL, hôpital Egypto-gabonais, hôpital de Melen, et CHU-mère et enfant) ont servi de cadre de recherche. Le choix du service des urgences est dû au fait qu'il est le service chargé d'accueillir et de prendre en charge les malades et les blessés qui se présentent d'eux-mêmes ou sont amenés par les services de secours (Les urgences, 2015, p.1). C'est un service fortement fréquenté par les malades. Quant au choix de ces quatre structures hospitalières, il s'explique par leurs particularités : la première structure susnommée est l'hôpital de référence au Gabon. Il a pour vocation la prise en charge sanitaire, médicale et la recherche scientifique. La deuxième est un hôpital d'arrondissement, il administre des tests de la Covid-19 quotidiennement aux personnes qui font des voyages entre les régions du pays. La troisième est un hôpital régional situé entre deux

communes. Il reçoit les patients venant de deux communes. Ledit hôpital partage le même environnement que le centre psychiatrique, qui traite chaque jour des malades atteints des problèmes de santé mentale. Le personnel soignant y travaillant est potentiellement à risques à cause de l'insalubrité des lieux mais aussi au non-respect des mesures de distanciation physique. Quant à la quatrième structure, elle est la plus grande maternité du Gabon où les femmes y accouchent quotidiennement. Il convient de préciser également que, les infirmiers enquêtés n'interviennent pas tous dans ces centres de santé choisis mais travaillent dans l'une des quatre structures hospitalières.

1.3. Variables de recherche

S'appuyant sur la théorie de la représentation sociale de J.C. Abric (1964), les variables de cette recherche ont pour base la prise de risque. C'est autour d'elle que se construit la représentation, d'une part, et se détermine la nature de liens entre les variables en étude, d'autre part. Dans la représentation, les croyances illusoire et culturelles les variables indépendantes retenues sont la chance personnelle face au péril (CPFP), variable définie comme comportement d'ajustement optimal aux circonstances (P. Gabilliet, 2016, p.1). De plus, cette représentation se focalise également sur la conviction de la non-vie de la malchance (CNVM), la croyance divine (CROD) et la glorification pieuse (GLOPI). Et dans la prise de risque de contamination de la Covid-19 chez les infirmiers, les variables dépendantes choisies sont la pratique sur un patient Covid-19 (PSP Cov) ; le non-port d'équipement de protection individuelle (NP-EPI) ; la non-pratique des mesures d'hygiène de l'environnement hospitalier (NP-MHEH) et le non-respect de la distanciation physique et des pratiques d'hygiène sanitaire (NR-DPPHS). Les variables indépendantes susdites et les variables dépendantes susmentionnées ont été croisées pour vérifier si la représentation, les croyances illusoire et culturelles sont des déterminants de

la prise de risque de contamination de la Covid-19 chez les infirmiers enquêtés. Les corrélations entre les variables indépendantes et les variables dépendantes sont présentées dans le (tableau n°1). Les croisements ont été effectués entre la chance personnelle face au péril (CPFP) et la pratique sur un patient Covid-19 (PSP-Cov) (tableau n°2), la non-victimisation de la malchance (CNVM), la croyance divine (CROD) et le non-port d'équipement de protection individuelle (NP-EPI) (tableau n°3); la glorification pieuse (GLOPI) et la non-pratique des mesures d'hygiène de l'environnement hospitalier (NP-MHEH) (tableau n°4). Puis le non-respect de la distanciation physique et des pratiques d'hygiène sanitaire (NR-DPPHS) et la croyance divine (CROD) (Tableau n°5).

1.4. Population de recherche

La collecte des données, effectuée entre mars et juin 2020, s'est faite à l'aide d'une échelle de type Likert à 4 dimensions, 15 questions et 4 items. Le premier item avait pour objet d'obtenir des données sur la chance personnelle face au péril (CPFP) et la pratique sur un patient Covid-19 (PSP-Cov); le deuxième était celui d'acquérir des informations sur la conviction de la non-victimisation de la malchance (CNVM); la croyance divine (CROD) et le non-port d'équipement de protection individuelle (NP-EPI); le troisième avait pour but d'avoir des informations sur la glorification pieuse (GLOPI) et la non-pratique des mesures d'hygiène de l'environnement hospitalier (NP-MHEH), et le quatrième item consistait d'avoir des informations sur le non-respect de la distanciation physique et des pratiques d'hygiène sanitaire (NR-DPPHS), et la croyance divine (CROD). Les enquêtés étaient des infirmiers de l'une de quatre structures hospitalières. Les critères d'inclusion qui ont prévalu étaient : faire partie de la population infirmière de l'une des structures, être volontaire et disponible à remplir l'échelle. Concernant les critères d'exclusion, ils étaient en lien avec la non-appartenance à la

population infirmière de l'une des structures. Aucune loi de probabilité n'a prévalu pour obtenir l'échantillon. C'est un échantillon tout-venant. Les femmes étaient majoritaires à remplir l'échelle. Ceci peut s'expliquer par le fait que le métier d'infirmier est un métier à caractère social. L'échelle a été remplie par 57 infirmiers du CHUL (24 hommes / 33 femmes); 12 infirmiers de l'hôpital Egypto-gabonais (3 hommes / 9 femmes); 17 infirmiers de l'hôpital de Melen (7 hommes / 10 femmes) et 21 infirmiers du CHU-Mère/enfant (6 hommes / 15 femmes), N=107. Pour analyser les données, des analyses de régression multiple ont été réalisées à l'aide du logiciel SPSS.

1.5. Traitement des données

Le dépouillement s'est fait avec le logiciel Excel. Les croisements faits avaient pour objectif de voir s'il y avait des significativités entre les variables indépendantes et les variables dépendantes. Ces croisements ont été faits ainsi qu'il suit : la chance personnelle face au péril (CPFP) et la pratique sur un patient Covid-19 (PSP-Cov); la conviction de la non-victimisation de la malchance (CNVM), la croyance divine (CROD) et le non-port d'équipement de protection individuelle (NP-EPI); la glorification pieuse (GLOPI) et la non-pratique des mesures d'hygiène de l'environnement hospitalier (NP-MHEH), puis le non-respect de la distanciation physique et des pratiques d'hygiène sanitaire (NR-DPPHS) avec la croyance divine (CROD).

2. RESULTATS

2.1. Présentation des corrélations et des écarts-types des variables indépendantes et dépendantes

Le tableau n°1 est la matrice de corrélations issue de l'analyse de régression. Cette matrice présente

les liens entre les variables. Certains liens sont positifs (cela explique que les valeurs d'une variable tendent à augmenter lorsque celles de l'autre variable augmentent) et d'autres liens négatifs (ceci indique que les valeurs d'une variable tendent à augmenter lorsque celles de l'autre variable diminuent). Concernant les liens positifs, nous avons premièrement les variables non-pratique des mesures d'hygiène de l'environnement hospitalier (NP-MHEH) et non-respect de la distanciation physique et des pratiques d'hygiène sanitaire (NR-DPPHS), coefficient de corrélations ($r = ,235$; seuil de 0.05) (bilatéral), d'une part. Il y a aussi, les variables conviction de la non-victimisation de la malchance (CNVM) et le non-port d'équipement de protection individuelle (NP-EPI), coefficient de corrélations ($r = ,277$; seuil de 0.01) (bilatéral), d'autre part. Toujours au titre de liens positifs, il existe une corrélation positive ($r = ,200$; seuil de 0.05) (bilatéral) pour les variables conviction de la non-victimisation de la malchance (CNVM) et pratique sur un patient Covid-19 (PSP-Cov). La corrélation est aussi positive ($r = ,361$; seuil 0.01) (bilatéral) entre les variables chance personnelle face au péril (CPFP) et conviction de la non-victimisation de la malchance (CNVM). Eu égard à ce qui précède, d'autres corrélations positives sont présentées dans cette matrice à l'instar de la corrélation ($r = ,486$; seuil de 0.01) (bilatéral) entre les variables pratique sur un patient Covid-19 (PSP-Cov) et chance personnelle face au péril (CPFP). Il y a aussi une corrélation positive ($r = ,263$; seuil de 0.05) (bilatéral) entre les variables non-respect de la distanciation physique et pratique d'hygiène sanitaire (NR-DPPHS) et la chance personnelle face au péril (CPFP). Et une corrélation positive entre les variables non-victimisation de la malchance (CNVM) et le non-respect de la distanciation physique et des pratiques d'hygiène sanitaire (NR-DPPHS) ($r = ,215$; seuil de 0.05) (bilatéral). Il en est de même pour les variables pratique sur un patient Covid-19 (PSP-Cov) et non-pratique des mesures d'hygiène de l'environnement hospitalier (NP-MHEH), ($r = ,273$; seuil de 0,01)

(bilatéral). Au regard de ce qui précède, il convient de souligner que toutes les variables précitées ne sont pas les seules à avoir des liens positifs dans la matrice de corrélation. Parce que d'autres variables à l'instar de la pratique sur un patient Covid-19 (PSP-Cov) et le non-respect de la distanciation physique et des pratiques d'hygiène sanitaire (NR-DPPHS), ($r = ,266$; seuil de 0.01) (bilatéral); de la pratique sur un patient Covid-19 (PSP-Cov) et la glorification pieuse (GLOPI), ($r = ,213$; seuil de 0.05) (bilatéral); et des variables glorification pieuse (GLOPI) et non-respect de la distanciation physique et de pratique d'hygiène sanitaire (NR-DPPHS), ($r = ,497$; seuil de 0.01) (bilatéral). Disons, en définitive, que quand bien même toutes les variables précitées ont des liens positifs, il n'en demeure pas moins de souligner que certaines ont des liens négatifs à l'exemple de la variable croyance divine (CROD) et la variable non-respect de la distanciation physique et des pratiques d'hygiène sanitaire (NR-DPPHS), ($r = -,238$; seuil de 0.05) (bilatéral). En effet, les corrélations présentées dans le (Tableau n°1) ont pour objet de savoir si la chance personnelle face au péril (CPFP) est un déterminant de la pratique sur un patient Covid-19 (PSP-Cov) et savoir si la conviction de la non-victimisation de la malchance (CNVM) et la croyance divine (CROD) sont des déterminants du non-port d'équipement de protection individuelle (NP-EPI), d'une part. Elles ont aussi pour objet de savoir si la glorification pieuse (GLOPI) est un déterminant de la non-pratique des mesures d'hygiène de l'environnement hospitalier (NP-MHEH), puis savoir si la croyance divine (CROD) est aussi un déterminant du non-respect de la distanciation physique et des pratiques d'hygiène sanitaire (NR-DPPHS), d'autre part. Le (Tableau n°1) présente aussi les moyennes et les écarts-types. CPFP ($M = ,49$; $ET = ,774$); CNVM ($M = ,74$; $ET = 1,036$); CROD ($M = 1,50$; $ET = ,962$); NR-DPPHS ($M = ,88$; $ET = ,805$); GLOPI ($M = 1,69$; $ET = ,888$). Le fait qu'il y ait un effet prédictif de la variable chance personnelle face au péril (CPFP) sur la variable pratique sur un

Prise de risque de contamination de la covid-19 chez les infirmiers de quatre structures hospitalières de Libreville Gabon : recherche par la représentation, les croyances illusoire et culturelles

patient Covid-19 (PSP-Cov) s'explique à partir du fait que sa moyenne et son écart-type se rapprochent de la moyenne et de l'écart-type de (PSP-Cov) ($M = ,51$; $ET = ,746$). Cette explication vaut pour les variables : croyance divine (CROD) dont la moyenne et l'écart-type se rapprochent de ceux du non-port

d'équipement de protection individuelle (NP-EPI) ($M = 1,55$; $ET = 1,000$). Les corrélations des données recueillies auprès des hôpitaux précités démontrent que la prise de risque de contamination de la covid19 a pour déterminants la représentation, les croyances illusoire et culturelles de la maladie.

Tableau n°1 : Corrélations moyennes et écarts-types entre les variables indépendantes et les variables dépendantes

Variables	M	ET	1	2	3	4	5	6	7
1. CPFP	,49	,774							
2. CNVM	,74	1,036	,361**						
3. PSP-Cov	,51	,746	,486**	,200*					
4. NP-EPI	1,55	1,000	,136	,277**	,187				
5. CROD	1,50	,962	,052	,093	-,097	,106			
6. NP-MHEH	,49	,733	,097	,273**	-,043	-,172	,033		
7. NR-DPPHS	,88	,805	,263**	,215*	,266**	-,077	-,238*	,235*	
8. GLOPI	1,69	,888	,092	-,080	,213*	-,163	-,072	-,114	,497**

Source : Données de l'enquête réalisée (P. Mihindou Boussougou, 2020)

**La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

* La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).

Variables = ensemble de modalités croisées dans l'analyse de régression.

M = moyenne., ET = écarts-types.

2.2. Présentation des principaux indices des variables (CPFP) et (PSP-Cov) puis l'effet prédicteur de la variable (CPFP) sur la variable (PSP-Cov)

Le (Tableau n°2) montre les principaux résultats de l'analyse de régression multiple du prédicteur chance personnelle face au péril (CPFP). Ses principaux indices sont le coefficient de régression (B), la variabilité (F), le seuil de significativité (Sig.) et le coefficient de corrélation élevé au carré (R^2). Il y a un effet prédicteur de la variable chance personnelle face au péril (CPFP) sur la variable pratique sur un patient Covid-19 (PSP-Cov) ($p < .001$). La variable chance personnelle face au péril (CPFP) prédit la variation de la variable pratique sur un patient Covid-19 (PSP-Cov) à (23%).

Tableau n°2 : Croisement de la variable chance personnelle face au péril (CPFP) avec la variable pratique sur un patient Covid-19 (PSP-Cov)

Observations	Bêta	R ²	F	Sig.
Constante				,000
Chance personnelle face au péril (CPFP)	,486	,236	31,822	,001

Source : Données de l'enquête réalisée (P. Mihindou Boussougou, 2020).

*Bêta = coefficient de régression, R^2 =

Coefficient de corrélation élevé au carré.

**F = variabilité, Sig. = seuil de significativité.

2.3. Présentation des principaux indices des variables (CNVM) et (CROD) avec la variable (NP-EPI) et leurs effets prédicteurs

Le (Tableau n°3) montre les principaux résultats de l'analyse de régression multiple des prédicteurs conviction de la non-victimisation de la malchance (CNVM) et la croyance divine (CROD). Leurs principaux indices sont le coefficient de régression (B), la variabilité (F), le

seuil de significativité (Sig.) et le coefficient de corrélation élevé au carré (R^2). Il y a un effet prédicteur de la variable conviction de la non-victimisation de la malchance (CNVM) sur la variable non-port d'équipement de protection individuelle (NP-EPI) ($p < .004$). Puis il y a un effet prédicteur de la variable croyance divine (CROD) sur la variable non-port d'équipement de protection individuelle (NP-EPI) ($p < .002$). La variable croyance divine (CROD) prédit la variation de la variable non-port d'équipement de protection individuelle (NP-EPI) à (16%). Elle est la variable la plus prédictive de nos deux variables.

Tableau n°3 : Croisement des variables conviction de la non-victimisation de la malchance (CNVM) et croyance divine (CROD) avec la variable non-port d'équipement de protection individuelle (NP-EPI)

Observations	Bêta	R ²	F	Sig.
Constante				,000
Conviction de la non-victimisation de la malchance (CNVM)	,277	,077	8,570	,004
Croyance divine (CROD)	-,298	,163	9,914	,002

Source : Données de l'enquête réalisée (P. MihindouBoussougou, 2020).

2.4. Présentation des principaux indices des variables (GLOPI) et (NP-MHEH) puis l'effet prédicteur de la (GLOPI) sur le (NP-MHEH)

Le (Tableau n°4) montre les principaux résultats de l'analyse de régression multiple du prédicteur glorification pieuse (GLOPI). Ses principaux indices sont le coefficient de régression (B), la variabilité (F), le seuil de significativité (Sig.) et le coefficient de corrélation élevé au carré (R^2). Il y a un effet prédicteur de la variable glorification pieuse (GLOPI) sur la variable non-pratique des mesures d'hygiène de l'environnement hospitalier (NP-MHEH) ($p < .024$). La glorification pieuse (GLOPI) prédit la variation de la variable non pratique des mesures d'hygiène de l'environnement hospitalier (NP-MHEH).

Tableau n°4 : Croisement de la variable glorification pieuse (GLOPI) avec la variable non-pratique des mesures d'hygiène de l'environnement hospitalier (NP-MHEH)

Observations	Bêta	R ²	F	Sig.
Constante				,000
Glorification pieuse (GLOPI)	-,114	,013	1,376	,024

Source : Données de l'enquête réalisée (P. MihindouBoussougou, 2020).

2.5. Présentation des principaux indices des variables (NR-DPPHS) et (CROD) puis l'effet prédicteur de la (CROD) sur le (NR-DPPHS)

Le (Tableau n°5) montre les principaux résultats de l'analyse de régression multiple du prédicteur croyance divine (CROD). Ses principaux indices sont le coefficient de régression (B), la variabilité (F), le seuil de significativité (Sig.) et le coefficient de corrélation élevé au carré (R^2). Il y a un effet prédicteur de la variable croyance divine (CROD) sur la variable non-respect de la distanciation physique et des pratiques d'hygiène sanitaire (NR-DPPHS) ($p < .002$). La croyance divine (CROD) prédit la variation de la variable non-respect de la distanciation physique et des pratiques d'hygiène sanitaire (NR-DPPHS).

Tableau n°5 : Croisement de la variable non-respect de la distanciation physique et des pratiques d'hygiène sanitaire (NR-DPPHS) avec la variable croyance divine (CROD)

Observations	Bêta	R ²	F	Sig.
Constante				,000
Croyance divine (CROD)	-,298	,0163	9,914	,002

Source : Données de l'enquête réalisée (P. Mihindou Boussougou, 2020).

DISCUSSION

Les résultats montrent que chez les infirmiers enquêtés, la prise de risque de contamination de la Covid-19 a pour déterminants la représentation (construction sociale d'un savoir ordinaire élaboré à travers des valeurs et des

croyances partagées par un groupe social tel que les infirmiers (P. Mihindou Boussougou, 2015, p.53)), et les croyances illusoire et culturelles (chose que l'on tient pour vrai malgré l'évidence du contraire (A. Brahic, 2013, p.60)). Les déterminants de la prise de risques ci-dessus mentionnés sont d'une part définis par la chance personnelle face au péril (CPFP) (tendance à toujours vivre des événements heureux); la conviction de la non victimisation de la malchance (CNVM) (tendance à se percevoir comme non sujet d'infortune); la croyance divine (CROD), ferme attachement à la divinité et la glorification pieuse (GLOPI) qui sont des déterminants de la pratique sur un patient Covid-19 (PSP-Cov). Ils sont, d'autre part, définis par le non-port d'équipement de protection individuelle (NP-EPI) (le fait de ne pas se laver les mains, de ne pas mettre des équipements de protection : masque chirurgical, lunettes de protection, charlotte, sur blouse à manche longue, gants, etc.); la non-pratique des mesures d'hygiène de l'environnement hospitalier (NP-MHEH) et du non-respect de la distanciation physique et de la pratique d'hygiène sanitaire (NR-DPPHS). Selon le comité de pilotage de la lutte contre le Coronavirus au Gabon (Copil, 2020, p.1), les contaminations de la Covid-19 sont connues, en milieu hospitalier gabonais. Celles-ci ont occasionné des décès dans les structures hospitalières (Copil, 2020, p.1). Comment alors expliquer que les contaminations de la Covid-19 soient connues, mais la prise de risque demeure permanente chez les infirmiers. On peut de ce fait penser que la représentation des risques, les croyances illusoire et culturelles seraient des vecteurs de la prise de risque de contamination de la Covid-19 chez les infirmiers enquêtés. Selon les résultats du (tableau n°1), des corrélations indiquent des significativités entre les variables, indépendantes (chance personnelle face au péril (CPFP) ; la conviction de la non-victimisation de la malchance (CNVM) ; la croyance divine (CROD) et la glorification pieuse (GLOPI)), et les variables dépendantes

(pratique sur un patient Covid-19 (PSP-Cov); non-port d'équipement de protection individuelle (NP-EPI) ; non-pratique des mesures d'hygiène de l'environnement hospitalier (NP-MHEH) et non-respect de la distanciation physique et des pratiques d'hygiène sanitaire (NR-DPPHS)). Les résultats du (tableau n°1) rejoignent ceux de P. Wakker (2004, p.238) et de J. Dobson (2008, p.30). Selon les résultats des auteurs précédemment cités, les risques sont reliés aux aspects identifiables dans les processus de socialisation : influence des attitudes, croyances, valeurs morales et éthiques sur des décisions risquées, d'une part. Ces résultats rejoignent également les travaux de B. Cadet et R.D. Kouabenan (2005, p.75), pour qui la perception des risques est déterminée par plusieurs facteurs organisés autour des caractéristiques du risque et des caractéristiques individuelles des personnes qui perçoivent le risque. De ce fait, disons qu'en milieu hospitalier, la nature de certaines tâches ou de certains postes sont plus à risques que d'autres dans la mesure où ils exposent ceux qui les exercent. C'est pourquoi, pour prévenir les risques de contamination des maladies, en milieu hospitalier, il faut au préalable connaître les conditions qui prévalent lors de l'exécution des tâches. Il faudra pour cela initier des techniques d'identification des risques et d'analyse de la sécurité des tâches. Selon les résultats du (tableau n°2), la chance personnelle face au péril (CPFP) prédit la variation de la variable pratique sur un patient Covid-19 (PSP-Cov) à (23%). Ce résultat explique que pour les soignants enquêtés, il y a (23%) de chance de ne pas être victime d'un péril. Cependant, selon le résultat précité, il existe chez ces infirmiers une forte probabilité d'être contaminé (77%). Ce contraste va dans le sens de l'étude de P. Benkimoun (2020, p.1). Selon cette étude, le corps médical entre autres : médecins, infirmiers et aides-soignants présentent un risque supérieur à celui de la population générale d'être infectés par le virus SARS-CoV-2. Ce résultat va dans le sens des

travaux de Texas médical association, cité par R. Ory, (2020, p.1) pour qui, même si on peut contracter la Covid-19 partout, certains lieux sont plus risqués que d'autres. Parmi les lieux plus risqués on peut retenir l'hôpital. Ainsi, le groupe d'étude sur le risque exposant au sang (GERES, 2018, p.8) et P. Mihindou Boussougou (2015, p.100) disent que le milieu hospitalier est un milieu à risques de contamination. Le (tableau n°3) montre que la variable croyance divine (CROD) prédit la variation de la variable non-port d'équipement de protection individuelle (NP-EPI) à (16%). Ce résultat permet de dire qu'il existe chez ces infirmiers une très forte probabilité d'être contaminé (84%), faute d'équipement de protection individuelle. Ce résultat va dans le sens des travaux de l'institut national de santé publique du Québec (INSPQ, 2020, p.1). Selon INSPQ (2020, p.1), il existe un tableau d'évaluation du risque de transmission en fonction de l'équipement de protection individuelle (ÉPI) porté par le travailleur de la santé. Fort de ce résultat, disons davantage que la recherche de P. Benkimoun (2020, p.1) rejoint les précédents résultats de notre recherche (tableau n°2 et tableau n°3). Le (tableau n°4) démontre que la glorification pieuse (GLOPI) prédit la variation de la variable non pratique des mesures d'hygiène de l'environnement hospitalier (NP-MHEH). Ce résultat va dans le sens des travaux de D. Mbassa Menick (2010, p. 339). Pour D. Mbassa Menick (2010, p. 339), la religiosité thérapeutique s'est rapidement répandue en Afrique noire depuis le début des années 1990. Nombre de nouveaux mouvements de religiosité embrasse de manière plus exhaustive un ensemble de croyances, de sensibilités et de pratiques qui constituent l'arrière-plan du paysage religieux d'aujourd'hui (D. Mbassa Menick, 2010, p. 339). Dès lors, il existerait un lien entre la maladie (souffrance), la foi (croyance), et ce qui peut apparaître comme errance religieuse (D. Mbassa Menick, 2010, p. 339). A cet effet, G. Croissant Ephraïm (2007, p.16) pense que le sentiment religieux est naturel, et la pratique religieuse est un besoin. Mais il ne faut pas confondre religion et croyance. Parce

que la croyance renvoie à la manière dont un individu perçoit une situation, à l'exemple du risque de contamination, en relation très souvent à la manière dont il perçoit ses propres capacités à y faire face (B. Cadet, D. Hermand, M. T. Munoz Sastre et D.R. Kouabenan, 2006 p.299). Cela renvoie aussi à sa représentation de cette situation : processus par lequel on donne sens aux événements et aux choses (B. Cadet, D. Hermand, M. T. Munoz Sastre et D.R. Kouabenan, 2006 p.299). En conséquence, disons que les résultats du (tableau n°5), montrent que la croyance divine (CROD) prédit la variation de la variable non-respect de la distanciation physique et des pratiques d'hygiène sanitaire (NR-DPPHS). Les résultats de ce (tableau n°5) vont dans le sens des résultats de S. Andezian (1987, p.25). Selon S. Andezian (1987, p.25), tout groupe socioculturel a une manière spécifique d'appréhender et d'expliquer les notions de santé et de maladie. Ces notions dépendent complètement de sa vision du monde, de la vie, de la mort et de son système de croyance (S. Andezian, 1987, p.25). A l'issue de ce qui sus évoqué, P. Mihindou Boussougou (2015, p.243), pense que la croyance en Dieu a une dimension sociale laquelle apparaîtrait lors des situations de soins ou toutes pratiques qui menaceraient le bien-être, notamment la santé des infirmiers. Cette dimension sociale se matérialise en confiant, par le biais de la méditation ou la prière, sa tâche à Dieu. A cet effet, ils estiment que Dieu est le seul garant de la protection infaillible contre toutes éventualités. Pour ces infirmiers, leur corps de métier est noble et bénéficie d'une protection divine (P. Mihindou Boussougou, 2015, p.243). De ce fait, rappelons avec J. Tonda (2002, p.225) que les affaires du corps, c'est-à-dire la maladie et l'infortune sont en partie liées avec le capital de Dieu.

CONCLUSION

La prise de risque de contamination de la Covid-19 est en lien avec la représentation, les

Prise de risque de contamination de la covid-19 chez les infirmiers de quatre structures hospitalières de Libreville Gabon : recherche par la représentation, les croyances illusoirs et culturelles

croyances illusoirs et culturelles chez les infirmiers des services hospitaliers gabonais. Cette absence de prise de conscience du risque de contamination constitue une préoccupation majeure. Cette problématique est un enjeu pour les institutions qui ont à cœur la prévention et le bien-être au travail. Travaillant dans un milieu à risques, il conviendrait aux infirmiers de respecter scrupuleusement les mesures de sécurité c'est-à-dire appliquer le port d'équipement de protection individuelle, la mise en pratique des mesures de protection de l'environnement hospitalier et l'application de la distanciation physique et des pratiques d'hygiène sanitaire avant et après pratiquer sur un patient Covid-19. Car les résultats démontrent que leurs représentations, croyances illusoirs et culturelles sont des déterminants de la prise de risque de contamination de la Covid-19. In fine, on peut penser que, pour ces infirmiers, la prise de risque de contamination de la Covid-19 a pour déterminants la confiance en soi face à l'infortune ; la foi personnelle permettant de surmonter l'écueil ; la chance personnelle face au péril, la conviction de la non-victimisation de la malchance, d'une part. Et d'autre part, on peut présager que, chez ces infirmiers, la prise de risque de contamination de la Covid-19 a pour déterminant la représentation des risques ou de la maladie. Les hypothèses ci-dessus mentionnées s'arc-boutent sur le fait que les résultats montrent des liens significatifs entre les variables mises en études : il y a un effet prédicteur de la variable chance personnelle face au péril sur la variable pratique sur un patient Covid-19 ; il y a un effet prédicteur de la variable conviction de la non-victimisation de la malchance sur la variable non-port d'équipement de protection individuelle. Puis il y a un effet prédicteur de la variable croyance divine sur la variable non-port d'équipement de protection individuelle. Il y a aussi un effet prédicteur de la variable glorification pieuse sur la variable non-pratique des mesures d'hygiène de l'environnement hospitalier ; et un effet prédicteur de la variable

croyance divine sur la variable non-respect de la distanciation physique et des pratiques d'hygiène sanitaire. Fort de ce qui précède, il est impérieux d'aménager les conditions de travail de ces soignants. Dans le souci de se prémunir contre la contamination de la Covid-19, les infirmiers doivent chaque jour de travail respecter les pratiques de sécurité et de santé au travail.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

ABRIC Jean Claude, 1987, Coopération, compétition et représentations sociales, Cousset, DelVal.

ANDEZIAN Sossie, 1985, « Nouvelles représentations de la santé et de la maladie : la dialectique entre traditions et modernité », Université de Laval [En ligne], www.researchgate.net/publication/265047387_Socio

APOSTOLIDIS Thémis, DUVEEN Gérard et KALAMPALIKIS Nikos, 2002, « Représentations et croyances », *Psychologie et Société*, 5(1), p.7-11.

BENKIMOUN Paul, 2020, « Coronavirus : la contamination, un risque permanent pour les soignants », *Planète Coronavirus et Pandémie de Covid-19* [En ligne], www.lemonde.fr/planete/article/2020/03/19.

BRAHIC André, 2013, « Science et croyance : l'illusion du vrai et la certitude du faux », *Raison présente*, 1(188), p.59-85.

BRAHIC André, 2013, « Croyance et connaissance », *Raison présente* [En ligne], <https://doi.org/10.3406/raipr.2013.4505>.

CADET Bernard et KOUABENAN Remi Dongo, 2005, « Evaluer et modéliser les risques : apports et limites de différents paradigmes dans

- le diagnostic de sécurité », *Le travail humain*, 1(68), p.7-35.
- CADET Bernard, HERMAND Danièle, MUNOZ SASTRE Maria Teresa et KOUABENAN Dongo Remi, 2006, *Psychologie du risque : Identifier, évaluer, prévenir*, Bruxelles, De Boeck.
- COMITE DE PILOTAGE DE LA LUTTE CONTRE LE CORONAVIRUS AU GABON (COPIL), 2020, « Un second médecin décède du Covid-19 au Gabon », *Santé*[En ligne], <https://gabonactu.com>.
- DOBSON John, 2008, « Finance education in us business schools: toward a moral ideology », *Finance et bien Commun*, 1(30), p.30-39.
- CROISSANT EPHRAÏM Gérard, 2007, *Psychologie et progrès spirituel*, Le grand Montaigne, Arsis.
- GABILLIET Philippe, 2016, « Peut-on fabriquer sa chance ? », *Psycho* [En ligne], www.PhilippeGabilliet.com.
- GROUPE D'ETUDE SUR LE RISQUE D'EXPOSITION DES SOIGNANTS (GERES), 2018, « Epidémiologie du risque infectieux lié aux accidents exposant au sang (AES) », *Risque de transmission du VIH, VHC, VHB* [En ligne], [www.geres.org > uploads >](http://www.geres.org/uploads).
- INSTITUT NATIONAL DE SANTE PUBLIQUE DU QUEBEC (INSPQ), 2020, « Sars-Cov2-prise en charge des travailleurs de la santé dans les milieux de soin », *Gouvernement du Québec*[En ligne], www.Inspq.qc.ca publication.
- JODELET Denise, 1984, « Réflexions sur le traitement de la notion de représentation sociale en psychologie sociale », *Communication. Information médias théories*, 6(3) p.14-40.
- KOUABENAN Dongo Remi, 1999, *Explication naïve de l'accident et prévention*, Paris, PUF.
- KOUABENAN Dongo Remi, 2001, « Culture, perception des risques et explications des accidents », *Bulletin de psychologie*, 54(3), p.329-342.
- KOUABENAN Dongo Remi, 2003, « Management de la sécurité: rôle des croyances et des perceptions », *La psychologie du travail*, 3(5), p.453-474.
- Le DEVOIR, 2020, « Coronavirus, ou COVID-19 », spécial [En ligne], <https://www.ledevoir.com>.
- LEPLAT Jacques, 1985, « Les représentations fonctionnelles dans le travail », *Psychologie française*, 30(1), p.269-275.
- LEROI-GOURHAN, André, 1945, *Evolution et techniques II-Milieu et techniques*, Bruxelles, De Boeck Université.
- Les urgences, 2015, « Ce que vous devrez savoir sur les services d'urgence », *Au service de votre santé*[En ligne], www.hopital.fr.
- MBASSA MENICK Daniel, 2010, « La religiosité thérapeutique en Afrique noire. Une piste pour une nouvelle forme d'assistance médicale et psychiatrique ? », *Perspectives Psy* 49(4), p.339-356.
- MANDELA. Nelson, 2010, « Le dictionnaire des citations », *Citation de célébrité*[En ligne], www.citation-de-célèbre.com.
- MIHINDOU BOUSSOUGOU Parfait, 2014, « Représentation des risques d'accident typiques du milieu hospitalier, leurs causes chez les infirmiers du CHL-Gabon : Approche psychosociale du travail et des organisations », *Revue mosaïque*, 12(1), p.35-46.

Prise de risque de contamination de la covid-19 chez les infirmiers de quatre structures hospitalières de Libreville Gabon : recherche par la représentation, les croyances illusoire et culturelles

MIHINDOU BOUSSOUGOU Parfait, 2015, Représentation des risques d'accident typiques du milieu hospitalier chez les infirmiers du CHL-Gabon: Approche psychosociale du travail et des organisations, Thèse de doctorat de l'Université de Picardie Jules Verne Amiens, 275 p.

MIHINDOU-BOUSSOUGOU Parfait, 2020, « Conditions de travail et risques de contamination par accident d'exposition au sang chez les sages-femmes infirmiers et médecins urgentistes du CHU de Libreville-Gabon », Revue Espace, Territoires, Sociétés et Santé, 3 (5), 173-182.

MOSCOVICI Serge, 1969, « The group as a polarizer of attitudes », Journal of personality and social psychology, 12(2), p.125-35.

MULLER Dominique, 2006, « Aider et risques », Citation de célébrité [En ligne], www. Citation-de-célèbre.com.

OMS, 2020, « Utilisation rationnelle des équipements de protection individuelle (EPI) contre la maladie à coronavirus 2019 (COVID-19) et éléments à considérer en cas de grave pénurie », Orientations provisoires [En ligne], <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331765>.

ONY, Roger, 2020, « Coronavirus : les endroits où le risque de contamination est le plus élevé », Santé [En ligne], Lescrieursduweb.com.

Ouest France et Reuters, 2020, « Plus de 90000 soignants touchés par le Covid-19 dans le monde », Menu [En ligne], amp. Ouest-France.

SEIFERT Ana Maria, 2012, Prévention des risques de transmission des infections : connaître les pratiques formelles et informelles du personnel hospitalier, Thèse de doctorat de l'Université de Laval Québec, 154p.

SOUNDA Love Leaticia, 2018, L'accès aux soins au Gabon : écart entre la stratégie politique

et les pratiques de santé, Thèse de doctorat de l'Université de Lorraine, 382p.

STAMME Anne, 1995, Les religions africaines, Paris, PUF.

TONDA Joseph, 2002, La Guérison divine en Afrique centrale Congo, Gabon, Paris, Karthala.

WAKKER Peter, 2004, « Theoretical note: on the Composition of risk preference and belief », Psychological review, 1(1), p.236-241.



COMPORTEMENT ALIMENTAIRE ET ADAPTATION PHYSIO-PHYSIQUE CHEZ DES PERSONNES EN SITUATION DE TROUBLE MENTAL A ABIDJAN

EATING BEHAVIOUR AND PHYSICO-PHYSIOLOGICAL ADAPTATION IN MENTALLY DISTURBED PEOPLE IN ABIDJAN

¹ TAOJA Yao Adou, ² KOUADIO Kouakou Jérôme et ³ KOUASSI Kouakou Firmin

¹ Doctorant en Anthropologie, Unité de Recherches et Pédagogique de Paléanthropologie de l'Institut des Sciences Anthropologiques de Développement (ISAD), Université Félix Houphouët-Boigny, Abidjan (Côte d'Ivoire); Laboratoire de Biomorphologie et d'Anthropologie physique des UFR Sciences de l'Homme et de la Société-Odonto Stomatologie-UFHB, adouyao713@yahoo.fr

² Enseignant-Chercheur, Maître de Conférences, Unité de Recherches et Pédagogique de Paléanthropologie de l'Institut des Sciences Anthropologiques de Développement (ISAD), Université Félix Houphouët-Boigny, Abidjan (Côte d'Ivoire); Laboratoire de Biomorphologie et d'Anthropologie physique des UFR Sciences de l'Homme et de la Société-Odonto Stomatologie-UFHB; Société d'Anthropologie de Paris kouadiojeromek2016@gmail.com

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

TAOJA Yao Adou, KOUADIO Kouakou Jérôme et KOUASSI Kouakou Firmin, Comportement alimentaire et adaptation physio-physique chez des personnes en situation de trouble mental à Abidjan, *Revue Espace, Territoires, Sociétés et Santé* 3 (6), 255-266. [En ligne] 2020, mis en ligne le 31 Décembre 2020, consulté le 2021-01-11 09:33:45, URL: <https://retssa-ci.com/index.php?page=detail&k=129>

Résumé

L'individu, en situation de trouble mental, serait souvent soumis à des conditions de vie susceptibles d'influencer le fonctionnement de son organisme. L'effet d'une stimulation particulière, en l'occurrence alimentaire, sur la régulation biophysique de cet organisme est loin d'être suffisamment étudié. L'objectif du présent travail est d'examiner l'influence du comportement alimentaire des malades mentaux

sur leur adaptation physio-physique. Il porte sur 110 sujets dont 41 présentant un trouble de l'humeur et 69 une psychose chronique. Ces deux groupes ont un âge compris entre 18 ans et 35 ans. Certains ont une alimentation composée de glucides-lipides, d'autres une alimentation faite de glucides-protides.

La mesure du profil physique des sujets s'est faite en considérant le poids, la stature, l'IMC. Ceux-ci ont été obtenus par l'utilisation d'une balance électronique (le poids), une toise staturale (la stature). La mesure de leur profil physiologique s'est réalisée en recourant au tensiomètre pour évaluer la pression artérielle. Les données relatives aux types d'aliments consommés ont été collectées à travers un questionnaire en face à face.

Les résultats montrent que les sujets souffrant d'une psychose chronique ou d'un trouble de l'humeur et d'alimentation gluco-lipidique présentent un poids, une stature, un indice de masse corporelle, une pression artérielle systolique et diastolique similaires à ceux de leurs homologues d'alimentation gluco-protidique. Le comportement alimentaire des malades mentaux ne semble suffisamment pas exercer d'impact sur leur adaptation physio-physique.

Mots clés : Adaptation physio-physique, Alimentation, Maladie mentale, Abidjan

Abstract

The individual, in a mental disorder situation, would often be subjected to living conditions likely to influence the functioning of his or her organism. The effect of a particular stimulation, in this case food, on the biophysical adjustment of this organism is far from being sufficiently studied. The objective of this work is to examine the influence of the eating behavior of the mentally ill people on their physio-physical adjustment. It deals with 110 subjects, 41 of whom present a mood disorder and 69 a chronic psychosis. These two groups are between 18 and 35 years old. Some have a diet composed of carbohydrates-fats, others a diet made of carbohydrate-proteins.

The physical profile of the subjects was measured by considering weight, stature and body mass index. These were obtained by using a weight electronic balance and a height gauge. The measurement of their physiological profile was done by using a blood pressure monitor to evaluate their blood pressure. Data on the types of food consumed were collected through a face-to-face questionnaire.

The results show that subjects with chronic psychosis or mood disorder and gluco-protein diet have similar weight, height, body mass index, systolic and diastolic blood pressure to their gluco-protein diet counterparts. The eating behaviour of mentally ill people does not seem to have a sufficient impact on their physiophysical adjustment.

Keywords: Physio-physical adjustment, Diet, Mental illness, Abidjan

INTRODUCTION

L'individu, en situation de trouble mental, pourrait être enclin à des modifications physiologiques et physiques que nécessite l'ajustement de son organisme à ce nouvel état. Ce processus de mise en ordre de l'organisme de l'individu à sa situation nouvelle est désigné sous

le vocable d'adaptation physio-physique. C. Thomas-Junius (2011, p. 45-46) définit celle-ci comme un état dans lequel le corps ou l'organisme est capable de réguler les substances dans le sang. Selon M. Phomsoupha (2016, p. 52-63), l'adaptation physio-physique est le réajustement biophysique que l'organisme d'un individu acquiert au cours des situations écologiques nouvelles. Elle se réfère donc aux modifications externes et internes de l'organisme d'un individu (P. Schulz 2016, p. 12-13). L'adaptation physio-physique du malade mental serait donc le résultat de l'interaction entre les potentiels biophysiques de l'organisme de ce dernier et les stimulations auxquelles il est soumis.

Le fonctionnement biophysique du malade mental serait d'autant impacté par les ressources reçues que, selon P. Schulz (2016, p. 45-46), ces stimulations varient d'un individu à l'autre. L'une des activations différentielles dont pourraient bénéficier l'organisme de l'individu est celle qui consiste à lui ingérer par l'individu lui-même des éléments correspondant à sa biospécificité. Le processus pourrait se réaliser dans l'acte régulier d'entretien du corps de l'individu, c'est-à-dire l'action ou le comportement alimentaire.

Celui-ci serait l'ensemble des ressources, principalement alimentaires, qu'ingère un malade mental pour maintenir son fonctionnement physio-physique en équilibre (M.-C. Jacques, 2016, p. 19-20). Ainsi, le comportement alimentaire, selon P. Etiévant et al. (2010, p. 27), renvoie à la prise alimentaire, à la qualité, à la diversité et à la quantité des aliments consommés. Dans une réflexion similaire, S. Destandau (2015, p. 30-33) définit le comportement alimentaire comme étant la consommation de différentes catégories d'aliments en fonction des périodes (journées, jours, semaines, mois et année). Le comportement alimentaire est l'ensemble de conditions alimentaires adaptées aux besoins physiologiques de l'individu (OMS, 2003, p. 7-

8). En clair, le comportement alimentaire du malade mental se réfère à l'ensemble des aliments qu'il consomme pour se procurer des compléments physiologiques lui permettant de s'assurer un meilleur rééquilibrage physio-physique.

Selon les besoins de réalisation de celle-ci, le malade mental est amené à consommer des aliments sélectifs. Par exemple, un malade mental, outre les psychotropes, pourrait consommer des fruits, des légumes, des légumineuses et des repas moins salés ou cannés. Ce sujet est, par sa composition alimentaire, susceptible de présenter une adaptation physio-physique qui différerait de celle de son pair qui a une alimentation structurée plus en féculents, en produits céréaliers, en viandes ou poissons. Le comportement alimentaire du malade mental est à mesure de réguler son environnement biopsychochimique et, par ricochet, son adaptation physio-physique. Le comportement alimentaire du malade mental créerait des conditions biospécifiques pouvant exercer des effets singuliers sur son adaptation physiologique et physique. La relation entre l'adaptation physio-physique des individus atteints de trouble mental et les conditions sociobiologiques a intéressé des auteurs. J.-N. Missa (2008, p. 139-140) indiquent que la consommation par les sujets déprimés de substance antidépressive inhibe ou active l'adaptation neurobiologique de ces derniers. Dans une perspective peu similaire, Y. P. Yao (2009, p. 710) a fait observer que la prise de neuroleptiques par des individus souffrant de trouble mental exercent un effet positif sur leur fonctionnement physio-physique.

A l'analyse, des travaux ont examiné l'adaptation physio-physique des individus en situation de trouble mental sous l'angle des facteurs sociobiologiques. Il semble que, dans ces études, le comportement alimentaire des personnes en situation de trouble mental n'ait pas suffisamment été pris en compte en tant que

variable susceptible d'influencer leur adaptation physio-physique. La présente étude se propose de mesurer l'adaptation physio-physique des personnes en situation de trouble mental en fonction de leur comportement alimentaire.

1. METHODOLOGIE

1.1. Echantillon

La présente étude porte sur la question de l'adaptation physio-physique des personnes en situation de maladie mentale en lien avec leur comportement alimentaire. Cette préoccupation trouve sa source dans le fait que ces individus, en nombre croissant dans le monde, semblent bénéficier de nouvel cadre sociothérapeutique. L'OMS (2001, p. 3) fait état, dans ce sens, de 450 millions de personnes qui présentent des troubles mentaux dont plusieurs sont accueillis ou reçus dans des centres de suivi biochimique et social spécialisé. Ceux de la Côte d'Ivoire, par exemple, sont majoritairement au Service d'Hygiène Mentale (SHM) de l'Institut National de Santé Publique d'Abidjan Adjamé.

La fréquence des consultations y est passée de 7,7% en 2011 à 18,9% en 2015 (OMS, 2015, p. 22). En moyenne, le SHM pourrait recevoir en consultation 50 patients par jour dont 10 nouveaux et 40 anciens. Annuellement, l'on note environ 4500 consultations de suivi (anciens malades) et 1500 nouveaux patients. Depuis son ouverture, le centre aurait assisté plus de 4000 malades mentaux par an (T. Y. J.-M. Yéo et al, 2014, p. 46). Le SHM paraît, de ce fait, être le lieu dans lequel la plupart des personnes souffrant de troubles mentaux ambulatoires en Côte d'Ivoire est suivi médicalement. Il propose à ces malades, présentant majoritairement un trouble de l'humeur (maniaco-dépressive, manie, dépression) ou une psychose chronique (schizophrénie), une assistance neurobiologique et physio-physique, variable selon le type de pathologie. Les sujets ayant un trouble de l'humeur reçoivent des antidépresseurs, notamment les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (IRS), les inhibiteurs monoamines

oxydases (IMAO), les imipraminiques. Les psychotiques chroniques sont soumis à des neuroleptiques ou des antipsychotiques que sont, entre autres, la chlorpromazine, l'halopéridol, la cyamémazine, le lévomépromazine. La prise de ces psychotropes tend à influencer sur l'appétit et l'attirance alimentaire des malades. Les uns, sous l'assistance des accompagnants, s'orientent régulièrement vers des aliments que sont le pain, le riz, la pomme de terre, le lait, le poisson, la viande. Les autres, outre les céréales, consomment fréquemment des œufs, de la charcuterie, du poisson, du beurre, du yaourt. Cet apport biomédical et l'alimentation spécifique des malades sont susceptibles d'améliorer le fonctionnement de l'organisme de ces derniers, en l'occurrence leur adaptation biophysique dont l'on n'en a encore la fréquence.

Ainsi, une observation (enquête) de surveillance comportementale a été réalisée au sein du SHM. Elle a consisté, durant quatre (04) mois, de novembre 2015 à février 2016, à sélectionner et interroger un nombre de malades mentaux d'entre ceux qui ont fréquenté le SHM à cette période. Le recrutement de ces sujets pour l'étude s'est effectué par la prise en compte de leurs profils socio-démographiques dont l'examen montre une hétérogénéité concernant l'âge, le sexe, la profession. L'application de l'âge, comme critère de sélection, a permis de sélectionner 205 sujets ayant un âge compris entre 18 et 35 ans sur 238 malades. L'effectif des sujets est passé à 188, lorsqu'ils sont appariés sur le sexe. La prise en compte de la profession a entraîné la constitution de divers groupes ayant des effectifs relativement équivalents: 31 fonctionnaires, 26 individus en quête d'emploi, 21 travailleurs du secteur public et privé, 17 étudiants et 15 élèves. La moitié de ces sujets est célibataire et ce statut matrimonial se répartit indifféremment entre les sujets présentant une psychose chronique et ceux souffrant d'un trouble de l'humeur.

Considérant ces caractéristiques comme des critères d'inclusion ou de non inclusion des sujets, 110 sur 238, nouveaux malades, possédant un dossier médical de suivi au sein du SHM et ayant accepté de participer à l'étude ont été retenus. Ces malades, dont l'âge varie entre

18 à 35 ans, ont une alimentation, soit glucido-lipidique, soit glucido-protidique. Le sous-groupe des sujets d'alimentation glucido-lipidique sont composés de 40 psychotiques chroniques (16 femmes, 24 hommes) et 22 ayant un trouble de l'humeur (8 femmes, 14 hommes). Celui des sujets d'alimentation glucido-protidique comprend 29 psychotiques chroniques (15 femmes, 14 hommes) et de 19 présentant un trouble de l'humeur (6 femmes, 13 hommes). Ces deux groupes de malades mentaux selon le comportement alimentaire constituent l'échantillon sur lequel porte l'étude.

1.2. Méthodes

L'adaptation physio-physique des personnes en situation de trouble mental semble être une source de préoccupation majeure dans les domaines de recherches scientifiques. Les interrogations, qui en résultent, tendent à explorer l'effet des stimulations biologiques dans l'amélioration des caractères physio-physiques de ces personnes. Les essais de vérification de cette relation sont à l'origine de la présente exploration menée auprès d'un échantillon de patients souffrant de troubles mentaux fréquentant le service d'hygiène mentale (SHM). Cette étude, qui s'inscrit dans une approche transversale analytique, s'est déroulée sur 4 mois, de novembre 2015 à février 2016, et s'est étendue sur trois phases.

La première a consisté à mener une pré-enquête au SHM. Dans ce cadre, l'on a administré à 25 malades (10 femmes, 15 hommes) sélectionnés aléatoirement un questionnaire d'échantillonnage en face en face préalablement élaboré et comprenant 20 items. Ceux-ci ont porté essentiellement sur leurs caractéristiques sociodémographiques, économiques et les aliments qui leur sont recommandés par les intervenants médicaux. Cette pré-observation, doublée de prétest, s'est réalisée dans l'une des salles du SHM. Deux étudiants médecins psychiatres stagiaires ont apporté leur contribution à cette enquête préliminaire sous la supervision d'un des

responsables du SHM. Le dépouillement du questionnaire a permis de valider plusieurs items, d'extirper certains et d'intégrer d'autres. Cette étape a été, en outre, l'occasion de prendre connaissance avec le personnel, de l'informer, de le mobiliser sur l'enjeu de l'étude, de se familiariser avec l'environnement socio-médical des malades et d'identifier des repères spatio-temporels, matériels nécessaires à une observation appropriée du phénomène étudié.

La deuxième phase de l'enquête est l'observation proprement dite. Elle a concerné 110 patients retenus à l'issue du processus d'échantillonnage par convenance (confère la section "Échantillon"). Ceux-ci ont été mobilisés pour la circonstance. En effet, une fois admis dans la salle aménagée pour l'observation, les patients et les personnes qui les accompagnent sont informés de la réalisation de l'étude et de son objectif. Ces dispositions ont créé un climat de confiance et de sécurité chez les malades mentaux et leurs parents. Le questionnaire en face-à-face amélioré (comportant 30 items) portant sur les caractéristiques sociodémographiques, économiques, alimentaires du malade lui est soumis, après avoir obtenu son consentement et / ou de celui de la personne qui l'accompagne. Il faudrait indiquer que les accompagnants ont suffisamment contribué à apporter des réponses aux différents items et, subséquemment, au contrôle de ces réponses. Cette exploration a permis de mettre en évidence deux groupes de pathologies présentant des similarités du point de vue des caractères sociodémographiques. Les caractères physiques, en occurrence le poids et la stature, ont été explorés à travers le pèse-personne (poids corporel) et la toise staturale (stature corporelle). Ceux physiologiques, que sont les pressions artérielles systolique et diastolique, ont été obtenus en utilisant un tensiomètre (pression artérielle).

Les données obtenues ont été saisies au moyen du logiciel Microsoft (Excel 2007). A l'issue de

ce processus, les données ont été analysées à travers le logiciel de traitement statistique IBM SPSS version 21 « Statistical Program of Social Sciences ». Les résultats obtenus sont exprimés sous forme de moyennes et d'écart-types. La normalité de la distribution des données a été testée statiquement en utilisant le test de Shapiro-Wilk. Le résultat de ce contrôle fait état d'une distribution non normale des données relatives au poids, à l'IMC et à la pression artérielle (p -value : $0,000 < 0,05$). La distribution statistique de la stature, quant à elle, alors que la stature suit la courbe gaussienne (p -value : $0,716$). Ce faisant, le Test U Mann-Whitney (distribution non normale) et le t de student (distribution normale) apparaissent les mieux indiqués pour la comparaison du poids, de l'IMC, de la pression artérielle et de la stature des malades mentaux selon le comportement alimentaire. La norme de significativité a été fixée à $0,05$.

2. RESULTATS

Des observations ont été faites auprès des deux groupes de malades mentaux précédemment évoqués: l'un composé de sujets dont le diagnostic médical a révélé une psychose chronique et l'autre comprenant des sujets dont l'examen a mis en évidence un trouble de l'humeur. Elles ont permis d'obtenir des données relatives aux caractères physio-physiques et aux comportements alimentaires des sujets. Le traitement et l'analyse statistique ont abouti à des résultats qui ont fait l'objet de comparaison en lien avec la question de recherche.

2.1. Comparaison du poids, de la stature et de l'indice de Masse Corporelle (IMC) des malades selon leur comportement alimentaire

Les malades de psychose chronique et ayant une alimentation glucido-lipidique présentent un poids (62,95 kg), une stature (1,67m) et un IMC (22,43 kg / m²) qui ne diffèrent statistiquement

Comportement alimentaire et adaptation physio-physique
chez des personnes en situation de trouble mental à Abidjan

pas de ceux de leurs pairs qui consomment des aliments glucido-protidiques (poids : 58,17±09,96 kg, stature : 1,65±0,08 m ; IMC : 21,32±3,64 kg/m²) (Tableau n°1).

Tableau n°1: Comparaison du poids, de la stature, de l'IMC des hommes et des femmes présentant une psychose chronique et ayant une alimentation glucido-lipidique à ceux de leurs pairs soumis à une alimentation glucido-protidique

	Comportement alimentaire	Sexe	N	Poids (kg) m ± α	Stature (m) m ± α	IMC (kg/m ²) m ± α
Psychose chronique	glucido-lipidique	F	16	61,12±12,98	1,63±0,07	22,99 ±4,52
		H	24	64,16±12,98	1,70±0,08	22,06±3,56
		T	40	62,95±12,40	1,67±0,08	22,43±3,64
	p-value			0,445 ns	0,115 ns	0,502 ns
	glucido-protidique	F	15	55,53±12,35	1,60±0,06	21,65±4,58
		H	14	61,00±05,73	1,70±0,07	20,97±2,38
		T	29	58,17±09,96	1,65±0,08	21,32±3,64
	p-value			0,138 ns	0,095 ns	0,616 ns
	p-value	T	69	60,94±11,61	1,66±0,08	21,96±3,83
				Test U 0,107 ns	Test t 0,282 ns	Test U 0,200 ns

ns= non significatif ; N= effectif des sujet ; m= moyenne ; α = écart type ; F= Femme ; H=Homme ; T=Total des sujets

Source : Enquête de terrain, 2015-2016

Les résultats précédemment observés se répètent chez des sujets de trouble de l'humeur. Les valeurs du poids (65,64 kg), de la stature (1,70 m) et de l'IMC (22,41 kg / m²) des malades qui ont une alimentation glucido-lipidique sont équivalentes à celles de leurs homologues soumis à une alimentation glucido-protidique (Tableau n°2).

Tableau n°2: Comparaison du poids, de la stature, de l'IMC des hommes et des femmes présentant un trouble de l'humeur et ayant une alimentation glucido-lipidique à ceux de leurs pairs bénéficiant d'une alimentation glucido-protidique

	Comportement alimentaire	Sexe	N	Poids (kg) m ± α	Stature (m) m ± α	IMC (kg/m ²) m ± α
trouble de l'humeur	glucido-lipidique	F	8	61,50±09,05	1,64±0,11	22,91±2,83
		H	14	67,85±05,73	1,74±0,07	22,13±2,63
		T	22	65,64±10,71	1,70±0,10	22,41±2,66
	p-value			0,165 ns	0,388 ns	0,533 ns
	glucido-protidique	F	6	58,00±10,37	1,59±0,06	22,83±3,93
		H	13	62,00±08,66	1,71±0,04	20,96±2,74
		T	19	60,73±09,13	1,67±0,07	21,55±3,18
	p-value			0,434 ns	0,338 ns	0,328 ns
	p-value	T	41	63,31±10,18	1,69±0,09	22,01±2,91
					Test U 0,235 ns	Test t 0,281 ns	Test U 115 ns

ns= non significatif ; N= effectif des sujet ; m= moyenne ; α = écart type ; F= Femme ; H=Homme ; T=Total des sujets
 Source : Enquête de terrain, 2015-2016

Le fonctionnement physique des malades mentaux ne semble pas présenter de différence, en dépit d'une alimentation variable. Les résultats portant sur l'adaptation physiologique de ces malades consommant des aliments non identiques pourraient permettre d'apprécier davantage.

2.2. Comparaison des pressions artérielles systolique (PAS) et diastolique (PAD) des malades en fonction de leur comportement alimentaire

Le fonctionnement physiologique des malades a été également examiné. Dans cette perspective,

les pressions artérielles systolique (PAS) et diastolique (PAD) présentées par les sujets ont été comparées entre elles en fonction du comportement alimentaire. Les sujets de psychose chronique ayant une alimentation glucido-lipidique se caractérisent pas des pressions artérielles systolique (PAS: 131 mm Hg) et diastolique (PAD: 73,75 mmHg) similaires à celles de leurs homologues ayant une alimentation glucido-protidique (PAS: 128,62 mmHg; PAD: 66,31 mmHg) (Tableau n°3).

Tableau n°3: Comparaison de la pression artérielle systolique, diastolique des hommes et des femmes présentant une psychose chronique et ayant une alimentation glucido-lipidique à ceux de leurs homologues bénéficiant d'une alimentation glucido-protidique

	Comportement alimentaire	Sexe	N	PAS (mmHg) $m \pm \alpha$	PAD (mmHg) $m \pm \alpha$
Psychose chronique	glucido-lipidique	F	16	113,25±16,68	75,62±10,30
		H	24	130,83±12,48	72,50±10,73
		T	40	131,00±14,10	73,75±10,54
	p-value			0,933 ns	0,362 ns
	glucido-protidique	F	15	128,00±16,68	72,00±10,82
		H	14	129,28±15,42	66,42±25,60
		T	29	128,62±15,97	66,31±19,25
	p-value			0,832 ns	0,461 ns
	p-value	T	69	130,00±14,85	71,88±14,87
				Test U 0,559 ns	Test U 0,593 ns

*ns= non significatif ; N= effectif des sujets ; m= moyenne ; α = écart type ; F= Femme ; H=Homme ; PAS=Pression Artérielle Systolique ; PAD= Pression Artérielle diastolique ; T=Total des sujets
Source : Enquête de terrain, 2015-2016*

La comparaison des sujets atteints de troubles de l'humeur en fonction du profil alimentaire semble conforter les résultats précédents. L'on observe, chez les sujets atteints de trouble de l'humeur, une superposition entre ceux ayant une alimentation glucido-lipidique et les malades qui ont une alimentation glucido-protidique, du point de vue des pressions artérielles systolique et diastolique (125,90 mmHg; 74,54 mmHg contre 125,26 mmHg; 72,10 mmHg) (Tableau n°4).

Tableau n°4: Comparaisons de la pression artérielle systolique, diastolique des hommes et des femmes présentant un trouble de l'humeur et ayant une alimentation glucido-lipidique à ceux de leurs homologues consommant des aliments ayant une composition glucido-protidique bénéficiant

	Comportement alimentaire	Sexe	N	PAS (mmHg) $m \pm \alpha$	PAD (mmHg) $m \pm \alpha$
Trouble de	glucido-lipidique	F	8	123,75±11,87	72,50±07,07
		H	14	127,14±13,82	75,71±10,89
		T	22	125,90±12,96	74,54±09,62
	p-value			0,552 ns	0,412 ns

l'humeur	glucido-protidique	F	6	121,66±11,69	68,33±09,83
		H	13	126,92±16,52	73,84±12,60
		T	19	125,26±15,04	72,10±11,82
	p-value			0,441 ns	0,320 ns
		T	41	125,61±13,79	73,41±10,63
	p-value			Test U 0,766 ns	Test U 0,448 ns

*ns= non significatif ; N= effectif des sujets ; m= moyenne ; a = écart type ; F= Femme ; H=Homme ; PAS=Pression Artérielle Systolique ; PAD= Pression Artérielle diastolique ; T=Total des sujets
 Source : Enquête de terrain, 2015-2016*

Les résultats portant sur le sexe n'apportent d'information nouvelle. L'on note une indifférenciation des caractères physiques et physiologiques en passant des hommes aux femmes, considérant les deux pathologies mentales et les comportements alimentaires. En somme, le comportement alimentaire du sujet, en situation de trouble psychotique ou thymique est loin d'influencer suffisamment son adaptation physiophysique.

3. DISCUSSION

La question de recherche est d'explorer l'adaptation physio-physique des personnes en situation de maladie mentale, en considérant leur comportement alimentaire. Les résultats des observations réalisées, dans ce sens, y apportent quelques éléments de réponses. Les caractéristiques physio-physiques des individus souffrant de la psychose chronique ou du trouble de l'humeur sont statistiquement semblables, quel que soit le comportement alimentaire de ces malades (Tableaux n°1, n°2, n°3 et n°4). Ces résultats trouvent une explication dans des facteurs spécifiques.

L'on pourrait lier l'effet indifférencié du comportement alimentaire sur les caractères physiologiques et physiques des malades mentaux à une assistance thérapeutique relativement similaire. Il faudrait indiquer que les sujets examinés, quoiqu'ils semblent présenter des pathologies mentales diagnostiquement différentes, semblent être soumis à des procédés thérapeutiques non suffisamment indifférenciés. Cette relative équivalence des soins trouve son fondement dans

la base neurobiologique commune ou univoque du fonctionnement des désordres mentaux. Cette corrélation transparait dans l'observation réalisée par M. First (2017, p. 2). Cet auteur a montré que la maladie mentale, qu'elle psychose chronique, thymique, est une altération de la régulation des messagers chimiques du cerveau (les neurotransmetteurs). Ainsi, la stimulation identique ou différente de ces mécanismes de régulation aurait des effets comparables sur les caractères physiophysiques. Le fonctionnement biocorporel équivalent des malades mentaux examinés dans l'étude serait imputable à l'impact moins discriminant de la stimulation alimentaire. Quoique les contenus chimiothérapeutiques ou biopsychotropiques puissent varier suivant le type de trouble mental (psychose chronique, trouble de l'humeur), l'offre thérapeutique a pour objectif de résoudre les besoins d'équilibre tant biopsychologique que biophysique des malades. Elle tend à créer chez les malades des conditions pour des réactions bio-internes et des acquisitions corporelles susceptibles de se confondre, même si les sujets adoptent des comportements alimentaires non identiques. L'influence des choix alimentaires est d'autant imperceptible dans un tel centre que, selon

Psycom (2019, p. 1), les pharmacothérapies proposées sont des correcteurs. L'invariabilité du poids, de la stature, de la pression artérielle systolique et diastolique observée chez les malades mentaux ayant des compositions alimentaires apparemment différentes est le résultat des effets équivalents de l'action chimiothérapeutique.

Cette assistance biomédicamenteuse d'impact invariant serait accentuée par une alimentation qui, à l'analyse, est loin de différer d'un malade mental à l'autre. En effet, les malades consomment essentiellement les féculents, notamment le riz, le maïs, le blé, des tubercules, et des produits laitiers, que sont le lait, le yaourt. L'apport d'huile, de beurre, pour les uns, de la viande ou du poisson, pour les autres aux aliments précédemment évoqués ne semble pas suffisamment créer d'écart entre ces sujets, du point de vue de l'activation biophysique de leur organisme. La non différence entre les caractères physiologiques et physiques des malades illustre l'effet comparable des aliments ingérés par ces individus.

Cette relation est confortée par les résultats de l'étude réalisée par R. Belalta et M. E. A. Bencherif (2019, p. 157-158). Ceux-ci font observer que les aliments consommés par des individus dans un état psychotique ou thymique des individus ne sauraient procurer des énergies différentes et créer, par ricochet, un profil physio-physique opposable. Des conclusions analogues sont présentées par A. Simard (2011, p. 1-2), à l'issue de l'observation qu'il a menée auprès de sujets schizophrènes. L'auteur indique que la valeur nutritive des aliments dont bénéficient les malades mentaux ne varie généralement pas d'un trouble à l'autre et est essentiellement caractérisée par une quantité basse de fibres. Une telle alimentation commune à tous les malades est un des éléments explicatifs de la trajectoire physiologique et physique univoque empruntée par ces sujets.

Les résultats obtenus, dans la présente étude, se révèlent spécifiques par rapport à ceux de R. Belalta et M. E. A. Bencherif (2019, p. 128-129), concernant l'effet des aliments proposés aux malades mentaux sur leur fonctionnement physiologique. Alors que l'on note une indifférence entre les pressions artérielles diastoliques présentées par les deux catégories de malades mentaux fréquentant le Service d'Hygiène Mentale d'Abidjan, l'étude de R. Belalta et M. E. A. Bencherif (2019, p. 1-2) y a montré un écart significatif. L'examen de l'analyse faite par l'auteur permet d'expliquer ce résultat par l'hétérogénéité des sujets observés. Une partie des malades sélectionnés par l'auteur provient des cellules familiales, où ils bénéficient d'une alimentation structurée en matières grasses. L'autre moitié des sujets est échantillonnée dans des centres médico-psychologiques, qui proposent des aliments dont l'essentiel est plus dense en protéines et en vitamines. La variation des PAD serait donc imputable à la différence des aliments consommés. Un régime alimentaire invariable ne saurait entraîner une divergence entre les malades mentaux du point de vue de leur fonctionnement physiologique et physique. Ce dernier est susceptible de différer, si les malades se soumettent à une alimentation suffisamment opposable.

CONCLUSION

La question examinée est l'adaptation physio-physique des personnes en situation de trouble mental en fonction du comportement alimentaire. L'observation porte sur 110 individus dont 65 hommes et 45 femmes ayant un âge compris entre 18 ans et 35 ans, présentant deux (2) types de pathologies à savoir la psychose chronique et le trouble de l'humeur. Le comportement alimentaire ne semble pas influencer les caractéristiques physio-physiques (le poids, la stature, l'IMC et la pression artérielle) de l'individu souffrant de l'une de ces pathologies évoquées précédemment. L'on est tenté d'étendre la réflexion vers l'examen d'autres

variables sociobiologiques susceptibles de modifier l'effet du régime alimentaire, notamment l'âge, le rythme chronobiologique, sur l'adaptation biophysique des malades mentaux. Ainsi, des études ultérieures, considérant un échantillon de malades plus jeunes et présentant des profils chronobiologiques différents large et s'inscrivant dans une perspective longitudinale, permettraient de conforter ou non les résultats obtenus dans le cadre de la présente étude.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

BELALTA Rachida et BENCHERIF Mohamed El Amin, 2019, Les troubles cardio-métaboliques chez les patients schizophrènes : A propos d'une étude en milieu hospitalier Algérois, Thèse de doctorat de médecine, Université d'Alger BenYoucef Benkhedda, Alger [En ligne], URL: <http://hdl.handle.net/1635/14964>

BÉLANGER Marie-Ève, 2011, Efficacité du programme mieux-être « Wellness » sur la gestion du poids, l'observance à la médication et la qualité de vie chez des personnes ayant un trouble psychotique ou de l'humeur, Thèse de doctorat de Médecine, Université Laval, Laval [En ligne], URL: <http://hdl.handle.net/20.500.11794/23031>

DESTANDAU Sébastien, 2015, Pathologie liée à l'alimentation. Rapport hypertexte, Laboratoire poche, Bordeaux [En ligne], URL: http://www.vcharite.univ-mrs.fr/redactologie/IMG/pdf/rapport_hypertexte_les_pathologies_liees_a_l_alimentation.pdf.

ETIÉVANT Patrick, BELLISLE France, DALLONGEVILLE Jean, ETILÉ Fabrice, GUICHARD Elisabeth, PADILLA Martine, ROMON-ROUSSEAU Monique, 2010, Les comportements alimentaires. Quels en sont les déterminants ? Quelles actions pour quels effets ? Rapport d'Expertise scientifique collective,

TAOJA Yao Adou, KOUADIO Kouakou Jérôme et KOUASSI Kouakou Firmin. (2020). *Revue Espace, Territoires, Sociétés et Santé*, 3 (6), 255-266

Institut National de la Recherche pour l'Agriculture, l'Alimentation et l'Environnement, Paris [En ligne], URL: http://www.inra.fr/l_institut/expertise/comportements_alimentaires

FIRST michael, 2017 novembre, Présentation des maladies mentales [En ligne], URL: <https://www.msmanuals.com/fr/accueil/trouble-s-mentaux/pr%C3%A9sentation-des-soins-desant%C3%A9-mentale/pr%C3%A9sentation-des-maladies-mentales>. Consulté le 20 novembre 2020.

INTERCEPTUM, 2017, Comment calculer la taille de l'échantillon pour une étude de marché effectuée à l'aide d'un sondage en ligne [En ligne], URL: <https://interceptum.com/pci/fr/60981/67350/69868>.

JACQUES Marie-Claude, 2016, Processus d'adaptation des personnes vivant avec la schizophrénie et ayant un soutien social limité, Thèse de doctorat de médecine, Université de Sherbrooke, Québec, Québec [En ligne], URL: <http://hdl.handle.net/11143/9533>.

LORIN Fabrice, 2011 août, Les psychotropes, les médicaments de la douleur chronique [En ligne], URL: <https://www.psychiatriemed.com/textes/41-dr-fabrice-lorin/73-les-psychotropes-medicaments-de-la-douleur-chronique-dr-fabrice-lorin.html>. Consulté le 08 novembre 2020.

MISSA Jean-Noël, 2008, « La psychopharmacologie et la naissance de la psychiatrie biologique », Les Cahiers du Centre Georges Canguilhem, 2 (1), p. 131-145.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS), 2001, Rapport sur la santé dans le monde ; la santé mentale : nouvelle

Comportement alimentaire et adaptation physio-physique chez des personnes en situation de trouble mental à Abidjan conception, nouveaux espoirs, Genève, OMS [En ligne], URL: <http://www.who.int/whr/fr>.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS), 2003, Régime alimentaire, nutrition et prévention des maladies chroniques : rapport d'une Consultation OMS/FAO d'experts (Rapports technique de l'OMS 916), Genève, OMS [En ligne], URL: https://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_TRS_916/fr/.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS), 2013, Journée mondiale de la santé : Stratégie mondiale de l'OMS sur l'alimentation, l'exercice physique et la santé, Genève, OMS [En ligne], URL: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/fr/index.html>

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS), 2016, Rapport sur la prise en charge de l'abus de substances psychoactives : République-unie de Tanzanie ; Programme de traitement à la méthadone espoir des milliers de personnes, Genève, OMS [En ligne], URL: <http://www.who.int/whr/fr>.

PHOMSOUPHA Michael, 2016, Déterminants biomécaniques, physiologique et modélisation physique de la performance en badminton, Thèse de doctorat en Science du Sport, de la Motricité et du Mouvement Humain (SSMMH), Université Paris-Saclay, Paris [En ligne], URL: https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01451130/file/69327_PHOMSOUPHA_2016_diffusion.pdf.

PSYCOM, 2019, Médicaments psychotropes [En ligne], URL: <http://www.psycom.org/Medicaments-psychotropes/Medicaments-psychotropes>

SCHULZ Pierre, 2016, Traitement des troubles psychiatriques selon le DSM-5 et le CIM-10, Paris, De Boeck.

SIMARD Annick, 2011, «Effet des troubles métaboliques sur la qualité de la vie des personnes atteintes de problèmes de santé mentale », Le partenaire, 19 (4), p. 9-12 [En ligne], URL: <https://aqrp-sm.org/wp-content/uploads/2013/09/partenaire-vol19-no4-SimardA.pdf>.

THOMAS-JUNIUS Claire, 2011, Adaptations métaboliques en réponse à la fatigue musculaire générée par l'activité contractile de haute intensité, Mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'Habilitation à Diriger des Recherches, Université Evry Val d'Essonne, Paris [En ligne], URL: <http://docplayer.fr/76496849-Adaptations-metaboliques-en-reponse-a-la-fatigue-musculaire-generee-par-l-activite-contractile-de-haute-intensite.html>

YAO Yavo Patrice, YEO-TENENA Yessonguilana Jean-Marie, KAMAGATÉ Mamadou, BOLI Zahui Hubert Allo, DELAFOSSE Roger Charles Joseph, 2009, «Prescription des psychotropes : difficultés et perspectives en Côte d'Ivoire (Afrique de l'Ouest) », L'information psychiatrique, 85 (8), p. 709-714 [En ligne], URL: <https://www.cairn-int.info/revue-l-information-psychiatrique-2009-8-page-709.htm>

YÉO Tenena Yessonguilana Jean-Marie, ASSI Sedji Awo Catherine, TRAORE Brahime Samuel, DELAFOSSE Roger Charles Joseph, KONE Drissa, 2014, «Problématique de l'insertion de la santé mentale dans les soins de santé primaire en Côte d'Ivoire : à propos de 103 patients admis en hospitalisation à Bingerville», Psy Cause, 67 (4), p. 42-49.



Groupe de Recherche Espace Territoires Sociétés Santé

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

www.retssa-ci.com/gretssa/