



<http://revue-rasp.org>

Revue Africaine des Sciences Sociales et de
la Santé Publique, Volume (3) N 2
ISSN :1987-071X e-ISSN 1987-1023

Juillet - Décembre 2021

Directeur de Publication : Prof Abdoulaye Ag Rhaly

Editeur : Bamako Institute for Research and Development Studies Press



**Bamako Institute for Research
and Development studies**

www.b-institute.ml

www.b-institute.org

Directeur de publication / Publication director

Pr. Abdoulaye ag Rhaly, Professeur émérite en médecine, Université de Bamako

Rédacteur en Chef / Editor in chief

Pr. Olivier Douville, psychanalyste, psychologue clinicien, anthropologue, maître de conférences hors cadre, Université de Paris 7, rédacteur en chef de la revue psychologie clinique et rédacteur en chef de la RASP (France) ;

Rédacteur de Section / Section Editor

Pr Galy Kadir Abdelkader (HDR) Psychopédagogue, Université Abdou Moumouni de Niamey (Niger);
Pr Soumaila Oulalé, Vice-Doyen, Faculté des Sciences Sociales, Université de Ségou (Mali) ;

Managing Editor

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

Comité de rédaction

Pr. Pierre Philippe Rey, Professeur émérite Université de Paris 8 (France) ;
Pr. Hamidou Magassa, SERNES, Bamako, Mali ;
Pr. Abdoulaye Niang, Université Gaston Berger de Saint Louis du Sénégal, (Sénégal)
Pr. Soumaya Naamane Guessous, sociologue, université, Casablanca (Maroc);
Pr Atime Agnou, Université de Bamako, Mali ;
Pr. Adégne Niangaly, Médecin spécialiste de santé communautaire, directeur de recherche (Mali) ;
Pr. Samba Diop, USTTB, Bamako (Mali) ;

Comité de lecture

Pr. Marie-Claude, Foument, Directrice de publication des cahiers de l'infantile, Université de Paris 13 ; Dr. Kojo Opoku Aidoo, chef de département études Africaines, Université du Ghana, Legon ; Dr. Jaak Le Roy, institut Healthn et, topo, louvain ; Dr. Pierre Mounkoro, psychiatre, chercheur, centre régional de médecine traditionnelle (CRMT) de Bandiagara, Dr. Assah N'Detibaye, maître assistant, Université de N'Djamena ; Pr. Roch Yao Gnabeli, Université de Cocody, Abidjan ; Mlle. Virginie Dégorge, Université de Paris 7 ; Dr. Modibo Diarra, Ministère de la Santé et d'hygiène publique, Bamako ; M. Kafing Diarra, INRSP, Bamako ; Pr. Moustapha Tamba, Université Cheikh Anta Diop, Dakar ; Dr. Amadou Traoré, Chef de département marketing et communication des organisations, Université de Ségou ; Dr. N'Dongo M'baya sociologue et journaliste, Paris, France ; Dr. Emile Moselly Batamack, Président de l'Université populaire Méroé Africa, Paris ; Dr. Meriem Bouzid, maître de recherche, CNRPAH, Alger ; Dr. Faouzia Belhacheim, Université de paris 8 ;Dr Ousmane Touré, maître de recherche, I.N.S.P, Bamako ; Pr. Gertrude N'Deko longonda, Université Marien N'gouabi, Brazzaville ; Pr. Moussa Sacko, INSP, Bamako ; Pr. Fatou Sarr, IFAN, Université Cheikh Anta Diop, Dakar ; Dr Soumaila Oulalé, Vice Doyen, Faculté des Sciences Sociales, Université de Ségou ; Dr. AKE DJALIAH FLORENCE Epse. AWOMON, Chargé de Recherche, Institut de Géographie Tropicale, Université Félix Houphouët Boigny, Côte d'Ivoire; M. Ousmane N'Faly Sissoko, juriste/journaliste Bamako ; M. Ibrahima Labass Keita, journaliste, charge de mission HAC ; Pr SAIZONOU Zinsou Jacques, Médecin, PhD, Maître de Conférences Agrégé en Santé Publique et Epidémiologie, Institut Régional de Santé Publique-Comlan Alfred QUENUM Ouidah, Université d'Abomey-Calavi/ Bénin; et M. Silamakan Kanté, docteurant, ISFRA, Mali

Un héritage à perpétuer

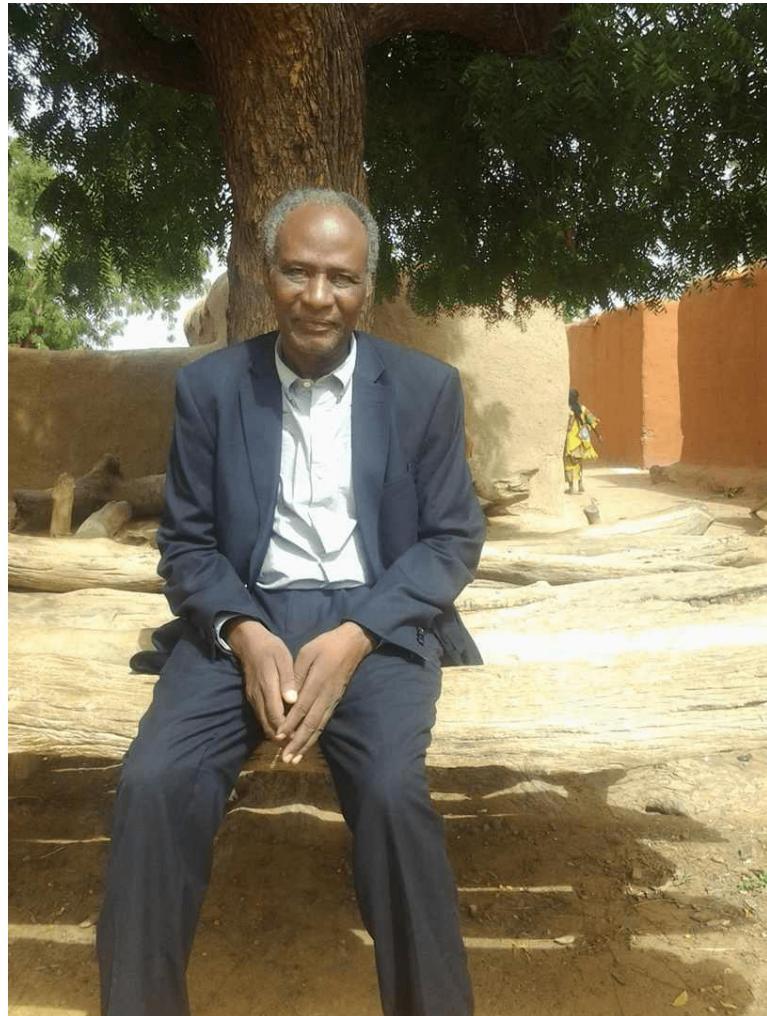
La RASP a vu le jour en janvier 2010 à travers son premier numéro : le numéro 00. Nianguiry Kanté, initiateur et co-fondateur de la RASP, est décédé le 13 septembre 2021. Les multiples hommages et éloges à travers le monde et sur internet témoignent d'une vie bien vécue et d'une carrière qui a touché de nombreuses vies. En tant que sa maison « académique », la RASP publiera une collection d'hommages dans les prochains mois, sous la forme d'un colloque

international et d'un numéro extraordinaire. Son décès est également un moment pour réfléchir sur son parcours intellectuel.

Nianguiry Kanté avec son ami Olivier Douville voulaient que la RASP soit un fonds de documentation utile aux étudiants, aux enseignants, aux décideurs et aux chercheurs qui y trouvent un support de diffusion de leurs travaux. Les collègues diffusant leurs résultats de recherche dans la RASP sont en effet une preuve de ce fonds de documentation. En effet, La RASP dont les articles sont reconnus par le Conseil Africain et Malgache pour l'Enseignement Supérieur (CAMES) a permis à de nombreux chercheurs d'obtenir des avancements ou hiérarchisations au niveau du CAMES. La revue est également indexée dans BASE (base de données académique d'indexation et d'archivage de Bielefeld University). Les articles publiés proviennent d'une vingtaine de pays d'Afrique, d'Europe, et d'Amérique. D'ailleurs, le présent numéro (Volume 3, numéro 2) contient 10 articles scientifiques d'auteurs venant du Mali, de la Côte d'Ivoire, du Burkina Faso et de la Suède.

Sous la direction du désormais Rédacteur en chef, Olivier Douville, en tant que Managing Editeur, j'ose espérer que cet héritage de Nianguiry Kanté continuera à servir de fonds de documentation et de vulgarisation des travaux scientifiques des enseignants chercheurs ! Ceci est notre devoir !

Enfin, nous souhaitons remercier les rapporteurs et rédacteurs pour leurs accompagnement et contributions à la qualité des articles et notes que nous publions. Bonne année 2022 !



Chères lectrices et chers lecteurs, nous restons attentifs à vos réactions.

La rédaction

LES OPINIONS EMISES DANS CETTE REVUE N'ENGAGENT QUE LEURS AUTEURS

SOMMAIRE

Articles

Fardeau psychosocial, culturel et économique lié à la prise en charge de l'épilepsie par les tradithérapeutes au Mali : Cas du Plateau Dogon de Bandiagara

Pakuy Pierre Mounkoro1-10

Le dispositif de lutte contre les MGF au Mali et le rôle innovant des communicateurs traditionnels

Lamine Boubacar Traore, Ismaïla Famanta , Abdourahmane Coulibaly11-26

Représentations sociales des tradipraticiens et problématique de leur insertion dans le système de santé public en Côte d'Ivoire

Kouakou Daniel YAO, Gbalawoulou Dali DALOUGOU, Maholy Antoinette ZAMBE27-46

Connaissances des leaders religieux de Dori au Burkina Faso sur la contraception moderne

Eric Nagaonlé Somé, Abibatou Fleur Barro, Bertrand Méda, Charles Kaboré47-58

Implications du diabète dans la vie sociale des couples diabétiques suivis au Centre Anti Diabétique de l'Institut National de Santé Publique-Côte d'Ivoire

Daouda Doukouré, AGBRE -YACE Marie Laurette, Madikiny COULIBALY, Syntyche BAYO , Odile AKE-TANO59-74

Acteurs et stratégies de gestion des déchets solides ménagers à Bamako

Issa Ouattara, Ahamadou Diya, Yakouréoun Diarra, Oumar Dembélé, Adama Konaté75-90

Dans les trous à poissons : représentations sociales et co-construction d'innovations résilientes aux changements climatiques

Clément Gbêhi91-102

Croyances, perceptions et attitudes des populations face à la pandémie du Covid-19 en Afrique de l'Ouest: une étude qualitative à Abidjan, Côte d'Ivoire

Syna Ouattara, Djedou Martin AMALAMAN117-132

Note

Lutte contre le VIH SIDA: commentaires sur les travaux de Nianguiry Kante

Silamakan Kante, Macire Kante.....103-106

Type d'article: Recherche

Fardeau psychosocial, culturel et économique lié à la prise en charge de l'épilepsie par les tradithérapeutes au Mali : cas du plateau dogon de Bandiagara.

Psychosocial, cultural and economic burden linked to the treatment of epilepsy by traditional therapists in Mali: case of the dogon plateau of Bandiagara.

MOUNKORO Pakuy Pierre^{1*}, COULIBALY Souleymane², KAMATE Zoua³

¹Psychiatre, Maître-assistant (FMOS/USTTB), Praticien hospitalier au CHU Point G

²Psychologue clinicien, Maître de Conférences (FMOS/USTTB), Praticien hospitalier au CHU Point G

³Psychiatre, Praticien hospitalier au CHU Point G

***Correspondance :** E-mail : pmounkoro@yahoo.fr , Tél (00223) 66 54 17 72/70 26 73 01

Résumé

Les tradithérapeutes assurent la quasi-totalité de la prise en charge des épileptiques au Plateau Dogon de Bandiagara et constituent encore le premier recours pour les épileptiques et leurs familles. Pour l'opinion populaire, la médecine traditionnelle semble mieux indiquée que la médecine conventionnelle pour la prise en charge des épileptiques, même si cette prise en charge assurée par les tradithérapeutes semble constituer un fardeau psychologique, social, culturel et économique pour les épileptiques et leurs familles. L'objectif de cette étude était d'évaluer l'importance de ce fardeau psychologique, social, culturel et économique lié à la prise en charge de l'épilepsie par les tradithérapeutes au Plateau Dogon de Bandiagara. Les observations cliniques de six malades épileptiques ayant suivi un traitement auprès d'un tradithérapeute et choisis parmi les patients suivis au centre pour cette étude après le consentement éclairé de ces derniers et de leurs proches. Cette étude nous a permis de préciser la nature et l'importance du fardeau que constitue la prise en charge des épileptiques par les tradithérapeutes notamment le fardeau psychologique, le fardeau social, le fardeau culturel et le fardeau économique qui aurait surtout conduit à la paupérisation des familles des épileptiques. Cependant, ces différents fardeaux pourraient être minimisés voire évités, par une bonne collaboration entre les acteurs de la médecine moderne et les tradithérapeutes.

Mots-clés : Prise en charge- Epilepsie - Tradithérapeutes - fardeau - Mali

Summary

Traditional healers provide almost all the care for epileptics in the Dogon Plateau of Bandiagara and are still the first resort for epileptics and their families. For popular opinion, traditional medicine seems better suited than conventional medicine for the management of epileptics, even if this care provided by traditional therapists seems to constitute a psychological, social, cultural and economic burden for epileptics and their families. The objective of this study was

to assess the importance of this psychological, social, cultural and economic burden linked to the treatment of epilepsy by traditional therapists in the Dogon Plateau of Bandiagara. The clinical observations of six epileptic patients who underwent treatment with a traditional therapist and chosen from among the patients followed at the center for this study after the informed consent of them and their relatives. This study allowed us to specify the nature and importance of the burden of the care of epileptics by traditional therapists, in particular the psychological burden, the social burden, the cultural burden and the economic burden which would have above all lead to the pauperization of families of epilepsy. However, these various burdens could be minimized or even avoided, through good collaboration between the actors of modern medicine and traditional therapists.

Keywords: Treatment - Epilepsy - Traditherapists - burden – Mali.

1. Introduction

Au Mali, les tradithérapeutes assurent la presque totalité de la prise en charge des troubles mentaux et de l'épilepsie et constituent même souvent le seul recours dans les zones rurales où la médicalisation est encore très faible (Mounkoro, 2010 ; Codjia *et al.*, 2010 ; Coppo *et al.*, 1988). En effet, l'épilepsie est généralement considérée au Mali comme une maladie provoquée par la possession des esprits (Uchoa *et al.*, 1992 ; Mounkoro et Coulibaly, 2013). Aussi, elle est considérée le plus souvent comme une maladie contagieuse par l'intermédiaire de la salive et incurable, surtout si le malade à l'occasion d'une crise a été brûlé par le feu (Beneduce *et al.*, 1990, Arborio et Dozon, 2000). Ainsi beaucoup d'enfants épileptiques ne vont pas à l'école, les adultes malades ne travaillent pas, ne sont pas mariés, ou s'ils le sont, sont divorcés après. L'épileptique, mange seul, boit dans une jarre à part ou avec un gobelet à part (Pillard *et al.*, 1992). Le grand mal fait de crises tonicocloniques généralisées, représente la forme la plus fréquente (Mounkoro *et al.*, 2019). Il constitue la forme la plus grave des épilepsies par l'intensité des crises et surtout la marginalisation sociale du patient qu'il engendre (Mounkoro et Coulibaly, 2013). Au Mali en général et au Plateau Dogon de Bandiagara en particulier, la plupart des agents de la médecine conventionnelle ne sont pas formé en épileptologie et les médicaments antiépileptiques ne sont pas toujours disponibles. Ce qui ne fait que réconforter la conviction populaire selon laquelle, le traitement des épileptiques relèverait du seul ressort de la médecine traditionnelle, alors lors que cette dernière semble ne pas disposer pour le moment de remèdes aussi efficaces que ceux de la médecine conventionnelle (Mounkoro *et al.*, 2021). Aussi la récolte, la préparation et l'administration des médicaments traditionnels utilisés pour le traitement de l'épilepsie semblent très laborieuses et posent souvent de graves problèmes d'hygiène et d'éthique par l'utilisation de vomis de chien, de crottins d'ânes, d'ossements humains, de linceul, etc. (Coulibaly, Mounkoro et Koumaré, 2012). Les différents fardeaux liés à cette prise en charge peuvent être :

le fardeau psychologique

L'épileptique éprouve une souffrance psychologique pouvant aller du stress à la décompensation dépressive en passant par l'irritabilité, la baisse de l'estime de soi ou la modification des traits de caractère. Pour lui, il souffre d'une maladie incurable et en plus contagieuse pour les autres, ce qui le fait souffrir psychologiquement de ne pas être comme les autres personnes.

le fardeau social

Il est à la charge des autres, est différent des autres et ne peut pas travailler, se marier ou aller à l'école. Le malade ainsi que sa famille sont le plus souvent stigmatisés voire marginalisés.

le fardeau culturel

Selon la cosmogonie dogon, toute personne décédée et ayant bénéficié pleinement de funérailles, doit se réincarner. Par contre, les personnes décédées de folie, de lèpre et de l'épilepsie, ne doivent pas être l'être. Ainsi, les rituels funéraires normaux, ne doivent pas être organisés pour cette catégorie de personnes.

le fardeau économique

Pour la plupart des malades suivis au centre, il s'est écoulé en moyenne une dizaine d'années entre l'apparition des premières crises et la première consultation au centre (CRMT Rapports d'activités, 2002). Cela découle du fait que le Tradithérapeute, partage avec les communautés les mêmes conceptions culturelles de la maladie. Ainsi, plusieurs tradithérapeutes sont consultés les uns après les autres et chaque prise en charge semble coûter sur le plan économique. Ce fardeau semble le plus souvent proportionnel au nombre de tradithérapeutes consultés.

L'objectif de cette étude était d'évaluer l'importance des fardeaux psychologique, socioculturel et économique liés à la prise en charge de l'épilepsie par les tradithérapeutes au Plateau Dogon de Bandiagara.

2. Matériaux et Méthodes

2.1. Le Plateau Dogon de Bandiagara

D'une superficie de 10.520 km², la population est estimée à environ 418.873 habitants en majorité des Dogon (DNP/RGPH 2009)¹. Les Dogon constituent l'ethnie majoritaire. Le cercle dispose d'un Centre de santé de Référence (CSREF) et de 22 Centres de Santé Communautaire (CSCOM). Les pathologies les plus fréquentes dans le cercle sont : le paludisme, les infections respiratoires aiguës, les diarrhées, la tuberculose, le VIH/SIDA et la malnutrition. La Fédération des Associations de Thérapeutes Traditionnels (TT) de Bandiagara (FATTB) est constituée par 30 associations regroupant environ 700 membres.

2.2. Le Centre Régional de Recherche en Médecine Traditionnelle (CRMT) de Bandiagara

Le CRMT, est un centre périphérique de l'Institut National en Santé Publique (INSP). Il est spécialisé dans le traitement des malades mentaux et des épileptiques et a pour mission le recensement et l'organisation des ressources de la médecine traditionnelle en vue de leur articulation avec celles du système conventionnel de soins. Sa mise en œuvre en 1986, a fait l'objet d'un accord de coopération entre le Mali et l'Italie. Le centre a entrepris depuis 1988 un programme de prise en charge des épileptiques dans le cercle de Bandiagara en collaboration avec le centre de santé de référence et les associations des tradithérapeutes.

2.3. Considérations éthiques

¹ Direction Nationale de la Population (DNP) sur la base du Recensement Général de la Population et de l'Habitat en 2009 (RGPH 2009).
RASP Volume 3, Numéro 2 (Volume 3, Issue 2)

L'anonymat et la confidentialité ont été observés tout au long du processus de recrutement des patients et de sélection des dossiers de patients retenus dans l'étude de même que la récolte et le traitement des données. Un consentement éclairé auprès des épileptiques et leurs familles leur a permis d'adhérer librement à l'étude. Aussi, des noms arbitraires pour désigner les patients retenus dans les observations n'ont fait que renforcer cet anonymat.

2.4. Observations cliniques

Nous avons rapporté 6 situations cliniques concernant 3 femmes et 3 hommes, choisies parmi les 2000 dossiers épileptiques pris en charge par le CRMT de 1986 à 2002, chez lesquels les fardeaux de différents ordres liés à la prise en charge par les tradithérapeutes étaient relevés.

Observation clinique N° 1

Jacques, dogon de 20 ans, souffre d'une épilepsie (*tibusugu*, en dogon), type crises tonicocloniques généralisées, depuis l'âge de deux ans et qui s'est aggravée (crises fréquentes) à tel point qu'il était surveillé constamment le père ou la mère. La maladie a débuté par *sada* ou oiseau pour désigner les crises convulsives fébriles. Quatre tradithérapeutes, ont successivement été sollicités par le père, qui nous a livré : « j'étais constamment à la quête d'informations sur les tradithérapeutes pouvant traiter mon enfant et j'étais prêt à tout investir pour cela ». Le premier consulté et spécialiste de *sada*, un dogon, a prescrit des sacrifices d'une chèvre, de 3 pagnes neufs et demandé une somme de 60.000 (soixante mille) Francs CFA soit 120\$ US. Le second, un marabout bambara, résidant a diagnostiqué *kirikirimasiens* (tremblements, raideur), pour désigner les crises tonicocloniques généralisées et prescrit des sacrifices (un mouton blanc, 7 mètres de tissus blanc et 5 grammes d'or et demandé 100.000 Francs CFA soit 200\$US, amenant ainsi le cout total de ce traitement à environ 200.000 FCFA, soit 400 \$US. Le troisième et dogon a diagnostiqué également *tiwee* (tomber comme une pierre en dialecte *tingisoo*), pour désigner la chute de la crise épileptique et le coût du traitement serait environ de 35.000 francs CFA soit 70 \$US. Le quatrième consulté en 2005, un marabout dogon, a nommé la maladie *ginaji* (les djinns en *tingisoo*) et prescrit des sacrifices d'un gros bétier blanc et deux pintades blanches et une somme de 250.000 Francs CFA soit 500 \$US. Le coût total estimé à 356.000 Francs CFA soit 712 \$US, n'était pas à la portée du père qui n'avait plus de ressources tant financières que matérielles. Son état, s'était empiré, car des crises de fugues, s'y étaient greffées. Finalement, c'est en 2007 soit 10 ans environ après l'apparition des premières crises, qu'il a été vu au centre et mis sous phénobarbital². Le coût annuel de ce traitement, est de 24.000 CFA, soit 48\$US. Il s'est beaucoup amélioré depuis, il travaille et continue à payer lui-même son traitement.

Observation clinique N°2

Il s'agit d'Allaye, un homme dogon de 27 ayant présenté à l'âge d'un an environ une forte fièvre et des convulsions. Il a été hospitalisé et ressorti en bonne santé. Six mois après, les convulsions avaient repris en dehors de tout accès fébrile et ont été interprétées par les tradithérapeutes consultés comme *sada*. Le traitement prescrit était des sacrifices (or, argent, habits et animaux) et des sommes d'argent dont le montant total avoisinerait 6.000.000 FCFA

² Plus de 95% des patients, présentaient des crises type tonicocloniques généralisées. Le phénobarbital en comprimés donné à tous les patients, améliorait leur état de santé et le coût annuel variait entre 12.000 CFA (24\$US) et 24.000 CFA (48\$US).

soit 12,000 \$US. Il n'a pas été scolarisé, car les crises étaient assez fréquentes et pendant cette période, les enfants épileptiques n'étaient pas acceptés : les enseignants, les élèves et leurs parents, étaient tous convaincus qu'elle était contagieuse. Ce n'est que 7 ans après le début de la maladie, qu'il a été mis sous phenobarbital qui a donné l'amélioration la plus notable selon son père.

Observation clinique N°3

Moussa un homme, dogon, âgé de 30 ans, a présenté des crises convulsives quand il avait deux ans, crises interprétées par plusieurs tradithérapeutes comme *tibu sugu*, une maladie contagieuse. Depuis il mangeait seul, avait sa jarre d'eau à part. Selon le père, les traitements traditionnels « m'ont appauvri : j'ai dépensé tout ce que j'avais comme argent, j'ai vendu tous mes animaux, j'ai donné mes habits et j'ai même vendu une partie de ma maison pour soigner mon fils sans succès. J'ai senti l'amélioration avec la prise des comprimés au centre à partir de 1988 ». Mais malgré la sensibilisation lors des consultations au centre, Moussa et son père ont cru plus aux interprétations culturelles. Ils y ont tellement cru, qu'au fil des ans, ils avaient arrêté le traitement conventionnel (censé calmer) au profit des traitements traditionnels (censés guérir). Moussa se « disait fatigué de vivre avec sa maladie qui ne pouvait être guérie ». Il préférait la mort à cet état. Après l'arrêt du traitement à base de phenobarbital, son état s'est aggravé et c'est au cours d'un état mal, qu'il serait décédé à domicile. La famille semblait être soulagée par la mort de Moussa, car selon le père « mieux vaut mourir que de vivre avec une maladie comme celle de Moussa ». Le père était convaincu, « que l'on ne pouvait plus rien faire pour Moussa. » car selon lui les thérapeutiques traditionnelles « sensées guérir » n'étaient plus accessibles financièrement.

Observation clinique N° 4

Yendi, femme dogon de 46 ans, souffrait de *tibusugu* selon les tradithérapeutes consultés par la famille. La famille du mari ainsi que sa propre famille, se sont beaucoup investies pour la prise en charge, par des sacrifices d'animaux, d'habits, de métal précieux (argent et or) dont la valeur monétaire a été estimée à environ 1.000.000 de Francs CFA soit 2,000 \$US. Devant l'échec notable de ces différents traitements traditionnels et la lassitude des parents, Yendi a été marginalisée. Divorcée par son mari, puis abandonnée par sa propre famille, elle a décidé de quitter son village natal pour venir auprès de sa sœur cadette à Bandiagara. Le mari de sa sœur, aide-soignant l'a mise dehors par crainte qu'elle ne contamine les membres de sa famille. Elle vivait sous un arbre et faisait des travaux ménagers (piler surtout le mil) pour avoir à manger et un peu d'argent. Elle allait chercher les médicaments chaque jour au siège de cette ONG Solidarité avec les Personnes en Difficultés (SOPERDI). C'est sous un arbre qu'elle décéda en 2006. Elle a été enterrée par des prisonniers commis par le Régisseur de la maison d'arrêt et de correction de Bandiagara, la famille, n'ayant pas accepté de l'inhumer.

Observation clinique N° 5

Femme de 29 ans, Yanda est l'aînée d'une fratrie de six (dont 4 garçons et une fille) tous vivants et bien portants, de même que le père et la mère. Plusieurs tradithérapeutes consultés ont confirmé le diagnostic de *tibusugu*, dont la prise en charge aurait « englouti » tous les biens des deux parents en 3 ans sans apporter aucune amélioration selon la mère, et même les crises étaient devenues plus fréquentes et plus intenses. A part piler le mil, elle ne pouvait effectuer

aucune activité ménagère. La mère n'a pas pu évaluer exactement le coût de ces traitements traditionnels. Yanda et sa famille étaient marginalisées par les autres villageois. Elle mangeait seule, buvait seule, à part la mère, personne ne voulait s'approcher d'elle. Les autres villageois fréquentaient peu la famille et personne ne s'hasardait à boire ou à manger dans sa famille. Les deux frères, fiancés dans le village n'ont pu se marier, car les familles des fiancées étaient convaincues que leurs filles seraient contaminées par leurs maris, frères cadets de Yanda. Devant cette marginalisation, les parents ont décidé de la troquer en mariage contre les soins auprès de tout tradithérapeute qui accepterait ce deal. Ainsi, le père décida de l'amener chez un tradithérapeute d'ethnie dogon, près de la frontière avec le Burkina Faso. Mais un mois après, Yanda avait pu rejoindre son village natal à pied, en fuyant. C'est en 2002, qu'elle a été conduite par un prêtre catholique au centre et mise sous phénobarbital. Elle s'est beaucoup améliorée et s'est même mariée en 2016.

Observation clinique N° 6

Yapa Jeune femme dogon de 27 ans et non scolarisée. Depuis plus de dix ans environ, elle souffrait de *tibusugu* et était suivie par les tradithérapeutes sans succès, même si la famille a été « appauvrie » par ces traitements selon le père. Elle était mère de quatre enfants, tous de pères différents, car elle a été divorcée chaque fois que le mari avait su qu'elle était atteinte d'épilepsie. Elle n'exerçait que les petits travaux ménagers comme plier le mil ou laver le linge. Amenée au centre en 2004 et mise phénobarbital, elle s'était beaucoup améliorée.

3. Résultats

3.1. Caractéristiques sociodémographiques

Nos patients étaient tous de l'ethnie Dogon dont 3 femmes et 3 hommes, ayant un âge compris entre 20 et 47 avec un âge moyen de 30 ans.

3.2. Caractéristiques cliniques

Tous nos patients présentaient des crises tonicocloniques généralisées ou Grand Mal.

3.3. Interprétations culturelles

L'épilepsie, a toujours suscité en milieu traditionnel des interprétations en fonction du niveau d'évolution ou de gravité de la maladie. Chez nos patients, elle a été interprétée par les tradithérapeutes comme *sada* (oiseau) en début de maladie, pour désigner les crises convulsives, *tibusugu* (tomber comme une pierre) pour désigner la chute et la perte de connaissance suivies de crises tonicocloniques généralisées.

3.4. Fardeaux liés à la prise en charge par les tradithérapeutes

3.4.1. le fardeau psychologique.

Tous nos patients souffraient psychologiquement du fait qu'ils étaient marginalisés voire abandonnés par leurs familles et/ou la société parce qu'ils avaient *tibusugu*, une maladie contagieuse et incurable.

3.4.2. Le fardeau social

Les patientes n'exerçaient que les petits travaux ménagers comme laver le linge et pilier le mil et toutes avaient été divorcées dont une à 3 reprises. Aucun patient, n'avait été scolarisé à cause

de la maladie. Les familles étaient également stigmatisées notamment pour les patients N°1,2 et 5.

3.4.3. Le fardeau culturel

La patiente N°4, abandonnée par tous, décédée seule sous un arbre, a été inhumée par les prisonniers, par refus de la famille de le faire.

3.4.4. Le fardeau économique

Le coût matériel et financier des thérapeutiques traditionnelles, était certainement le plus lourd fardeau pour tous nos patients et leurs familles.

4. Discussion

4.1. Variables sociodémographiques

Le choix raisonné de notre échantillon a donné 3 femmes et 3 hommes tous d'ethnie dogon et surtout jeunes avec un âge moyen de 30 ans environ. Cela pourrait s'expliquer par le fait que les dogons constituent l'ethnie majoritaire et que les crises épileptiques surviennent le plus souvent à l'enfance ou à l'adolescence. Nos résultats, concordent avec ceux de Uchoa et al (Uchoa et al, 1993) et Mounkoro et al (Mounkoro et al, 2019) de leurs travaux respectivement chez trois groupes ethniques du Mali et au Plateau Dogon de Bandiagara.

4.2. Variables cliniques et interprétations culturelles

Dans la plupart des cas, les crises épileptiques sont consécutives aux crises convulsives fébriles, interprétées comme « une possession de l'enfant par un oiseau », ayant survolé la mère enceinte couchée en plein air et en plein croissant lunaire. C'est pourquoi, le tradithérapeute est plus souvent le premier recours, ce qui grèverait les complications neurologiques liées aux encéphalopathies fébriles qui sont dominées nettement par le paludisme grave et compliqué (Doumbo *et al.*, 1989 ; Ngugi *et al.*, 2013). Les crises épileptiques sont interprétées par les tradithérapeutes et les communautés par les différentes phases du grand mal : *tibusugu* (tomber comme une pierre) ou *tiwe* (pierre) pour désigner la chute chez les dogon ; *Kirikirimasi* (en bambara) ou *kirikiri* (en peulh) ou tremblements pour désigner la phase clonique. Ces entités nosologiques traditionnelles pour désigner l'épilepsie, en font une maladie due à la possession par des esprits malveillants, capables de posséder toute personne en contact avec les humeurs du patient en l'occurrence la bave, la salive ou en enjambant le lieu de la chute, non encore « purifié » en y versant de l'eau. Les tradithérapeutes, constituent les dépositaires de ces croyances qu'ils partagent largement avec les communautés (Coulibaly,2012).

4.3. Fardeau socioculturel et psychologique

Il témoigne surtout du fait que les tradithérapeutes considèrent que l'épilepsie est une maladie contagieuse, répugnante et honteuse, comme en témoignent les études en milieu bambara au Mali de Arborio et Dozon (Arborio et Dozon, 2000), en milieu ouolof au Sénégal de Adotevy et Stephany (Adotevy et Stephany, 1986), en Côte d'Ivoire de François et al (François et al, 2014) et en milieu dogon de Mounkoro et al (Mounkoro et al, 2019). Elle fait partie des trois mauvaises maladies ou *lulopadé*. Ces patients étaient des jeunes et aucun d'entre eux, n'était marié à cause de l'épilepsie. Les deux femmes mariées, ont été divorcées dont une à quatre reprises (observation N°6), ce qui fait, qu'elle a aujourd'hui 4 enfants issus des quatre mariages et continue à vivre avec ses parents et ses 4 enfants dont les pères, n'ont pas voulu les garder. La patiente (observation N°4), après plusieurs traitements traditionnels jugés « trop » onéreux par la famille, a été divorcée et ensuite abandonnée par la famille et la communauté. Quant à la patiente (observation N°5), même proposée par les parents en mariage à un tradithérapeute en

contrepartie des soins, n'a pas trouvé « preneur ». Selon Bordonne et collaborateurs (Bordonne et al, 2010), dans une étude menée en France et Uchoa et al (Uchoa et al, 1993) dans une étude menée auprès de trois groupes ethniques au Mali, le handicap social a été perçu par le retentissement social de l'épilepsie sur la vie du patient notamment les interdits, les précautions de vie, la scolarité et la vie de tous les jours (; Najam-us Sahar, 2012). Si le handicap physique peut être passager, le handicap social quant à lui est permanent soit qu'il dépend des contraintes imposées par la crainte d'un accident, soit qu'il relève de l'intolérance sociale. Le malade est alors écarté d'une existence sociale « normale », comme témoigne l'oncle d'un épileptique : « les gens ont le dégoût de la maladie, ils ont peur de la maladie, ils ont pitié du malade et ils le regardent comme un fou ». L'épilepsie constitue un fardeau social, par la mobilisation familiale et la stigmatisation sociale du malade (tous les cas étudiés) et même souvent de sa famille (observation N° 5) : c'est une famille morte socialement, car elle ne peut plus prétendre échanger quoique ce soit avec les autres familles surtout le mariage. Elle serait souillée par la maladie. Ce fardeau aurait même amené le plus souvent les familles à se débarrasser physiquement des épileptiques, en les abandonnant dans la brousse ou en leur offrant en mariage à un tradithérapeute en contrepartie des soins (observation N°5). Cette pratique est très répandue pour les femmes malades mentales ou épileptiques dont les parents sont « lassés » par le traitement.

4.4. Fardeau économique

Les suppositions selon lesquelles, les coûts des traitements traditionnels seraient moins onéreux que ceux des traitements modernes, ne semblent pas être vérifiées ici. Tous les malades, ont consulté en premier ressort les tradithérapeutes, même si des études ont prouvé que, ces derniers, ne disposent pas de traitements aussi efficaces que ceux de la médecine conventionnelle (Beneduce et al, 1990 ; Mounkoro et Coulibaly, 2013). Les coûts de ces traitements seraient le plus souvent très élevés par rapport aux revenus des familles au Plateau dogon. Le coût minimal annuel dans cette étude aurait été évalué à environ 100.000 Francs CFA soit 200\$US pour la médecine traditionnelle contre 12.000 Francs CFA soit 24\$US pour la médecine conventionnelle et le coût maximal à 1.000.000 Francs CFA soit 2000\$US contre 24.000 Francs CFA soit 48\$US respectivement. Compte tenu de l'état de pauvreté des populations rurales, la majorité des ressources dont disposent les familles des épileptiques seraient entièrement « englouties » par les traitements traditionnels généralement au bout de 5 à 10 ans. Ainsi, les épileptiques quand ils sont amenés au centre, les familles se seraient tellement appauvries, qu'elles n'arrivent plus à faire face au traitement conventionnel pourtant dix fois voire plus moins cher. Par exemple, le sacrifice inaugural du traitement traditionnel constitué par une chèvre qui coûte environ 15.000 Francs CFA soit 30\$US, peut assurer le traitement efficace d'un épileptique pendant 1an, s'il est mis sous phénobarbital en raison de 100 mg par jour (Farnarier et al, 2002). Nous pouvons noter que la marginalisation de l'épileptique serait largement tributaire de la cherté du traitement traditionnel et surtout de son inefficacité, en cette période de désintégration progressive de la société traditionnelle par l'affaiblissement progressif des réseaux de solidarité, l'exclusion de celui qui n'est pas productif, etc. Ce fardeau serait tellement lourd économiquement que les familles des épileptiques dépenserait tout ce qu'elles possédaient comme biens pour assurer la prise en charge par les tradithérapeutes (Leonard and Ustun, 2002).

5. Conclusion

Les tradithérapeutes, constituent encore le premier recours pour les épileptiques compte tenu de leur accessibilité géographique et surtout culturelle. Mais leur accessibilité économique étant très onéreuse, constitue avec leurs perceptions de l'épilepsie, un fardeau socioculturel, psychologique et surtout économique. Ce qui fait que même les traitements modernes efficaces et moins chers, ne sont pas toujours à la portée de toutes les familles. Pour une meilleure prise en charge des épileptiques au Plateau Dogon, il serait important de renforcer la collaboration avec les tradithérapeutes par la référence précoce des patients vers les structures sanitaires. Pour ce faire, le personnel médical et paramédical doit être formé, les médicaments rendus disponibles et les communautés sensibilisées.

Remerciements

Nous remercions l'ensemble du personnel du CRMT impliqué dans la prise en charge des épileptiques, de même que le personnel du service social de Bandiagara qui a favorisé la prise en charge gratuite des patients indigents. Les remerciements vont également aux patients et leurs familles qui ont bien voulu fournir ces informations au personnel soignant.

Conflit d'Intérêts

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts.

Références Bibliographiques

- Adotevy, F., Stephany, F. (1986). Représentation culturelle de l'épilepsie au Sénégal, région du cap Vert et du fleuve. *Méd trop*, pp : 283- 288.
- Arborio, S., Dozon, JP. (2000). La dimension socioculturelle de l'épilepsie (kirikirimasiens) en milieu rural bambara (Mali). *Bulletin de la Société de Pathologie Exotique* ; 93 (4), 241-246.
- Beneduce, R., Salamanta, O., Fiore, B. (1990). L'épilepsie en pays Dogon. Une perspective anthropologique et médicale In Médecine Traditionnelle, acteurs et itinéraires thérapeutiques (sous la direction de Coppo P. et Kéita A.) éd Trieste, pp :193-245.
- Bordonne, C. O., Delalande. F. H., (2010). Handicap et épilepsie. *Journal de Radiologie*, (91) : 1398- 1405.
- Codjia, L., Jabot, F., Dubois, H., & World Health Organization. (2010). Evaluation du programme d'appui à la médicalisation des aires de santé rurales au Mali Bibliothèque OMS. Genève (Suisse).
- Coulibaly, A. (2012) - Epilepsie et médecine traditionnelle au Mali : Etude sur les connaissances, attitudes et pratiques des tradipraticiens du district de Bamako. FMOS/Bamako, 2012, thèse Méd, 112 pages.
- Coulibaly, S., Mounkoro, P.P., Koumare, B. (2012). Le handicap mental : perception et vécu dans le contexte malien. *RASP* N°4, pp : 61-66.
- Coppo, P., Giannattasio, F., Misiti. R. (1988). Médecine traditionnelle et psychiatrie en Afrique. In Médecine Traditionnelle, Psychiatrie et Psychologie en Afrique (sous la direction de COPPO.P) *Il Pensiero Scientifico Editore*, : 5-80.
- CRMT. (1988 -2005). Prise en charge des épileptiques dans le cercle de Bandiagara. Rapports des activités de consultations, 1988 -2005, Archives du CRMT Bandiagara

- Doumbo, O., Sangaré O., Touré, Y. (1989). Malaria in the Sahel, the example of Mali. *Scientific news Aupelf*, 3, pp: 11-32
- Farnarier, G., Nimaga, K., Desplats, D., Doumbo, O. K., (2002). Traitement des épileptiques en milieu rural au Mali. *Rev Neurol (Paris)*, 158: 8-9, pp: 815-818
- François, A.A., Elisée, B.K., Christian, T.A., Armel, K.H., Any, G. (2014). Tradipraticiens et épilepsies en Côte d'Ivoire. *Revue Neurologique*, Volume 170, n° 8- 9, pp : 508- 511.
- Leonard, M., and Ustun, T. B. (2002). The global burden of epilepsy. *Epilepsia* : 6(43), :21-25.
- Mounkoro PP., Coulibaly S. (2013). Représentations culturelles de l'épilepsie et stigmatisation des épileptiques au Plateau Dogon de Bandiagara (Mali). *RASP* N°6, juillet -Décembre, pp : 96-107.
- Mounkoro P. P., Coulibaly S, Kamaté, Z., Koumare B. (2019). Poids des representations socioculturelles de l'épilepsie dans la marginalisation des épileptiques au Plateau dogon de Bandiagara, MALI. *Annale de l'Université Joseph KI-ZERBO Série D*, vol. 023, Décembre 2019 ISSN : 2424-7553.
- Mounkoro, P.P., Coulibaly, S., Kamaté, Z. (2021). Représentations des troubles du spectre schizophrénique et autres psychoses par les tradipraticiens de santé du Plateau Dogon de Bandiagara, Mali. *RASP*, Volume (3) N1. pp : 43-51
- Najam-us Sahar . (2012). Assessment of Psychological Distress in Epilepsy : Perspective from Pakistan. *Epilepsy Research and Treatment* ; Volume 2012, 7 pages.
- Ngugi, A. K., Bottom Ley, C., Klein Schmidt, I., Wagner, R. G., Kakooza-Mwesige, A. (2013). Prevalence of active convulsive epilepsy in sub-Saharan Africa and associated risk factors : cross-sectional and case control studies. *The Lancet Neurology* : 3(12), :253 – 263.
- Pillard M., Brosset, C., Junod, A. (1992). Les représentations sociales et culturelles de l'épilepsie. *Médecine d'Afrique Noire* ; 39 (10).
- Uchoa E., Corin E., Bibeau G., Koumaré B. (1993). Représentations culturelles et disqualification sociale : l'épilepsie dans trois groupes ethniques du Mali. *Psychopathologie Africaine*, XXV, 1 : 33-57.

© 2021 Mounkoro, License Bamako Institute for Research and Development Studies Press. Ceci est un article en accès libre sous la licence the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>)

Type d'article : Article original

Le dispositif de lutte contre les MGF au Mali et le rôle innovant des communicateurs traditionnels

Lamine Boubacar Traoré¹, Ismaïla Famanta², Abdourahmane Coulibaly^{3,*}

¹Maître de Conférences –FSHSE, Bamako

²Institut Universitaire de Gestion -IUG/USSGB

³Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie, Bamako, Mali

*Correspondance : coulibalyabdourahmane@gmail.com ; Tel : +223- 69315393 ;

Résumé : Les mutilations génitales féminines (MGF) sont des pratiques assez répandues à travers le monde et notamment sur le continent africain. Au Mali, de nombreuses ONG interviennent pour lutter contre ce phénomène. Elles abordent le sujet du point de vue de la défense des droits des femmes. Très peu d'entre elles se sont intéressées à l'implication des communicateurs traditionnels dans la lutte contre ce phénomène. Or, les communicateurs traditionnels qui comptent parmi les acteurs majeurs de la lutte en tant que vecteurs du changement. Le présent travail cherche à combler ce vide. L'étude s'est basée essentiellement sur l'exploitation des données secondaires issues de rapports d'enquêtes, de rapports de missions de suivi et d'évaluation d'un programme de lutte contre les MGF financé par UNFPA au compte du ministère de la Promotion de la Femme, de l'Enfant et de la Famille du Mali et visant à informer et à sensibiliser des communautés en vue de l'abandon de la pratique de l'excision. Les données ont ensuite été mises à jour sur la base des résultats de l'Enquête démographique et de santé du Mali (EDSM VI). L'analyse des données nous a permis de comprendre que l'adoption par la communauté internationale d'une batterie de conventions et autres déclarations n'ont pas suffi à réduire sensiblement la pratique de l'excision au Mali. Sans remettre en cause les stratégies déjà utilisées, l'étude estime que certaines normes sociales, et pas des moindres, n'ont pas été suffisamment exploitées, en l'occurrence les communicateurs traditionnels.

Mots clés : *Mali, Mutilations génitales féminines, MGF, communicateurs traditionnels*

Abstract:

Female genital mutilation (FGM) is a widespread practice throughout the world and particularly on the African continent. In Mali, many NGOs are involved in the fight against this phenomenon. They approach the subject from the point of view of the defense of women's rights. Very few of them are interested in the involvement of traditional communicators in the fight against this phenomenon. Yet, traditional communicators are among the major actors in the struggle as vectors of change. The present study seeks to fill this gap. The study was based primarily on secondary data from survey reports and reports from monitoring and evaluation missions of a program against FGM financed by UNFPA on behalf of Mali's Ministry for the Promotion of Women, Children and the Family and aimed at informing and sensitizing communities to abandon the practice of FGC. The data was then updated based on the results of the Demographic and Health Survey of Mali (EDSM VI). The analysis of the data allowed us to understand that the adoption by the international community of a series of conventions and other declarations has not been sufficient to significantly reduce the practice of FGC in Mali. Without calling into question the strategies already used, the study considers that certain social norms, and not the least, have not been sufficiently exploited, namely traditional communicators.

Keywords: *Mali, Female genital mutilation, FGM, traditional communicators*

1. Introduction

Les mutilations sexuelles féminines (MGF) recouvrent toutes les interventions incluant l'ablation partielle ou totale des organes génitaux externes de la femme ou toute autre lésion des organes génitaux féminins qui sont pratiquées pour des raisons non médicales (OMS, 2020). Cette pratique, qui touche **200 millions de filles et de femmes dans 30 pays du monde**, se déroule principalement en Afrique où l'on estime le nombre de victimes à 91,5 millions de femmes et de filles de plus de 9 ans vivant actuellement avec les conséquences de ces mutilations sexuelles. Toujours en Afrique, on estime que, tous les ans, 3 millions de filles risquent de subir ces pratiques traditionnelles néfastes. Si les tendances actuelles se poursuivent, 86 millions de filles supplémentaires âgées de 15 à 19 ans risquent, elles aussi, de subir des mutilations génitales d'ici à 2030 (Unicef, 2016). Avec une trentaine de pays concernés, l'Afrique subsaharienne représente à la fois la région où se pratiquent majoritairement les MGF et où l'on rencontre les plus hautes prévalences, particulièrement dans une dizaine de pays : Somalie, Guinée, Djibouti, Sierra Leone, Mali, Soudan, Erythrée, Burkina Faso, Gambie, avec un taux de 99% attribué à la Guinée en 1999. Toutefois, plus de la moitié des victimes habitent dans 3 pays : l'Indonésie (70 millions), l'Egypte (27 millions) et l'Ethiopie (24 millions).

Selon les chiffres d'EDSM VI (INSTAT, CPS/SS-DS-PF et ICF, 2019), au Mali, l'excision concerne 89 % des femmes de 15-49 ans. Elle est moins pratiquée chez certaines ethnies : Sonraï (60 %), Tamachek/Bella et Bobo (64 %). L'excision est abordée dans la littérature comme une pratique profondément ancrée dans les traditions. Or, même si beaucoup de travaux existent sur ce sujet, le rôle des communicateurs traditionnels (CT) n'a pas été suffisamment abordé à notre connaissance.

A travers cet article, notre ambition est de contribuer à combler ce vide.

Nos questionnements sont les suivants :

1. Quels sont les dispositifs institutionnels et les stratégies mis en œuvre pour l'abandon des MGF au Mali?
2. Quelles sont les stratégies utilisées par les CT dans la lutte contre l'excision ?
3. Quel est le rôle innovant des communicateurs traditionnels en matière de lutte contre les MGF au Mali ?

L'excision comme tradition remonte à plus de 2000 ans avant JC (OMS, 2008). Selon d'autres sources, elle remonterait à 5 ou 6000 ans avant Jésus – Christ, c'est-à-dire pendant le néolithique (Séverine, 1982). Elle consiste en l'ablation du clitoris et/ou des petites lèvres de l'appareil génital féminin (Traoré, 2008). Elle est actuellement pratiquée sous différentes formes. La « circoncision vraie » que certains appellent « souna » : consiste à couper le capuchon du clitoris ; l'excision ou clitoridectomie est l'ablation du clitoris et des petites lèvres. Cette forme d'opération est surtout répandue en Afrique de l'Ouest ; l'infibulation ou circoncision pharaonique, la forme la plus sévère, associe les deux premiers types évoqués plus haut et l'avivement des grandes lèvres, dont les deux moignons sont rapprochés bord à bord de telle façon qu'il ne persiste qu'un orifice pour l'écoulement des urines et du sang menstruel.

Pratique culturelle de passage à l'âge adulte ou de positionnement des filles et des femmes dans les communautés (OMS, 2008, p.5), l'excision n'en est pas moins “*un marquage du corps féminin*” (Soumaré, 1996). Il s'agit de deux réalités socioculturelles que l'on peut percevoir notamment chez les Bambara du Béléougou (Mali). Vue sous ce angle, il s'agit d'une pratique saturée de significations sociales. C'est un rite de passage (Raineau, 2006). Elle se situe au centre de beaucoup de mythes au Mali. Ainsi, chez les Dogons, les Bambaras et les Songhay, le clitoris est l'équivalent du pénis chez la femme. L'excision a pour but alors de s'attaquer à la bisexualité et de situer l'individu dans son sexe en lui offrant ainsi une identité sexuelle (Traoré, 2008).

Le rituel de l'excision se déroule différemment selon les régions. Dans certains cas, il s'agit d'une cérémonie collective au cours de laquelle, les filles sont maintenues de force par plusieurs femmes « apprenties exciseuses » qui la tiennent par les pieds, les mains et le bassin (Traoré, 2008).

La pratique reste influencée par les transformations sociales qui se traduit notamment par le fait que l'excision a tendance à devenir une pratique individuelle et routinière, elle est de plus en plus pratiquée

sur de jeunes enfants et beaucoup le font par conformisme social. Ces constats ont incité certains chercheurs à penser que le succès des programmes s'explique non pas par la peur des conséquences médicales qui découlent de cette pratique mais bien parce que le rite qui la sous-tend cesse d'être socialement opératoire (Coulibaly, 1998). Même si beaucoup de personnes sont tentées d'évoquer une justification religieuse de la pratique, force est de constater que les érudits chrétiens et musulmans disent ne pas trouver la preuve que c'est une exigence de la religion (PASAF, 2002).

D'un point de vue médical, l'excision est une opération chirurgicale qui n'est pas sans conséquence sur les filles qui la subissent. L'entrée de la médecine moderne dans les sociétés dites exotiques a permis au corps médical d'attirer l'attention sur les dangers de la pratique (PRP, USAID, 2007).

Au Mali, l'EDS V (2017, p. 295) différencie l'excision « symbolique » (qui consiste à faire une « simple » entaille) de l'excision proprement dite qui suppose l'ablation d'une partie, plus ou moins importante, des organes génitaux externes de la femme. Elle note aussi une autre forme qui consiste à fermer la zone du vagin. Dans leur majorité (49 %), les femmes maliennes excisées ont subi une excision « réelle », c'est-à-dire qu'une partie de leurs organes génitaux externes a été enlevée au cours de la procédure. Près de 15 % des femmes excisées ont subi la forme « légère » d'excision (entaille sans ablation de chairs). Par ailleurs, près de 11 % de femmes ont eu le vagin fermé.

L'excision fait partie des « actes de violence » tels que définis dans la Déclaration des Nations Unies sur les violences à l'égard des femmes en son article 1^{er} : « tous actes de violence dirigés contre le sexe féminin et causant ou pouvant causer aux femmes un préjudice ou des souffrances physiques, sexuelles ou psychologiques, y compris la menace de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire de liberté, que ce soit dans la vie publique ou dans la vie privée » (HCDH, 1993).

A ce titre, elle figure en bonne place dans la vingtaine de types de violences répertoriés par une étude du ministère de la Promotion de la Femme, de l'Enfant et de la Famille du Mali sur les violences¹ faites aux femmes (MPFEF, 2002, p. 6).

Les mutilations génitales féminines (MGF) ont fait l'objet de nombreux travaux constitués de documents institutionnels, rapports, communications, mémoires, thèses, ouvrages, articles de presse, entre autres.

Comme documents institutionnels, il y a notamment les engagements internationaux souscrits par le Mali et donc le contraignant au respect de ces textes concernant les MGF. Il s'agit notamment des conventions ci – après :

- Le Pacte international relatif aux droits civiques et politiques et le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (1966) qui condamnent toute discrimination fondée sur le sexe et reconnaissent le droit universel de tout individu au meilleur état possible de santé physique et mental
- La Convention pour l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (1979) obligeant les états à prendre des mesures contre l'excision
- La Convention relative aux droits de l'enfant (1990) qui protège le droit à l'égalité indépendamment de toute considération de sexe (Article 2), le droit à être protégé contre toute forme de violence, d'atteintes ou de brutalités physiques et mentales ou de mauvais traitements (Article 19.1) et le droit au meilleur état de santé possible.
- La Déclaration et le programme d'actions de Vienne adoptés par la Conférence mondiale sur les Droits de l'Homme (1993) qui ont élargi les objectifs en matière de droits humains fixés au niveau international afin d'englober les violations fondées sur le sexe y compris les mutilations génitales féminines.

- La déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes (1993) qui dispose que la violence à l'égard des femmes s'entend comme englobant la violence physique et psychologique exercées au sein de la famille y compris les mutilations génitales et autres pratiques traditionnelles préjudiciables à la femme ;
- Le Protocole additionnel de la Charte africaine des Droits de l'Homme et des peuples relatif aux droits des femmes ratifié par le Mali le 16 septembre 2004 qui engage les Etats partie en son Article 5 à adopter les mesures législatives spécifiques pour réprimer l'excision.

Les thématiques des nombreux ouvrages, études ou rapports sur le sujet portent essentiellement sur les attitudes et perceptions, entre autres : excision perçue comme élément d'intégration sociale (Zahan, 1963), Excision perçue comme exigence de l'islam (Bousquet, 1966 ; Thiam, , 1978, Saurel, 1981 ; Leiris,1981). La répression de l'excision par la loi a aussi fait l'objet de nombreuses réflexions, études et autres articles de presse (Faye, 2004).

De nombreux travaux ont été également produits sur le Mali et au Mali traitant notamment des origines du phénomène (Séverine, 1982) ; des exciseuses, du déroulement de l'excision et de la déontologie médicale (Cabane, 2002), de l'excision comme élément d'intégration sociale (Luneau, 1975; Traoré, 2003 ; Sangho,1980); de l'excision perçue comme exigence de l'islam (Bamba, 1998 ; Touré et Koné.,2000), des considérations culturelles, l'excision tel un conformisme social (Griaule, 1966).

D'autres thématiques ont intéressé des chercheurs ou structures d'intervention, parmi lesquelles : les stratégies d'intervention (Moussa, 2000); l'excision transfrontalière (Bellas Cabane, 2002; Traoré, 2003) ; l'excision en procès (Lefeuvre-Déotte, 1997).

Au Mali, les communicateurs traditionnels sont essentiellement représentés par le Recotrad (Réseau des communicateurs traditionnels). Mais, au-delà de son indication dans les répertoires de médias/ communication, la mise en place du Recotrad (et d'un réseau ouest-africain) ne s'est pas véritablement accompagnée d'une plus grande implication des communicateurs traditionnels. Par ailleurs, en dehors de leur participation à des ateliers ponctuels de formation, à travers notamment le Recotrad, les « Gens de la parole », d'une manière générale, sont loin d'être au cœur des actions de sensibilisation menées jusque-là par d'autres acteurs dont l'utilisation est souvent perçue comme une sorte d' « agression » de personnes venant d'ailleurs et ne comprenant rien dans les coutumes et us des communautés pratiquant les MGF (Traoré, 2008). L'idée d'une approche sensible à la culture impliquant une meilleure prise en compte des réalités culturelles a fait son chemin (Jato, 2007).

2. Matériaux et Méthodes

Les informations contenues dans ce travail proviennent en grande partie des rapports de terrain réalisés (rapports d'enquêtes de base, rapports d'avancement trimestriels, rapports de mission de suivi et rapports d'évaluation) dans le cadre de la mise en œuvre d'un programme de lutte contre les MGF financés par UNFPA pour le compte du ministère de la Promotion de la Femme, de l'Enfant et de la Famille du Mali. Il s'agit, en l'occurrence, du Programme d'appui à la santé de la famille- PASAF (2001-2009), qui prit le nom de Projet Promotion des Droits Humains, de l'Egalité et de l'équité de Genre -PDHEG) de 2009 à 2012.

Le programme (PASAF et PDHEG) intervenait pour le compte du ministère de la Promotion de la Femme, de l'Enfant et de la Famille (MPFEF), à travers le PNLE (Programme national de lutte contre la pratique de l'excision), sur financement de l'UNFPA (Fonds des Nations-Unies pour la Population) et grâce au concours financier du Grand-Duché de Luxembourg.

Ce programme intervenait dans 80 villages (20 dans le cercle de Bougouni, région de Sikasso) et dans 60 villages dans la région de Ségou (20 dans chacun des cercles de Barouéli, Macina et Niono). Dans chacun des quatre cercles, une équipe composée d'un superviseur et de quatre animateurs étaient déployés pour des activités de sensibilisation communautaires. Chaque équipe produisait un rapport trimestriel à l'intention du coordinateur du programme. Celui-ci menait également des visites

trimestrielles dans les zones d'intervention et produisait des rapports issus de ces missions, qui portaient notamment sur le degré de compréhension, d'assimilation des messages, d'adhésion au projet, les difficultés rencontrées, etc.) Le PASAF a même produit un document intitulé : « L'excision au Mali. Revue et analyse de la situation. Programmes, études et position des religions, PASAF, Bamako, 2002.

D'autres sources non moins importantes ont été utilisées, dont les « études dites de base ». Celles-ci consistent à faire une enquête sur l'état des lieux en début d'intervention afin d'avoir des données sur l'ensemble des sphères socio-économiques et culturelles en lien avec les MGF. Ces enquêtes faites avec des questionnaires à questions semi-fermées ciblaient toutes les catégories de personnes au sein des communautés (leaders religieux et communautaires, leaders associatifs, femmes, hommes, jeunes filles et garçons, exciseuses, communicateurs, administration locale, etc.).

Aux enquêtes dites de base, une autre succédaient à la fin de l'intervention afin de mesurer les progrès accomplis et les contraintes et insuffisances constatées. Ainsi, une enquête de base a été menée en 2001 dans le cercle de Bougouni et quelques années plus tard (2006), une enquête d'évaluation a été conduite dans la même localité. En 2008, une seconde enquête de base a été menée dans les cercles de Niono, Macina et Barouéli en prélude au lancement des activités du programme dans ces trois cercles ; enquête suivie d'une évaluation quatre années plus tard en 2012.

Des sources complémentaires ont été utilisées comme des données globales du MPFEF (notre employeur institutionnel), à travers notamment l'étude : « Les violences faites aux femmes Bamako, juin 2002 » ou encore des travaux de thèse consacrés aux perceptions (Traoré, 2003) ainsi que diverses autres publications sur les MGF notamment pour le compte d'organisations internationales (Traoré, 2007 (a), Traoré, 2007 (b)) ; Traoré, 2008). Enfin l'étude a été actualisée, à partir notamment de données obtenues dans les EDS (Enquête Démographique et de Santé), sur Internet et autres médias.

Tableau 1.

Intitulé	Objectif	Localité	Période	Observations
Enquête de base	Faire l'état des lieux en début d'intervention	Bougouni	2001	20 villages concernés : Aspects socioculturels, économiques, perceptions, etc.
Enquête d'évaluation	Evaluer la mise en œuvre des activités du projet	Bougouni	2006	
Enquête de base	Faire l'état des lieux en début d'intervention	Niono, Barouéli, Macina	2008	60 villages concernés
Enquête d'évaluation	Evaluer la mise en œuvre des activités du projet	Niono, Barouéli, Macina	2012	
Enquête d'évaluation	Evaluer la mise en œuvre des activités du projet	Barouéli	2012	
Rapports trimestriels des superviseurs	Faire le point de la mise en œuvre des activités de sensibilisation	Bougouni, Niono, Barouéli, Macina	2001 à 2012	PASAF et PDHEG Le projet a bénéficié de trois financements de l'UNFPA couvrant les périodes 2000-2003, 2003-2007 et 2007-2012., respectivement pour 500 000 dollars (US), 550 000 et 1 Million (un plus) de dollars.
Rapports de mission trimestriels du Coordinateur	Suivre et évaluer la mise en œuvre du projet sur la base des visites personnelles effectuées	Bougouni, Niono, Macina et Barouéli	2001-2012	Croisement des données avec les rapports des superviseurs, en termes d'avancée, <u>d'adhésion au projet , de difficultés rencontrées, etc.)</u>
Etude MPFEF : Les violences faites aux femmes Bamako, juin 2002	Répertorier les types de violences faites aux femmes et aux filles avec identification des axes stratégiques d'intervention à court, moyen et long termes de lutte	Mali	2002	Le projet, en qualité de structure du MPFEF, était partie prenante de cette étude

3. Résultats

3.1. Mesures prises au plan international pour lutter contre les MGF

A partir des découvertes biomédicales, des voix vont s'élever, ici et là, pour dénoncer la pratique. Désormais la problématique de l'excision se pose également en termes sanitaire et de droit. En effet, l'excision, du point de vue médical, peut engendrer des conséquences telles que l'hémorragie, les blessures urétrales, le téton, la rétention aiguë d'urine, les séquelles anatomiques, les conséquences obstétricales, les séquelles psychologiques, etc. (Couchard, 2003). Ces souffrances ont amené la communauté internationale à élaborer des mesures pour accélérer l'élimination des MGF. Quelle stratégie faut-il utiliser pour quelle population ? Et dans quel laps de temps ? Ces questionnements constituent des équations à résoudre pour tous ceux qui sont engagés dans la lutte pour l'abandon de l'excision et ils ont conduit à la mise en place de divers dispositifs utilisables.

Parmi ces dispositifs utilisables, on peut citer des conventions et déclarations comportant des dispositions relatives à la promotion et à la protection de la santé des enfants et des femmes. En outre, certaines prévoient expressément l'élimination des mutilations sexuelles féminines.

Il s'agit des dispositifs utilisables comme la Convention pour l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (1979) ; le Pacte international relatif aux droits civils et politiques et le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (1966) qui condamnent toute discrimination fondée sur le sexe et reconnaissent le droit universel de tout individu au meilleur état possible de santé physique et mentale.

La Convention relative aux droits de l'enfant (1990) protège le droit à l'égalité indépendamment de toute considération de sexe (Article 2), à être protégé contre toute forme de violence, d'atteinte ou de brutalités physiques ou mentales et de mauvais traitements (Article 19.1), et au meilleur état de santé possible. La Déclaration et le Programme d'action de Vienne adoptés par la Conférence mondiale sur les droits de l'homme (1993) ont élargi les objectifs en matière de droits humains fixés au niveau international, afin d'englober les violations fondées sur le sexe, dont les mutilations sexuelles féminines. La Déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes (1993) dispose que la violence à l'égard des femmes s'entend comme englobant la violence physique et psychologique exercée au sein de la famille, y compris les mutilations génitales et autres pratiques traditionnelles préjudiciables à la femme. Le Mali a ratifié cette déclaration le 10 septembre 1985.

Le Protocole à la Charte Africaine des Droits de l'Homme et des Peuples relatif aux droits des femmes adopté par la 2ème session de l'Union Africaine tenue à Maputo au Mozambique le 11 juillet 2003 et ratifié par le Mali suivant l'ordonnance n°04-019 /P-RM du 16 septembre 2004, engage les Etats parties en son article 5 « *Elimination des Pratiques Néfastes* », à « interdire par des mesures législatives assorties de sanctions toutes formes de mutilations génitales féminines, la scarification, la médicalisation et la para médicalisation des MGF et toutes les autres pratiques néfastes».

En son article 26 « Mise en Œuvre et Suivi », le Protocole précise :

« *Les Etats parties assurent la mise en œuvre du présent protocole au niveau national et incorporent dans leurs rapports périodiques présentés conformément aux termes de l'article 62 de la Charte africaine, des indications sur les mesures législatives ou autres qu'ils ont prises pour la pleine réalisation des droits reconnus dans le présent protocole*».

3.2. Des stratégies locales aléatoires et souvent incohérentes des politiques publiques de lutte contre l'excision

Au-delà de ces instruments internationaux, diverses stratégies ont été mises en œuvre ici et là pour l'abandon des mutilations génitales féminines. L'OMS (2008) elle-même se base sur les nombreuses approches et expériences accumulées au cours des dernières décennies pour orienter et mieux outiller les acteurs de terrain. Il nous semble intéressant de questionner certaines de ces approches à la lumière

de ce qui se passe au Mali en la matière. Nous les abordons ici par domaine.

- *L'approche juridique* : consiste en l'adoption d'instruments juridiques (lois et autres textes) en faveur de l'abandon de l'excision.

En Afrique : Des difficultés d'application de la loi :

Des lois réprimant la pratique de l'excision existent dans la majorité des pays de la sous-région : la Guinée en a édicté une en 1965, révisée en 2002 ; le Ghana en 1994 ; le Burkina Faso en 1996 ; le Togo et la Côte d'Ivoire en 1998 ; le Sénégal en 1999 ; et le Niger et le Bénin en 2003) ; mais elles sont souvent inefficaces ou non appliquées.

Peu de cas sont dénoncés et parfois les autorités policières et judiciaires se rendent complaisantes de la situation. Par exemple, en Guinée, où pratiquement toutes les filles sont excisées, aucune poursuite n'a jamais été entamée (Plan international 2006)

Le débat sur la législation en matière de MGF est intense : Peut-on sanctionner une coutume par une loi sans risque de la voir transgérer?

Au Sénégal, avant de finir par adopter une loi contre les MGF, l'ex président du Sénégal, Abdou Diouf, soutenait le 5 avril 1984 qu'il fallait "accélérer le dépérissage de cette survivance qu'est l'excision par l'éducation et non par l'anathème" (CIAPT, 1986)

En juin 1998, le Sénégal dépose un projet de loi interdisant les mutilations génitales féminines à l'Assemblée nationale. Pourtant, dans leur édition de janvier 1999, "Femmes-Afrique-Info" et le quotidien national *Le Soleil* du 15 janvier 2000, rapportent que certains chefs religieux auraient appelé les députés musulmans à voter contre la loi. L'un des députés du Front pour le Socialisme et la démocratisation, au moment du vote de la loi, le 14 janvier 1999, aurait opposé son veto au nom de sa religion. Un autre député de tendance socialiste lui aurait fait écho en déclarant: « Ma religion m'interdit de voter cette loi. L'excision est un problème religieux. L'interdire, c'est mettre en cause l'article 19 de la constitution qui donne au citoyen la liberté d'exercer sa religion ». (Le Soleil, 1999)

Comme pour prouver que cette loi ne s'accorde pas avec les mentalités locales, au lendemain de la décision du Conseil des ministres en décembre 1998, 120 fillettes âgées de 8 mois à 10 ans auraient été excisées dans la région de Kédougou (Sénégal oriental). Le maire de Kédougou, pour justifier la réplique, déclare : « *Nous ne sommes pas contre l'arrêt de l'excision, mais la décision du Conseil des ministres a été prise à la hâte. Nos populations ne sont pas préparées à accepter cette loi.* » (Femme-info-Afrique, du 21 janvier 1999)

Mali : un combat essentiellement porté par le milieu associatif et le milieu religieux

Au Mali, certaines associations ont plaidé à un moment donné en faveur de l'adoption d'une loi. Ce fut le cas de L'APDF (Association pour le Progrès et la Défense des droits des Femmes), de l'AMSOPT (Association Malienne pour le Suivi et l'Orientation des Pratiques Traditionnelles), du Centre Djoliba (Association à but culturel ayant un programme de sensibilisation pour l'abandon de l'excision au Mali / Association de Soutien aux Activités de Population) et de l'ASDAP (Association de Soutien au Développement des Activités de Population), à but culturel ayant un programme de sensibilisation pour l'abandon de l'excision au Mali.

L'approche juridique est aussi le choix du président de l'association Sini Sanuman qui déclare :

« *Nous voulons une loi spécifique contre la pratique de l'excision. Trop, c'est trop. L'Etat peut initier un projet de loi à partir du Programme national mais jusqu'à présent, cela n'a pas été fait. Je veux une loi qui interdise de façon rigoureuse la pratique de l'excision ; des sanctions contre des gens qui pratiquent et contre ceux qui vont même jusqu'à l'encourager* ». (Traoré, 2015)

Les tenants de la tradition voient dans l'adoption de lois réprimant l'excision une sorte de lâcheté des dirigeants africains face à l'Occident. C'est ainsi que le célèbre prêcheur malien, Chérif Madani Haïdara, dans le quotidien malien *Le Républicain* (n° 525 du 16 avril 1999), soutient que l'excision est bien une prescription du Coran, sans donner de justification autre que l'excision est « *une mesure*

d'hygiène pour les femmes ». Le prêcheur menaçait le Mali de « soulèvement » au cas où une loi serait votée pour interdire la pratique de l'excision. « *Nous allons exciser nos filles jusqu'à la fin de nos jours. Aucun pouvoir ne peut contrevenir à cette tradition* », martelait-il.

La position de l'actuel président du HCI du Mali peut être considérée comme plus modérée que celle de son prédécesseur qui est parvenu à faire reculer un ministre de la Justice (Me Mamadou Ismaël Konaté, qui avait évoqué l'adoption d'une loi sur l'excision) avant de le faire démissionner. Dans “L'Indicateur du Renouveau” déclarait l'ex président du HCIM) : « *le Mali est un pays laïc. Nous devons promouvoir cette laïcité en respectant toutes les couches socio-professionnelles et religieuses. Nous estimons que cette loi n'est pas la bienvenue chez nous. Non à une loi qui divise* » (Dakouo, 2017).

L'autorité compétente au niveau du gouvernement malien sur cette question, le Programme national de lutte contre la pratique de l'excision (PNLE), est plus réservée et demande du temps. L'Assemblée nationale du Mali, composée souvent de députés soucieux du renouvellement de leur mandat, est peu enclue à donner une réponse favorable. Pour l'instant, la loi n'est pas une priorité pour le gouvernement. Les populations sont également fort opposées à la prise d'une loi contre une pratique traditionnelle à laquelle une majorité écrasante est attachée.

Bref, la situation au Mali est similaire à celle qu'on observe ailleurs sur le continent, où l'adoption des lois n'a pas eu un impact significatif sur le phénomène. Aussi l'approche du MPFEF reste-t-elle la voie de la sensibilisation à travers notamment les projets de lutte et les médias de masse : la télévision et la radio nationale entre autres.

L'approche juridique semble en décalage avec les réalités de la sous-région ouest africaine, au sein de laquelle, le droit de l'individu se définit avant tout dans celui de la communauté. Cette approche reste très européenne et dictée par le « haut », c'est-à-dire par les organisations féminines et les autorités qui signent des conventions dans lesquelles les populations ne se reconnaissent pas et qu'elles ignorent le plus souvent.

Les réactions qu'elle suscite montrent à suffisance qu'il est difficile de sanctionner une coutume par la loi. Ce qui fait poser les questions suivantes à Isabelle Gilette Faye (2004) :

« *Dans quelle mesure la loi s'accorde-t-elle avec les mentalités des administrés? Peut-on exiger d'un trait de plume que des populations renoncent à des pratiques ancestrales qui les confortent dans leur mode de pensée? N'aurait-il pas fallu continuer le travail de sensibilisation jusqu'au moment où le gouvernement aurait été assuré de l'adhésion massive des populations?* »

Les agents chargés de sensibilisés sur cette question sont dans une position d'autant plus délicates, qu'ils doivent faire face aux réactions hostiles de leurs interlocuteurs. En effet, ils ont des filles ou des parents proches qui ont été excisés, et les agents qui sont de sexe féminin sont elles-mêmes excisées. Les communautés le savent et le font savoir aux intéressés lorsqu'ils se hasardent à évoquer la question. Lorsque les agents de santé n'ont pas de filles excisées, on leur reproche alors de jeter l'anathème sur une culture différente de la sienne ! L'utilisation du personnel socio-sanitaire pose un autre problème, celui de la formation aux aspects sociologiques et de la motivation du personnel.

Une autre difficulté est que toutes les femmes qui ont subi l'excision ne souffrent pas forcément de complications ; d'où l'idée que celles qui en présentent ont dû commettre des « *actes répréhensibles socialement ou religieusement* » et que les complications sont de justes punitions.

En définitive, bien que la majorité des Etats de l'Afrique de l'Ouest ait adopté des lois contre l'excision, leur application demeure timide et souvent épisodique. Les quelques rares cas d'arrestations sont fortement médiatisés comme pour dire « Vous voyez, nous sévissons ! », alors même que des milliers d'enfants sont chaque jour excisées...Pour combien d'exciseuses et de parents emprisonnés ?

La problématique de l'excision reste celle de l'affrontement entre la logique des Etats africains ouverts sur le monde avec tout ce que cela a comme exigence par rapport à une certaine norme globale et les populations restées à la périphérie du savoir livresque. Ces populations sont décidées à préserver une certaine forme d'originalité culturelle.

L'objet de l'opposition est l'antagonisme entre l'universalité de certaines valeurs et le relativisme culturel. Si l'excision est considérée comme violence par certains, elle est souhaitée et même célébrée par d'autres.

L'adoption d'une loi continue de susciter le débat (Traoré, 208, pp. 63-64). Sans écarter cette hypothèse, l'OMS et d'autres structures des Nations-Unies misent sur une démarche multiforme et multisectorielle pendant que certains « intellectuels », quand ils n'y voient pas « une conspiration contre nos valeurs culturelles authentiques » (Traoré, 2008, p. 68) rechignent cette approche du fait de la clandestinité de la pratique qu'une loi pourrait provoquer : « *Ce serait plus difficile parce que tout ce qu'on fait en cachette se fait très mal dans les conditions horribles [...]* » (Cabane, 2004, p.78) . Au demeurant, il apparaît aléatoire de trouver un équilibre entre l'application de la loi, la sensibilisation des populations et le dialogue, et la mesure pourrait plutôt contribuer à aliéner des communautés au regard des oppositions sur la question.

- *La médicalisation de la pratique* : Dans le principe, il est intéressant voire indispensable d'associer les agents de santé qui ont la confiance des populations à la lutte contre l'excision. « *Si l'excision pose problèmes avec les exciseuses, alors permettez-nous d'aller le faire dans les centres de santé avec les docteurs !* ». Ce discours est régulièrement tenu, reconnaissent les associations et ONG qui sensibilisent contre l'excision et qui utilisent l'argument « *complications de l'excision* ».

- *L'approche reconversion des exciseuses* : Cette stratégie utilisée au Mali a donné des résultats assez médiocres (CNRST, 1998, p.46). La principale raison est que les communautés n'ont pas ou peu été associées à l'action. Le travail d'exciseuse est exercé par les femmes de la caste des forgerons qui sont au service des communautés. Leur reconnaissance et rôle social sont déterminés par la prestation de service rendu à la communauté. Sans ce service, les forgerons perdraient tous les avantages dus à leur statut (les dons, la facilitation sociale lors des grands événements (mariages, baptêmes), la médiation lors des conflits au sein de la communauté sont entre autres avantages que les personnes de « castes supérieures » leur doivent). Pour que cette stratégie réussisse, il faut au préalable associer le reste de la communauté à la décision, en la couplant avec une forte campagne de sensibilisation (Traoré, 2008, p.21)

- *L'approche IEC* : Cette approche, dans la plupart des cas, ne tient pas compte des spécificités des communautés. Les messages sont à l'avance élaborés et appliqués sur le terrain sans parfois de souci d'adaptation. Il arrive souvent que le contenu du message s'attaque à un problème particulier n'existant pas au sein de la communauté en question. Les messages élaborés en collaboration avec les populations et tenant compte des réalités socioculturelles, ont plus de chance d'aboutir à des résultats efficaces : « *C'est en s'appuyant sur les ressources locales que l'on construit une communication dotée d'une sensibilité culturelle. [...] Les messages appropriés, efficaces sont simples, racontent des histoires vécues par de vraies personnes [...].* » (DFAE, 2016, pp. 14-75).

Les écoles formelles et informelles, les centres d'alphabétisation pour adultes offrent des perspectives intéressantes pour le changement de comportement notamment en milieu rural (SSS cercle de Tomnian et WV, 2002). A cela on peut ajouter une série d'autres activités : implication de la communauté, cibler particulièrement les jeunes, adapter les stratégies selon les contextes, entamer la reconversion des exciseuses après avoir obtenu l'engagement communautaire, mener des actions de plaidoyer au niveau des décideurs, renforcer le statut des femmes et mieux mettre l'accent sur le rôle des hommes dans la persistance de la pratique, former et impliquer les agents de santé dans les stratégies de lutte contre le phénomène, assurer la prise en charge des exciseuses (Traoré, 2009).

Le débat est lancé, les stratégies aussi. Mais aucune stratégie à elle seule n'est suffisante. Il faut sans

cesse les adapter aux contextes et aux populations concernées ; d'où le rôle crucial que les communicateurs traditionnels pourraient jouer dans le combat contre les mutilations génitales féminines.

3.3. Les formes d'implication plurielles des communicateurs traditionnels dans les programmes

L'implication des communicateurs traditionnels, dans le cadre d'une « approche globale, multidimensionnelle ou intégrée » (Traoré, 2008, p.84), pourrait se faire à de multiples niveaux constituant leur champ d'intervention, à travers notamment :

- La Formulation des interventions communautaires par l'identification des tabous et interdits terminologiques communautaires (comment nomme-ton tel ou tel organe sexuel ? A quelle période peut-on discuter de sexualité ? Avec qui et où ?) ;
- L'Identification des personnages clés qui peuvent favoriser ou entraver les interventions communautaires (chef de village, imam, leaders associatifs, sociétés secrètes, homme politique, etc.) ;
- L'Introduction du sujet sur les MGF lors de sessions initiales avec les communautés et les cibles, si le sujet est abordé pour la première et si un certain poids culturel ne favorisant pas les échanges pèse sur les deux parties (la communauté-cible de l'intervention et les intervenants pour le changement de comportement) ;
- Les « gens de la parole » peuvent servir de relais de communication (ou plutôt d'intermédiaires de communication) dans les échanges entre les intervenants et les décideurs communautaires/administratifs et politiques. Ils prennent les rendez-vous, déblaient le terrain avant les rencontres et organisent les rencontres elles-mêmes;
- Les « gens de la parole » servent de « porte-voix » lors d'échanges entre intervenants et communautés. Rarement dans le contexte culturel de l'Afrique de l'Ouest, deux personnes d'un certain rang social discutent directement de sujets considérés comme « sérieux » sans l'intervention d'une tierce personne, généralement une personne de caste ;
- L'Extinction de conflits ou de malentendus nés lors d'interventions ou de débats entre intervenants (souvent étrangers à la communauté) et communautés ;
- Lorsque le dialogue est établi et le sujet des MGF n'est plus un tabou, les gens de la parole peuvent servir de relais de sensibilisation. Cela signifie qu'au préalable, ils ont été formés, sensibilisés et sont donc acquis à la cause ;
- A un autre niveau, les gens de la parole participent à des émissions radiophoniques, de télévision, ou encore interviennent au cours de manifestations publiques d'abandon, etc. ;
- Enfin, lorsque la communauté a décidé d'abandonner la pratique des MGF, les « gens de la parole » servent de « sceau » pour sceller le nouveau comportement. En effet, traditionnellement, les « gens de la parole » servent de garants aux accords de tous genres : accords commerciaux, matrimoniaux, partages d'héritages et même accords de paix hier entre royaumes et chefs de guerre.

Diverses stratégies sont utilisées au Mali pour aboutir à l'élimination des MGF. Parmi ces stratégies, on peut citer le plaidoyer, l'IEC/CCC (Information, Education, Communication/ Communication pour le Changement de Comportement), la recherche action, la mobilisation sociale, l'approche droit, l'implication des agents de santé, la formation, la reconversion des exciseuses, etc.

Ces stratégies, tout en ayant eu un certain intérêt, ont été souvent isolées, leurs impacts localisés et souvent de peu d'envergure (Traoré, 2008, p.75). D'où l'idée de trouver d'autres stratégies plus « perméables » culturellement à la société. Cette perméabilité (acceptabilité), que Miriam Jato appelle « *Approche sensible à la culture* » (Jato, 2007) repose sur un certain nombre de principes : la

connaissance du contexte socio-culturel du milieu à changer ; la création d'un environnement favorable au changement ; le respect de la culture du milieu à changer ; la nécessité de travailler avec les décideurs communautaires et les leaders religieux ; l'identification, l'utilisation des structures influentes et l'identification des personnes ou groupes qui ont la capacité et la légitimité de motiver et de mobiliser les communautés, entre autres.

L'utilisation des communicateurs traditionnels se situe justement dans cette nouvelle approche : *ils (les communicateurs traditionnels) sont légitimes, capables de mobiliser et de motiver les communautés dans le sens du changement.*

Les efforts pour changer les pratiques traditionnelles nuisibles, pour être plus efficents, devraient donc venir de l'intérieur de la culture qui les vit. Cette approche paraît des plus opportunes s'agissant de la lutte contre la pratique de l'excision. Lorsqu'ils sont déployés dans le cadre du respect de la tradition, les efforts de plaidoyer peuvent unir la communauté pour renforcer les pratiques qui sont directement bénéfiques à leurs membres ; et en même temps, remettre en question celles qui altèrent la santé sexuelle, reproductive et constituent une atteinte grave aux droits humains des jeunes filles et des femmes.

3.4. Une légitimité fondée notamment sur la parole, vecteur privilégié des codes sociaux établis

La légitimité de ce groupe social repose, en Afrique en général et dans la sous-région ouest africaine en particulier, sur le fait que la parole est le vecteur privilégié des codes sociaux établis. Les « Gens de la parole » (griots, forgerons, « Founè », « Mabô », « Saké » « Dions », etc.), maîtres de la parole, exercent ainsi une fonction reconnue et respectée. Ce groupe est composé d'une catégorie d'hommes et de femmes dont la fonction sociale est de communiquer. Les gens de la parole sont dépositaires de l'histoire et des traditions de la famille et de la communauté (villageoise ou ethnique) à laquelle ils sont rattachés. Le griot fait avec ses discours, qui sont ses outils, la même chose que les autres artisans avec les leurs. Alors que ces derniers transforment de la matière brute en objets culturels, les griots transforment le matériau humain brut en personnes socialisées (Traoré, 2008). Encore aujourd'hui, les « Gens de la parole » sont impliqués dans tous les actes de la vie sociale : naissance, baptême, fiançailles, mariage, décès, règlement de conflit, réunion, assemblée, etc. On peut dès lors comprendre aisément l'influence qu'ils peuvent avoir sur la communauté et le rôle clef qu'ils pourraient jouer dans la lutte contre les pratiques néfastes, dont l'excision. Ceci fait dire à Mamadou Ben Cherif Diabaté, ancien président du Réseau des Communicateurs Traditionnels du Mali : « *Nous sommes écoutés par la population et nous pouvons aussi influencer les décideurs. Nous n'avons pas besoin de solliciter une audience pour parler au Président de la République, il nous reçoit immédiatement comme le prescrit la tradition entre nobles et Jili* ». (Traoré, 2008, p.22)

Un certain nombre de tâches sociales leur incombent, parmi lesquelles celles de *crieur public*, relais dans la transmission des messages, messager des chefs, des familles et des notables, animateurs, maîtres de cérémonies... Mieux encore, ce sont des relais d'opinion importants et, à ce titre, en gens de la parole, sont de plus en plus sollicités et impliqués par les pouvoirs publics dans les tâches de mobilisation, de sensibilisation, de transmission des messages de développement, d'apaisement de tensions sociales....

Aujourd'hui, ces fonctions viennent de plus en plus au secours des canaux tels que la radio, pour les amplifier, les prolonger et, élément encore plus important, les valider. La synergie établie entre ces deux vecteurs (communication moderne et communication traditionnelle) s'avère prometteuse. Une première expérience (Traoré, 2008, p.77) au Mali en janvier 2003 a été considérée comme un succès et reprise à Kankan en Guinée fin 2003 par l'Agence Internationale de la francophonie, à travers l'organisation d'un atelier national des communicateurs traditionnels de Guinée. Un réseau ouest africain des communicateurs traditionnels a depuis été mis en place sous la coupole du Comité Inter-africain sur les pratiques traditionnelles ayant effet sur la santé (CI-AF) à Ouagadougou en 2005. Mais

ces initiatives ne semblent pas suivies d'effets conséquents.

Une formation appropriée, une motivation à la hauteur de leur implication et un cadre d'intervention approprié feraient des « gens de la parole » des vecteurs privilégiés de la lutte pour l'élimination des MGF. Ceci est d'autant pertinent que leurs actions se situerait « naturellement » dans le cadre des coutumes dont ils sont eux-mêmes les gardiens les plus exigeants.

La stratégie consistant à impliquer les « Gens de la parole », à notre avis, ne peut pas en elle-même être isolée ; elle doit plutôt venir en complément aux autres stratégies. En effet, cette stratégie sert à insuffler « *une caution d'acceptabilité culturelle* » permettant l'absorption des messages sur les MGF, à priori sans grande résistance de la part des communautés à transformer. Cette acceptabilité à laquelle doivent concourir les « Gens de la parole » repose notamment sur leur connaissance avérée des langues locales, leurs connaissances des hommes et des histoires communautaires et familiales, leur capacité au dialogue et à la concertation, et surtout la légitimité à eux conférée par les coutumes, s'agissant spécifiquement des thématiques dites « sensibles », comme tout ce qui a trait au sexe. C'est ainsi que, dans la plupart des sociétés ouest-africaines, l'éducation sexuelle est souvent de leur ressort.

3.5. Une stratégie de plus ou une stratégie innovante ?

Dans l'utilisation des communicateurs traditionnels, il faut dire que des contraintes importantes existent dont il faudrait nécessairement tenir compte :

- L'utilisation de communicateurs traditionnels non issus de la communauté à faire abandonner les MGF peut être un handicap sérieux du fait de leur ignorance des « sous cultures » locales. Les convenances locales exigent une écoute polie de tout *Niamakala*, mais n'obligent absolument pas au respect de la parole donnée à un homme de caste « étranger » ;
- La tendance actuelle des ONG et associations à la monétarisation des rapports sociaux a également touché le monde des « gens de la parole ». Leur parole et leur engagement se monnayent et donc ne sont donc pas sous-tendus par une conviction de nature à aider à l'élimination des MGF. L'expérience a souvent montré que, dès que l'intervenant tourne le dos, le « griot » se dédit et s'excuse auprès de sa communauté d'avoir été « *involontairement induit en erreur par l'étranger* » ;
- Le processus d'engagement /recrutement et d'opérationnalisation des « gens de la parole » est difficile à mettre en œuvre du fait qu'ils sont eux-mêmes souvent favorables au maintien des MGF, car gardiens des traditions. A un autre niveau, un temps plus ou moins long est nécessaire à leur collaboration, temps dont généralement peu d'intervenants disposent ;
- La marginalisation, l'ostracisme et l'exclusion sociale dont les communicateurs traditionnels peuvent faire l'objet de la part de la communauté et de leurs pairs sont des repoussoirs puissants à leur engagement. Taxés de « vendus » et de « traîtres » aux coutumes dont ils sont les gardiens, les « gens de la parole » sont souvent peu enclins à s'afficher publiquement contre la « norme sociale » que représentent les MGF.

Le poids de ces contraintes est tel qu'on peut s'interroger sur la crédibilité de l'approche qui ne devrait pas être perçue comme une alternative aux méthodes plus ou moins éprouvées, mais comme un dispositif complémentaire à l'existant. Nous estimons que les pesanteurs suscitées n'enlèvent rien en la capacité des « gens de la parole » à renverser la tendance, à favoriser l'évolution des mentalités endurcies par une pratique multiséculaire. L'efficacité de l'approche passera forcément par un certain nombre de préalables, comme :

- Une parfaite maîtrise du contexte social et culturel du milieu à transformer ;
- Le rejet de tout a priori et esprit de supériorité culturelle ou intellectuelle à imposer aux communautés pratiquantes ;
- La recherche de valeurs culturelles de substitution à la pratique de l'excision pouvant porter les attentes attendues de cette dernière ;

-
- La recherche d'une démarche d'abandon endogène, non uniforme et « endossable » à toutes les sociétés. Ce besoin d'appropriation de la démarche d'abandon a été justement perçu par Joseph Ki Zerbo (1990) Joseph Ki-Zerbo

« *Seule une contre-culture positive peut, par une sorte d'homéopathie, guérir les maux d'origine culturelle en particulier, par une information claire, déstructurant la désinformation antérieure et conscientisant les intéressés sur les implications multiformes d'un geste qui, commis en quelques secondes, parfois sur un bébé d'un an, déploiera ses effets sur toute une vie humaine. Ici comme ailleurs, la condamnation stérile sera de moindre effet que l'empathie lucide, vigilante et même militante. La transparence, propagée sans trêve, débouche, à terme, sur un état d'esprit général qui, à lui seul, « institue un nouveau tabou collectif, une norme et une prescription »* » (Motin Sylla, 1990).

4. Discussion

Les conséquences biomédicales de l'excision ont remis ce sujet en débat. En effet, des militants féministes, les acteurs des programmes promouvant les questions d'égalité de genre ainsi que les organisations de défenses des droits des enfants ont largement dénoncé la pratique de l'excision. Ils sont allés encore plus loin en encourageant le vote des lois pour décourager la pratique. C'est pour cela que tout un arsenal juridique est souvent mobilisé pour servir d'arguments afin de protéger les filles et les femmes contre cette pratique. Nous sommes ainsi face à la question de l'émergence des politiques publiques notamment dans le domaine de la santé.

Une politique publique peut être définie comme « *étant faite d'activités orientées vers la solution de problèmes publics dans un environnement, et ce par des acteurs politiques dont les relations sont structurées et évoluent dans le temps.* » (Lemieux, 2002, p. 6). En sciences politiques, la « mise sur agenda » ou « émergence » d'une politique publique concerne le processus à travers lequel une question devient un sujet de préoccupation politique. Plusieurs modèles d'émergence ont été proposés (Garraud, 1990 ; Lascoumes et Le Galés 2007). Kingdon (1984) est l'un des premiers politologues à réfléchir à la question. Sa thèse repose sur les interrelations entre trois courants structurant la sphère politique : le « courant des problèmes » (e.g. situation pouvant entraîner une intervention des autorités publiques), le « courant des solutions » (e.g. différentes options de solutions relatives au problème identifié) et le « courant des orientations » (e.g. climat politique, changements dans l'opinion publique, mouvements sociaux). Selon lui, l'émergence intervient en cas de couplage réussi entre le courant des problèmes et le courant politique. Ce couplage est facilité par deux éléments essentiels : les fenêtres d'opportunité (occasions favorables qui permettent de réunir les courants) et la présence d'entrepreneurs politiques (acteurs qui utilisent leur connaissance du processus pour faire avancer leurs propres objectifs politiques). Ainsi, dans le domaine de la lutte contre l'excision, nous retrouvons les 3 courants définis par Kingdon : Les conséquences médicales de l'excision qui résument la situation pouvant entraîner une intervention des autorités (courant des problèmes), les stratégies mises en place par les acteurs de la lutte contre l'excision notamment la sensibilisation dans le cas du Mali (courant des solutions), des voix discordantes des dignitaires religieux, politiques ou même coutumiers qui prennent ouvertement position contre la pratiques (courant des orientations). Nous sommes face à un cas de figure où le courant des politiques et le courant des orientations se rencontrent car le premier courant prend appui sur le second pour s'imposer. Nous pouvons aisément avancer que la politique publique de lutte contre l'excision a émergé à partir de la rencontre de ces deux courants. Les fenêtres d'opportunités qui ont facilité cette émergence sont l'existence d'un ministère dédié à la promotion de la femme, de l'enfant et de la famille, la présence de nombreuses organisations de défense des droits de l'Homme ainsi que de nombreuses organisations nationales et internationales qui apportent un appui substantiel à la lutte contre l'excision. On assiste à la mobilisation des flux culturels globaux qui orientent la marche du monde, notamment, à travers ce qu'Appadurai arjun appelle « médiascapes », c'est-à-dire, la production et la dissémination de l'information à travers les mass- médias. (Appadurai, 2005)

Sous l'impulsion des organisations de lutte contre l'excision, l'adoption d'attitudes défavorables à la pratique se manifeste ça et là souvent à travers des cérémonies de dépôt du couteau de l'excision symbolisant l'abandon de la pratique.

Ceci traduit l'existence de deux idéologies opposées qui créent le débat dans l'espace public : (i) une idéologie favorable à la pratique et qui continue de s'appuyer sur des arguments religieux dans la religion et dans la coutume, (ii) une idéologie qui se nourrit des arguments médicaux pour décourager la pratique. Cette dernière idéologique fortement encouragée par les organisations internationales a encore du chemin à faire pour s'imposer dans des univers sociaux où l'excision est une norme bien enracinée malgré les transformations sociales. En gros, il y a des normes globalisées qui tentent d'orienter les pratiques locales pour tout ce qui concerne la sexualité mais on voit bien que cette insertion du global dans le local ne se passe jamais sans heurts et qu'elle lieu à de multiples réplique allant jusqu'au rejet des normes globales (De Certeau, 1990 ; Hours, 2002 ; Gobatto, 2003 ; Appadurai, 2005). La remarque de Bernard Hours nous semble particulièrement pertinente à ce sujet :

« [...] *La subversion permanente des modèles globaux qu'on y observe apporte éventuellement la preuve la plus décisive de leur validité contestable et d'une altérité qui demeure irréductible, même si la vulgate globale la perçoit comme adverse.* » (Hours, 2002 : 152).

La pratique de l'excision fait toujours sens pour les populations locales et vu sous cet angle, on ne doit pas dénier aux pratiques locales le droit d'avoir un sens « sans jamais préjuger des bons ou des mauvais regards. » (Passeron, 1991 : 266)

L'analyse des stratégies de lutte contre l'excision a révélé les limites des mécanismes mis en place pour décourager la pratique. Parallèlement, elle a mis en évidence un besoin d'innovation pour renouveler les modèles d'intervention (Faure et al, 2012). Nous assistons à des transformations sociales très rapides avec comme corollaire un changement de valeurs et de normes. Nos sociétés doivent se montrer créatives et réinventer les modes d'intervention, de transformation dans une vision à long terme. Les communicateurs traditionnels peuvent jouer un rôle innovant dans cette perspective d'autant plus qu'ils incarnent les valeurs et les normes de la transmission du savoir et du savoir être. C'est dire tout simplement qu'ils peuvent jouer un rôle important dans l'atteinte des objectifs des programmes.

5. Conclusion

Cette recherche nous a permis de comprendre l'excision à travers différents référents normatifs que sont la coutume, la religion, le discours de la biomédecine. Ces différentes normes sont en concurrence et tente chacune d'influencer les conduites des individus. Chaque référent normatif a ses justifications propres notamment les justifications religieuses de la pratique de l'excision qui font l'objet de beaucoup de controverses. En effet, de nombreux érudits ont clairement pris position pour dire qu'aucune des religions révélées ne fait de la pratique de l'excision une obligation pour les fidèles. Cet argument est d'ailleurs utilisé par ceux qui sont chargés de mettre en œuvre les politiques publiques pour convaincre davantage les cibles visées par les messages de sensibilisation. Plusieurs stratégies ont été mises en place par les acteurs de la mise en œuvre de ces politiques publiques. Elles ont d'ailleurs permis d'obtenir des avancées pour le renoncement à la justification culturelle ou religieuse de l'excision. Néanmoins, pour la plupart, les stratégies adoptées par les programmes ont besoin d'être contextualisées pour coller aux réalités locales. Un des moyens d'atteindre cet objectif est d'impliquer les communicateurs traditionnels qui sont les dépositaires privilégiés des traditions et des « arts de faire » en matière de transmission de la parole et de tout son contenu gnoséologique. Une revalorisation des compétences de ces acteurs ne fera que renforcer l'implication communautaire qui le maître mot des programmes de développement.

Remerciements

Les auteurs de cet article tiennent à remercier l'UNFPA qui a mis permis d'exploiter les rapports de mission disponibles dans ses archives.

Conflit of Intérêts

Les auteurs de cet article ne déclarent aucun conflit d'intérêt

Références Bibliographiques

- Bousquet G.H., 1966, *L'Ethique sexuelle de l'Islam*, Ed. Maisonneuve et Larose
- Cabane C.B, 2002, *La Coupure. Problématique actuelle de l'excision au Mali : du rite initiatique au fer de lance identitaire*. Mémoire de DEA. Université de Droit, d'Economie et de Sciences d'Aix-Marseille.
- CNRST/Population Council, 1998, *Evaluation de la stratégie de réconversion des exciseuses pour l'éradication des mutilations génitales féminines (MGF) au Mali*.
- Coulibaly P-B., 1998, « De l'excision à nouveau », Le Républicain, Hebdomadaire n° 388 du 11 septembre 1998.
- Dakouo B., 2017, « Mahmoud Dicko lors du meeting du dimanche: « tant que IBK sera juste, il aura toujours le soutien de la communauté musulmane », publié le mercredi 1^{er} mars 2017 - *Info Matin* ; Disponible sur www.news.abamako.com. Consulté le 3 avril 2021.
- Département fédéral des affaires étrangères (DFAE), Direction du Développement et de la Coopération (DDC), 2016, *La Communication pour le développement, Guide pratique*, 2016 , Freisburgstr. 130, 3003 berne / Suisse, juillet 2016.
- Faye I-G, 1997, *La polygamie et l'excision dans l'immigration africaine*, Thèse de doctorat en Lettres sciences sociales et humaines, sous la direction de André – Marcel d'An, Université Paris 7.
- Faye I-G, 2004, Communication faite lors des journées d'informations sur les mutilations sexuelles féminines en juin 2004 et publiée sur le site de *Equilibre et population* (www.equ.pop.com)
- Faure, G., Coudel, É., Soulard, C. & Devautour, H., 2012, « Introduction. Repenser l'innovation pour le développement durable ». In : Émilie Coudel éd., *Apprendre à innover dans un monde incertain* (pp. 1-16). Versailles, France: Éditions Quæ. <https://doi.org/10.3917/quae.coude.2012.01.0001>
- HCDH, 1993, *Déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes*. Disponible sur <https://www.ohchr.org/fr/professionalinterest/pages/violenceagainstwomen.aspx>. Consulté le 22 avril 2021.
- Institut National de la Statistique (INSTAT), Cellule de Planification et de Statistique Secteur Santé-Développement Social et Promotion de la Famille (CPS/SS-DS-PF) et ICF. 2019. Enquête Démographique et de Santé au Mali 2018. Bamako, Mali et Rockville, Maryland, USA : INSTAT, CPS/SS-DS-PF et ICF <http://www.sante.gov.ml/index.php/2014-11-10-17-29-36/documents-standards/item/3399-edsm-vi>
- Jato M., 2007, “Perspectives on cultural sensitive approaches, Panel de discussion on cultural sensitive approaches for sustainable abandonment of FGM/C, Global consultation of Female genital mutilation/Female genital cutting”, United Nation Conference Center, Adis Abeba, Ethiopia, 30 July – August.
- Lefevre- Déotte M., 1997, *L'excision en procès: un différend culturel ?* Paris: l'Harmattan.
- Leiris M., 1981, *L'Afrique Fantôme*. Paris Gallimard.
- Luneau R., 1975, *Les chemins de la noce. La femme et le mariage dans la société rurale du Mali*,

Thèse, Université de Lille III

Ministère de la Promotion de la Femme, de l'Enfant et de la Famille (MPFEF), 2002, *Les violences faites aux femmes*, Bamako. MPFEF, Bamako.

Moussa A., 2000, *La persistance de la pratique de la mutilation génitale féminine au Mali, quelles nouvelles stratégies*, AFEM, Bamako.

Motin Sylla M., 1990, *L'excision au Sénégal*, Série études et recherches, N° 137, ENDA, Dakar, 1990. Préface de Zoseph Ki Zerbo

OMS, 2020, *Mutilations sexuelles féminines*, disponible sur <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/female-genital-mutilation>. Consulté le 23 avril 2021

PASAF, 2002, *L'excision au Mali, revue et analyse de la situation : Programmes, études et positions des religions*. PASAF, Bamako.

[Plan international](#), 2006, Traditions et droits. L'excision en Afrique de l'Ouest- Plan International Bureau Régional de l'Afrique de l'Ouest/ Juillet 2006 Publié par Plan Ltd.© 2006. Disponible sur www.plan-international.org. Consulté le 3 avril 2021.

PRP, USAID, 2007, *l'abandon des mutilations génitales féminines et de l'excision, Un examen attentif de pratiques prometteuses*, Rapport.

Raineau C., 2006, « Du rite de passage au souci de soi : vers une anthropologie de la jeunesse ? », *Siècles* [En ligne], 24 | 2006, mis en ligne le 13 février 2014, consulté le 21 avril 2021. URL : <http://journals.openedition.org/siecles/1457>

Sangho A., 1980, *L'excision en milieu Sonrhai, analyse des représentations, des attitudes et des justifications*, ENSUP DER PPP (mémoire de fin d'études)

Saurel R., 1981, *L'enterrée vive*, Paris, Slatkine

Service socio – sanitaire du cercle de Tomnian (SSCT) & World Vision (WV), 2002, *Rapport de l'étude des connaissances et pratiques sur les MGF dans le Kémpena*.

Séverine A., 1982, *Des couteaux contre les femmes*. Paris, Grasset

Soumaré A., 1996, *Culture traditionnelle africaine et marquage du corps féminin. L'excision chez les Bambara du Bélédougou (Mali)*, Thèse de doctorat, Université Toulouse-Le Mirail, 1996

Thiam H., 1978, *LA parole aux négresses*, Paris, Denoel – Bontier, collection « Femme ».

Traoré L-B., 2003, *La coupure symbolique : la problématique de l'excision au Mali : Une identité contestée*. Thèse de l'Université de Tachkent.

Traoré L-B., 2007, *Les stratégies positives en matière de lutte contre les MGF : cas du Mali*. UNFPA, Bamako.

Traoré L-B., 2008, *L'excision au Mali, Mythes, réalités et perspectives*. UNFPA Bamako.

Traoré L-B., 2009, *L'excision au Mali, Mythes et réalités*. UNFPA Bamako.

Traoré S., 2015, “Mali: Nous voulons une Loi qui interdise l'excision”, Emission RFI. Publié le 06/02/2015. Disponible sur <https://www.rfi.fr/fr/afrique/20150205-mali-nous-voulons-une-loi-interdise-excision>

Unicef, 2016, *Female Genital Mutilation/Cutting: a global concern*, UNICEF, New York.

Zahan D., 1963, *La dialectique du verbe chez les bambara*, Paris, Mouton

© 2016 Traoré, License Bamako Institute for Research and Development Studies Press. Ceci est un article en accès libre sous la licence the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>)

Type d'article : Recherche

Représentations sociales des tradipraticiens et problématique de leur insertion dans le système de santé public en Côte d'Ivoire

Social representations of tradipracticians and the problem of their insertion into the public health system of Côte d'Ivoire

Kouakou Daniel YAO^{1,2,3}, Gbalawoulou Dali DALOUGOU^{1,3,*} et Maholy Antoinette ZAMBE¹

¹ Département de Sociologie et d'Anthropologie, Université Jean Lorougnon Guédé (Côte d'Ivoire)

² Groupe d'Etudes et de Recherches sur les Représentations Sociales (GERS-Abidjan)

³ Laboratoire d'Etudes et de Prévention en Psychoéducation (LEPPE-Abidjan)

* Correspondance : Email : dalougoudali@gmail.com ; Tel : (00225) 07 07 10 37 29

Résumé

Les tradipraticiens et leur méthode de soins sont semble-t-il confondus aux pratiques occultes et mystico-spirituelles. C'est un type de traitement qui, bien que sollicité par une large frange de la population dans les pays en voie de développement, sur la base des acquis culturels et traditionnels, fait face néanmoins à des polémiques en Côte d'Ivoire. L'objectif de la présente étude est de comprendre dès lors les représentations sociales des tradipraticiens chez les populations de la ville de Bonoua et qui donnent sens à la problématique associée à leur insertion au système de santé public ivoirien. L'étude s'inscrit dans une approche mixte mobilisant les techniques et outils afférant à la théorie des représentations sociales. Les principaux résultats montrent que les représentations sociales d'un sous-groupe de la population, associent les pratiquants de la tradithérapie à des charlatans tandis que pour un autre sous-groupe, ils constituent une réelle alternative à la médecine moderne. L'enjeu de leur insertion dans le système de santé public est inhérent à la professionnalisation du secteur.

Mots clés : Représentations sociales, Tradipraticiens, Insertion, Système de santé public, Bonoua
Abstract

Traditional healers and their method of care are apparently confused with occult and mystical-spiritual practices. It is a type of treatment which, although requested by a large segment of the population in developing countries, on the basis of cultural and traditional achievements, nevertheless faces controversy in Côte d'Ivoire. The objective of this study is therefore to understand the social representations of traditional healers among the populations of the city of Bonoua and which give meaning to the problem associated with their integration into the Ivorian public health system. The

study is part of a mixed approach mobilizing techniques and tools relating to the theory of social representations. The main results show that the social representations of a subgroup of the population associate traditional therapy practitioners with charlatans, while for another subgroup they constitute a real alternative to modern medicine. The challenge of their integration into the public health system is inherent in the professionalization of the sector.

Keywords: Social representations, Traditional healers, Integration, Public health system, Bonoua

1. Introduction

Les pays en voie de développement sont caractérisés par une insuffisance de ressources humaine et matérielle de qualité dans le secteur de la santé. Cette carence semble expliquer en partie, le recours des populations dans les villes et campagnes africaines à la médecine traditionnelle en marge du système formel de soins de santé (Yoro, 2004). En effet, 80% des populations africaines ont recours à la médecine traditionnelle pour ses besoins de santé. Cela pourrait laisser croire que le tradipraticien est un acteur de la politique de santé publique reconnu et valorisé (OMS, 2002). Or, cette hypothèse paraît s'écarte des constats empiriques. Aussi, l'Etat de Côte d'Ivoire, dans sa politique sanitaire nationale a-t-il créé, le Programme National de Promotion de la Médecine Traditionnelle (PNPMT), qui a pour mission d'organiser, de réglementer, de valoriser et de réhabiliter le secteur de la médecine et de la pharmacopée traditionnelle. La médecine et la pharmacopée traditionnelles sont réglementées de ce fait par la loi n°2015-536 du 20 juillet 2015 et le décret n°2016-24 du 27 janvier 2016 portant code d'éthique et de déontologie des praticiens de médecine et pharmacopée traditionnelles. Ce secteur compte plus de 8500 Praticiens de Médecine Traditionnelle recensés par le PNPMT et dont les capacités ont été renforcées en anatomie, hygiène conventionnelle, techniques de collecte et de conservation durable des plantes médicinales, maladies et programmes (MSHP, 2016). En outre, en 2014 une Unité de Médecine Traditionnelle a été créée au CHU de Treichville.

Cette médecine traditionnelle est, en outre, la somme totale des connaissances, compétences et pratiques qui reposent sur des théories, des croyances et des expériences propres à une culture et qui sont utilisées pour maintenir les êtres humains en bonne santé ainsi que pour prévenir, diagnostiquer, traiter et guérir des maladies physiques et mentales (OMS, 2013). La colonisation des pays africains s'est accompagnée d'une pénétration de la culture occidentale avec l'implantation de la médecine de l'occupant. La médecine traditionnelle africaine coexiste, donc, avec une médecine dite moderne (Tra Bi et Yao, 2019). Aujourd'hui en Afrique, la médecine traditionnelle constitue la principale source de soins médicaux face aux nombreux défis auxquels les systèmes de santé sont confrontés et qui se caractérisent par la faible performance des services préventifs et curatifs, le coût élevé des prestations dans les établissements hospitaliers, la forte dépendance vis-à-vis de l'extérieur en matière d'approvisionnement en médicaments essentiels, l'insuffisance du personnel, les pesanteurs socioculturelles relatives à la perception, la prise en charge et la prévention des maladies (Hougnihin, 2009 ; Tra Bi et Yao, 2019).

Paradoxalement, le tradipraticien est l'un des acteurs de santé en Afrique dont les pratiques, les techniques de production de soins et les médicaments sont les plus contestés (Tchicaya-Obo et al.,

2014). Les causes de cette défiance sont à rechercher a priori dans l'utilisation par le tradipraticien de plantes, parties d'animaux, thérapies spirituelles et diverses croyances pour guérir ses patients (Sanogo et al., 2014). Ils leurs sont reprochés tour à tour, l'imprécision des pratiques thérapeutiques, absence d'indications posologiques sur les flacons, absence de date de péremption, indications thérapeutiques sans distinction de sexe ni d'âge (Yoro, 2004). De ces constats contradictoires émerge un paradoxe qui est que les populations africaines recourent à la médecine traditionnelle africaine alors qu'il subsiste un sentiment de méfiance vis-à-vis d'elle, malgré les efforts consentis par les autorités politico-administratives pour la professionnaliser. D'où le problème de recherche qui nous intéresse ici à savoir : le maintien du recours à la médecine traditionnelle par les populations ivoiriennes.

La représentation sociale peut être définie comme un processus sociocognitif ou un système d'appréhension qui filtre ce qui vient du monde extérieur et par lequel, un individu ou un groupe reconstitue le réel auquel il est confronté et lui attribue une signification spécifique » (Abric, 1994 ; Abric, 2003).

Aussi, l'objet d'étude « tradipraticiens » peut ainsi être étudié en mobilisant la théorie des représentations sociales car il remplit les cinq (5) critères définis par Moliner (1993) pour être un objet de représentation sociale : i)- les tradipraticiens bénéficient d'un statut particulier du fait qu'ils savent soigner certaines pathologies que la médecine conventionnelle a du mal à déchiffrer ; d'où leur spécificité ii)- les tradipraticiens ont une association (PNPMT) qui œuvre à améliorer la couverture des besoins sanitaires de la population et le statut des adhérents, d'où les aspects groupaux associés à l'objet étudié ; iii)- l'aspect des enjeux inhérents à l'objet social s'apprécie à travers traditionnel et socio-culturel pour les autochtones, socio-sanitaire pour l'ensemble des communautés (alloèles et allochtones) et conflictuel entre les pratiquants de la médecine conventionnelles et le PNPMT et socio-politique et sanitaire pour les autorités. iv)- nous observons une pluralité du choix d'itinéraires thérapeutiques de la population et une interaction entre les différents groupes sociaux (tradipraticiens et agents de santé conventionnelle) aboutissant ainsi à une pratique thérapeutique utile, protégée faisant l'objet de divergence d'opinions (absence d'orthodoxie de pensée) ; v)- les systèmes de pensée dépendant des groupes qui interagissent, diffèrent d'un groupe à un autre (dynamique de communication autour de l'objet).

Ainsi la théorie des représentations sociales s'avère utile ici et constitue « une forme de connaissance, socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourante à la construction d'une réalité commune à un ensemble social. Cette forme de connaissance est distinguée de la connaissance scientifique » (Abric, 1994). Elle permet d'expliquer les orientations des conduites et des rapports sociaux. Elle permet de justifier des conduites et des rapports sociaux tout en facilitant la communication sociale.

En considérant tous ces éléments, les représentations nous aident à poser les questions suivantes : quelles sont les modalités de représentations sociales des tradipraticiens chez les différents groupes d'acteurs ? Quels sont les enjeux liés à l'insertion des tradipraticiens au système de santé public ivoirien ?

2. Matériaux et Méthodes

2.1. Site et population de l'étude

Située au sud-est de la Côte d'Ivoire, la localité de Bonoua appartient au département de Grand-Bassam et à la région du Sud-Comoé, dans une zone de forêt humide. Cette ville a une population estimée à 43728 habitants (UVICOCI, 2016). La ville de Bonoua entourée de forêt et de savane est un espace propice pour disposer des plantes médicinales selon les tradipraticiens, (Leneuf, 1959 ; Guillaumet et Adjanohoun, 1971). Ces tradipraticiens sont souvent des *comians*, guérisseurs et/ou féticheurs traditionnels chez le grand groupe ethnique Akan auquel se réfèrent les habitants autochtones de la ville de Bonoua.

La présente étude est réalisée auprès de toutes les catégories sociales de la ville et dans le Centre Hospitalier Général de Bonoua (HGB). La population mère comprend les tradipraticiens, le personnel sanitaire de l'HGB et la population locale (ménages) dans le but de récolter des informations liées à leur représentation sociale face aux tradipraticiens. Nous avons choisi l'échantillonnage aléatoire stratifié et l'échantillonnage aléatoire simple. La combinaison des deux (2) techniques permet d'obtenir un échantillon représentatif en donnant une probabilité identique à chaque unité statistique d'apparaître dans l'échantillon tout en intégrant certaines variables filtres comme le sexe, l'âge, la religion, le fait de recourir aux tradipraticiens ou non, le fait d'être bénéficiaire d'une assurance santé ou pas, etc. (Guéguen, 2013). Pour obtenir le nombre de ménages à enquêter, nous avons utilisé la formule probabiliste pour déterminer le seuil minimal qui peut nous permettre de valider de manière corrélationnelle, les résultats de notre étude (Guéguen, 2013) :

La taille de l'échantillon se calcule avec la formule suivante :

$$n = t^2 \times p \times (1-p) / m^2$$

- ✓ **n** : taille d'échantillon minimale pour l'obtention de résultats significatifs pour un événement et un niveau de risque fixé
- ✓ **t** : niveau de confiance (la valeur type du niveau de confiance de 95 % sera 1,96)
- ✓ **p** : proportion estimée de la population qui présente la caractéristique
- ✓ **m** : marge d'erreur (généralement fixée à 5 %)

Ainsi, pour un événement ayant une probabilité de réalisation de 40 %¹, en prenant un niveau de confiance de 95 % et une marge d'erreur de 5 %, la taille d'échantillon devra être de $n = 1,96^2 \times 0,4 \times 0,6 / 0,05^2 = 368,79$, soit **369 chefs de ménages**.

Tableau 1 : Récapitulatif de l'échantillon d'étude en fonction des outils utilisés

Population	Effectifs	Pourcentages	Outils de collecte de données
Médecin	3	0.79 %	Guide d'entretien
Sage-femme	4	1.05 %	Guide d'entretien
Infirmier	1	0.26 %	Guide d'entretien
Tradipraticien	3	0.79 %	Guide d'entretien
Ménage de Bonoua	369	97.10 %	Questionnaire d'évocations hiérarchisées

¹ Taux estimé de personnes visitant les tradipraticiens selon les acquis de la revue critique de la littérature et nos enquêtes exploratoires (Ministère de la Santé et l'Hygiène Publique, 2016).

Total des enquêtés	380	100%	-----
---------------------------	------------	-------------	-------

2.2. *Production de données*

Nous avons utilisé l'approche mixte dans l'étude qui a débuté en juillet 2019 et a pris fin en octobre 2019, en mobilisant plusieurs techniques de recueil d'informations usuelles comme la recherche documentaire (grille de lecture), l'observation directe (grille d'observation), l'entretien (guide d'entretien semi-structuré) et spécifiquement aux représentations sociales, l'enquête par sondage (questionnaire d'évocations hiérarchisées).

Le questionnaire d'évocations hiérarchisées que nous avons utilisé est un outil d'association libre dont l'énoncé permet à l'enquêté de s'exprimer librement suite à une phrase inductive en l'occurrence : « pouvez-vous nous dire ce qui vous vient immédiatement à l'esprit lorsque vous entendez le mot **tradipraticien** ? ». Par la suite, il est demandé à l'enquêté de faire un classement (hiérarchisation) des évocations produites lors de la première phase. Ces deux (2) opérations permettent d'obtenir des éléments exploratoires qui renseignent sur les représentations sociales de l'objet sous étude (Vergès, 2001).

Le guide d'entretien explore les différents sous-thèmes liés à la thématique des tradipraticiens notamment, leurs représentations sociales, les effets valorisés culturellement et les pesanteurs qui desservent leur profession, leur pertinence face au système de santé public ou encore les propositions pour l'amélioration de leur image au niveau social.

2.3. *Méthodes d'analyse des données*

Nous avons utilisé trois (3) méthodes d'analyse usitées dans les représentations sociales notamment de contenu, prototypique et de similitude.

Analyse de contenu : l'analyse de contenu permet de dégager les significations, associations et intentions. Elle a permis d'étudier les unités fondamentales (opinions, attitudes, stéréotypes) qui structurent le contenu des représentations sociales de l'objet analysé. Le contenu est formé par l'ensemble des éléments d'une représentation (Flament, 1994), via les productions discursives des participants (Negura, 2006).

Analyse prototypique et catégorielle : l'analyse prototypique opérationnalise l'étude des items résultant des évocations hiérarchisées. En d'autres termes, les indicateurs de centralité (fréquence d'apparition ou saillance des mots combinés à importance accordée par le sujet à ces mêmes productions) sont pris en compte (Abric, 1994). Les données sont traitées avec le logiciel EVOC 2005 et les résultats sont rendus à travers le tableau à quatre (4) cases où la case en supérieure gauche (noyau central), retient les éléments susceptibles d'appartenir au noyau central tandis que la case supérieure droite (première périphérie), enregistre les éléments gravitant autour des éléments centraux (Vergès, 1992, 2001).

Analyse de similitude : la méthode initiée par Degenne et Vergès (1973) s'appuie sur la théorie

des graphes en soulignant les relations fortes entre les éléments de la représentation « c'est-à-dire, les relations de proximité, de ressemblance, de similitude, voire d'antagonisme » (Moliner et al., 2002). Les données ont été traitées à partir du logiciel SIMI 1997 version 2.1 conçu précisément pour les graphes de similitudes dans les champs des représentations sociales. Les graphes contribuent à donner sens aux représentations sociales en identifiant objectivement et systématiquement les caractéristiques spécifiques des discours.

3. Résultats

3.1. Acteurs et représentations sociales des tradipraticiens

L'identification des acteurs impliqués dans l'insertion des tradipraticiens dans le système de santé public passe par l'analyse des tableaux (rang X fréquence) qui explorent les représentations sociales des populations et les graphes de similitude qui approfondissent les relations de proximité, de ressemblance, de similitude, voire d'antagonisme au sein de ces représentations sociales identifiées.

Tableau 2: Répartition des évocations liées à la représentation sociale des tradipraticiens selon le croisement de la fréquence et du rang chez l'ensemble des ménages enquêtés

Case 1		Case 2	
Fréquence >= 15 et Rang Moyen < 2,1		Fréquence >= 15 et Rang Moyen >= 2,1	
Extrait-de-plantes	18 2,000	Guérisseur	139 3,424
Médecine- traditionnelle	16 1,000	Plante-naturelle	109 3,560
Case 3		Case 4	
Fréquence < 15 et Rang Moyen < 2,1		Fréquence < 15 et Rang Moyen >= 2,1	
Traitemen-t traditionnel	10 2,000	Extrait-de-plante	14 5,000
Racine-médicale	9 2,000	Soin-thérapeutique	14 4,714
Potion-naturelle	7 2,000	Infusion-anal	13 4,769
Médicin-e traditionnel	6 1,000	Médicament-traditionnelle	13 4,000

La case du noyau central (case 1 en gris) des représentations présente les items « extrait de plante et médecine traditionnelle ». Pour les enquêtés, dans leur ensemble, le recours aux soins des tradipraticiens s'explique *a priori* par des facteurs biomédicaux.

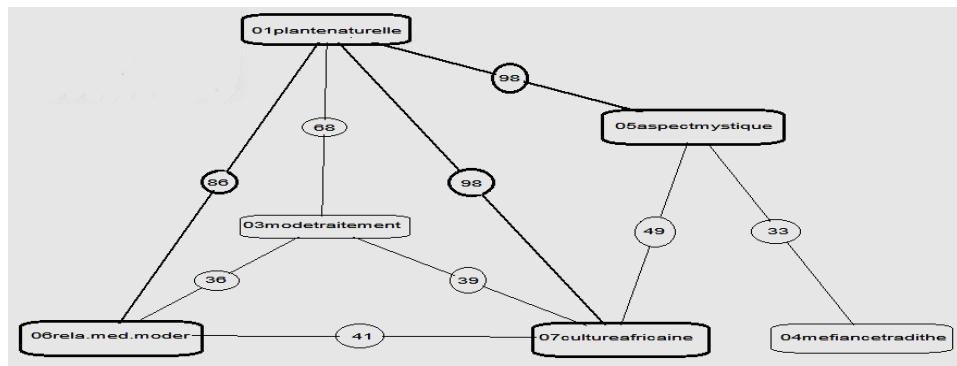


Figure 1: Graphe de similitude de la représentation sociale liée aux tradipraticiens par la population de Bonoua enquêtée au seuil 33

Le graphe de similitude des sujets associé à la représentation sociale met en exergue spécifiquement des *appréciations mystiques* (guérisseur), *biomédicale* (plante-naturelle), *socio-culturelle* (soin-traditionnel). Ainsi, « l’aspect mystique » produit chez la population, un sentiment de « méfiance ou d’opacité », ce qui concourt en partie à pérenniser la problématique de l’insertion des tradipraticiens dans le système de santé public ivoirien.

La clique fermée « culture africaine-modèle de traitement–plante naturelle-relation avec la médecine moderne » valide par ailleurs, la représentation sur les causes du recours aux médicaments traditionnels ancrées sur les dimensions culturelle et biomédicale. L’extract de discours de monsieur K. V. [Soudeur, marié, 42 ans], nous situe davantage sur ce point :

« Un tradipraticien est un spécialiste de la médecine traditionnelle dont le savoir-faire pour guérir ses patients est basé sur l'utilisation des plantes, des extraits d'animaux etc... »

Ces éléments de langage viennent renforcer la croyance sur les tradipraticiens qui seraient des êtres à craindre et dotés de pouvoirs mystiques à mêmes de traiter diverses pathologies.

3.2. Représentations sociales et variables modulatrices liées aux chefs de ménage

3.2.1. Chef de ménage et statut relatif à la mutuelle d’assurance santé

Le fait d’être bénéficiaire d’une assurance maladie (protégé) ou pas (position de vulnérabilité), est susceptible de moduler la représentation sociale des ménages investigués par rapport aux tradipraticiens.

Tableau 3: Répartition des évocations de la représentation sociale des tradipraticiens selon le statut de bénéficiaire ou non d’une mutuelle d’assurance santé chez les chefs de ménages

Chef de ménage avec assurance maladie	Chef de ménage sans assurance maladie
Fréquence ≥ 15 et Rang Moyen $< 2,9$	Fréquence ≥ 15 et Rang Moyen $\geq 2,9$
Guérisseur 2,896	Indigénat 2,275
Médicament-traditionnel 29	Soigner-par-plantes 25

2,241	2,240
-------	-------

Les ménages bénéficiant d'une mutuelle d'assurance santé seraient portés sur la *dimension mystique* (guérisseur) et *socio-culturel* (médicament-traditionnel). Pour les assurés, le « guérisseur » représente aisément l'identité du tradipraticien qui maîtrise les « médicaments traditionnelles ». Monsieur A. F. [Pompiste, marié, 38 ans], nous donne son opinion :

« Je n'aime pas les tradipraticiens parce qu'ils ne sont pas simples. Ils pratiquent trop les choses occultes et la magie noire. Trop de totems et rien n'est simple avec eux. »

Pour les ménages ne bénéficiant pas d'une mutuelle d'assurance maladie, les tradipraticiens sont associés aux items « indigénat et soigner-par-plante ». Le recours aux soins tradithérapeutiques s'explique a priori selon eux par des facteurs socioculturels. Madame B. K. [Institutrice, mariée, 47 ans], déclare à ce propos :

« Pour moi le tradipraticien, c'est celui qui soigne à partir de méthodes traditionnelles que ce soit par des plantes ou des méthodes anciennes utilisées par les plantes africaines pour soigner les malades. Ma grand-mère était une Comian. Elle guérissait les gens aussi avec les visions et les cauris, mais très souvent par les plantes ».

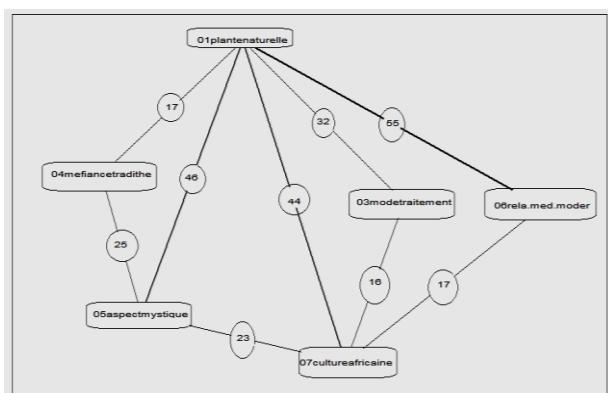


Figure 2 : Graphe de similitude au seuil 16 de la représentation sociale des tradipraticiens par les ménages avec mutuelle d'assurance santé

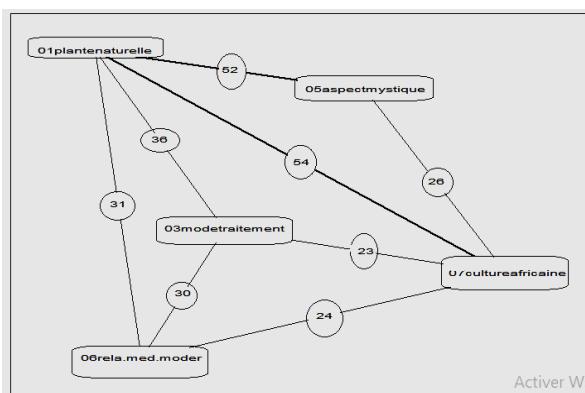


Figure 3 : Graphe de similitude au seuil 23 de la représentation sociale des tradipraticiens par les ménages sans mutuelle d'assurance santé

Pour les ménages possédant une assurance santé, le graphe de similitude permet d'insister sur les informations suivantes : les représentations sociales liées aux tradipraticiens tiennent compte des dimensions *bio-naturelles* (plante-naturelle), *sociale* (relation entre médecine moderne et médecine traditionnelle) et *mystique* (aspect-mystique).

Cette hétérogénéité des évocations tend à traduire une ambivalence représentationnelle chez ce sous-groupe de répondants comme en témoigne l'extrait d'entretien de Madame G. O. [commerçante, mariée, 41 ans] :

« Pour moi, le tradipraticien rime avec médicament traditionnelle et le fétichisme. Nous sommes tout le temps confronté à cela au quotidien et tantôt ils peuvent aider et tantôt surtout ils peuvent aggraver ton cas en te vendant des illusions de médicaments »

Parallèlement, pour les ménages ne bénéficiant pas d'une mutuelle d'assurance maladie, nous retenons que l'accent est mis dans les représentations sur les aspects : *biomédical* « plantes naturelles », *socio-culturels* « culture africaine » et *mystiques* « aspect-mystique ». La clique fermée « modèle de traitement, relation de la médecine moderne » s'ancre dans les valeurs traditionnelles et soulignent ainsi, la prégnance du facteur culturel dans la construction du rapport aux tradipraticiens chez ce sous-groupe d'enquêtés. Monsieur P. M. [Agriculteur, marié, 55 ans], ne dit pas autre chose quand il affirme dans l'entretien que :

Le tradipraticien utilise toujours les plantes naturelles pour soigner ses patients, même quand c'est des maladies graves. Chez nous, il y a chaque année une fête de générations et les tradipraticiens ne manquent pas d'y être. Il y a des comians, des féticheurs, des voyants, tous ceux-là soignent aussi des gens. Faut juste être initié ou les connaître de près pour savoir qu'ils ne sont pas dangereux comme les gens le prétendent. Nous sommes en Afrique, cela fait partie de notre culture. »

3.2.2. Chef de ménage et confessions religieuses

A l'instar de la mutuelle d'assurance santé, la variable « confession religieuse » serait susceptible de moduler la représentation sociale associée aux tradipraticiens chez les populations investiguées.

Tableau 4: Répartition des évocations de la représentation sociale des tradipraticiens selon le statut de bénéficiaire ou non d'une mutuelle d'assurance santé chez les chefs de ménages

Chef de ménage chrétien		Chef de ménage musulman	
Fréquence ≥ 7 et Rang Moyen < 2		Fréquence ≥ 13 et Rang Moyen $< 2,5$	
Soigner-par-plantes	9 1,000	Soigner-par-plantes	14 1,571
Fétichisme	7 1,857	Mystique	13 2,385
Chef de ménage animiste			
Fréquence ≥ 15 et Rang Moyen $< 2,9$			
Guérisseur		18 1,643	
Médicament-traditionnel		19 1,851	
Culture-africaine		18 1,889	

Pour les ménages chrétiens, le tradipraticien soigne par les plantes avec un fond de fétichisme. Cette représentation est similaire aux ménages musulmans pour lesquels, le tradipraticien use des plantes médicinales avec des incantations ou formules mystiques comme principe actif. Ces deux sous-groupes qui ont pour référence des religions monothéistes (rejet des génies) semblent anathématiser les tradipraticiens, même s'ils leur reconnaissent le « pouvoir » de traiter ou soigner en partie les pathologies par les plantes.

A l'opposé des deux premiers groupes, les ménages de confession animistes adoubent dans leur représentation, les tradipraticiens qui sont perçus comme des guérisseurs qui ont la maîtrise des médicaments traditionnels et qui sont des marqueurs de l'identité ou de la culture africaine.

Au demeurant, la variable confession religieuse produit une influence sur le contenu des représentations sociales chez les ménages investigués dans le cadre de l'étude.

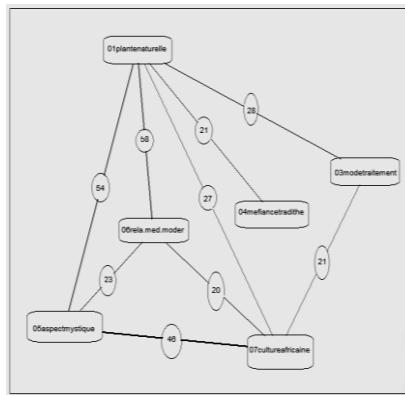


Figure 4: Graphe de similitude associé à la représentation sociale des tradipraticiens par les chrétiens au seuil 20

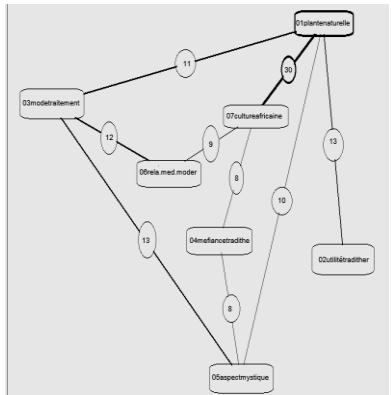


Figure 5 : Graphe de similitude associé à la représentation sociale des tradipraticiens par les musulmans au seuil 8

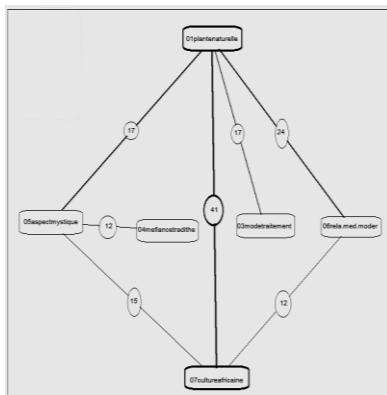


Figure 6: Graphe de similitude associé à la représentation sociale des tradipraticiens par les animistes au seuil 12

Le graphe de similitude 4 des ménages chrétiens présente les tradipraticiens comme des acteurs utilisant des « plantes naturels », *dimension biomédicale*, avec le support de l’« aspect mystique », *dimension mystique* dans le contexte de la « culture africaine ». Cette construction ternaire est rendue par les productions langagières de monsieur F. C. [Menuisier-Ebéniste, marié, 58ans] :

« *Je pense qu'ils exagèrent tous simplement dans le dosage des médicaments et qu'ils s'impliquent un peu moins sur l'hygiène. En plus, ils ne soignent pas seulement avec des plantes, mais ils invoquent des esprits qu'on ne maîtrise pas pour donner plus d'efficacité et de pouvoir à leur traitement. Nous, en tant que chrétien, c'est difficile pour nous d'accepter cette partie mystique.* »

La dimension spirituelle regrouperait ainsi des logiques sociocognitives susceptibles d'aider à éclairer la problématique des tradipraticiens au sein de la communauté contemporaine.

Cette prise de position des ménages chrétiens est mitoyenne de celle des ménages musulmans, car pour ces derniers, le graphe de similitude 5 s'organise autour de deux pôles : « plantes naturelles » et « culture africaine ». La construction mystico-culturelle est traduite par les propos de monsieur O. R. [Transporteur, marié, 49 ans] :

« *La médecine traditionnelle fait partie de nos coutumes depuis des siècles. Aujourd'hui encore, elle continue d'exister et je ne pense pas quelle s'arrêtera. Car, le tradipraticien fera toujours partie de notre culture africaine. Dans certaines régions même, ils sont comme des demi-dieux. Mais en même temps, il y a aussi un côté mystique qui peut déranger un peu lorsqu'on est d'une autre religion.* »

Madame Y. K. [ménagère, mariée, 38 ans], abonde dans le même sens que l'enquêté précédent en ajoutant :

« *Parler de tradipraticien c'est parler de mysticisme pour moi, ce n'est jamais l'un sans l'autre. Cela est normal pour eux.* »

Pour ces acteurs, en effet, le recours à la pratique des soins avec les tradipraticiens tiendrait au fait que cela soit ancré dans nos cultures et traditions.

Les ménages animistes enfin, se positionnent à l'opposé des deux premiers groupes enquêtés car pour eux, le graphe de similitude 6 expose des éléments représentationnels liés à « plante-naturelle » et « culture-africaine ». Cela marque l'attachement fort entre ces répondants animistes et les tradipraticiens. Cet ancrage issu de la tradition et de la culture dans un contexte de semi-urbanité dans la zone de Bonoua, est manifeste via l'économie de l'extrait d'entretien de madame Z. T. [Couturière, mariée, 45 ans] que nous exploitons à présent :

« Chez nous, il y la fête de génération et le Popo carnaval et d'autres fêtes encore et à chaque fois, nos tradipraticiens participent comme garants de la tradition et pour aider les populations à se soigner sans trop d'argent. Ce sont les comians, ce que les gens appellent féticheurs là...hum c'est ça. Ils ont beaucoup de connaissances mystiques hein et ils connaissent des plantes et ils parlent avec nos ancêtres, tout ça, c'est notre tradition, oui !!! C'est notre culture même ! »

Que faut-il retenir des représentations sociales identifiées en lien avec la problématique des tradipraticiens dans l'étude ?

Synthèse critique des représentations sociales diversifiées liées aux tradipraticiens

Nous retenons *in fine*, la coexistence au sein de la population investiguée à Bonoua, de deux représentations sociales divergentes sur les tradipraticiens : ceux qui les déprécient et ceux qui les valorisent.

i). Représentation sociale dévalorisante des tradipraticiens

Il existe un sous-groupe d'enquêtés qui lie dans leur représentation, les tradipraticiens à des charlatans, guérisseurs ou arnaqueurs aux pratiques souvent peu fiables et dominées par le mysticisme. Cela s'exprime par le témoignage de Mme C. F. [Sage-femme, mariée, 45 ans] :

« Les tradipraticiens pratiquent une médecine traditionnelle qui est bonne. Le seul souci, c'est que le dosage et l'hygiène des médicaments inquiètent car, nous ne connaissons pas le degré de dosage et le niveau équivalent à l'âge et le poids du malade. Au niveau de l'hygiène, les reproches sont à n'en point finir. Mais, le médicament lui-même est bon souvent et les tradipraticiens aussi. »

L'enquêté G. B. [éducateur, homme, marié, 38 ans] nous dit qu'il les évite systématiquement :

« J'évite de solliciter la tradithérapie car pour moi, c'est quand même quelque chose de fort par rapport au dosage de médicament, c'est trop exagéré. Ils ne font pas les dosages de manière normal ce qui peut empiéter sur ton organisme et celui des enfants. C'est à dire que le traitement te soigne mais le dosage est exagérer, alors que lorsque tu pars en pharmacie on te dit prend un comprimé le matin, un à midi et un le soir. Une façon de doser un peu le traitement contrairement aux tradipraticiens. »

Les griefs des enquêtés se focalisent sur les traitements approximatifs des tradipraticiens avec dosages non-maitrisés et le manque d'organisation. Selon eux, des connaissances académiques (la

majorité des tradipraticiens est illettrée) est requise pour prétendre avoir des compétences médicales pour soigner un individu comme le soutient monsieur C. P. [aide-soignant, célibataire, 28 ans] :

« J'ai fait le choix d'éviter d'aller vers eux parce qu'ils n'ont pas forcément fait de circuit normal. Circuit tel qu'on le connaît actuellement, médecine ou bien une formation en bonne et due forme et venir compléter par des méthodes traditionnelles. Un individu, comme ça, qui utilise des méthodes traditionnelles, mais, à la base a une formation correcte en bonne et due forme alors oui ça peut passer. »

La dimension socio-culturelle (mystique) fait également partie des facteurs de la dépréciation représentationnelle car le tradipraticien est un soignant qui utilise des méthodes traditionnelles anciennes en plus de méthodes occultes (rituel mystique). Ces usagers n'adhèrent pas à ces méthodes de soins « métaphysiques » comme les propos de monsieur Z. K. [commerçant, homme, polygame, 40 ans] le montrent :

« Moi je suis musulman, bien que le maraboutage soit reconnu dans l'islam, j'ai été élevé sans avoir connaissance de ces choses et je ne fais pas partie de ces pratiques mystiques car, j'ai foi en mon Dieu et je ne fais pas confiance aux charlatans qui s'auto proclament guérisseurs alors quand mes enfants sont malades, je les envoie directement voir un pédiatre tout court. »

ii). Représentation sociale valorisante des tradipraticiens

Les tradipraticiens sont valorisés positivement dans certaines représentations car ils traitent des cas de maladies souvent incurables pour la médecine moderne. Cette position est souvent endossée par certains officiels comme Docteur D. W. [médecin généraliste, Hôpital général de Bonoua, 47 ans] :

« Les tradipraticiens nous sont d'une grande utilité. Les produits qu'on utilise aujourd'hui, ce sont les produits qu'on utilisait avant. Il y'en a qui ont été reconduits dans d'autres pays. Ils ont reconnu l'efficacité de ces médicaments traditionnels aujourd'hui et puis on utilise de façon moderne ! Donc je me dis qu'ils ont leur place, mais qu'ils soient réglementés. Souvent, on prend des choses on ne maîtrise pas trop la posologie, vraiment. Il n'y a pas longtemps, il y'a un jeune de mes patients qui avait un problème de rectum, il a pris des médicaments traditionnels et depuis lors son rectum ne descend plus. »

Une autre enquêtée B. H. [aide-soignante, hôpital général de Bonoua, 29 ans] nous dit que :

« J'ai pu voir que mes enfants étaient tout le temps enrhumés. Ils ont trainé 4 à 5 mois de rhume, on a tout fait, nous sommes partis à l'hôpital, avant d'aller maintenant chez une tradipraticienne et le résultat après une semaine, tout a disparu, si c'est pour les dents qui poussent, après ils ne chauffent plus et ça va bien chez mes enfants ».

La dimension socio-médicale est l'un des éléments clés qui militent pour l'insertion des tradipraticiens dans le domaine médical moderne. Les résultats présentent un objet social basé sur le socle de la recherche médicale africaine.

Le tradipraticien est considéré aussi comme le dépositaire du savoir ancestral qu'il a pour mission de répandre dans la société. Le recours à lui résulte aussi bien de la science qu'il possède ou est censé posséder que du sentiment qu'a la société de passer par cet intermédiaire utile pour obtenir l'opinion

des ancêtres. Les tradipraticiens font partie intégrante de l'histoire de la santé ivoirienne et leur thérapie de nos mœurs, nos us et coutumes. C'est dans cette perspective qu'un de nos enquêtés, monsieur H. T. [Agriculteur, marié, 52 ans] dit ceci :

« Cela fait partie de notre culture... là où la médecine des blancs ne peut avoir de solutions nous on les voit et tout est réglé... Même lorsque mes enfants sont venus au monde. Et moi mes parents m'y emmenaient aussi depuis tout petit »

Un autre enquêté, monsieur O. R. [Policier, marié, 47 ans], vient renforcer ces éléments de réponse à travers les éléments de discours suivants :

« L'Afrique c'est l'Afrique. L'Afrique a ses méthodes... Les médecins ont vu des maladies qu'ils n'ont pas pu expliquer et que le tradipraticien a guéri... Parce que souvent en Afrique, il faut le dire les choses sont telles quelles sont. Les maladies africaines ne sont pas forcément des maladies naturelles comme on le dit... Il faut croire un peu au côté surnaturel, un peu mystique de l'Afrique pour pourvoir croire au tradipraticien. Ça va ensemble. Ceux qui ne croient pas au côté mystique de l'Afrique ou guérison par les choses mystiques, n'iront jamais vers les tradipraticiens parce qu'ils n'y croient pas. Mais bon, nous sommes africains, on ne peut pas vivre en Afrique sans mettre sur la table ce genre de chose là. »

La tradithérapie est enracinée dans la culture et très souvent aux sciences occultes. Le continent Africain possède plusieurs méthodes traditionnelles pour traiter des maladies incurables même si le traitement est peu conventionnel par rapport à la médecine moderne. A ce sujet, Docteur T. V. [Médecin généraliste, 50 ans] déclare ceci :

« Ce que je peux dire à ce niveau, c'est que nous sommes en Afrique. Et tout bon africain sait qu'à l'origine, nous avons tous été soignés avec des plantes. Donc, aujourd'hui en Côte d'Ivoire, tout le monde sait que les plantes peuvent soigner. Mais, une autre réalité encore, c'est que dans certaines régions de la Côte d'Ivoire, cette pratique est encore plus développée. Par exemple, au nord, c'est beaucoup pratiqué, mais au sud ici, on est trop intellectuel. On veut tous aller à l'hôpital d'abord. »

L'autre point est celui de l'insuffisance d'accès aux médicaments essentiels et le faible pouvoir d'achat des populations qui justifient le renouvellement incessant de l'engouement pour la médecine traditionnelle. A titre illustratif, les frais de visite médicale varient entre 10.000 et 15.000 francs CFA (15 à 23 euros) pour les médecins, alors que les tradipraticiens accepteraient volontiers le dixième ou moins de ce montant pour des prestations de qualité acceptable, si l'on en juge par la fréquence de leur clientèle. Ainsi la dimension socio-économique fait partie des facteurs lourds liés à ce phénomène comme le souligne Docteur K. G. [Médecin, diététiste, hôpital général de Bonoua] :

« Oui, je te dirai oui parce qu'ils sont accessibles. Ils ne sont pas onéreux. Donc, si le patient n'a pas de grands moyens, avant de venir à l'hôpital ici, il faut noter qu'ils sont passés ailleurs et 'passer ailleurs' ne veut pas dire qu'ils sont passés dans un hôpital moderne. Ils sont allés voir un tradipraticien d'abord. Ils ont dû payer une certaine caution et ça n'a pas marché et ils viennent ici. Donc, les tradipraticiens sont le premier recours pour notre population et je pense que c'est lié à la pauvreté. Le niveau scolaire pas justifié, parce que même les personnes qui se disent instruites entre guillemets vont vers eux. »

Dans la même optique, une autre enquêtée, madame D. F. [commerçante, mariée, 32 ans] avance

que :

« J'aime les soins avec les tradipraticiens parce que, non seulement leurs médicaments sont très efficace mais, ils sont moins chers par rapport aux médicaments des blancs. Je suis mère de trois enfants. Quand mes enfants sont malades les frais médicaux me reviennent trop chers. Pour un médicament qui traite le palu coûtant cinq mille en pharmacie. Je les ai à pratiquement a mille franc CFA chez le tradipraticien avec le même résultat. »

Le tradipraticien bénéficie de la légitimité sociale et culturelle de la communauté au sein de laquelle, il déploie son savoir. Sa contribution à la couverture des soins primaires des populations et en particulier des populations rurales est importante.

Qu'en est-il des enjeux associés finalement à l'insertion des tradipraticiens au sein du système de santé public en Côte d'Ivoire selon les populations enquêtées ?

3.3. *Enjeux de l'insertion des tradipraticiens au système de santé public ivoirien*

Les méthodes qu'emploient les tradipraticiens pour administrer leurs soins sont tantôt dénoncées, tantôt agréées. Cette conjoncture est tributaire du contexte dans lequel chaque individu les appréhende car, ces enjeux sont pluridimensionnels.

3.3.1. Enjeu socio-sanitaire lié à l'insertion des tradipraticiens au système de santé public

Dans une dimension structuro-organisationnelle, les tradipraticiens sont caractérisés comme des acteurs qui n'ont pas de compétence et de formation académique. A cet effet, Docteur K. B. [Médecin généraliste, chef de service, 50 ans] déclare que :

« Sur le plan social, généralement, il faut qu'on le dise, la plupart quand on les croise, ils n'ont pas un niveau intellectuel élevé. Pour certains, ils ne sont même pas allés à l'école, d'autres ils sont allés, mais ils ne sont pas arrivés loin. Ils sont rares ceux qui ont un niveau intellectuel élevé. Il y en a mais, ils sont rares. »

Aujourd'hui, le Ministère de la Santé s'emploie à organiser la corporation en les regroupant afin de pouvoir mieux les contrôler au profit du bien-être sanitaire de la population, car il reconnaît l'existence de bons thérapeutes. Le Docteur T. F. [Médecin généraliste, responsable du Ministère de la Santé pour la localité, 53 ans] le précise en ces termes :

« En Côte d'Ivoire, comme vous le savez, le ministère de la santé a essayé et essaie toujours d'organiser les tradipraticiens. Et puis, il est en train d'établir une collaboration. Pourquoi ? Parce qu'il ne faut pas qu'on ignore complètement les soins qu'il y a dans cette pratique. C'est vrai que nous au ministère de la santé, nous avons fait de la médecine moderne, mais comme je le disais tantôt, les soins moi j'en ai reçu des tradipraticiens et je suis là. On reconnaît qu'il y a dans leur pratique là une efficacité. En les organisant et en collaborant avec eux, on pourra savoir ce qui est bon pour les malades surtout. On collabore en termes de complémentarité. C'est ce que le ministère est en train d'organiser ».

3.3.2. Enjeu socio-politique lié à l'insertion des tradipraticiens au système de santé public

Sur le plan juridique et institutionnel, la reconnaissance formelle de l'activité de tradipraticien tarde à prendre forme. Il persiste un clair-obscur qui est source d'incertitude, aussi bien pour les praticiens que pour les patients. Aujourd'hui, un tradipraticien tient sa connaissance après avoir passé un temps d'apprentissage auprès d'un ainé (maître-formateur). C'est dans ce sens que monsieur K. D. [Tradipraticien, marié, 55 ans] affirme que :

« La collaboration avec le ministère de la santé doit être renforcée. Pour que, de plus en plus, on puisse découvrir les capacités que nous les tradipraticiens avons pour soigner nos parents. Cette collaboration renforcée, c'est aussi sur tous les plans hein ! Sur le plan médico-légal hein ! Nous aussi, on a prêté serment de façon traditionnelle devant les esprits des ancêtres pour bien soigner, donc y'a pas que des escrocs parmi nous. Donc, en nous organisant, on va mettre la déontologie comme pour les docteurs là !

Le tradipraticien est perçu comme le marginal car, il ne respecte aucune procédure juridique et institutionnel pour exercer selon l'imaginaire collectif. Pour l'heure, l'Etat n'a pas encore défini un canevas d'apprentissage procédural ainsi que des comportements à adopter dans l'exercice de leur fonction de tradipratien. Néanmoins, nous avons observé l'existence de règles et éthiques qu'ils respectent. A ce propos, dame F. H. [tradipraticienne, 58 ans, animiste] affirme :

« Je suis une bonne tradipraticienne parce que je guéris beaucoup de malades que les blancs ne peuvent pas guérir. Telles que l'épilepsie, fontanelle, hémorroïde, les maladies que les sorciers lancent sur les gens. Entre nous tradipraticiens, nous nous connaissons et nous nous entraidons. Si un parmi nous est un usurpateur, on le sait et il ne travaille plus avec nous. Dans les villages, les gens courrent vers nous, nos médicaments sont naturels. Mais nous avons beaucoup de limites, ce n'est pas à cause de nous, c'est la faute des grands, grands types. Pour avoir papiers pour ouvrir ta boutique et vendre tes médicaments, c'est palabre.

3.3.3. Enjeu socio-identitaire lié à l'insertion des tradipraticiens au système de santé public

La légitimité du tradipraticien est adossée à son utilité sociale et culturelle au profit de la communauté où il prodigue ses soins. En dehors de sa contribution à la couverture des soins primaires des populations, surtout en milieu rural, il est investi de la charge « d'éclaireur ou d'interface » entre les communautés et les mânes des ancêtres. Il use, ici, de l'ensemble des moyens physiques et métaphysiques, à l'instar des *Comians* pour promouvoir la santé et améliorer les conditions de vie, de manière générale, des membres de sa communauté.

Sur cette base, le tradipraticien est considéré aussi comme le dépositaire du savoir ancestral qu'il a pour mission de répandre dans la société et est un élément central d'identification et de valorisation de l'identité culturelle d'un peuple donné.

Le recours au discours de monsieur Y. Z., [chef communautaire, marié, 72 ans] pour illustrer l'aspect socio-identitaire est explicite :

« Le Comian ou tradipraticien comme tu as dit est le garant de la tradition de nos ancêtres. C'est lui qu'on consulte pour savoir ce qu'on doit faire en cas de problème grave. C'est lui aussi qui nous soigne et qui veille sur les fétiches et le bien de tout le village et même de nos enfants en ville à Abidjan là-bas. Il est vraiment important pour nous ici et il n'y a pas une cérémonie qui va se faire

sans lui (...).

Les tradipraticiens, en somme, font partie intégrante de l'histoire de la santé et leur thérapie relève de la normalité au regard de nos mœurs, us et coutumes.

4. Discussion

La discussion est construite autour de deux grands points qui sont les représentations sociales des tradipraticiens chez les acteurs identifiés et les enjeux liés à l'insertion des tradipraticiens au système de santé public ivoirien.

4.1. *Représentations sociales différencierées des tradipraticiens*

Les représentations sociales d'une partie des enquêtés associent le recours aux soins des tradipraticiens a priori à des facteurs biomédicaux. Pour une autre frange des répondants, les dimensions mystico-culturelle et biomédicale sont activées au sein des représentations sociales pour donner sens au phénomène analysé. Cela engendre une certaine « méfiance de la tradithérapie » dans cette communauté spécifique.

4.1.1. Représentations sociales valorisantes des tradipraticiens

Pour un sous-groupe d'acteurs sociaux, il existe des maladies qui ne peuvent être traitées par la médecine moderne et la tradithérapie a plusieurs fois prouvé son efficacité en guérissant ces maladies dites incurables. Ces faits sont structurant de la représentation sociale positive des tradipraticiens comme le confirme Suisse (2017) en ces termes : « malgré les avancées thérapeutiques, la médecine scientifique est effectivement confrontée à ses propres limites et le cancer reste, de nos jours, un véritable fléau ». Ainsi de nombreuses personnes qui souffraient de sorts, de maladies mystiques et d'autres maladies de la même catégorie, ont trouvé satisfaction en allant voir les tradipraticiens. C'est dans ce sens que Péquignot (1953) signifie que l'espace médical peut être envisagé comme une relation née de la confrontation de deux champs de connaissances et de significations : le champ du malade, considéré comme subjectif (affects, angoisse, espérance) et celui du médecin qui se définit davantage par son objectivité (récusant pour partie l'expérience du malade). Dans le contexte de la maladie, les croyances et les représentations s'imposent comme un prérequis perceptif (Herzlich, 1969).

Le tradipraticien est considéré comme le dépositaire du savoir ancestral qu'il a pour mission de répandre dans la société. Cela est attesté par les travaux de Gnintedem (2011), pour qui, le recours à ce type de soignant résulte aussi bien de la science qu'il possède ou est censé posséder que du sentiment qu'à la société de passer par cet intermédiaire utile pour obtenir l'opinion des ancêtres. Houngnihin (2011) valide effectivement le fait que les praticiens de la médecine traditionnelle, en raison de leurs compétences et de leurs rôles constituent le premier recours de soins. Ainsi, l'aspect socioculturel est-il fortement prégnant dans le schéma explicatif comme l'ont souligné (Jodelet, 2006 ; Tra Bi et Yao, 2019).

L'un des éléments qui valorisent encore les tradipraticiens, c'est que leurs services ne sont pas

onéreux. Ils rendent des services efficaces et à moindre coûts car pour Gnintedem (2011), l'insuffisance d'accès aux médicaments essentiels et le faible pouvoir d'achat des populations justifient le renouvellement incessant de l'engouement pour la médecine traditionnelle. Ce résultat est attesté par Matshidiso (2019) qui soutient aussi que de manière générale, cette médecine est plus accessible, moins coûteuse et mieux perçue par les populations locales. Lorsqu'elle est de qualité, elle permet de favoriser les traitements de santé dans les zones rurales reculées où les systèmes de soins conventionnels sont moins présents. Si on peut en garantir la qualité, elle pourrait être bénéfique à une grande partie de la population, sachant que pour beaucoup, elle constitue la principale voire l'unique source de soins. Mieux, pour Hougnihin (2009), la médecine traditionnelle et son pratiquant sont aujourd'hui en Afrique, plus qu'une alternative à la médecine conventionnelle. Elle constitue la principale source de soins médicaux face aux besoins croissants de la population et aux nombreux défis auxquels les systèmes de santé publics sont confrontés (faible performance des services préventifs et curatifs, coût élevé des prestations dans les établissements hospitaliers, forte dépendance vis-à-vis de l'extérieur en matière d'approvisionnement en médicaments essentiels, insuffisance du personnel, pesanteurs socioculturelles liées à la perception, la prise en charge et la prévention des maladies).

4.1.2. Représentations sociales dévalorisantes des tradipraticiens

Les tradipraticiens sont confrontés à de multiples pesanteurs comme le souligne déjà Pierret (1984), quand il déclare que les systèmes d'interprétation de la santé qui organisent les pratiques sociales et symboliques renvoient non seulement à la maladie et à la médecine, mais aussi au travail, à l'éducation, la famille et permettent de dégager des logiques de vie. Ainsi, la méconnaissance du dosage adéquat fait que certaines personnes évitent d'être en contact avec les tradipraticiens. Pour Suissa (2017), la société se modernise en même temps que la médecine scientifique devient la norme, éloignant naturellement les médecines dites traditionnelles. Contrairement à ces dernières, la médecine scientifique est davantage centrée sur la maladie plutôt que sur le malade avec la prise en compte d'agents pathogènes externes ou internes (Markova et Farr, 1994).

En somme, la modernisation du domaine médical a contribué à installer la médecine occidentale actuelle (factuelle et technicienne) comme pratique dominante et par là même, à rendre moins légitimes les médecines dites traditionnelles (médecine hétérodoxe) (Tra Bi et Yao, 2019). Nous pouvons ainsi y voir les fondements d'une séparation qui prend appui sur la mobilisation dans la tradithérapie d'une dimension socio-culturelle (mystique) qui nourrit chez plusieurs, la dépréciation représentationnelle de ce choix thérapeutique. Cette conjoncture est validée par Fainzang (1982) quand il écrit que « tant dans sa phase diagnostique que dans sa phase thérapeutique, la cure fonctionne comme mythe ». En effet, « la maladie et tous les faits qui s'y rapportent, et qui menacent l'intégrité de l'homme sont, dans ce champ de connaissances et de pratiques, perçus et rattachés aux manifestations du monde de l'invisible » (Zempleni, 1986).

4.2. Enjeux liés à l'insertion des tradipraticiens au système de santé public ivoirien

Les enjeux associés à la thématique traitée sont protéiformes et touchent aux dimensions institutionnelle, juridique, sociale, économique, sanitaire ou encore identitaire. Ces éléments incitent

les multiples acteurs aux différents niveaux d'insertion sociopolitique à œuvrer à la professionnalisation des tradithérapeutes pour donner corps à leur intégration dans le système de santé public formel. Dans une dimension structuro-organisationnelle, les tradipraticiens sont caractérisés comme des acteurs qui n'ont pas de compétence et de formation académique. L'*ultima ratio* serait de favoriser l'augmentation du potentiel des soins de santé primaires par des tradithérapeutes afin de couvrir les besoins des populations surtout rurales.

Les tradithérapeutes qui sont porteurs de la connaissance culturelle apparaissent comme des « bibliothèques vivantes » d'une pharmacopée et d'un savoir local qui disparaissent avec leur mort physique ou sociale. Aussi, une politique nouvelle devrait permettre de disposer dans ce domaine, d'une base de connaissances et d'expériences évolutive pour atténuer cette perte.

Il s'agit, ici, de l'une des motivations qui expliquent la présente contribution qui est adossée aussi bien au plan théorique que méthodologique aux représentations sociales.

En définitive, retenons que les représentations sociales des populations investiguées sont modulées par des aspects tels que le fait d'être bénéficiaire d'une mutuelle d'assurance santé (donc être protégé ou pas) et la confession religieuse (le fait d'être disposé ou pas en la croyance/rejet de divinités dans un contexte mono ou polythéiste). Sur ce point, nos conclusions rejoignent les travaux de Abric (1994) qui soutient que : « (...) par ses fonctions justificatives, adaptatrices et de différenciation sociale, elle [la représentation sociale] est dépendante des circonstances extérieures et des pratiques elles-mêmes, elle est modulée ou induite par les pratiques ».

5. Conclusion

Le tradipraticien fait l'objet de plusieurs représentations. Compte tenu de leur cadre d'évolution et des procédés qu'ils utilisent (plantes, parties d'animaux, thérapies spirituelles et diverses croyances) dans l'exercice de leurs activités, certains pensent qu'il faut les valoriser. Tandis que pour d'autres, c'est tout le contraire. Car, pour eux, cette tradithérapie est liée à l'occultisme, à la mort, à des remèdes non dosés selon l'âge, le sexe, à l'absence d'indications posologiques et à l'absence de date de péremption. C'est ce qui rend problématique leur insertion dans le corps médical réglementé. C'est ce qui se passe à Bonoua où la population a des représentations diversifiées du tradipraticien. Les populations font recours à deux types d'itinéraires thérapeutiques : ce sont l'itinéraire thérapeutique traditionnel et l'itinéraire thérapeutique moderne. Le choix de chaque type d'itinéraire thérapeutique, dépend de la conception que les acteurs sociaux ont des tradipraticiens.

En somme, les tradipraticiens ont un impact social, économique, identitaire et sanitaire sur notre société même s'ils font l'objet de polémiques. Face à la nostalgie pour la tradition qui est, ici, invocatrice, les autorités politico-administratives de l'Etat de Côte d'Ivoire doivent allier la médecine dite traditionnelle à celle dite moderne pour une meilleure qualité de soin de leurs populations. C'est dans ce cadre holiste de la socio-anthropologie de la maladie qu'il faut inscrire la revalorisation de la médecine traditionnelle africaine par le biais de la présente recherche.

Conflit of Intérêts

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts

Références Bibliographiques

- Abric J-C. (1994). Les représentations sociales: aspects théoriques. *Pratiques sociales et représentations*, 2: 11-37.
- Abric J.-C. (2003). La recherche du noyau central et de la zone muette des représentations sociales ». In J.-C. Abric (éd.). Méthodes d'étude des représentations sociales, Ramonville Saint-Agne: Erès, 59-80.
- Aktouf O. (1987). Une technique fondamentale: l'analyse de contenu. *Méthodologie des sciences sociales et approche qualitative des organisations*: 111-120.
- Degenne A. & Vergès P. (1973). Introduction à l'analyse de similitude. *Revue Française de Sociologie*. 14(4). 471-512.
- Fainzang S. (1981). La cure comme mythe : le traitement de la maladie et son idéologie à partir de quelques exemples Ouest-Africains. *Cahiers ORSTOM*, 18(4) : 415-421.
- Flament C. (1994). Représentation sociale, consensus et corrélation-Remarques à partir des remarques de EH Witte. *Papers on social representations*, 3: 184-193.
- Gnintedem L. P. J. (2011). Droit des brevets et santé publique dans l'espace OAPI. Thèse de Doctorat en Droit, Université de Dschang (Cameroun)
- Guéguen N. (2013). Statistique pour psychologues: cours et exercices. Paris: Dunod.
- Guillaumet J-L. et Adjanohoun E. (1971). La végétation de la Côte d'Ivoire. In: *Le milieu naturel de la Côte d'Ivoire. Mémoire ORSTOM*, 50, Paris (France), 161-263.
- Herzlich C. (1984). La problématique de la représentation sociale et son utilité dans le champ de la maladie (Commentaire). *Sciences sociales et Santé*, 2(2): 71-84.
- Houngnihin R. A. (2009). Protocole de prise en charge du paludisme basé sur les pratiques traditionnelles efficaces au Bénin", (PADS/BAD), Cotonou, Bénin.
- Houngnihin R. A. (2011). *Représentations sociales et pratiques liées aux médicaments antipaludiques*. Rencontres Nord / Sud de l'automédication et de ses déterminants, Cotonou/Bénin. Actes du colloque international francophone. <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01336870/document> (4, 5 et 6 mars 2015).
- Jodelet D. (2006). Culture et pratiques de santé. *Nouvelle revue de psychosociologie* (1): 219-239.
- Konan A. (2012). Place de la médecine traditionnelle dans les soins de santé primaires à Abidjan (Côte d'Ivoire). Thèse de Doctorat. Université de Toulouse III (France)
- Leneuf N. (1959). L'altération des granites calco-alcalins et des granodiorite en Côte d'Ivoire forestière et les sols qui en sont dérivés, Thèse Fac. Sci., Paris.
- Moliner P. (1993). Cinq questions à propos des représentations sociales. *Cahiers internationaux de psychologie sociale*, 20: 5-14.
- Moliner P., Rateau P. et Cohen-Scali V. (2002). Les représentations sociales. Pratique des études de terrain. Presses Universitaires de Rennes
- MSHP. (2016). Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique. Rapport Annuel sur la Situation Sanitaire en Côte d'Ivoire. Abidjan, Côte d'Ivoire.
- Negura L. (2006). L'analyse de contenu dans l'étude des représentations sociales. *SociologieS*. (en ligne) URL: <http://journals.openedition.org/sociologies/993> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/sociologies.993>

-
- OMS. (2002). Rapport sur la Santé dans le Monde 2002: réduire les risques et promouvoir une vie saine. OMS, Genève.
- OMS. (2013). Rapport sur la santé dans le monde 2013. La recherche pour la couverture sanitaire universelle. OMS, Genève.
- Péquignot H. (1953). Médecine et monde moderne : l'écran des techniques entre le médecin et le malade. Paris: Editions de Minuit.
- Pierret J. (1984). Les significations sociales de la santé. *M. Augé et C. Herzlich* (sous la direction), *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, Paris-Montreux, Éditions des Archives Contemporaines: 217-256.
- Sanogo R., Doucouré M., Fabre A., Diarra B., Dénou A., Kanadjigui F., Benoit V. et Diallo D. (2014). Standardisation et essai de production industrielle d'un sirop antipaludique à base d'extraits de Argemone mexicana L. *Pharmacopée et médecine traditionnelle africaine*, 17(1).
- Suissa V. (2017). Médecine non-conventionnelle et psycho-oncologie: évaluation de l'impact des Médecines Complémentaires et Alternatives (MCA) chez les patients atteints de cancer. Thèse de Doctorat. Université Paris 8 (France).
- Tchicaya-Oboa R., Kouvouama A. et Missié J-P. (2014). Sociétés en mutation dans l'Afrique contemporaine: dynamiques locales, dynamiques globales. Paris: Karthala Editions.
- Tra Bi B. F. et Yao K. D. (2019). Représentations sociales des incidents ophidiens et parcours thérapeutique chez les populations rurales Gouro de Bouaflé (Côte d'Ivoire). *Revue Espace, Territoires, Sociétés et Santé*, [En ligne], mis en ligne le 30 Décembre 2019, consulté le 2020-08-21 06:02:47, URL: <https://retssa-ci.com/index.php?page=detail&k=66>.
- Verges P. (1992). L'évocation de l'argent : une méthode pour la définition du noyau central d'une représentation. *Bulletin de psychologie*, 405, XLV, 203-209.
- Vergès P. (2001). L'analyse des représentations sociales par questionnaires. In: *Revue française de sociologie*, 42-3. 537-561.
- Yoro B. M. (2004). Dynamique et enjeux des tradipraticiens contemporains en Côte d'Ivoire. *Kasa Bya Kasa*, 6: 197-209.
- Zempleni A. (1986), « Possession et sacrifice, In Transe, chamanisme et possession » *Actes des II^e rencontres Internationales des 24-28 avril 1985*. Nice : Editions Serre, p. 245-253.

© 2021 YAO, License Bamako Institute for Research and Development Studies Press. Ceci est un article en accès libre sous la licence the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>)



Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, Volume (3) N 2

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

Reçu, 22 Juin 2021

Accepté, 26 Septembre 2021

Publiée, 30 Septembre 2021

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

Type d'article: Recherche

Titre : Connaissances des leaders religieux de Dori au Burkina Faso sur la contraception moderne

Title: Knowledge of the religious leaders in Dori (Burkina Faso) on the modern contraception

Éric SOME^{*1,2}, Abibata BARRO³, Bertrand Méda¹, Charles Kaboré¹, Soubeiga Dieudonné³

¹*Institut de Recherche en Sciences de la Santé (IRSS) CNRST, Ouagadougou, Burkina Faso*

²*Centre Médical Clinique du Bon Sauveur ; Groupe de Recherche et d'Actions Sociales Ouagadougou, Burkina Faso*

³*Institut de Formation et de Recherche Interdisciplinaires en Sciences de la Santé et de l'éducation (IFRISSE)*

*Correspondance : E-mail : eric.some@gmail.com; tel : +226 70 75 13 33

Résumé

Selon l'OMS, l'utilisation de la contraception a nettement plus d'avantages pour la santé que de risques. Néanmoins, l'accès à la contraception moderne des femmes reste un problème de santé publique. Cette étude visait à évaluer les connaissances des leaders religieux de la Commune urbaine de Dori et à identifier les obstacles à l'utilisation de la contraception chez les femmes. Dans le cadre d'une recherche qualitative descriptive, la collecte des données a reposé principalement sur la description des connaissances recueillies lors d'entretiens réalisés auprès de 21 leaders religieux de la commune urbaine de Dori, d'une observation non participative et d'une analyse documentaire. La quasi-totalité des leaders religieux connaissaient au moins trois méthodes contraceptives modernes et l'espacement des naissances (et non leur limitation) s'imposait comme une nécessité. Bien que la majorité d'entre eux aient des informations sur la capture du dividende démographique, il y avait une unanimité de tous les enquêtés sur le fait que la religion n'admettait pas l'utilisation des méthodes contraceptives modernes. D'autres études exploratoires, éventuellement suivies d'études de promotion du changement du comportement pourraient aider à relever le niveau d'utilisation des contraceptifs modernes dans cette importante commune du Sahel.

Mots clés : Leaders religieux, contraception moderne, connaissances, Burkina Faso.

Abstract

According to WHO, the use of contraception has significantly more health benefits than risks. However, women's access to contraception remains a public health issue. This study aimed to assess contraceptive knowledge of religious leaders in the Dori Urban District and identify the barriers to contraceptive use among women. We implemented descriptive qualitative research, including the interview of 21 religious' leaders in the urban community of Dori, a non-participant observation, and a literature review. All religious leaders knew at least three modern contraceptive methods and acknowledged that birth spacing but not birth limitation was a necessity. Although the majority of them had information on the concept of the capture of the demographic dividend, they were consistently opposed to the use of modern contraceptive methods. More exploratory and behaviour change studies are needed to sensitize the community leaders and specifically the religious ones to accept the use of modern contraceptive methods in order to raise the contraceptive prevalence rate in this important area of the Sahel region.

Keywords: Religious leaders, Modern contraception, Knowledge, Burkina Faso

1. Introduction

La planification familiale est considérée comme l'une des composantes essentielles des soins de santé primaire et de santé de la reproduction, visant à améliorer la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, par la réduction de la morbidité et de la mortalité dans cette population (OMS & USAID, 2008). La pratique de la contraception moderne (PCM) pourrait prévenir environ 104 000 décès maternel chaque année dans le monde, soit une réduction de 29% (Ahmed, Li, Liu, & Tsui, 2012). Le Burkina Faso, comme beaucoup de pays de l'Afrique Subsaharienne, se caractérise par un faible taux d'utilisation de méthodes contraceptives modernes, alors qu'il compte parmi les pays caractérisés par des taux très élevés de mortalité maternelle et infantile (Ahmed, Li, Liu, & Tsui, 2012). En effet, les résultats de la monographie sur les grossesses non désirées et les avortements, montrent que trois grossesses sur dix ne sont pas désirées, et qu'une grossesse non intentionnelle sur trois se termine par un avortement (Akinrinola Bankole et al., 2013). La croissance rapide de la population ($>2\%$) et une fécondité élevée, sont une menace pour le bien être des individus et des sociétés les plus pauvres dans les pays en voie de développement (Ezech Alex, John Bongaarts, & Blessing Mberu, 2012). Pourtant la prévalence contraceptive au Burkina Faso est restée faible et se chiffrait à 22,5% en 2015 chez les femmes en union. Elle était de 30,8 % en milieu urbain, contre 10,8 % en milieu rural (EMDS, 2015). De ce fait, le gouvernement s'est engagé à augmenter la prévalence contraceptive moderne en usant de nombreuses stratégies pour repositionner la planification familiale et accroître la prévalence contraceptive moderne : distribution à base communautaire de contraceptifs depuis 2009, plan stratégique de sécurisation des produits en santé de reproduction 2009-2015, Plan national de relance de la planification familiale 2013-2015 (Ministère de la Santé, 2013). Ainsi, dans le cadre de la mise en œuvre du Plan d'Action National d'Accélération de la Planification Familiale 2017-2020, il est demandé aux leaders religieux et aux collectivités territoriales de développer des activités de proximité à l'endroit de leurs communautés. Les leaders religieux sont alors sollicités pour promouvoir la

contraception moderne et réduire les inégalités sociales qui pèsent sur les femmes. La réalisation de cet objectif, devra se concrétiser dans chaque District sanitaire, en sa qualité d'unité opérationnelle de la mise en œuvre de la politique nationale de santé, au sein du système de santé du Burkina Faso. La Commune de Dori fait partie du district éponyme de Dori. L'analyse des problèmes du plan d'action du District montrait que, « les obstacles à l'utilisation des services de planification familiale sont dus au poids des hommes, au refus des religieux et au coût des contraceptifs » (District Sanitaire de Dori, 2017, p. 26). Aussi, le Plan communal de développement de Dori identifie comme obstacle de la pratique contraceptive moderne, l'insuffisance des actions d'information qui est liée principalement à la censure sexuelle exercée par la religion et la culture (Commune de Dori, 2015). Cet obstacle a contribué à la faible utilisation des méthodes contraceptives modernes enregistrée par le district au cours de la même période qui est de 21,63% contre 31,7% pour le niveau national (Ministère de la Santé, 2016). Or, l'Organisation Mondiale de la Santé estime que les services de planification familiale pourraient satisfaire les besoins d'environ 222 millions de femmes s'ils avaient le soutien des leaders religieux et des décideurs pour lever les obstacles fondés sur le sexe et l'opposition religieuse (OMS, 2012). C'est dans ce contexte que notre recherche s'est intéressée aux connaissances contraceptives des leaders religieux. Elle s'est avérée d'autant plus pertinente que la majorité des études effectuées sur la contraception à Dori, n'étaient pas très récentes. L'objectif de cette étude était d'étudier les connaissances des leaders religieux de la commune urbaine de Dori sur la contraception moderne, et d'identifier les obstacles à l'utilisation des contraceptifs par les femmes de la commune afin de mieux contribuer à la réduction des grossesses non désirées.

1.1. Définition des concepts clés

Pratique de la contraception moderne : L'OMS (2017) définit la pratique de la contraception moderne comme étant l'utilisation d'un ensemble de procédés (chimiques et mécaniques pour la plupart) à caractère permanent ou non, destinés à prévenir la grossesse ou l'empêcher, de façon réversible, temporaire ou définitive. La pratique de la contraception moderne des femmes correspond dans notre étude à l'utilisation d'une des méthodes modernes de contraception par une femme pendant la période de la collecte des données.

Dividende Démographique : Le dividende démographique est l'accélération de la croissance économique qui peut résulter d'une évolution de la structure par âge de la population, accompagnée d'investissements stratégiques dans la santé, l'éducation, la politique économique et la gouvernance. Il est un boost que le changement dans la structure d'âge d'une population peut apporter au développement économique (OMS, 2015).

2. Matériel et méthode

2.1. Type et site d'étude et population de l'étude

Il s'est agi d'une étude qualitative et descriptive mise en œuvre dans la commune urbaine de Dori ; commune enregistrant l'un des plus faibles taux d'utilisation de contraception moderne de la région

sanitaire du Sahel, soit 32,8% en 2016 (District Sanitaire de Dori, 2017). Sandelowski (2000) énonce que la recherche descriptive qualitative est une méthode idéale pour décrire les expériences personnelles et les réponses des personnes à un évènement ou une situation. Le sujet des connaissances des leaders religieux sur les contraceptifs modernes dans la région du sahel n'avait pas été jusqu'alors exploré. Une étude qualitative s'avérait tout à fait indiquée. S'intéressant à la manière dont chaque personne donne du sens de façon subjective à sa réalité et les significations qu'elle y attribue, le paradigme descriptif a guidé les choix méthodologiques de cette étude. À ce sujet, il importe de prendre davantage en compte les actions individuelles. Comme les individus agissent en conscience et non en étant exclusivement déterminés par le poids des traditions et des croyances, un phénomène serait plus lié à l'agrégation des comportements individuels, dictés par les motivations de chacun. L'individu est alors perçu comme un sujet rationnel et non le produit des structures sociales.

2.2. Population de l'étude

La population d'étude était les leaders religieux de la commune urbaine de Dori. Un échantillonnage non probabiliste à choix raisonné a permis de constituer un échantillon de 21 participants : les leaders religieux ont été d'abord repérés, puis contactés pour l'entretien comme le détaille plus bas la section sur le déroulement de l'étude. Les leaders religieux recrutés devaient répondre aux critères d'inclusion suivants : i) être leader religieux musulman, catholique romain, protestant ou animiste officiant dans un lieu de culte dans la commune urbaine de Dori ; ii) résider dans la commune urbaine de Dori iii) être âgé d'au moins 18 ans. iv) et donner un consentement éclairé pour participer à l'étude.

2.3. Déroulement de l'étude

Une approbation pour le déroulement de cette étude a été obtenue de la Direction régionale de la santé du Sahel¹. L'autorisation de la direction régionale de la santé du Sahel pour laquelle une demande a été déposée en même temps que la demande d'approbation du comité d'éthique a été accordée plus rapidement que la clearance éthique. Pour avoir toutes les catégories de personnes de notre population cible, nous avons fait le repérage des différents leaders religieux repartis dans les cinq secteurs de la commune urbaine de Dori avec l'aide du secrétaire exécutif de l'Union Fraternelle des Croyants (UFC) de Dori. Puis, nous avons adressé des lettres d'invitations à tous les leaders religieux de la Commune urbaine de Dori. Lors de cette première rencontre au siège de l'UFC, nous leur avons expliqué le projet d'étude. En général, il y avait une très bonne acceptation de notre demande. Nous leur avons expliqué un peu plus en détail comment nous allions procéder: d'abord prendre les coordonnées de ceux qui étaient intéressés pour participer puis remplir la fiche sociodémographique, et ensuite, les contacter par téléphone pour fixer le lieu, le jour et l'heure du rendez-vous pour l'entretien individuel.

2.4. Techniques et outils de collecte des données

Pour collecter les données lors de l'enquête, nous avons élaboré un guide d'entretien. L'entretien individuel semi-dirigé a été privilégié car cette technique « combine attitude non directive qui favorise

¹ : autorisation d'enquête N°2018-084/MS/RSHL/DRS du 12 Juin 2018

l'exploration de la pensée dans un climat de confiance et projet directif pour obtenir des informations sur des points définis à l'avance » (Berthier, 1998, p. 38). Le guide d'entretien a permis de recueillir, outre les variables sur les caractéristiques sociodémographiques des leaders religieux (situation de résidence, âge, sexe, niveau d'instruction et religion), des données telles que l'acceptation de la nécessité de réguler les naissances ; la connaissance des méthodes contraceptives modernes ; les connaissances sur la capture du dividende démographique et l'influence des religions sur la PCM. Le protocole de l'étude a été validé par le Comité d'éthique pour la recherche en santé du Burkina Faso². L'observation non participante a été également utilisée pour la collecte des données, avec une prise de notes de terrain dans un journal de bord. Martineau (2005, p. 6) la définit comme étant « un outil de cueillette de données où le chercheur devient le témoin des comportements des individus et des pratiques au sein des groupes en séjournant sur les lieux mêmes où ils se déroulent ».

Enfin, nous avons procédé à une revue documentaire pour la collecte de certaines informations. Cette revue nous a permis de recenser, de consulter et d'exploiter des documents administratifs relatifs aux rôles et aux attributions assignés au leader religieux dans l'exercice de leur fonction. Ils constituaient une source de triangulation des données. Les données ont été collectées à l'aide de la grille d'analyse documentaire.

2.5. Analyse des données

Nous avons utilisé trois indicateurs pour évaluer les connaissances générales des enquêtés à savoir : l'acceptation de la nécessité de réguler les naissances ; la connaissance des méthodes contraceptives modernes ; les connaissances sur la capture du dividende démographique et l'influence des religions sur la PCM. Dans le but d'améliorer la qualité des données amassées, la collecte des données et la retranscription des entretiens se sont faites dans la même période. Les notes du journal de bord ont été ajoutées à l'analyse sous forme d'annotations à la retranscription correspondante. La codification et l'analyse des données ont été réalisées à travers le modèle d'analyse thématique de Braun et Clarke (2006). L'analyse des données a été effectuée selon les trois étapes : 1) condensation des données, 2) présentation des données, et 3) élaboration et vérification des données. La condensation des données a débuté lors de la retranscription des entretiens initiaux. Ensuite, la lecture des transcriptions a permis de dégager les thèmes et les sous-thèmes qui semblaient pertinents. Par la suite, un arbre thématique a été élaboré de façon progressive. Le choix des thèmes généraux et les sous-thèmes qui le composent a été guidé par les transcriptions (approche inductive), ainsi que par le guide d'entrevue (approche déductive). Pour répondre au critère de fiabilité et de confirmabilité, les entrevues ont été analysées en équipe et les résultats des analyses préliminaires ont été validés par les participants.

3. Résultats

3.1. Caractéristiques socio-démographiques des leaders religieux

L'échantillon de cette étude était composé de vingt et un leaders religieux exerçant dans la commune

² délibération N°2018-7-095 du 19 Juillet 2018.

urbaine de Dori et nous les avons tous interrogés. Il était constitué de neuf femmes et douze hommes. Leurs âges étaient compris entre 37 et 78 ans avec une moyenne d'âge se situant autour de 45 ans. Trois participants avaient un niveau d'étude du primaire, dix, un niveau du secondaire et huit, le niveau supérieur. Huit participants étaient musulmans, sept catholiques romains et six protestants, tous repartis dans les cinq secteurs de la commune urbaine de Dori.

3.2. Acceptation de la nécessité de réguler les naissances

De l'avis des enquêtés, la régulation des naissances s'impose comme une nécessité. Tous soutiennent qu'il n'y a aucune contre-indication religieuse à réguler les naissances, comme l'atteste le propos de LEAD_01 : « Absolument ! Il est utile de réguler les naissances parce que la régulation des naissances ne date pas seulement de maintenant ».

Les données de l'enquête montrent que les leaders religieux accordent de l'importance à l'espacement des naissances et savent les conséquences négatives que peut avoir une grossesse rapprochée sur la femme : « En tant que femme chaque année tu vas accoucher, ce n'est pas bon. Mais, si une femme fait 2 ans 3 ans avant d'accoucher, elle va pouvoir faire ses commerces, ses activités, sans soucis. Tu seras en bonne santé tu vas économiser » (LEAD_06).

3.3. Connaissance des méthodes contraceptives modernes

Nous avons pu noter à travers les entretiens, une connaissance des méthodes contraceptives les plus courantes par une partie non moins importante des enquêtés. Ils citent surtout la pilule, le dispositif intra utérin (DIU) et l'implant. LEAD_02 déclare : « je sais qu'on parle de la pilule, ce n'est pas nouveau. On parle également de la pique, c'est plus récent. On parle de stérilet ! Le Norplant, ça j'ai vu des gens le faire ». D'autre part, il ressort de l'analyse des verbatim que les leaders religieux n'approuvent pas la PCM des femmes car l'assimilant à une limitation de naissance qui n'est pas tolérée. Selon les enquêtés, les contraceptifs modernes des femmes se révèlent comme un frein à la procréation qui pourtant relèverait de la générosité et de la providence du Créateur. LEAD_08 déclare : « personnellement je n'approuve pas les méthodes contraceptives. Le prophète Mohamed a dit qu'il aimeraient que toute sa communauté soit la plus nombreuse des communautés qui nous ont précédés. Un enfant est un don de Dieu qu'il ne faut jamais refuser ». Néanmoins, pour la raison du maintien de la santé de la femme, certains leaders religieux sont favorables à la pratique contraceptive moderne des femmes. À cet effet, LEAD_06 nous a confié : « Vraiment la meilleure solution, la femme doit prendre les contraceptifs pour faire au moins 3 ans. Tu es en forme tu es contente le mari est content. » Aussi, confirme LEAD_10 : « Oui c'est très utile, pour le bien-être et surtout la santé de la famille, de la dame et des enfants. Il faut savoir se multiplier de façon responsable ».

3.4. Connaissances sur la capture du dividende démographique

De façon générale, l'information obtenue des enquêtés, montre une assez bonne connaissance du bien-fondé de la capture du dividende démographique. À ce sujet, LEAD_05 relate : « le dividende démographique consiste tout simplement à promouvoir des politiques de maitrises de natalité qui permettent d'assurer une bonne gestion cohérente des ressources disponibles avec les populations du pays à gérer. Cela s'inscrit dans la même lignée que les politiques qui encourage la planification

familiale au regard des contextes des pays de la sous-région comme celui du Burkina ». Dans le même ordre d'idée LEAD_02 dis : « c'est une bonne chose si ça peut aider la personne dans le domaine de sa santé de son avenir. Je pense que si l'Etat a jugé bon de le mettre en pratique, ça doit être au profit de la population ». Cependant, certains enquêtés ne semblent pas être consentants : « Il faut arriver à prouver qu'en diminuant les naissances on a une croissance économique. Je n'y crois pas ! Parce que la Chine et le Japon sont des pays fortement peuplés mais en même temps bien développés. » (LEAD_03). Pour sa part, LEAD_07 avance divers motifs pouvant justifier son choix : « Le Burkina Faso a actuellement entre 17 et 18 millions. Or le territoire actuel du BF est presque le même avec l'Italie, qui a actuellement 58 millions d'habitants. Et je pense que par rapport à cela le BF est sous peuplé. Quand on est assez nombreux, cela permet la maîtrise et la spécialisation des secteurs. Pour le moment je pense que les naissances ne posent pas problème ».

3.5. Influence des religions sur la PCM

Il y a une unanimité de tous les enquêtés sur le fait que la religion n'admet pas l'utilisation des méthodes contraceptives modernes. Ils prônent l'utilisation des méthodes naturelles ou traditionnelles pour espacer les naissances. À ce sujet la quasi-totalité des participants semble être convaincue de cela. Les verbatims suivants dressent les points de vue : « on peut dire que la religion est un obstacle, une barrière à l'utilisation de ces méthodes du moment que l'on ne l'accepte pas » (LEAD_01). LEAD_10 adjoigne en disant : « Le chrétien même prône surtout l'espacement des naissances. Chaque mari doit s'abstenir pour que son enfant grandisse, comme ce n'est pas la nourriture là ».

À part l'utilisation des méthodes modernes pour espacer, certains enquêtés donnent leur choix de planification. « Je peux vous le garantir, la ceinture est garantie à 100 %. Avec la ceinture, la femme est garantie contre la maladie contre la grossesse » (LEAD_02). De plus, LEAD_03 donne des exemples de méthodes bien adaptées aux jeunes : « c'est une opportunité de former les filles sur comment connaître son cycle et être responsable. Moi j'arrive même à leur dire comment naturellement on peut choisir le sexe de son enfant. Et nous avons créé un club nommé club abstinence. Et donc ça nous permet de parler plus de la méthode naturelle ».

En somme, il ressort de ces extraits une connaissance correcte de la contraception moderne par les leaders enquêtés mais une acceptation mitigée de la pertinence de la capture du dividende démographique dans notre pays. Par ailleurs, il est possible de conclure que l'espacement des naissances est accepté par tous, vus les bénéfices sanitaires pour la famille, la femme et les enfants. Somme toute, les propos des enquêtés traduisent le rejet des méthodes contraceptives modernes par la religion au bénéfice des méthodes naturelles, traditionnelles et l'abstinence.

4. Discussion

Les résultats de notre recherche montrent que les leaders religieux interrogés avaient une bonne connaissance des méthodes contraceptives modernes. Les participants ont cité en majorité le condom, la pilule, le DIU et l'implant. Ces résultats sont concordants avec ceux de l'étude menée au Burkina Faso sur les Connaissances Attitudes et Pratiques des populations du Burkina en matière de Santé Sexuelle et Reproductive qui a trouvé que les 4 méthodes les plus connues sont le condom, la pilule,

le DIU et le Norplant (Nations Unies, 2014). Aussi, ADOHINZIN (2016), a trouvé des résultats similaires. Cela pourrait s'expliquer par le fait que les leaders religieux ont vu ou entendu parler des contraceptions lors des campagnes de sensibilisation sur la prévention du VIH, à travers les médias et/ou les outils de communication tels que internet, les téléphones ou des amis. Considérant que ces leaders doivent éclairer leurs communautés, ces connaissances ne peuvent qu'être un atout. Cependant, La majorité d'entre eux ne connaît pas les méthodes définitives de contraceptifs modernes. Cette situation pourrait s'expliquer par le fait que ces méthodes définitives sont l'objet de très peu de communication de masse car considérées comme spécialisées et du domaine des initiés (médecins, sages-femmes, infirmiers...).

En outre, les résultats montrent que la plupart des participants avait des notions sur le dividende démographique. Certains ont pu donner une définition juste et les autres avaient des notions sur le phénomène car, ils en ont entendu parler dans les médias. Cependant la conviction sur le concept était plutôt mitigée car si certains y croyaient, d'autres, exemple à l'appui, tendaient à démontrer qu'une population importante est facteur de développement. Pour sa part, Malika Danican (2017) a trouvé dans son étude que le Burkina Faso peine réellement à rentrer dans la phase clef de sa transition démographique car l'atteinte du dividende démographique reste encore une idée utopique pour la grande majorité des Burkinabè.

Par ailleurs, l'Organisation des Nations Unies reconnaît que le dividende n'est pas automatique et que ses gains ne sont pas garantis. Il se veut une opportunité à saisir, au cœur de la transition démographique. Le dividende se manifeste essentiellement par trois investissements : le capital humain, le marché du travail, et l'épargne ; mais avant, il importe de comprendre l'impact du phénomène de la baisse de la fécondité dans l'avènement du dividende démographique (Nations Unies, 2014). Généralement, tout individu supplémentaire constitue une charge nette pour la société ; un programme de planification familiale pour espacer les naissances est légitime puisque l'enfant est consommateur avant d'être producteur. Alors, les connaissances des leaders religieux de la commune urbaine de Dori sur la capture du dividende démographique pourrait s'avérer d'un grand bénéfice pour le pays car ces leaders religieux sont aussi des leaders d'opinion.

Il ressort aussi de l'analyse du discours des enquêtés que l'espacement des naissances est bénéfique pour la santé de la famille, de la femme et des enfants. En effet, l'espacement des naissances est fondamental et reste une préoccupation dans la vie de la femme (OMS, 2011). Plusieurs auteurs évoquent cette importance dans la littérature. Selon Touré et al. (2006), la période d'espacement de deux ans prend son origine dans le coran et est approuvée dans la culture Africaine. Quant à Zra (2008), l'espacement des naissances est impératif et est une nécessité dont le principal but est de maintenir un certain équilibre entre les rôles procréatifs et productifs de la femme. Idogo (2016), affirme que l'espacement idéal de naissance dans la société Moaga au Burkina Faso est de 2 à 3 ans. En effet, les leaders religieux prêchent que les enfants doivent être espacés de deux à trois ans et que cet espacement est réalisé à travers l'abstinence sexuelle combinée à l'allaitement maternel. Toutefois, ils sont pour l'espacement des naissances sans pour autant approuver leur limitation.

En réalité, malgré le fait de connaître plusieurs méthodes, d'avoir des notions sur le dividende

démographique et prioritairement la nécessité d'espacer les naissances, les leaders religieux rencontrés rejettent en bloc l'utilisation des méthodes modernes. Gueye est parvenu également aux résultats selon lesquels, l'usage des contraceptifs hormonaux reste problématique en milieu rural. Il trouve que la préférence en matière de fécondité est sous-jacente à la valeur sociale de la procréation qui constitue un obstacle au recours des méthodes modernes de contraception (Gueye, Speizer, Corroon, & Okigbo, 2016, p. 17). En conséquence, une vision pro-natale est mise en avant (Désalliers, 2009). Cette réflexion est partagée par les leaders religieux rencontrés. Ceux-ci pensent que les méthodes contraceptives modernes sont inacceptables sur le plan moral et considèrent que les services de planification familiale ne respectent souvent pas la liberté des époux, comme le droit d'enfanter. Ce résultat s'apparente à celui trouvé par Léon (2012), où la pression exercée par les religieux sur les femmes est très forte et l'utilisation de la contraception moderne, faible. La résistance des leaders religieux au changement en faveur des contraceptifs modernes s'apparente à un problème culturel de fond qui nécessite une approche plus pédagogique. Ce qui pourrait traduire en vérité, les raisons profondes qui expliqueraient le grand écart entre les niveaux de connaissance des leaders religieux sur la contraception moderne et l'utilisation des méthodes contraceptives par les femmes.

Limites de notre étude

Quelques limites sont à considérer dans l'appréciation des résultats. La première est la subjectivité de l'investigatrice qui a pu jouer sur les résultats lors de l'analyse des données. Toutefois, l'investigatrice a adopté une perspective la plus neutre possible lors de cette analyse. En deuxième lieu, le fait que l'investigatrice elle-même ait servi comme agent de santé dans la commune urbaine de Dori a pu influencer la réponse des enquêtés d'une manière ou d'une autre. Le recours à la triangulation a permis de mieux assurer l'objectivité et la fiabilité des résultats. Les résultats de cette étude, comme toute recherche qualitative, ne sont transférables que dans des contextes similaires. La région du Sahel, comportant quatre communes urbaines, l'étude aurait pu les inclure toutes pour plus d'exhaustivité des résultats.

5. Conclusion

De façon générale, les méthodes courantes de contraception moderne dont la pilule, le DIU, le condom et les implants sont assez bien connues par les leaders religieux de la commune de Dori. Les méthodes définitives (vasectomie et ligature des trompes) le sont beaucoup moins. Oui pour l'espacement des naissances, main non pour leur limitation car un enfant est un don du ciel et le concept de la capture du dividende démographique reste très discutable dans la mesure où certains pays développés sont aussi parmi les plus peuplés. Par conséquent les leaders religieux de la commune de Dori ne sont pas pour l'utilisation des contraceptifs modernes.

Un défi important reste donc à relever pour permettre l'acceptation de la PCM par les personnes ressources dans l'objectif d'augmenter la prévalence de l'utilisation de la PCM à Dori. D'autres études exploratoires, éventuellement suivies d'études de promotion du changement du comportement pourraient aider à relever le niveau d'utilisation des contraceptifs modernes dans cette importante

commune du Sahel.

Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

6. RÉFÉRENCES

- ADOHINZIN, Y., BERTHE, A., MEDA, N., OUEDRAOGO, G. A., & FOND-HARMANT, L. (2016). Connaissances et pratiques contraceptives chez les jeunes burkinabè de 15 à 24 ans. *Annales des Sciences de la Santé*, N° 9, Vol. 1 : 35-59.
- Ahmed, S., Li, Q., Liu, L., & Tsui, A. O. (2012). Maternal deaths averted by contraceptive use : An analysis of 172 countries. *Lancet* (London, England), 380(9837), 111-125. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60478-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60478-4)
- Akinrinola Bankole, Rubina Hussain, Gilda Sedgh, Clémentine Rossier, Idrissa Kaboré, & Georges Guiella. (2013). Grossesse non désirée et avortement provoqué au Burkina Faso : Causes et conséquences. New York : Guttmacher Institute, 40 p.
- Barrett, B. J., Garg, A. X., Goeree, R., Levin, A., Molzahn, A., Rigatto, C., ... Parfrey, P. S. (2011). A nurse-coordinated model of care versus usual care for stage 3/4 chronic kidney disease in the community : A randomized controlled trial. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology: CJASN*, 6(6), 1241-1247. <https://doi.org/10.2215/CJN.07160810>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Commune de Dori. (2015, juillet). Plan communal de développement 2015-2019. PACT et GEOFA, 210p.
- Danican, M. (2017). Entre acceptabilité et rejet du dividende démographique au Burkina Faso : ce que nous révèle la politique nationale de population sur les enjeux démographiques. Paris : Centre population et développement (CEPED). Documents d'analyse n°5, Paris. 72p.
- Désalliers, J. (2009). Approche ethnographique de l'utilisation des contraceptifs hormonaux en milieu rural sahélien, Burkina Faso. Thèse d'étude en anthropologie, 158p. Consulté le 04/11/19 à l'adresse http://www.giersa.ulaval.ca/sites/giersa.ulaval.ca/files/memoires/desalliers_julie_2009_memoire.pdf
- District Sanitaire de Dori. (2017). Plan d'action_2017 du District Sanitaire de Dori. Burkina Faso 160p.
- Ezeh Alex, John Bongaarts, & Blessing Mberu. (2012). Family planning1 : Global population trends and Policy options. *Lancet*, 380 : 142-148p.
- Gueye, A., Speizer, I. S., Corroon, M., & Okigbo, C. C. (2016). Croyance aux mythes relatifs à la planification familiale aux niveaux individuel et communautaire et pratique de la contraception moderne en Afrique urbaine : rapport de synthèse.; Paris : CEPED ; GRIPPS, 77p. Consulté le 04/11/19 à l'adresse http://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins_textes/divers17-07/010039688.pdf.
- Idogo M., & Moné. (2016, juillet 14). Tradition et espacement des naissances au Burkina Faso. Consulté à l'adresse [http://lesechosdufaso.net/tradition-et-espacement-des-naissances-au-burkina-faso/](http://lesechosdufaso.net/tradition-et-espacement-des-naissances-au-burkina-faso)
- Lachaud, J. (2016). Changements démographiques et inégalités éducatives à Ouagadougou. New York : Guttmacher Institute, 40 p.
- Martel, V. (2007). L'inédite portée de la méthodologie qualitative en sciences de l'éducation : Réflexion sur les défis de l'observation et de l'analyse de la vie cognitive de jeunes apprenants.

- Recherches qualitatives -Hors-série- N°3, 440-460.
- Martineau, S. (2005). L'instrumentation dans la collecte des données. L'observation en situation : enjeux, possibilités et limites. Recherches qualitatives -Hors-série- N°2, 5-17.
- Ministère de la Santé. (2013). Direction de la santé de la famille : Plan de relance PF_2013-2015. Burkina Faso, 193p.
- Ministère de la Santé. (2016). Annuaire statistique 2016. Direction générale des études et des statistiques sectorielles. Burkina Faso, 380p.
- Nations Unies. (2014). Objectifs de Développement Durable, Consulté le 05/11/19 à l'adresse <http://www.who.int/topics/sustainable-development-goals/fr/>.
- OMS. (2011). Rapport de la Conférence internationale sur la population et le développement. *Le Caire, 5-13 septembre 2014 (p. 200)*. New York, 2014. Consulté le 20/11/19 à l'adresse https://www.unfpa.org/sites/default/files/event-pdf/icpd_fra.pdf
- OMS. (2012). Planification familiale/Contraception. Consulté 20 novembre 2019, à l'adresse WHO web site : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/fr/>
- World Health Organisation, & USAID. (2008). Repositioning Family Planning : Guidelines for Advocacy Action. Guidelines for Advocacy Actions, WHO 64-65.
- Sandelowski, M. (2000). Focus on Research Methods Whatever Happened to Qualitative Description ? Research in Nursing & Health, 23, 334-340.
- Touré, B., & Bunce, A. (2006). Inés Escandón* Moustapha Diallo Natasha Mack. Santé reproductive des adolescents en Afrique : pour une approche globale. Natures Sciences Sociétés. Vol. 17,18-28. Consulté le 21/11/2019 à l'adresse : <https://www.cairn.info/revue-natures-sciences-societes-2009-1-page-18.htm>.
- Zra, I. (2008). Les facteurs associés à la non-utilisation de la contraception moderne chez les femmes en union dans la partie septentrionale du Cameroun. Institut de formation et de recherche démographiques-IFORD, Diplôme d'études supérieures spécialisées en démographie, 115p. Consulté le 22/11/19 à l'adresse http://www.cepel.org/ireda/inventaire/ressources/zra_issa_2008.pdf

© 2021 SOME, License Bamako Institute for Research and Development Studies Press. Ceci est un article en accès libre sous la licence the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>)

Type d'article : Recherche

Implications du diabète dans la vie sociale des couples diabétiques suivis au Centre AntiDiabétique de l'Institut National de Santé Publique-Côte d'Ivoire

*DOUKOURE Daouda^{1,2}, AGBRE-YACE Marie Laurette^{1,2}, COULIBALY Madikiny^{1,2}, BAYO Syntyche^{1,2}, AKE-TANO Odile^{1,3}

1. Institut National de Santé publique (INSP), Abidjan, Côte d'Ivoire.
2. Cellule de Recherche en Santé de la Reproduction (CRESAR-CI), Abidjan, Côte d'Ivoire
3. Université Félix Houphouët-Boigny, Abidjan, Côte d'Ivoire

* Correspondance : (+225) 01 02 31 46 32, email : daouabass2017@gmail.com

Résumé

En Afrique, la progression du diabète a atteint des proportions alarmantes. Sa prévalence en Côte d'Ivoire depuis 2017 est de 6,2 %. Le diabète pourrait entraîner des conséquences dissimulées dans la vie de couple du patient. Cette étude a pour objectif de cerner les implications du diabète dans la vie sociale des couples diabétiques suivis à l'Institut National de Santé Publique (INSP).

Cette étude s'inscrit dans une approche mixte mobilisant les outils et techniques y afférents. Un guide d'entretien et un questionnaire ont été administrés à 100 patients et un guide d'entretien à un diabétologue et à vingt-cinq (25) couples suivis au CADA. L'étude s'est déroulée du 02 octobre au 30 novembre 2019. Les données issues de la collecte, ont été traitées à l'aide du logiciel Sphinx pour le volet quantitatif et le volet qualitatif avec le logiciel QSR NVIVO 12.5. Les principaux résultats montrent que la majorité (80%) des hommes étaient confrontés à des troubles sexuels qui minent leurs foyers et détériorent encore plus leur santé. L'étude qualitative a montré que l'implication du diabète dans la vie du couple peut entraîner des difficultés conjugales. La majorité des femmes frigides, (soit 25) préfèrent satisfaire le conjoint de peur de perdre leur foyer. De ce fait, les médecins suggèrent que les patients soient de plus en plus extrovertis pendant les consultations pour surmonter cette situation. Par ailleurs, le volet socio-psychologique devrait être pris en compte dans la prise en charge des complications du diabète.

Mots-clés : diabète, vie sexuelle, dysfonction érectile, CADA, INSP, Abidjan.

Abstract

In Africa, the spread of diabetes has reached alarming proportions. Its prevalence in Côte d'Ivoire since 2017 is 6.2%. Diabetes could lead to hidden consequences in the life of the patient as a couple. This study aims to identify and question the implications of diabetes in the social life of couples of patients followed at the National Institute of Public Health (INSP). This study is part of a mixed approach mobilizing the related tools and techniques. An interview guide and a questionnaire were administered to 100 patients and an interview guide to a diabetologist and twenty-five (25) couples followed at CADA. The study took place from October 02 to November 30, 2019. The data resulting from the collection were processed using Sphinx software for the quantitative and qualitative aspects with le logiciel QSR NVIVO 12.5. The main results show that majority (80%) of men were confronted with sexual disorders which undermine their homes and further deteriorate their health. The qualitative study showed that the implication of diabetes in the life of the couple can lead to marital difficulties. The majority of frigid women, (25) prefer to satisfy the spouse for fear of losing their home. In addition, doctors suggest that patients are increasingly extroverted during consultations in order to overcome this situation. The socio-psychological aspect should be taken into account in the management of complications of diabetes.

Mots-clés : diabetes, sex life, erectile dysfunction, CADA, INSP, Abidjan.

1. Introduction

Dans le monde, 347 millions de personnes sont diabétiques et l'OMS prévoit qu'en 2030 le diabète sera la septième cause de décès dans le monde (OMS, 2010).

En 2012, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) estimait que le diabète de type 2 avait été la cause directe de 1.5 million de décès. En outre, plus de 80% des décès par diabète se produisent dans les pays à revenu faible ou intermédiaire (OMS, 2014). Par ailleurs, le pourcentage des décès imputables à l'hyperglycémie ou au diabète qui surviennent avant l'âge de 70 ans est plus élevé dans les pays à revenu faible ou intermédiaire que dans les pays à revenu élevé (OMS, 2014).

Dans certains pays de l'Afrique subsaharienne, les chiffres concernant le diabète varient avec des données qui ne sont pas toujours actualisées, notamment de 3 % au Bénin, 6 à 8 % en Afrique du Sud, 6,4 % au Ghana, 4,2 % au Kenya, 6,7 % en Guinée, 7,1 % au Congo, 10,2 % au Zimbabwe (Mbanya et al.2010). Selon certains auteurs, le diabète connaît une extension épidémiologique rapide dans le monde et n'épargne aucun groupe ethnique, ni social (Lokrou A, 2006). Le diabète de type 2 est deux fois plus fréquent dans la population urbaine sédentaire que dans la population rurale active et ce, quelle que soit la prévalence du diabète, il est variable d'une population à l'autre. Le nombre de diabétiques augmente en raison de la croissance démographique, du vieillissement de la population, de l'urbanisation, de l'augmentation de la corpulence et de l'inactivité physique (Wild S, 2007).

En Côte d'Ivoire, selon la Fédération International du Diabète (FID), la prévalence du diabète est passée de 4% en 2007 à 5,6% en 2014. Mais, ces chiffres seraient passées à 6,2 % en 2017 selon l'étude prevadia financée par la Banque Mondiale. Cette étude indique 6.46 de diabétique chez les hommes et 6.6 chez les femmes.

En milieu rural la prévalence du diabète est de 4, 56 % et 7, 36 % en milieu urbain. Cette évolution de la prévalence du diabète représente un véritable défi pour le système de santé ivoirien, vu que les maladies chroniques invalidantes ont une répercussion sur la vie du patient.

Le diabète est une maladie chronique dont la gravité tient à ses complications aigües et dégénératives. Les complications dégénératives comme la néphropathie et la cardiopathie mettent en danger la vie des patients. D'autres pathologies telles que la rétinopathie et la neuropathie pèsent lourd sur la qualité de vie. Mais la dysfonction érectile (DE) est l'incapacité à obtenir et/ou maintenir une érection suffisante pour un rapport sexuel. C'est une altération de la qualité de l'érection, soit de sa rigidité, de sa durée ou les deux simultanément (Lue TF, et al, 2004) Elle touche les hommes atteints de diabète, qui bénéficie souvent de moins d'attention malgré l'immense détresse qu'elle suscite. Alors, au cours du diabète, il faut différencier la dysfonction érectile des autres troubles sexuels qui lui sont parfois associés : éjaculation précoce, éjaculation rétrograde, baisse de la libido.

La dysfonction érectile est une préoccupation majeure pour les personnes atteintes de diabète. Une enquête réalisée chez ces derniers a révélé qu'ils étaient prêts à payer plus cher pour le traitement de leurs troubles érectiles que pour n'importe qu'elle autre complication associée au diabète, hormis la cécité et l'insuffisance rénale (Robertson M, 2006). En conséquence, la DE de par sa fréquence et l'impact négatif qu'elle a sur la qualité de vie, devient un problème de santé publique (Bambatsi M, 2010).

En cas de perte prématurée de l'érection, le problème est classé comme DE si la perte de l'érection survient avant l'éjaculation. On peut attribuer un score à la gravité du problème en utilisant l'Indice International de la Fonction Erectile (IIFE).

Chez les hommes, le diabète et les problèmes sexuels se concentrent souvent sur la dysfonction érectile et éjaculatoire. Cela peut entraîner des problèmes relationnels voire une dépression sévère pour les malades qui ont des difficultés à accepter leur diabète et considèrent ces problèmes comme une perte de leur personnalité. Dans cette logique les conséquences du diabète, semblent altérer la qualité de vie des diabétiques les conséquences du diabète. Alors les patients ont recours à des traitements pour modifier leur activité sexuelle. Ce problème de santé est pourtant selon les études très répandu chez les patients diabétiques et ceci pour plusieurs raisons : d'une part, les patients diabétiques sont le plus souvent âgés (Druet C, 2013) ; sachant que la dysfonction érectile est fortement corrélée à l'âge du patient (Delavierre D, 2002). D'autre part, les modifications vasculaires induites par le diabète perturbent fortement et de manière précoce la physiologie érectile (Lemaire Antoine, 2011). Le fait que la dysfonction érectile ne soit pas abordée de manière spontanée peut s'expliquer par de multiples raisons : honte, gêne par rapport au patient suivi depuis longtemps, tabou culturel ou religieux, absence de risque vital immédiat, etc... Elle n'en reste cependant pas moins une complication directe du diabète. En effet, sa survenue précoce chez le diabétique constitue un signal d'alarme intéressant pour le médecin généraliste concernant le risque vasculaire de son patient. Pendant de nombreuses années, la baisse de l'activité sexuelle a été considérée comme une évolution naturelle faisant partie du

vieillissement physiologique et donc une fatalité liée à l'âge. Toutefois, avec l'augmentation de l'espérance de vie, la santé sexuelle masculine est devenue une préoccupation importante au sein des couples âgés. La proportion d'hommes sexuellement actifs diminuerait de près de 50 % entre 60 et 85 ans (Lindau ST, et al, 2007). Malgré l'implication de différentes pathologies, la dysfonction érectile reste la première cause de la baisse d'activité sexuelle chez le sujet âgé (Smith LJ, et al, 2007).

En Afrique, les recherches portant sur la dysfonction érectile sont peu nombreuses du fait surtout des pesanteurs socio-culturelles ; pourtant, cette pathologie constitue un véritable problème de santé publique. Avec l'augmentation de l'espérance de vie, la santé sexuelle masculine est devenue une préoccupation importante au sein des couples âgés. La dysfonction érectile serait la première étiologie d'une diminution de près de 50 % des hommes sexuellement actifs entre 60 et 85 ans. (T. Seisena, et al, 2012).

En Côte d'Ivoire, de nombreux travaux ont été effectués sur le diabète tant dans le domaine des sciences médicales que sociales ; Ce sont entre autres : (Touvoli ballo guy, (1998) ; (Koné Bakary, 2020) ; (Sassor Odile Purifine Ake-Tano, Franck Kokora Ekou et al., (2017) ; (Kouakou, Adjoua Yeboua Florence et al, 2014) ; ([AssitaYao](#), Adrien Lokrou, et al, 2020) ; ([Koudou](#) gahie hermann patrick, 2016) ; (Adjoua Yeboua Florence (Kouakou et al, 2016) ; (A. Lokrou, D.P. Koffi et al, 2010) : (A.Lokrou et al, 2011). De tous ces travaux, la corrélation dysfonction érectile et son implication au sein des couples diabétiques restent peu explorées et surtout au Centre Antidiabétique d'Abidjan de l'Institut National de Santé Publique Cette approche touchant la dysfonction érectile dans le couple reste peu abordée par le personnel de santé au cours des consultations des patients diabétiques. . La contribution du travail serait d'humaniser les soins dans le suivi du patient diabétique. A terme, c'est d'arriver à améliorer la qualité des soins des personnes vivant avec une maladie chronique.

Sur le terrain, le constat est qu'au cours de leur traitement, il arrivait que certains patients mettent en cause le traitement dans leurs troubles sexuels. Alors, ils devenaient moins performants et pratiquaient de moins en moins et souvent difficilement l'activité sexuelle. Ce qui a suscité la question suivante : En quoi, le manque d'activité sexuelle du patient pourrait influencer sa vie de couple ?

Comment ce problème est-il appréhendé dans les couples ? le traitement prolongé pourrait être un facteur de survenu de la dysfonction érectile ?

L'objectif de cette étude est d'analyser les implications du diabète dans la vie sociale des couples des patients suivis au Centre Anti-Diabétique d'Abidjan (CADA) de l'Institut National de Santé Publique (INSP), afin de mieux comprendre l'interaction entre leur vécu quotidien et la dysfonction érectile.

De façon spécifique, il s'agira :

- D'évaluer la fonction érectile des patients diabétiques
- Décrire les difficultés au niveau socioprofessionnel et familial des patients diabétiques
- D'appréhender les stratégies de résilience du diabétique souffrant d'une dysfonction érectile

2. Matériels et méthodes

Cette étude a été menée auprès des patients connus diabétiques ayant été consultés au centre Anti Diabétique de l'institut National de Santé Publique.

Il s'agit d'une étude transversale à passage unique avec une approche mixte quantitative et qualitative portant sur la dysfonction érectile des patients diabétiques. Cette étude s'est déroulée du 1^{er} au 30 novembre 2019 pour la phase qualitative et du 02 au 25 octobre 2019 pour la phase quantitative. Les patients diabétiques étaient de sexe masculin et féminin, âgés de moins de 80 ans, diabétiques de type 2 et qui ont accepté de participer à l'étude.

2.1 Population d'étude et Échantillonnage

Profil des participants et taille de l'échantillon

Tableau 1 : Echantillon quantitatif

L'échantillon était composé de : Fonctionnaires, retraités, commerçants, ménagères, ferronniers, vendeuses, chauffeurs, frigoristes, éleveurs, plombiers, coiffeurs comme mentionné dans le tableau suivant :

Acteurs à enquêter	Nombre
Fonctionnaires	23
Retraités	21
Commerçants	19
Ouvriers	18
Autres (ménagères)	17
Total	100

Pour le volet quantitatif, la fonction érectile a été évaluée en se basant sur l'index international de la fonction érectile (IIEF5), auto questionnaire largement validé, qui, à partir de cinq questions, permet de dépister avec fiabilité l'existence d'une Dysfonction Erectile.

Le patient obtient à la fin d'interrogatoire un certain nombre de points qui permettent de le classer comme suit :

- Fonction érectile normale : score de 20 à 25.
- Trouble de l'érection léger : score de 16 à 20.
- Trouble de l'érection modéré : score de 11 à 15.

- Trouble de l'érection sévère : score de 5 à 10.
- Non interprétable : score de 1 à 4.

L'auto questionnaire IIEF-5 a été utilisé implicitement auprès de 100 patients diabétiques afin de mesurer les variables que sont l'activité sexuelle (les rapports sexuels, les caresses, les préliminaires et la masturbation). Les rapports sexuels sont définis comme la pénétration sexuelle de votre partenaire ; la stimulation sexuelle comprend des situations telles que les préliminaires, des photos érotiques, etc. L'éjaculation est l'éjection de sperme du pénis (ou la sensation de cela) ; l'orgasme est l'accomplissement ou l'apogée après une stimulation sexuelle ou un rapport sexuel. Dans ce questionnaire, ses 5 variables sont explorées. Chaque domaine est noté en fonction des réponses du patient. C'est l'ensemble des notes de ces cinq (05) questions qui représente le score qui permet d'évaluer le dysfonctionnement érectile selon l'International Index of Erectile Function (Rosen RC, Riley A, Wagner G et al. 1997) reference). Les personnes interviewées étaient des diabétiques depuis plus de 2 ans pendant la période de l'étude.

Pour le volet qualitatif,

Les données ont été recueillies au moyen d'un guide d'entretien qui a permis de centrer le discours des personnes interrogées autour de différents thèmes préalablement définis et consignés dans un guide d'entretien. Les entretiens ont porté sur les thématiques suivantes : 1) les problèmes de la fonction érectile dans la vie sexuelle du couple ; 2) la perception de la dysfonction érectile sur la vie du couple ; 3) les difficultés rencontrées au niveau socioprofessionnel et familial 4) les stratégies de résilience du diabétique souffrant d'une dysfonction érectile.

Tous les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone et ont duré une trentaine de minutes. Les entretiens ont ensuite été retranscrits manuellement sur Word de façon exhaustive à l'aide du logiciel Microsoft Word avant leur traitement. Une fois la liste des codes élaborés manuellement après lecture et relecture des entretiens, ceux-ci ont été insérés dans les différents textes. Après quoi, les catégories d'idées ont été regroupées et ont fait l'objet d'une analyse de contenu thématique. Certains verbatim extraits des messages clés ont été retenus pour appuyer certaines idées en guise d'illustration. Au niveau éthique, les couples ont été informés du but de l'étude, de ce que cela signifiait de participer à un entretien individuel semi-directif, de l'anonymat de leur réponse et du fait qu'ils pouvaient s'ils le voulaient interrompre leur participation à l'étude. Cette étude n'ayant pas été soumise à un comité d'éthique, nous avons respecté les principes de déclaration d'Helsinki. Selon ce principe, le consentement écrit ou verbal a été obtenu au début de chaque entretien. La confidentialité et l'anonymat des informations des patients ont été respectés à travers la non divulgation auprès d'une tierce personne.

3. Résultats

3.1. Données sociodémographiques

Les participants âgés de plus de 44 ans représentaient plus de trois quart (3/4) de nos patients soit 80 %. La moyenne d'âge était de 20 ans.

Tableau 2. Relation entre dysfonction érectile et âge du diabète.

Disfonctionnement érectile		
Age du diabète (ans)	Effectifs (n)	Fréquence (%)
≤ 2	60	60
5-9	13	13
10-14	11	11
15-19	8	8
20-24	8	8
TOTAL	100	100

Dans cette étude, la majorité des patients, soit 60% avaient une dysfonction érectile et un diabète qui évoluait depuis moins de deux ans. Ce qui implique que les signes de dysfonctionnement érectiles apparaissent précocement chez les diabétiques.

3.2. Evaluation de la dysfonction érectile sur la vie sexuelle du couple

3.2.1. Evaluation selon l'indice international de la fonction érectile

Tableau 3. Répartition des patients en fonction de l'index international de la fonction érectile (IIEF-5).

Nombre de patients	Score	Interprétation
10	entre 22 à 25	Une DE légère
27	Entre 17 à 21	DE légère à modéré
40	Entre 11 et 16	DE modérée
20	Entre 6 à 10	DE sévère
3	Entre 1 à 4	Non interprétable

Selon les résultats, 40 patients ont une Dysfonction Erectile modéré : ce qui nécessite la mise sous traitement hormonal du patient. Cette situation du diabétique n'est souvent pas connue de son entourage et surtout du partenaire. Les propos de cet enquêté le montre bien :

« *Depuis un certain temps, je prends régulièrement mes médicaments. Mais, j'ai remarqué que je n'ai plus envie de ma femme. Je me sens toujours fatigué, les médicaments me font dormir et souvent ma*

femme s'en plaint. Ces plaintes me donnent envie d'arrêter le traitement pour un temps ». Propos recueilli auprès de M. K.

Parmi les participants, 20 patients ont une Dysfonction Erectile sévère. Ce fait a une implication sur la vie du couple. Comme cela est relevé dans les lignes suivantes.

La faiblesse sexuelle a rendu les participants inquiets, parce qu'ils n'arrivent plus à satisfaire sexuellement leur épouse au lit. Et cela peut entraîner une instabilité au niveau du foyer. Cette inquiétude est perçue dans les propos suivants :

« Je suis affaibli physiquement et moralement parce que je ne suis plus performant. Au lit, je ne dure plus en érection. Et c'est inquiétant pour moi parce que mon foyer bat de l'aile, je suis sous traitement, mais ma femme refuse de me comprendre. Elle pense que je le fais intentionnellement ». Propos recueilli auprès de M. Y.

L'observance du traitement du diabète est devenue une source d'inquiétude. Le désir de stabiliser son taux de glycémie et de vivre plus longtemps avec la maladie demeurent une des priorités du patient. Cependant, il n'arrive plus à assumer ses responsabilités conjugales. Ce qui montre que les hommes sont confrontés à des troubles sexuels qui minent leurs foyers et détériorent leur santé. Le diabète agit négativement sur la vie sexuelle du couple. L'un des médecins diabétologues souligne que : « Les troubles de la sexualité sont fréquemment associés au manque d'intérêt sexuel, l'impossibilité d'orgasme ou d'éjaculation, l'anxiété de la performance, l'orgasme ou l'éjaculation trop rapide et l'activité sexuelle "non agréable" ». Il convient de noter que la sexualité du couple entraîne des difficultés conjugales. En effet, de nombreuses raisons peuvent expliquer ce constat : baisse de la libido liée à la fatigue, dysfonctions érectiles, douleurs localisées. Être atteint d'une maladie chronique peut fortement troubler les relations intimes avec son partenaire.

La maladie vient perturber le quotidien du couple, car c'est toute la vie pratique, physique, sexuelle et sociale qui est touchée. Cependant, la situation est très différente s'il s'agit d'un problème transitoire, d'une maladie chronique, sévère ou invalidante. Cette influence se traduit souvent par les actes d'infidélité du conjoint bien portant et même par la séparation définitive, une perte d'estime de soi. La maladie agit sur la puissance sexuelle de l'homme à tel enseigne qu'il a perdu sa virilité. La stabilité du couple est soutenue par la virilité de l'homme. La dysfonction érectile est source d'instabilité et de dislocation du couple. Un couple peut se disloquer parce que l'homme n'est pas en l'état de faire face à ses obligations conjugales. Cet exemple illustre bien cette situation. Ainsi, la femme a dû quitter son époux pour ce problème de dysfonction érectile et l'homme est tombé dans une désolation, le poussant à mener une vie de reclus, après le départ de sa femme :

« Je ne suis plus un garçon. Il se lève difficilement et a du mal à tenir debout longtemps (en parlant de sa partie intime). C'est pour cela ma femme est partie et maintenant, je suis dans mon coin. Il y a des moments où je ne sens aucune envie. Je me dis que lorsque ma tension et mon taux de glycémie seront bien stables, tout ira pour le mieux. Ma femme ne m'a pas compris. » propos de DK.

Un autre homme de 45 ans qui vit les complications du diabète ajoute : « *Je connais des difficultés dans mon foyer. J'ai fait un AVC avec 32 de tension et je suis diabétique. Depuis cette épreuve, sexuellement je ne peux pas fonctionner. Ma femme avait commencé des scènes d'infidélité. Elle ne dormait plus à la maison, c'était encore une épreuve difficile à supporter. J'ai donc déménagé chez ma grande sœur. Au fil du temps, j'ai fini par accepter cette vie dans laquelle je suis et apprécier cette nouvelle chance de vivre que DIEU m'a donné.* » propos de F B.

3.2.2. Difficultés au niveau socioprofessionnel

3.2.2.1. Perte de performance

La capacité d'assumer ses responsabilités devient faible pour le diabétique du fait de la maladie. Il devient la proie au stress, à la fatigue et au manque de performance pour exercer convenablement ses activités professionnelles. De plus, dans l'exercice de ses fonctions, le diabétique est souvent obligé de se faire couvrir par certains collègues de peur d'attiser la colère du responsable de service et d'être sanctionné ou de perdre son poste. C'est ce que cette patiente rapporte en substance :

« *Le stress avec le paiement des factures me crée beaucoup de problèmes. Donc lorsqu'il y a de l'affluence je prends bien mes médicaments et mes collègues me couvrent pour que je vienne avec un peu de retard entre 9h et 10h.* » (Une patiente, caissière à la CIE). Par ailleurs, les patients qui souffrent de maladies chroniques et de dysfonction érectile constatent plusieurs changements dans leur vie. Un patient s'exprime en ces termes :

« *Le stress dû à mon problème de foyer m'empêche d'être efficace au travail, seulement à y penser.* » (Diabétique, fonctionnaire, 56 ans).

Cette implication risque d'entraîner ou de provoquer plusieurs changements dans la vie du diabétique.

3.2.2.2 Perte d'espoir face à la chronicité du diabète

Le diabète est perçu comme un tueur silencieux qui détruit à petit feu la vie du diabétique. Le comportement de restriction alimentaire, la baisse du rendement au travail, le stress suscité par faute de manque de moyen financier. Le patient se trouve à la croisée de plusieurs problèmes, ce qui fait dire aux patients diabétiques qu'ils mènent une vie insensée, qui frise une mort silencieuse comme l'indique ce participant :

« *Tu ne manges plus bien, au niveau du travail mon rendement n'est plus le même. Je suis constamment fatigué et pourtant j'ai aussi besoin de travailler pour acheter mes médicaments qui sont chers. Quand ils me manquent, j'ai tous les petits soucis. Ce n'est pas une mort silencieuse ça, on dit que le diabète est un tueur silencieux, mais nous sommes déjà morts quoique vivant.* » Propos de M. G

Avoir le diabète, c'est exister sans pouvoir vivre convenablement. Vivre avec le diabète, c'est exister mais sans grand espoir de vivre longtemps.

C'est cette perception qu'en donne ce diabétique qui trouve cela comme un désespoir : « *le diabète c'est la mort avant la mort.* » (Patiente diabétique, souffrant depuis 10 ans).

3.3 Les stratégies de résilience du diabétique souffrant d'une dysfonction érectile

3.3.1 Les Itinéraires thérapeutiques

L'importance du problème et l'ampleur de la situation vécue quotidiennement par le malade, le pousse à se tourner vers un itinéraire thérapeutique moins coûteux et très prometteur comme le dévoile ce patient :

« Je triche souvent, je bois des décoctions pour relever mes envies et être efficace au lit. Sinon, je peux perdre ma femme ». Propos de O L.

Il s'ensuit que les hommes préfèrent vivre dans le mensonge en ne parlant à personne. Toutefois, ils trouvent comme solution les décoctions naturelles. Chez les femmes, le stress dû à la gestion de la maladie et à l'insertion sociale de leur progéniture couvre leur frigidité.

Parmi ceux qui gardent le secret de cette dysfonction érectile, certains utilisent des comprimés conseillés par un confident à savoir un ami ou un proche pour régler la situation de foyer. Toutefois, c'est une solution éphémère parce que ce comprimé est à prendre chaque fois avant l'acte sexuel. Un enquêté explique l'application de cette méthode :

« J'ai un ami qui m'a envoyé chez un naturothérapeute. Ce sont des comprimés que j'avale 45mn avant de faire. Il me stimule. Après 45mn, les envies viennent et voilà tout se passe bien. Mais c'est plus une stimulation naturelle. Je dois prendre chaque fois que je dois aller avec ma femme. C'est mon secret, c'est ma vie pour ne pas perdre ma femme avec laquelle j'ai 3 enfants ». Propos de M. D

4. Discussion des résultats

4.1. Caractéristiques socio- démographiques

L'objectif de cette recherche était d'analyser les implications du diabète de type 2 dans la vie sociale des patients suivis à l'institut National de Santé Publique. Il s'agit des bouleversements qui ont lieu dans les couples des patients diabétiques où le conjoint connaît une dysfonction érectile. De ce fait, pour cerner l'étude, une méthode mixte a été adoptée pour comprendre le vécu des patients diabétiques ayant une dysfonction érectile.

A partir de L'auto questionnaire IIEF-5 et d'un guide d'entretien avec 100 diabétiques, 25 couples et d'un médecin-diabétologue, ont révélé que la prédominance du diabète de type 2 touche classiquement l'adulte après l'âge de 40 ans. Et de plus, le diabète touche toutes les couches sociales. Cette prédominance du diabète de type 2 est liée au caractère sédentaire de certains catégories sociales, telles que les fonctionnaires, les commerçants et des retraités. Ensuite, les plus de 44 ans représentaient 80 % des patients et dont l'âge est associé à la dysfonction érectile. L'âge prédispose au diabète. Ainsi, Racine, 2015, p.24, a mentionné que le diabète de type 2 touche majoritairement les sujets de plus de 45ans ; plus l'âge s'élève et plus la prévalence augmente : 0,4% entre 0-44 ans ; 6,3% entre 45-64ans et 14,8% pour les plus de 75ans.

4.2 Dysfonction érectile et son implication socioprofessionnelle et familiale

La dysfonction érectile est un mal qui ronge les diabétiques et auquel il faut trouver une solution pour le bonheur des couples. Les patients qui souffrent de maladies chroniques et de dysfonction érectile constatent plusieurs changements dans leur vie dont l'incapacité d'assumer ses responsabilités conjugales. Le stress qu'engendre cette maladie entraîne aussi une incapacité d'assumer également ses charges professionnelles. Ce souci découle du fait que le diabète, maladie chronique, accroît souvent le sentiment de dévalorisation, aggravé par la survenue des difficultés sexuelles, comme le souligne Romarick Bambatsi M, (2010 p.38).

La virilité a été décrite comme indispensable pour se forger une identité et se positionner en tant qu'homme dans la société (Bokhour BG et al, 2001). Pour Romarick Bambatsi M. (*Ibid*), ce manque de virilité conduit à une perte d'estime de soi, dans la mesure où la survenue d'une « panne sexuelle », avec son corollaire d'angoisse de la performance, peut engendrer un état dépressif. Au lieu de tenter de traiter son mal, le patient persuadé que son diabète entraîne inéluctablement ce type de handicap, évite l'acte sexuel, accroissant ainsi la frustration du partenaire ; ce qui génère de nouveaux problèmes tels que les troubles mentaux ou peut être dans une situation d'inconfort face à sa condition sociale et sexuelle.

Pour redonner vie au relation sociale, le traitement d'une dysfonction érectile peut alors entraîner une amélioration des relations sociales et émotionnelles (Jonler M et al, 1995).

Il serait intéressant d'introduire ce volet de la prise en charge des maladies chroniques dans l'offre de soins afin d'améliorer les complications qui pourraient survenir au cours du diabète. Le volet humanisation des soins doit primer dans la prise en charge des diabétiques de type2 car s'il n'est pas traité efficacement, le traitement médicamenteux ne pourra pas améliorer la santé du patient. Cette idée est soutenue par Zhou et al. qui ont montré que l'amélioration de la fonction sexuelle et affective améliore les scores de qualité de vie et de dépression ou d'anxiété (Zhou et al., 2011). C'est pourquoi, Schreiner-Engel et al avancent que les difficultés sexuelles amènent souvent une importante diminution de la satisfaction conjugale et de l'entente dans le couple après l'installation de la maladie chronique (Schreiner-Engel et al., 1987). Mais si une sexualité adaptée aux contraintes de la maladie se maintient, l'entente dans le couple est bonne et le soutien du ou de la partenaire est acquis (Lal et Bartle-Haring, 2011). Ceci est particulièrement important lorsque l'on prend la mesure de l'impact majeur de la participation du ou de la partenaire pour l'adhésion au traitement de la maladie chronique (Martire et al., 2010). Pour ce qui est de l'implication d'ordre socio-professionnel, la capacité du patient diabétique d'assumer ses responsabilités devient faible du fait de la maladie. Il devient la proie du stress, de la fatigue et du manque de performance pour exercer convenablement ses activités professionnelles. Et de plus, cet acteur est souvent obligé de se faire protéger par certains collègues de service de peur d'être sanctionné ou de perdre son poste et d'attiser la colère du responsable de service. Ainsi, d'après Avril et Pradines (2010), quand la chronicité de la maladie s'installe, elle fragilise la personne dans son insertion professionnelle par l'absentéisme qu'elle engendre mais aussi par la réduction de la capacité de travail qu'elle peut provoquer. Pour des raisons de santé, il est

généralement difficile de gérer les conséquences ou l'aggravation de la maladie. Ce qui peut entraîner une rupture de vie du diabétique. En effet, avec cette maladie, le diabétique ne se donne pas d'espoir de vivre longtemps. Ainsi, avoir le diabète, c'est exister sans pouvoir vivre convenablement. Le diabète est perçu comme un tueur silencieux qui détruit à petit feu. Le comportement de restriction alimentaire, la baisse du rendement au travail, le stress suscité par faute de manque de moyen financier rend la gestion de la maladie difficile. Les patients enquêtés se trouvent à la croisée de plusieurs problèmes soulevés par le diabète, qui selon eux, fait allusion à une vie insensée, qui frise une mort silencieuse. Alors, plus largement, l'irruption de la maladie dans la trajectoire de vie amène chez le patient une brutale confrontation avec l'imprévisible. Vivre avec une maladie chronique, c'est vivre dans un corps que l'on ne reconnaît plus, auquel il n'est plus possible de faire confiance. Un corps qui ne sera plus jamais silencieux, imposant de nouvelles limites à son périmètre d'action et de vie. Pour Colson M-H., (2016), la Maladie Chronique fait pénétrer celui qui en est atteint dans une autre réalité physique, avec une image de soi remaniée en profondeur, une autre dimension de vie et de vie sexuelle. Il va falloir vivre différemment, oublier ses plans de vie et ses rêves d'avenir. Alors, la dysfonction érectile a un impact sur la qualité de vie du sujet âgé. L'avancée en âge est associée à l'apparition de nombreuses pathologies qui peuvent être des facteurs de développement de la dysfonction érectile et peut impacter la qualité de vie. La sexualité est une intimité physique et émotionnelle partagée tout au long de la vie ; tant qu'ils ont une partenaire et une condition physique les y autorisant, les hommes âgés poursuivent les rapports sexuels (Marandola P et al. 2002). Plus de 60 % d'entre eux expriment leur désir de maintenir une activité sexuelle (Laumann et al. 1999).

La dysfonction érectile pourrait impacter la satisfaction conjugale et diminuer la satisfaction en tant que support conjugal. Face à cette situation, le diabétique trouve des stratégies résilientes. Parmi ceux qui gardent le secret de cette dysfonction érectile, certains utilisent des comprimés conseillés par un confident à savoir un ami ou un proche pour stabiliser la vie familiale. Toutefois, c'est une solution éphémère parce que ce comprimé est à prendre chaque fois avant l'acte sexuel. D'autres hommes préfèrent vivre dans le mensonge en ne parlant à personne. Toutefois, ils trouvent comme solution les décoctions naturelles. Chez les femmes, le stress dû à la gestion de la maladie et à l'insertion sociale de leur progéniture couvre leur frigidité (manque de désir sexuel). Et cela entraîne une entente dans le couple. Cette situation est corroborée par Lal et Bartle-Haring (2011) pour qui si le couple s'adapte aux contraintes de la maladie, l'entente dans le couple reste bonne et le soutien du ou de la partenaire reste aussi acquis.

5. Conclusion

Cette étude sur l'implication du diabète de type 2 dans la vie sociale des patients a mobilisé un auto questionnaire IIEF-5 et un guide d'entretien pour collecter les données. Les participants ont été sélectionnés de façon aléatoire et de façon raisonnée. De cette démarche, la dysfonction érectile chez les hommes a été identifiée à travers les entretiens, à partir desquels, ils ont exprimé ce que cette

pathologie impliquait dans leur vie sociale et familiale. Les femmes ont exprimé leur frigidité et leur acceptation de la situation que vit leurs conjoints, de maintenir le foyer.

De nombreuses pathologies sont à la base du développement de la dysfonction érectile et ont une implication sur la qualité de vie chez les patients diabétiques. L'impact psychologique de la maladie est important dans le vécu du patient, surtout dans le domaine de son activité sexuelle. Cependant, les patients ont une réserve "socioculturelle" à parler de sexualité à leur médecin-diabétologue. Pourtant le volet socio-psychologique pourrait jouer un rôle indéniable dans la prise en charge des complications du diabète et de l'amélioration de l'offre de soins. Cela est d'autant plus important que le diabète génère des conséquences énormes dans la vie du couple ; ce qui se traduit souvent par les actes d'infidélité du conjoint bien portant et même par la séparation définitive. Ces résultats vont servir à la formulation de recommandations axées non seulement sur la prise en charge curative mais aussi et surtout préventive de la dysfonction érectile au niveau des structures sanitaires, dans le souci d'améliorer la qualité de vie des patients, dans la mesure où, la diminution de la fréquence des rapports n'entache pas leur désir de poursuivre une activité sexuelle, chez de nombreux hommes âgés.

Pour améliorer la qualité de vie des patients diabétiques, il conviendrait de se pencher sur l'humanisation de la prise en charge des patients diabétiques pour améliorer les potentielles complications qui surviennent couramment dues à la dysfonction érectile chez les hommes.

Remerciements

Nos remerciements vont à l'endroit du personnel du Centre antidiabétique de l'Institut National de Santé Publique pour leur disponibilité et les patients qui ont accepté de participer à notre étude. Nous remercions également la cellule de recherche en santé de la reproduction en Côte d'Ivoire (CRESAR-CI) qui a renforcé nos capacités en « communication scientifique », et « la méthodologie de la recherche-action » et à l'analyse qualitative assisté du logiciel NVIVO.

Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt lié à cet article. Source de financement soutenant le travail de recherche.

Références bibliographiques

- Althof SE.(2002). Quality of life and erectile dysfunction. *Urology*;59:803–10.
- Arpita, L, Bartle-Haring, S. (2011). Relationship among differentiation of self, relationship satisfaction, partner support, and depression in patients with chronic lung disease and their partners. *Journal of Marital Family Therapy* ;37(2):169-81.doi: 10.1111/j.1752-0606.2009.00167.x
- Avril, C & Pradines D. (2010). Maladies chroniques et qualité de vie « sociale ». *Maladies chroniques* ; adsp n 72.
- Bambatsi M R O. (2021). Contribution a l'étude de la dysfunction érectile chez le diabétique au CHU du point G et au centre national de lutte contre le diabète, thèse faculté de médecine, de pharmacie et d'odonto-stomatologie, Université de Bamako

Cappelleri JC, Rosen RC, Smith MD, Mishra A, Osterloh IH.(1999). Diagnostic evaluation of the erectile function domain of the International Index of Erectile Function. *Urolog* ;54:346- 51.

- Drust, C, Bourdel-Marchasson, I., Weil A, Eschwege, E, Penfornis, A, Fosse, S, Fournier, C, Chantry, M, Attali, C, Lecomte P, Dominique, Poutignat, A, G, Risso, M, S & Fagot-Campagna, A. (2013). (2013). *Type 2 diabetes in France: epidemiology, trends of medical care, social and economic burden* . *Presse Med* ;42(5):830-8.doi: 10.1016/j.lpm.2013.02.312. Epub 2013 Apr 6
- Colson M-H. (2016). Dysfonctions sexuelles de la maladie chronique, l'état des lieux. Première partie : fréquence, impact et gravité. *Sexologies*, <http://dx.doi.org/10.1016/j.sexol.2016.01.007> ..
- Druet C, Bourdel-Marchasson I, Weill A, Eschwege E, Penfornis A, Fosse S, et al. (2013). Le diabète de type 2 en France : épidémiologie, évolution de la qualité de la prise en charge, poids social et économique. *ENTRED 2007*. *Presse Médicale*; 42(5) : 830-8.
- Delavierre D. (2002). Epidémiologie de la dysfonction érectile (1ère partie). Prévalence et incidence mondiales. *Andrologie*. ; 12(2) :167-85.
- Lemaire Antoine. Lemaire A. (2011). Diabète, endocrinopathies et érection. *Médecine de la Reproduction, Gynécologie Endocrinologie* 2011 ; 13 (supplément 1) : 38-44.
- Fedele D, Coscelli C, Santeusanio F, Bortolotti A, Chatenoud L, Colli E et al. (1998). *Erectile dysfunction in diabetic subjects in Italy*. *Diabetes Care*; 21(11) : 1973-77.
- Jonler M, Moon T, Brannan W, et al: (1995).The effect of age, ethnicity and geographical location on impotence and quality of life. *Br J Urol* ;75:651–55.
- Koné B. (2020). Sécurité alimentaire et santé urbaine en Afrique Sub-saharienne : influence du mode d'alimentation sur la prévalence du diabète sucré à Abidjan (Côte d'Ivoire). *Revue Espace, Territoires, Sociétés et Santé*, 3 (5), 143-155
- Kouakou A, Yeboua F ; YAPO, PA; Kamagaté, A. (2014). *Diabète en Côte d'Ivoire de la prévalence de l'obésité aux complications: cas de l'UNA et du CHU de Yopougon*. Master, Université Nangui Abrogoua
- Koudou G H P. (2017). facteurs de risque du diabète dans la population non diabétique de la région du sud-comoe (cote d'ivoire) : cas des villes d'abioisso et de Bonou. Thèse de pharmacie, UFR des Sciences Pharmaceutiques et biologiques
- Laumann EO, Paik A, Rosen RC. (1999). Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA*;281:537- 44.
- Lemaire A. (2011). Diabète, endocrinopathies et érection.mt *Médecine de la Reproduction, Gynécologie Endocrinologie* ; 13 (supplément 1) : 38- 44.
- Lindau ST, Schumm LP, Laumann EO, Levinson W, O'Muircheartaigh CA, Waite LJ. A. (2007). study of sexuality and health among older adults in the United States. *N Engl J Med*; 357:762–74.
- Lokrou A. (2006). Diabète en Côte d'Ivoire. In : Atelier de formation sur le diabète Hôtel Sofitel-Amitié de Bamako.
- Lue TF, Basson R, Rosen R, Giuliano F, Khoury S, Montorsi F. (2004). Sexual medicine: sexual dysfunction in men and women. 2nd international consultation on sexual dysfunction.

- Paris: Editions 21 ; 820.
- Mbanya N J-C, Ayesha A M, Sobngwi E, Assah K F, Enoru S T. (2010). Diabetes in sub-Saharan Africa. *Lancet.* 26;375(9733):2254-66. doi: 10.1016/S0140-6736(10)60550-8.
- Marandola P et al.(2002). Love and sexuality in aging. *Aging Male*;5:103–13.
- Martire LM, Schulz R, Helgeson VS, Small BJ, Saghafi EM. (2010). Review and meta-analysis of couple-oriented interventions for chronic illness. *Ann Behav Med* ;40(3):325—42.
- M Virally , G. Hochberg E, Eschwèze S, De Mbanya N J-C, Ayesha A M, Sobngwi E, Assah K F, Enoru S T. (2010). Diabetes in sub-Saharan Africa. *Lancet.* 26;375(9733):2254-66. doi: 10.1016/S0140-6736(10)60550-8.
- jager H, Mosnier-Pudar, O. Pexoto P, J. Guillausseau, S.Halimi.(2009). Enquête Diabasis : perception et vécu du diabète par les patients diabétiques: Diabasis survey: Patients' life experience and perception of the disease. *Médecine des Maladies Métaboliques. Volume 3, Issue 6.* Pages 620-623
- Racine G. (2015). Présentation d'une classe thérapeutique innovante dans le traitement du diabète de type 2 : Les inhibiteurs de la DPP-4. thèse faculté des sciences pharmaceutiques, université toulouse III paul sabatier faculté des sciences pharmaceutiques. En ligne : // <http://thesesante.ups-tlse.fr> , consulté le 22/06/2021
- Robertson M (2006). Troubles sexuels chez les personnes atteintes de diabète, Diabète voice, ; 51:2.
- Ake-Tano S O P, Ekou Kokora F, Konan Y E, Orsot T E, Kpebo OD, Sable PS, Aka F, Ncho SD. (2017). Pratiques alimentaires des diabétiques de type 2 suivis au Centre Antidiabétique d'Abidjan. Santé Publique 3 (Vol. 29) : 423 à 430
- Schreiner-Engel P, Schiavi RC, Vietorisz D, Smith H. (1987). The differential impact of diabetes type on female sexuality. *J Psychosom Res*;31(1):23—33.
- Seisen, Th., M. Rouprête, P. Costab,F. Giuliano. (2012). Influence de l'âge sur la santé sexuelle masculine, *Progrès en urologie*. 22, S7-S13
- Smith LJ, Mulhall JP, Deveci S, Monaghan N, Reid MC. (2007). Sex after seventy: a pilot study of sexual function in older persons. *J Sex Med*;4:1247–53.
- Touvoli B G. (1998). le diabète sucre chez le noir africain en côte d'ivoire etude transversale a propos de 1576 cas observes au chu de treichville. Thèse de médecine, UFR Sciences Médicales Ventegodt S. (1998). Sex and the quality of life in Denmark. *Arch Sex Behav* ;27:295- 307.
- Virally M, Hochberg G, Eschwèze E, et al.(2009).Enquête Diabasis : perception et vécu du diabète par les patients diabétiques. *Médecine des maladies Métaboliques* ;3:620-3.
- WHO | Global status report on noncommunicable diseases 2010 [Internet]. WHO. Disponible sur: http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/en/
- Wild S. (2007). Global prevalence of diabetes-estimated for the year 2000 and projections for 2030. *Diabetes care*, 2007; 20:1183-93.
- Yao A, Lokrou A, Kouassi F, Danho J, Hué A, Dago P.K., Abodo J. (2020). Profil épidémioclinique et mortalité des diabétiques hospitalisés dans le service d'endocrinologie-diabétologie du CHU de Yopougon, Abidjan, Côte d'Ivoire. *Médecine des Maladies Métaboliques* ; Volume 14, Issue

8, 754-760

Zhou ES, Kim Y, Rasheed M, Benedict C, Bustillo NE, Soloway M, et al. (2011). Marital satisfaction of advanced prostate cancer survivors and their spousal caregivers: the dyadic effects of physical and mental health. *Psychooncology* ;20(12):1353—7.

© 2021 DOUKOURE, License Bamako Institute for Research and Development Studies Press. Ceci est un article en accès libre sous la licence the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>)

Type d'article : Recherche

Acteurs et stratégies de gestion des déchets solides ménagers à Bamako

Issa Ouattara^{1*}, Ahamadou Diya², Yakouréoun Diarra³, Oumar Dembélé⁴ et Adama Konaté⁵

¹Institut de Développement Economique et Social, Bamako, Mali ; ²Institut National de Formation des Travailleurs Sociaux, Bamako, Mali ; ³Institut des Sciences Humaines, Bamako, Mali ; ⁴Centre de Recherche sur le Savoir Local – Point Sud, Bamako, Mali ; ⁵Institut de Pédagogie Universitaire, Bamako, Mali

*Correspondance : issaouattara148@gmail.com, Tél : +223 - 73 – 16 - 68 - 24

Résumé

La gestion des déchets solides ménagers se pose avec acuité dans le District de Bamako, en raison notamment de la croissance démographique, des changements de modes de production et de consommation. Aujourd’hui, la filière se caractérise par une faible organisation des acteurs, une insuffisance de moyens adéquats et une absence de stratégies durables. La présente étude vise à identifier les acteurs et analyser les stratégies de gestion durable des déchets solides ménagers à Bamako. La méthodologie utilisée s'est appuyée sur la revue de la littérature, l'observation du terrain et la réalisation d'enquêtes quantitative et qualitative auprès de 300 ménages, choisis dans quatre quartiers du District de Bamako et 66 personnes, issues de plusieurs catégories d'acteurs. Les données collectées ont fait l'objet d'un traitement informatique à l'aide des logiciels SPSS 17.00, Excel 2016, MapInfo Professionnel 8.5 et d'une analyse de contenu des discours. Les résultats de l'étude ont révélé la multiplicité des acteurs de la gestion des déchets solides ménagers à Bamako et leur faible coordination. L'étude a également montré que la gestion durable des déchets solides ménagers à Bamako nécessite à l'heure actuelle, la réorganisation de la pré-collecte et de la collecte, la création de dépôts de transit et de centres d'enfouissement technique. Aussi, cette gestion nécessite le traitement des déchets et la mise en place d'un système durable de financement de la filière. Les stratégies proposées pourraient contribuer à la création d'emplois, tout en améliorant le cadre de vie des populations. Cependant, leur réussite exige une réelle volonté politique des autorités urbaines et un engagement constant de tous les acteurs.

Mots clés : acteurs, stratégies, gestion, déchets solides ménagers, Bamako

Abstract

Household solid waste management is particularly acute in the Bamako District, mainly because of population growth, and the changes in production methods and consumption. Today, the sector is characterized by a weak organization of the actors, a lack of adequate means and a lack of sustainable strategies. This study aims to identify the actors and analysing the strategies for sustainable

management of household solid waste in Bamako. The methodology used was based on a literature review, field observation and quantitative and qualitative surveys of 300 households selected in four neighbourhoods of the Bamako District and 66 persons from several categories of actors. The collected data was computer-processed using SPSS 17.00, Excel 2016, Map Info Professional 8.5 software and speech content analysis. The results of the study revealed the intervention of many actors involved in household solid waste management in Bamako and their weak coordination. The study also showed that the sustainable management of household solid waste in Bamako currently requires the reorganization of pre-collection and collection, the creation of transit depots and technical landfills. Moreover, this management requires the treatment of waste and the establishment of a sustainable system of financing of the sector. The strategies proposed could contribute to job creation, while improving the living environment of the populations. However, their success requires a real political will of the urban authorities and a steady commitment of all the actors.

Keywords: actors, strategies, management, household solid waste, Bamako.

1. Introduction

Les déchets sont indissociables de la vie humaine. De tous les temps et en tous lieux, la production des déchets a été inhérente aux activités humaines, qu’elles soient domestiques, agricoles, industrielles ou commerciales. Cependant, les problèmes liés à la gestion des déchets ont évolué au cours des époques. Longtemps, les déchets ont été majoritairement de nature organique, proches d’un mode de vie rural : déjections animales et humaines, restes d’animaux abattus, résidus agricoles. Initialement, ils étaient abandonnés dans les décharges proches du lieu de production (N’go et Regent, 2004). La question des déchets se limitait à l’abandon des matières organiques. Mais, au fur et à mesure que les hommes s’aggloméraient dans un lieu, la quantité des déchets produits devenait progressivement incommodante et l’équilibre du milieu se rompait (Ngambi, 2015).

La gestion des déchets constitue un problème majeur dans les villes africaines. En effet, il suffit de traverser quelques villes africaines pour découvrir le spectacle désolant qu’elles offrent : l’accumulation des déchets le long des voies publiques, les déchets obstruant les canalisations ou enfouis dans des décharges à ciel ouvert, jouxtant les habitations, etc. Qu’on soit à Cotonou, à Douala, à Yaoundé, à Accra ou à Conakry, le rapport entre la quantité des ordures ménagères produites et la quantité ramassée ne dépasse pas 60% (Ngambi, 2015). La mise en décharge se réalise dans des conditions peu respectueuses de l’environnement et peu soucieuses de la préservation de la santé des populations.

La situation à Bamako illustre les caractéristiques de la gestion des déchets ci-dessus évoquées dans les villes africaines. Malgré la signature en septembre 2014 de la Convention de gestion des services de propreté de la ville de Bamako entre la mairie du District et l’opérateur privé OZONE-MALI, la collecte des déchets solides ménagers et assimilés demeure insuffisante. Le taux de collecte de ces déchets dépasse rarement 45% (Direction des Services Urbains de Voirie et d’Assainissement, 2017). La situation apparaît préoccupante dans de nombreux quartiers peu ou non desservis par les services officiels de collecte. Dans ces quartiers, les déchets sont généralement déversés sur les terrains vagues, dans les caniveaux, parfois déposés sur la voie publique ou incinérés à l’air libre, générant subséquemment des externalités négatives. L’insuffisance de dépôts de transit et l’absence de décharges finales contrôlées entraînent la prolifération de dépotoirs sauvages à travers la ville et le déplacement du problème sur le territoire des Communes Rurales adjacentes. Le seul Centre

d'Enfouissement Technique prévu pour enfouir les déchets à Bamako, celui de Noumoubougou (en construction depuis 2010), n'est toujours pas opérationnel. L'essentiel des efforts des pouvoirs publics (Etat et Collectivités Locales) se trouve généralement porté sur le ramassage et la mise en décharge des déchets. Les autres maillons (tri, récupération, transformation) de la filière ne semblent pas constituer un centre d'intérêt pour les pouvoirs publics. Les intervenants sur ces maillons sont généralement des structures informelles opérant en dehors de toute communication.

Sur le terrain, nous constatons une mauvaise distinction des rôles et des responsabilités des différents acteurs appartenant aux secteurs public, privé ou associatif. Dans ce paysage assez bigarré, aux logiques et stratégies d'acteurs différenciées, les compétences partagées entre les Collectivités Locales théoriquement garantes du service public des déchets, à savoir : les six Communes et le District de Bamako, entretiennent une certaine confusion en matière de responsabilité. Face à cette confusion qui perdure, se développe parallèlement un système informel de gestion des déchets solides. Ainsi, nous avons la cohabitation de deux systèmes, l'un formel, et l'autre informel. Or, la gestion durable des déchets urbains requiert une organisation efficace, des ressources financières suffisantes, des ressources humaines compétentes, des équipements et des infrastructures appropriés, qui à notre avis font défaut à Bamako. Elle suppose aussi la capacité et/ou la volonté des différents acteurs à s'inscrire dans une logique de coopération et de complémentarité. La gestion des déchets solides urbains étant un champ d'investigation très vaste, pose une problématique multidimensionnelle. C'est ce qui explique notre choix de travailler sur les déchets solides ménagers. Ceux-ci représentent environ 65% de la production totale des déchets solides de Bamako (Mairie du District de Bamako, 2010). Le présent article s'inscrit dans le cadre d'un projet de publication d'ouvrages. Son objectif est d'identifier les acteurs et d'analyser les stratégies de gestion durable des déchets solides ménagers à Bamako.

2. Matériels et Méthodes

2.1. *Présentation de la zone d'étude*

Situé entre 12°38' de latitude Nord et 7° 59' de longitude Ouest, le District de Bamako couvre une superficie d'environ 267 km² et s'étend sur 22 km, d'Ouest en Est et sur 12 km du Nord au Sud, de part et d'autre du fleuve Niger. Il est divisé en deux grandes rives et présente un climat soudanien. Sa population est estimée à 2 384 780 habitants (DRPSIAP-DB, 2014), soit une densité de 8 932 habitants au km². La ville produit environ 1 400 tonnes d'ordures ménagères par jour, soit 0,6 kg par habitant (Mairie du District de Bamako, 2014). Les sites de l'étude comprennent les quartiers de Boulkassoumbougou, Niaréla, Sabalibougou et Yirimadio, respectivement situés en Communes I, II, V et VI du District de Bamako (figure 1).

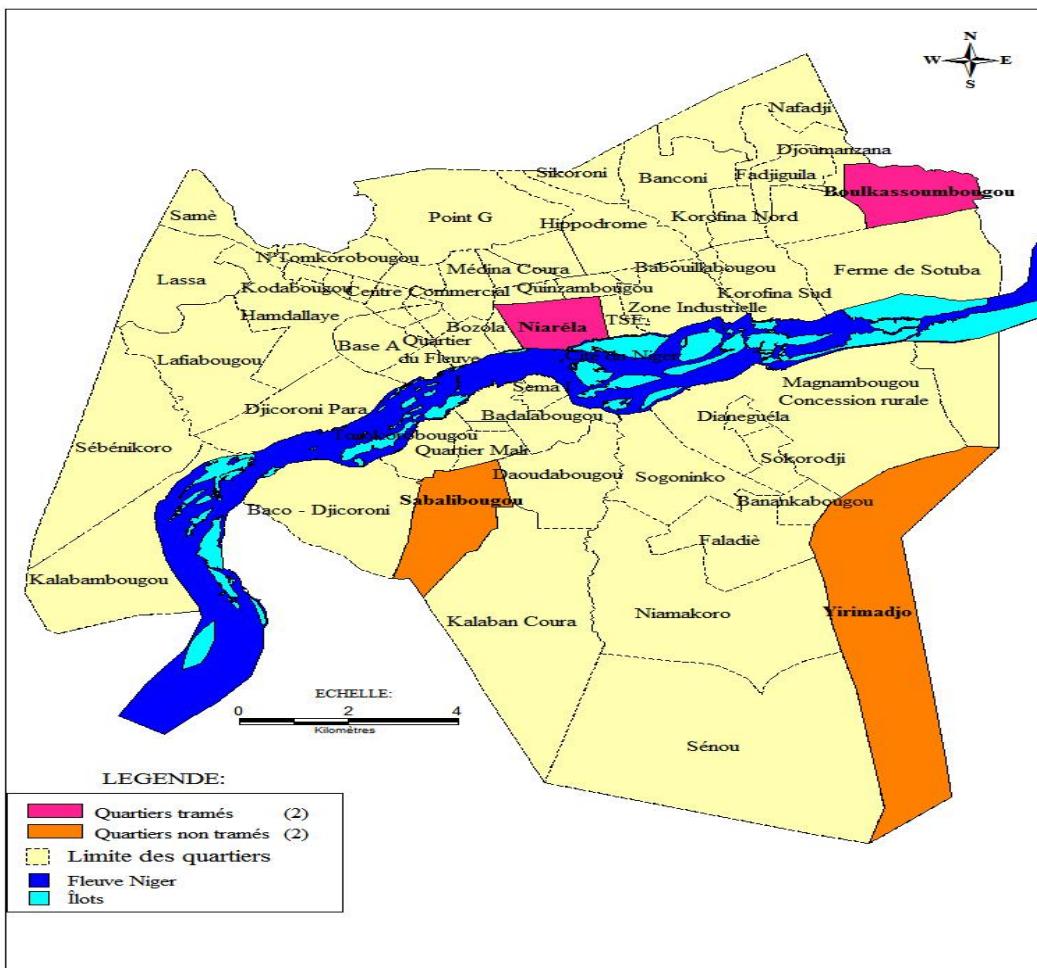


Figure 1. Répartition spatiale des lieux d'enquête

Source : CARPOL

Réalisation : Issa OUATTARA, octobre 2017

2.2. Démarche méthodologique

La méthodologie adoptée s'est appuyée sur la revue documentaire, l'observation et la réalisation d'enquêtes quantitative et qualitative. La revue documentaire a consisté en la consultation et l'exploitation des ouvrages, des thèses, des mémoires universitaires, des rapports, des articles scientifiques en relation avec la thématique. Des sources Internet ont été également mises à profit. Ce travail nous a permis de mieux appréhender le sujet. La méthode d'observation adoptée correspond à une observation directe (Zagré, 2013) du terrain de recherche. Pour ce faire, les six Communes du District de Bamako ont été parcourues pour observer les pratiques des ménages, les modes d'intervention des acteurs et répertorier les différents dépôts de transit autorisés et les nombreux dépotoirs sauvages.

Pour la constitution de l'échantillon de l'enquête-ménage, les données relatives à l'effectif des ménages par quartiers sont celles de l'annuaire statistique du District de Bamako de l'année 2014, réalisé par la Direction Régionale de la Planification, de la Statistique, de l'Informatique, de l'Aménagement du Territoire et de la Population du District de Bamako à partir des résultats du quatrième Recensement Général de la Population et de l'Habitat du Mali de 2009. Pour mieux cerner les perceptions des ménages vis-à-vis des déchets et pour tenir compte des disparités entre les quartiers,

des critères en relation avec notre sujet ont été fixés. Pour ce faire, l'accès des quartiers aux services d'assainissement de base, la qualité des habitats et les aspects socio-économiques ont permis de distinguer deux grands tissus urbains à Bamako : les quartiers tramés et les quartiers non tramés.

Les quartiers tramés sont des quartiers où les équipements collectifs d'assainissement sont disponibles. Dans ces quartiers, on note une prédominance de maisons traditionnelles et modernes en dur, parsemées de villas et d'immeubles à appartements. Dans cette catégorie, on peut aussi ajouter les secteurs où l'habitat est planifié, c'est-à-dire les opérations portant sur un grand nombre de logements standardisés tels que les logements sociaux. Les quartiers tramés sont occupés en grande partie par des ménages aux revenus allant de moyen à élevé (Ouattara, 2019). Les quartiers non tramés sont en général d'anciens villages phagocytés par la croissance de la ville de Bamako. Ils sont situés pour la plupart aux marges périphériques de toutes les Communes de Bamako. Ces quartiers souvent appelés « quartiers spontanés » ou « quartiers-villages » sont à cheval sur le village et la ville. Ils se distinguent par leur maillage irrégulier, leurs habitats précaires où vivent en général des ménages à faibles revenus (Ouattara, 2019). Ces deux catégories de quartiers diffèrent donc par le type d'habitat (âge, qualité des matériaux de construction), le maillage, le niveau de vie des habitants.

En raison du nombre important de quartiers (le District de Bamako compte soixante-huit), il a été choisi d'enquêter deux quartiers tramés et deux quartiers non tramés de la ville de Bamako. Il s'agit de Niaréla et Boulkassoumbougou pour les quartiers tramés, Sabalibougou et Yirimadio pour les quartiers non tramés (figure 1). Ensuite, un échantillon de 300 ménages a été retenu et la méthode d'échantillonnage non probabiliste a été choisie. Le choix de l'échantillon était raisonnable.

La répartition des 300 ménages s'est effectuée en tenant compte du poids de chacun des deux types de quartiers dans l'échantillon. La distribution du nombre de ménages entre les quartiers de typologie identique a également respecté le même principe. Environ 70% des ménages enquêtés étaient dans les quartiers non tramés contre 30% dans les quartiers tramés (tableau 1).

Tableau 1. Répartition des ménages enquêtés par quartier

Quartiers enquêtés	Nombre de ménages	Poids (en %)
Boulkassoumbougou	65	22
Niaréla	24	8
Sabalibougou	102	34
Yirimadio	109	36
Total	300	100

Source : enquêtes de terrain, 2017

Le tirage des ménages s'est effectué en utilisant la méthode de « lancement du stylo ». Cette méthode consiste à se placer approximativement au centre du quartier, qui peut être à côté d'une mosquée ou d'un marché et à faire roter le stylo sur le sol. Suivant la direction de la pointe du stylo, le premier ménage a été retenu. Les ménages suivants ont été sélectionnés en appliquant un pas de sondage correspondant à 5. Autrement dit, pour un groupe de 5 ménages, le 5^{ème} a été enquêté jusqu'à atteindre le nombre requis dans le sens de progression de l'enquête. Ce sens a été choisi aléatoirement en tirant entre « vers la droite » ou « vers la gauche », inscrit sur un bout de papier par l'enquêteur arrêté devant la porte de la concession du premier ménage échantilloné et faisant face à la rue (ou dos à la concession).

Les enquêtes quantitatives réalisées au niveau des ménages, ont concerné 56 hommes et 244 femmes, représentant respectivement 18,7% et 81,3% de l'échantillon. La forte proportion de femmes peut trouver son explication par le fait qu'au Mali, les femmes sont généralement considérées comme

responsables de la salubrité de la maison. La gestion des déchets solides ménagers relève donc plus de leur domaine. Dans chaque ménage, le questionnaire s'adressait prioritairement au chef de ménage. En l'absence de celui-ci, il a été adressé à l'épouse/une des épouses. Dans les concessions abritant des colocataires, un seul ménage a été enquêté de façon aléatoire. En cas de difficultés avec un ménage (refus de répondre, absence de tous les conjoints), celui-ci est remplacé par le ménage qui suit immédiatement dans le sens de progression de l'enquête tel qu'expliqué plus haut.

En ce qui concerne l'enquête qualitative, elle a été réalisée auprès des responsables des services publics, des secteurs privé, associatif et informel et des partenaires au développement intervenant dans la gestion des déchets solides ménagers à Bamako par le biais d'entretiens individuels. Le type d'entretien utilisé a été l'entretien libre ou non directif (Zagré, 2013) qui, se caractérise par des questions non formulées d'avance dont les thèmes seulement sont précis. Au total, soixante-six personnes ont été interviewées au cours des entretiens qualitatifs.

Les données quantitatives ont été collectées par questionnaire papier et traitées à l'aide des logiciels SPSS 17.00 et Excel 2016. Quant aux données qualitatives, elles ont fait l'objet d'une analyse de contenu des discours. Pour ce faire, nous avons procédé à une retranscription complète des discours avec codification, organisation et rédaction des données.

3. Résultats

3.1. *Acteurs de la gestion des déchets solides ménagers à Bamako*

La connaissance des acteurs de la filière des déchets solides ménagers permet de comprendre les nouveaux rapports de force et les stratégies développées par les uns et les autres. En fonction de leurs modes d'intervention, la multitude d'acteurs identifiés lors des investigations ont été regroupés en six groupes (tableau 2).

Tableau 2. Acteurs et rôles dans la gestion des déchets solides ménagers à Bamako

Acteurs	Rôles
Acteurs institutionnels (Etat, District et Communes)	<ul style="list-style-type: none"> -Elaboration des politiques et stratégies de gestion des déchets solides -Elaboration, mise en application et suivi des textes -Appui-conseil -Gestion et financement du service des déchets solides ménagers - Délivrance des autorisations d'intervention - Suivi-évaluation des activités - Formation et sensibilisation des acteurs
Acteurs privés (Groupements d'Intérêt Economique, OZONE-MALI)	<ul style="list-style-type: none"> - Prestataires de service (pré-collecte, collecte et traitement)
Acteurs informels	<ul style="list-style-type: none"> -Ramassage des déchets, récupération et transformation sommaire des déchets
Ménages	<ul style="list-style-type: none"> - Mise en poubelle des déchets - Paiement des redevances et taxes d'enlèvement des déchets,

		participation aux activités de salubrité du quartier
Organisations Communautaires de Base, Organisations Gouvernementales	Non	- Information et sensibilisation de la population - Mobilisation sociale - Interface entre population et les autres acteurs
Bailleurs de fonds extérieurs		- Appui technique et financier à la filière - Commanditaires d'études - Suivi-évaluation des activités réalisées

Source : enquêtes de terrain, avril 2017

L'interprétation du tableau 2 montre que la gestion des déchets solides ménagers implique une pléiade d'acteurs. Suivant leur niveau de responsabilité dans la prise de décision, les acteurs ont été classés en deux groupes. Le premier groupe est constitué d'acteurs décisionnels. Dans ce groupe, on peut ranger l'État et les Collectivités Territoriales (District et Communes). L'Etat intervient à travers les services techniques des ministères impliqués. Ceux-ci élaborent les stratégies nationale et régionale, définissent les cadres réglementaire et normatif. Ils élaborent aussi les stratégies de financement de la filière. Quant aux Collectivités Territoriales, elles définissent les normes locales, assurent l'organisation de la gestion, le suivi et le financement des opérations. Le deuxième groupe comprend tous les autres acteurs que nous appelons ici acteurs transversaux. Certains de ces acteurs comme les Organisations Communautaires de Base et les Organisations Non Gouvernementales constituent des groupes de pression qui incitent les pouvoirs publics à la prise de décisions en matière de gestion des déchets solides ménagers.

3.2. Modes de gestion des déchets solides ménagers à Bamako

Parmi les services urbains, la gestion des déchets a la particularité d'intégrer l'habitant à la fois comme producteur et financeur de l'ordure. De plus, celui-ci doit participer au processus de la propreté urbaine par son comportement. Le tableau 3 indique les divers modes qu'utilisent les ménages pour évacuer leurs déchets.

Tableau 3. Modes d'évacuation des déchets selon la typologie des quartiers

Modes d'évacuation	Quartiers tramés		Quartiers non tramés	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
OZONE-MALI	6	7	4	2
GIE	61	68	83	39
Informel	13	15	50	24
Membre du ménage	4	4	55	26
Autres	5	6	19	9
Total	89	100	211	100

Source : enquêtes de terrain, avril 2017

L'analyse du tableau 3 montre que, quelle que soit la typologie des quartiers, les ménages ont en premier lieu recours aux Groupements d'Intérêt Economique pour évacuer leurs déchets, même si le taux est beaucoup élevé dans les quartiers tramés. OZONE-MALI assure seulement la collecte des déchets de 2 à 7% des ménages enquêtés, alors qu'elle est sous contrat avec le District. On constate aussi qu'une frange non négligeable de ménages a recours aux acteurs informels, même si la proportion reste plus élevée dans les quartiers non tramés (24% contre 15% pour les quartiers tramés). Le recours de certains ménages au service des acteurs informels, s'explique entre autres

par l'absence ou l'irrégularité de la collecte municipale, le manque de moyens et la flexibilité du coût appliqué par les acteurs informels. Il y a aussi des ménages non abonnés qui prennent eux-mêmes en charge l'évacuation de leurs déchets. En général, les ménages jouxtant les dépôts de transit ou situés non loin de ceux-ci, n'expriment pas le besoin de faire enlever leurs déchets par un prestataire. Ils considèrent donc comme inutile de payer pour un service qu'ils peuvent eux-mêmes assurer. Un dernier groupe de ménages non abonnés au service de ramassage, procèdent à l'incinération ou à l'enfouissement des déchets, soit à l'intérieur ou devant la concession ou déversent leurs ordures dans les rares espaces vides des quartiers, les coins de rues, les cours d'eau. L'adhésion des ménages aux structures autorisées de ramassage des déchets varie beaucoup selon la typologie des quartiers comme on peut le remarquer dans le tableau 4 ci-dessous.

Tableau 4. Typologie des quartiers et adhésion des ménages aux structures autorisées de ramassage des déchets

Adhésion	Quartiers tramés		Quartiers non tramés	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Adhérents	67	75	83	39
Non adhérents	22	25	128	61
Total	89	100	211	100

Source : enquêtes de terrain, avril 2017

L'analyse du tableau 4 montre que le taux d'adhésion est plus élevé dans les quartiers tramés que dans ceux non tramés (75% contre 39% pour les quartiers tramés). Ce résultat pourrait s'expliquer par le fait que dans les quartiers tramés, habitent beaucoup de fonctionnaires, de travailleurs des professions libérales, de grands opérateurs économiques. Ces catégories socio-professionnelles sensées être aisées, ont le plus souvent des revenus stables, un niveau de vie et un niveau d'instruction plus élevés. Elles sont aussi en général plus exigeantes en matière de salubrité. Par contre, dans les quartiers non tramés, la faiblesse et la fluctuation des revenus, le faible niveau d'instruction pourraient limiter l'adhésion aux structures officielles de ramassage des déchets. La redevance mensuelle de ramassage des déchets reste une variable déterminante dans l'adhésion des ménages aux structures de ramassage des déchets. Cette redevance concerne à la fois, la pré-collecte réalisée par les Groupements d'Intérêt Economique et celle effectuée par OZONE-MALI pour le compte de la mairie du District de Bamako (tableau 5).

Tableau 5. Redevance mensuelle d'enlèvement des déchets selon la typologie des quartiers

Montant (en FCFA)	Quartiers tramés		Quartiers non tramés	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
1 500	4	6	10	12
2 000	13	19	52	63
2 500	20	30	15	18
3 000	26	39	3	3,5
Plus de 3 000	4	6	3	3,5
Ménages adhérents au service de ramassage	67	100	83	100

Source : enquêtes de terrain, avril 2017

Le tableau 5 illustre que quelle que soit la typologie des quartiers, la redevance mensuelle varie entre 1 500 à plus de 3 000 francs CFA par concession. Cependant, les frais d'enlèvement sont légèrement plus élevés dans les quartiers tramés que dans ceux non tramés. Ces différences s'expliqueraient par le fait que les structures de ramassage, affirment tenir compte du niveau de revenus des adhérents et

du volume des déchets. C'est ainsi que la redevance mensuelle peut atteindre 4 000, voire 5000 francs CFA pour les grosses concessions productrices de déchets. Ceci nous permet de dire que la capacité contributive des ménages en matière d'assainissement est liée au niveau de leurs revenus.

3.3. Stratégies de gestion durable des déchets solides ménagers à Bamako

La gestion des déchets solides ménagers demeure un véritable casse-tête à Bamako. Le volume sans cesse croissant des déchets, la faible organisation des acteurs, l'absence de centres d'enfouissement technique et d'une véritable stratégie de traitement des déchets, constituent un ensemble de défis à relever. C'est pourquoi, il urge d'élaborer des stratégies de gestion durable. Ces stratégies résultent cependant d'une présentation des différents maillons de la chaîne de gestion des déchets solides ménagers, sur lesquels s'appliquera la cohérence. La figure 2 ci-dessous présente l'organisation de la nouvelle filière proposée.

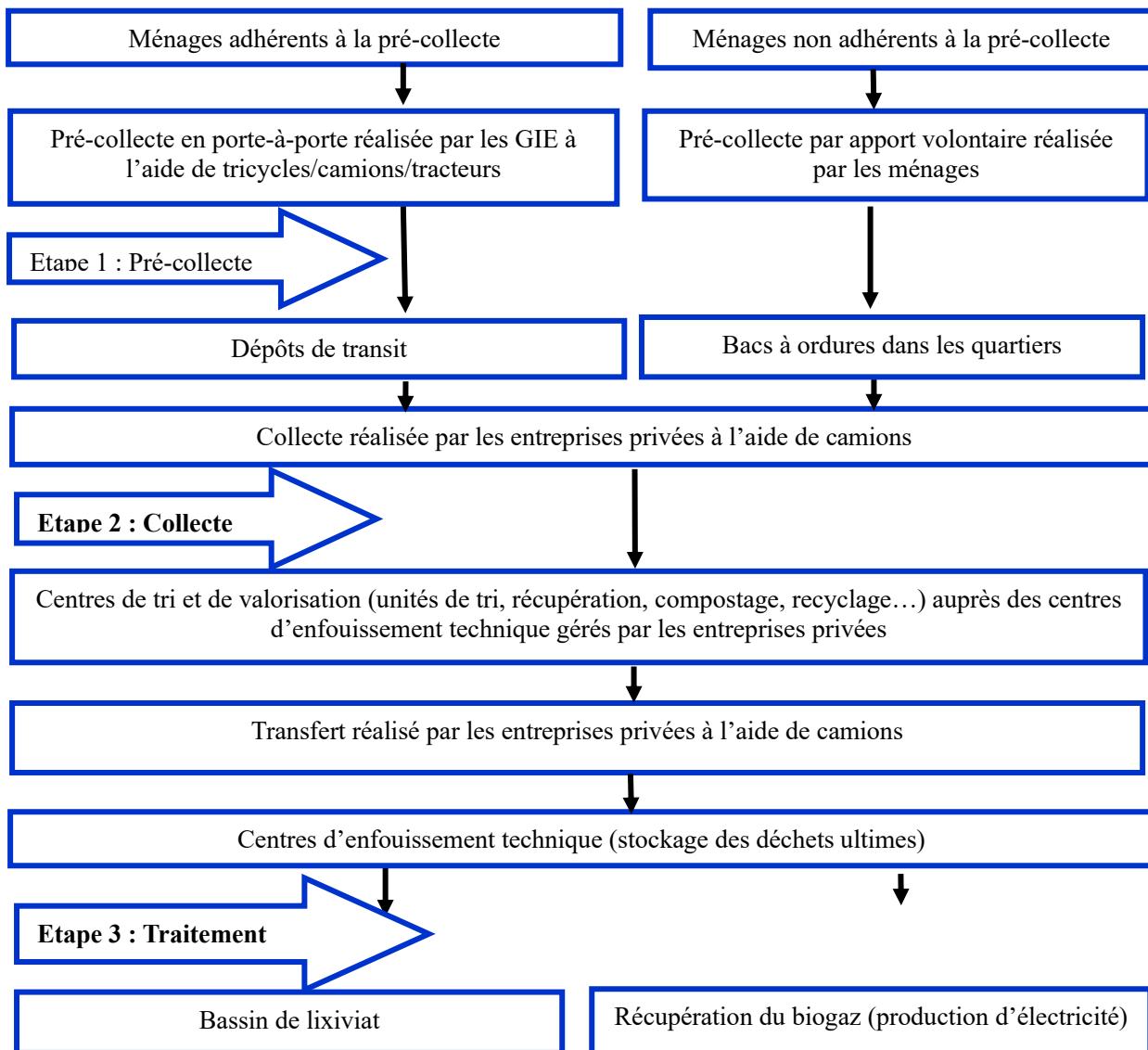


Figure 2. Schéma organisationnel de la nouvelle filière proposée

Source : enquêtes de terrain, mai 2017

L'analyse de la figure 2 montre que la nouvelle organisation de la filière des déchets solides ménagers à Bamako pourrait s'articuler autour des trois étapes suivantes : la pré-collecte, la collecte et le traitement.

La pré-collecte constitue la première étape dans la gestion des déchets solides ménagers à Bamako.

Elle consiste en l'évacuation des déchets, depuis le logement jusqu'au dépôt de transit déterminé par les autorités. A Bamako, on distingue deux modes de pré-collecte : la pré-collecte par apport volontaire et celle organisée par les tiers de porte-à-porte. Le premier mode consiste en l'acheminement des déchets par les habitants à l'aide de seaux, de paniers, de brouettes ou de tout autre contenant vers un endroit (conteneur ou point de regroupement) où le service de collecte municipale pourra les enlever. Quant au second, ce sont les services municipaux qui s'occupent eux-mêmes de l'enlèvement des déchets ménagers (en régie directe) ou délèguent à des prestataires généralement des Groupements d'Intérêt Economique cette compétence moyennant paiement d'une redevance mensuelle par les ménages. Ces deux schémas de pré-collecte sont envisageables dans le cadre de la nouvelle organisation proposée. Cependant, ils devraient davantage tenir compte des caractéristiques physiques et socio-économiques du milieu concerné. Ainsi, l'apport volontaire pourrait combiner l'utilisation des demi-futs de 100 litres, des conteneurs de 3 m³, de 7 m³ et plus selon les caractéristiques de chaque milieu. Ce schéma offre l'avantage de la rapidité d'enlèvement et s'adapte à la situation de certains quartiers ou secteurs de Bamako dont l'accès demeure difficile aux véhicules lourds. En raison de leur faible capacité de collecte, des désagréments occasionnés par les pertes de déchets au cours du transport et l'insalubrité engendrée par les excréments d'ânes, les responsables des Groupements d'Intérêt Economique reconnaissent que ce matériel n'est plus adapté au contexte actuel de la ville de Bamako. C'est pourquoi, pour tenir compte de l'environnement urbain, des capacités d'investissement des Groupements d'Intérêt Economique et des capacités contributives des ménages, les autorités et les Groupements d'Intérêt Economique pourraient explorer la possibilité d'utiliser les tricycles à traction mécanique en remplacement des charrettes. Un modèle de tricycle est présenté sur la photo ci-dessous.



Photo : Prototype de tricycle envisageable pour la pré-collecte des déchets à Bamako

Source : cliché de la Coopérative d'Assainissement de la Commune V (COGENET), mai 2017

Le tricycle présenté ci-dessus, est en cours d'essai par certains opérateurs d'assainissement de la Commune V du District de Bamako. Il a une capacité de collecte pouvant atteindre 3 m³. Aussi, contrairement aux camions bennes et aux tracteurs, les frais d'achat et d'entretien de ce tricycle semblent également être plus à la portée de la plupart des groupements. Selon les responsables de la coopérative d'assainissement de la Commune V interviewés, le coût d'achat de ce tricycle varie entre 1 000 000 et 1 500 000 francs CFA. Pour plus d'efficacité et pour faire des économies d'échelle, les Groupements d'Intérêt Economique évoluant dans un même quartier ou une même Commune pourraient être incités à fusionner pour former une seule entité, sous forme de coopérative d'assainissement. Ceci devrait permettre aux six Communes de Bamako d'avoir un interlocuteur

unique dans chaque quartier/Commune. Aussi, pour rendre le travail de ces groupements plus efficace, les autorités devraient envisager l'aménagement des dépôts de transit existants et la création de nouveaux dépôts. La figure 3 ci-dessous indique la localisation des dépotoirs autorisés de déchets dans le District de Bamako en fin 2017.

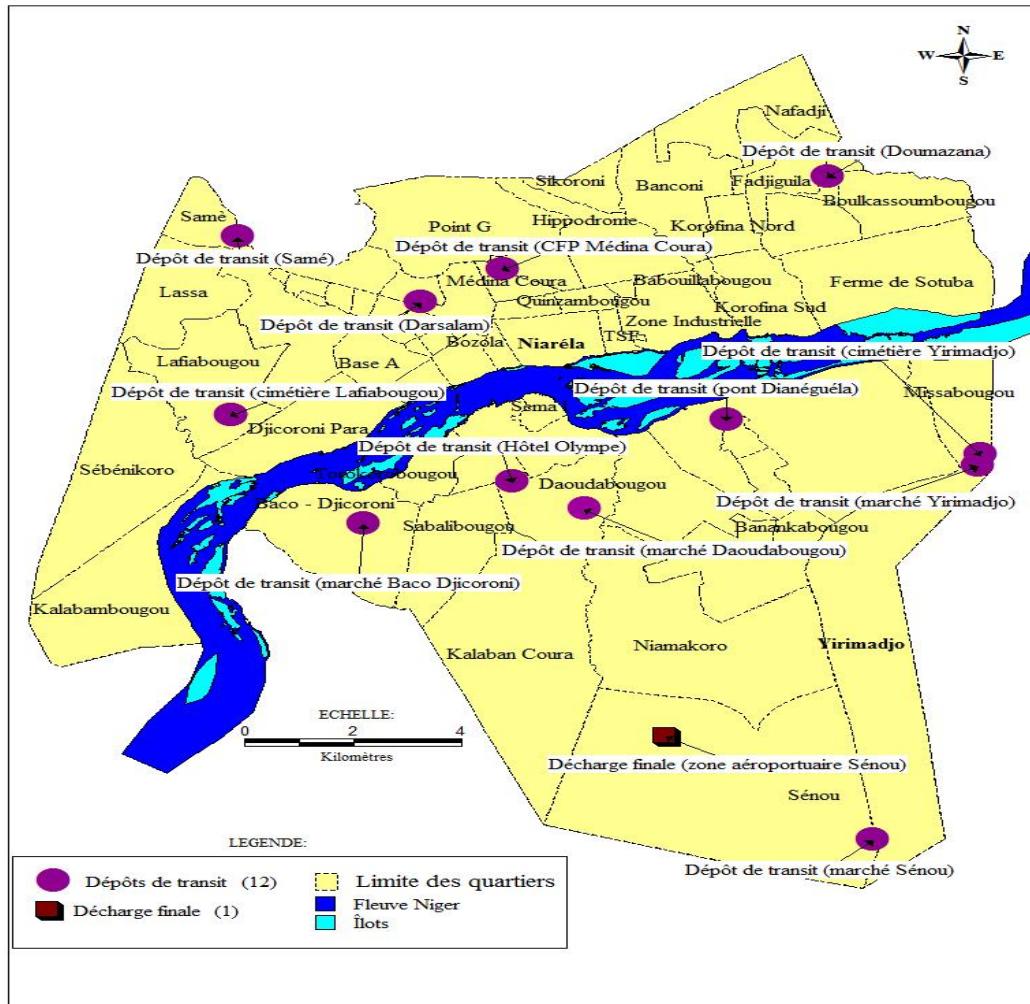


Figure 3. Dépôts de transit et décharges finales autorisés à Bamako en fin 2017

Source : CARPOL

Réalisation : Issa OUATTARA, décembre 2017

La collecte correspond à la deuxième étape de la filière. Elle consiste en l'évacuation des déchets des dépôts de transit vers les centres de traitement (compostage, recyclage...) ou vers les centres d'enfouissement technique (décharges contrôlées). En effet, depuis septembre 2014, la mairie du District de Bamako a concédé la gestion du service des déchets ménagers et assimilés à l'entreprise privée OZONE-MALI. Ainsi, quel que soit le schéma de pré-collecte retenu, il appartiendra à cette entreprise d'évacuer les déchets stockés au niveau des dépôts de transit et des points de regroupement vers les décharges finales contrôlées ou les centres de traitement qui seraient éventuellement créés. A cette étape, l'entreprise délégataire pourrait combiner l'usage de trois types de véhicules, à savoir : les camions bennes simples, les camions bennes tasseuses et les camions bennes ampli-rolls ou porte-coffres. Il s'agira donc d'adapter le véhicule à la typologie des quartiers ou des secteurs à collecter. La troisième étape de la nouvelle filière proposée est le traitement des déchets. Elle demeure le parent pauvre des maillons de la chaîne de gestion des déchets solides ménagers à Bamako. La plupart des

acteurs enquêtés ont estimé que la gestion classique des déchets à Bamako toujours fondée sur le principe du *ramasser et déposer à la décharge*, doit aujourd’hui évoluer vers le traitement. A cet effet, les propositions des acteurs de la filière ont tourné essentiellement autour de quatre procédés de traitement, à savoir : le compostage, la valorisation énergétique du biogaz, le recyclage, la mise en décharge contrôlée. Toutefois, nous estimons que ces différents procédés devraient être précédés d’opérations de tri à la source et sur des sites situés non loin des décharges contrôlées. Pour faciliter le tri final, un centre de tri devrait être construit au niveau de chaque centre d’ enfouissement technique (décharge contrôlée) ou sur les sites de certains dépôts de transit.

D’autres stratégies proposées par les acteurs concernent le renforcement des opérations de sensibilisation des ménages, la mise en place d’un cadre de concertation entre tous les acteurs, le renforcement des capacités des acteurs via la formation et l’accès au crédit, notamment, pour les Groupements d’Intérêt Economique. Il ressort aussi de nos résultats, l’impérieuse nécessité de réviser le contrat entre l’opérateur OZONE-MALI et le District de Bamako, en vue d’intégrer le maillon traitement des déchets. Il apparaît également nécessaire de formaliser le travail des acteurs informels des déchets (ramasseurs et récupérateurs), considéré le plus souvent comme « déshonorant » par de nombreuses personnes. Un responsable de la Direction des Services Urbains de Voirie et d’Assainissement de Bamako nous confiait ceci : « *les informels ne doivent plus continuer à travailler en parallèle, dans l’illégalité et la précarité. Il faut réguler ce circuit et l’intégrer dans la gestion officielle, en aidant ses acteurs à s’organiser par exemple, sous forme de Groupements d’Intérêt Economique ou de coopératives d’assainissement* ». Toutefois, les stratégies ci-dessus évoquées ne pourraient être applicables sans un financement garanti tout au long de la chaîne de gestion des déchets. D’ailleurs, la plupart des stratégies de gestion des déchets expérimentées dans la ville de Bamako n’ont pu être menées à bien, faute d’une garantie de financement durable. C’est pourquoi, l’étude a proposé la création d’un fonds spécial, dans lequel, transiteraient tous les financements de la filière. La figure 4 ci-dessous en donne les détails.

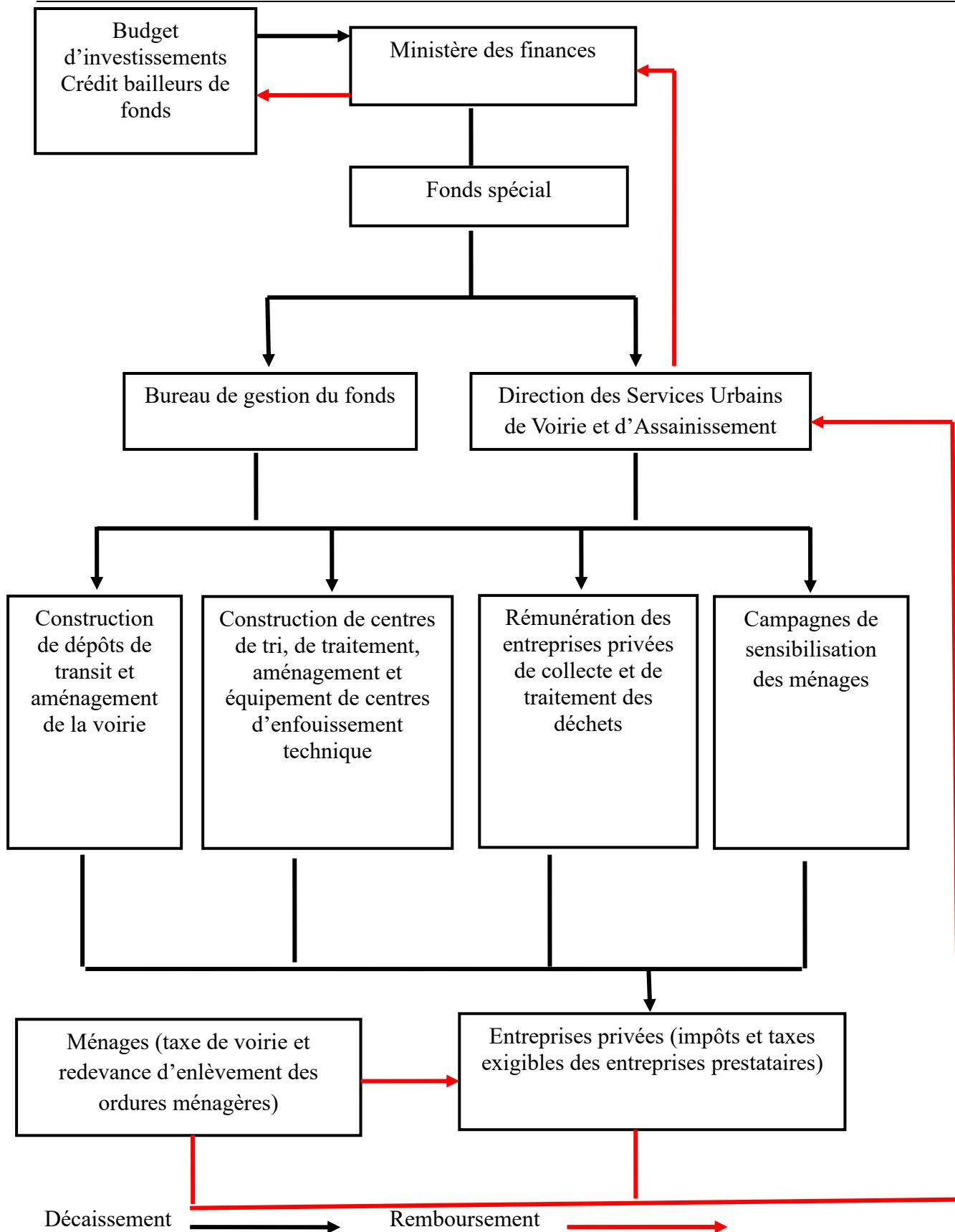


Figure 4. Schéma de financement de la nouvelle filière proposée
Source : enquêtes de terrain, juin 2017

L'analyse de la figure 4 indique que, le Ministère des finances étant l'ordonnateur national, aura la principale tâche de gérer tous les fonds d'investissement et leur remboursement ; qu'ils proviennent de l'Etat central ou des bailleurs de fonds extérieurs. Le fonds spécial alimentera un bureau de gestion qui sera créé à cet effet. Ce bureau appuiera les efforts du District et des six Communes de Bamako, à travers la Direction des Services Urbains de Voirie et d'Assainissement en matière de construction de dépôts de transit, d'aménagement de la voirie, de construction de centres de tri, de traitement, d'aménagement et d'équipement des centres d'enfouissement technique. Aussi, le bureau aidera les acteurs dans le cadre du lancement des appels d'offres pour le recrutement des entreprises privées, du financement de la pré-collecte, de la collecte, du traitement des déchets, et de l'organisation des campagnes de sensibilisation à l'endroit de la population. Le recouvrement de la Taxe de Voirie par les services financiers de la mairie du District de Bamako devrait être redynamisé. La redevance mensuelle payée par les ménages abonnés auprès des structures de ramassage des déchets serait maintenue. Cette redevance devrait permettre aux entreprises prestataires de payer régulièrement les impôts et les taxes qui leurs sont exigibles. Ces impôts et taxes seront reversés à la mairie du District de Bamako. Celle-ci remboursera au Ministère des finances, les prêts consentis. A son tour, le Ministère des finances se chargera de rembourser les prêts des bailleurs de fonds internationaux.

4. Discussion

Les résultats de l'étude ont montré que la gestion des déchets solides ménagers à Bamako fait intervenir une multitude d'acteurs. Toutefois, force est de constater que cette situation ne permet pas de nos jours de situer clairement les responsabilités. Elle engendre des conflits de compétences et des contre-performances préjudiciables à une gestion efficace des déchets. Ces résultats sont corroborés par les travaux de plusieurs auteurs dans maintes villes africaines. Ainsi, dans « *La gestion des déchets urbains : des solutions pour l'Afrique* », Onibokun (2001) a relevé cette multitude d'acteurs dans la gestion des déchets des cités africaines. Il préconise à cet effet une révision du cadre institutionnel de la gestion des déchets solides afin de réduire le nombre d'intervenants et de préciser les responsabilités. D'autres auteurs tels que : Tini (2003), Yao-Kouassi (2010), Ngambi (2015) ont également montré la présence d'une pléiade d'acteurs (formels et informels) dans la gestion des déchets solides ménagers respectivement dans les villes de Niamey, d'Abidjan et de Yaoundé. Ces auteurs ont conclu sur la nécessité de mettre en place une concertation entre tous les acteurs.

Les résultats issus de l'enquête-ménage ont indiqué que les ménages ont recours à plusieurs modes d'évacuation de leurs déchets. Au cœur de cette gestion, on retrouve les femmes. Au Mali, comme dans d'autres pays africains, les questions d'entretien de la maison relèvent plus du domaine de la femme.

Les résultats de l'étude ont révélé que les stratégies de gestion durable des déchets solides ménagers à Bamako s'articulent principalement autour de la pré-collecte, la collecte et le traitement. L'idée de prendre en compte la typologie des quartiers ou des secteurs dans la pré-collecte et la collecte des déchets est soutenue par Bertolini et Brakez (2008) qui, estiment qu'il est nécessaire dans le contexte des pays en développement de faire une typologie des espaces, pour déterminer la solution la mieux adaptée. A chaque espace, en fonction de ses caractéristiques géographiques et socio-économiques, ses modalités d'évacuation de déchets. Nos résultats sur les procédés envisageables de traitement des déchets à Bamako, sont confirmés par plusieurs travaux, dont ceux de Coulibaly (1999) et de Diakité (2017) à Bamako, de Tini (2003) à Niamey, de Diawara (2009) à Dakar, de Yao-Kouassi (2010) à Abidjan, de Ngambi (2015) à Yaoundé. Les résultats issus de tous ces travaux soutiennent la nécessité

de passer de la gestion linéaire basée sur les stratégies de collecte, de transport, de mise en décharge des déchets vers une économie circulaire, fondée sur la valorisation des déchets. Toutefois, nous avons estimé que ces procédés devraient être précédés d'opérations de tri. Il conviendrait ainsi d'envisager les possibilités de tri des déchets en deux étapes : un tri préliminaire et un tri final. Mais, le tri à la source exigera des autorités, un effort de sensibilisation intense auprès des populations afin qu'elles adhèrent à la politique. Les autorités devraient également envisager des mesures d'accompagnement, notamment, à travers la subvention du prix des poubelles. Le tri manuel semble la méthode la plus performante. Les expériences réalisées dans certains pays comme le Burkina-Faso et le Bénin ont adopté le tri manuel après la collecte. L'enseignement déduit de ces expériences montre que le tri s'opère à un rendement acceptable, mais, il est suivi d'un tamisage pour éliminer les débris de matières indésirables de dimensions très petites (Diakité, 2017). La nécessité d'une formalisation de l'activité des acteurs informels figure aussi parmi les propositions des enquêtés. Ce résultat rejoint celui obtenu par Ouattara et Kiré (2018) qui ont montré que la formalisation des circuits informels de gestion des déchets solides ménagers à Bamako passe par l'enregistrement et l'organisation des acteurs en groupements, professionnalisant le métier pour garantir des conditions de travail plus dignes. Notre résultat relatif à la mise en place d'un système de financement durable de la filière des déchets ménagers converge vers celui proposé par Tini (2003), dans le cadre de son étude sur la ville de Niamey au Niger. Cet auteur ajoutait que de la réussite d'un tel schéma de financement dépendra de la qualité des services offerts par les opérateurs, de l'identification correcte des contribuables, leur localisation aussi parfaite que possible (qui permet d'adresser les avis d'imposition), de l'efficacité du recouvrement et de la rigueur des services chargés du contrôle.

5. Conclusion

La présente étude est une contribution à l'identification des acteurs et à la recherche de stratégies de gestion durable des déchets solides ménagers du District de Bamako. Les résultats de l'étude ont mis en lumière la multiplicité des acteurs intervenant dans la filière. Cette multiplicité se traduit par des interventions en ordre dispersé, en l'absence d'une définition claire des rôles et des responsabilités entraînant des doublons, des conflits de compétences et des contre-performances dans la filière. Ceci nous permet de dire que la problématique de la gestion des déchets solides ménagers à Bamako est aussi organisationnelle.

Les résultats de l'étude ont montré que certaines pratiques et attitudes des ménages ne sont pas respectueuses de l'environnement. Ainsi, pour dire que la gestion durable des déchets solides ménagers à Bamako passera également par un profond changement de comportements et de mentalités des habitants à travers le renforcement de la sensibilisation et l'application correcte des textes. Les propositions de stratégies issues de l'étude portent principalement sur la réorganisation de la filière en trois grandes étapes (pré-collecte, collecte, traitement), le renforcement des capacités des acteurs, la formalisation des circuits informels. Aussi, ressort-il des résultats que l'un des facteurs de durabilité du service de gestion des déchets reste le financement. C'est pourquoi, l'étude a proposé la création d'un fonds spécial de financement de la filière des déchets solides ménagers.

Ce travail n'est pas exempt de critique. Le choix de quatre quartiers parmi les soixante-huit que compte le District de Bamako et d'un échantillon de 300 ménages était limité par la faiblesse des ressources financières. Le travail est loin d'avoir traité toutes les dimensions de la question des déchets solides ménagers à Bamako. C'est pourquoi, il fera l'objet d'un développement ultérieur de nos futures recherches.

Conflit d'Intérêts : nous déclarons que cet article n'a fait l'objet d'aucune publication et n'a aucun conflit d'intérêts.

Références Bibliographiques

- Bertolini, G., & Brakez, M. (2008). Gestion des déchets, innovations et territoires. Retours d'expériences et recherche contextuelle. *Marché et Organisations*, n°7, pp.92-113, URL : <https://www.cairn.info/revue-marche-et-organisations-2008-2-page-92.htm>.
- Coulibaly, Y. (1999). *La gestion de l'environnement urbain à Bamako*. Thèse de doctorat en Population-Environnement, Institut Supérieur de Formation et de Recherche Appliquée (ISFRA), Bamako.
- Diakité, A.A. (2017). *Perspectives pour une gestion durable des déchets solides ménagers en Commune VI du District de Bamako*. Mémoire de Mater en Gestion des Ressources Naturelles/Environnement, Institut de Développement Economique et Social (IDES) de Bamako..
- Diawara, A.B. (2009). *Les déchets solides à Dakar. Environnement, sociétés et gestion urbaine*. Thèse de Doctorat en Géographie, Université Michel de Montaigne-Bordeaux III.
- Direction des Services Urbains de Voirie et d'Assainissement. (2017). *Rapport annuel 2017*, Bamako.
- Direction Régionale de la Planification, de la Statistique, de l'Informatique, de l'Aménagement du Territoire et de la Population du District de Bamako-DRPSIAP/DB. (2014). *Annuaire statistique du district de Bamako*, année 2014, Bamako.
- Mairie du District de Bamako (2010). *Premier Forum sur le développement urbain de Bamako, cahier du participant*.
- Ngambi, J.R. (2015). *Déchets solides ménagers dans la ville de Yaoundé (Cameroun) : de la gestion linéaire vers une économie circulaire*. Thèse de Doctorat en Géographie sociale et régionale, Université du Maine, Le Mans-Laval.
- Ngô, C., & Regent, A. (2004). *Déchets et pollution : Impact sur l'environnement et la santé*. Paris : Dunod.
- Onibokun, G.A. (2001). *La gestion des déchets urbains : des solutions pour l'Afrique*. Paris et Ottawa : Editions Karthala et CDRI.
- Ouattara, I. (2019). *Gestion des déchets solides ménagers à Bamako : acteurs, moyens et stratégies de gestion durable*. Thèse de doctorat en Géographie de l'Environnement, Institut de Pédagogie Universitaire de Bamako/Ex. ISFRA.
- Ouattara, I., & Kiré, M., (2018). Etude exploratoire des possibilités de formalisation de la récupération informelle des déchets solides au Mali : cas du District de Bamako. *Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique (RASP)*, n°17, Juillet-Décembre 2018, pp.150-165, [_](#)
- Tini, A. (2003). *La gestion des déchets solides ménagers à Niamey au Niger : essai pour une stratégie de gestion durable*. Thèse de doctorat en Géographie, Aménagement et Urbanisme, Institut National des Sciences Appliquées de Lyon.
- Yao-Kouassi, Q.C. (2010). *A la recherche d'une synergie pour la gestion des déchets ménagers en Côte d'Ivoire : cas du District d'Abidjan*. Thèse de Doctorat en Géographie, Université du Maine.
- Zagré, A. (2013). *Méthodologie de la recherche en sciences sociales*. Paris: l'Harmattan.

© 2021 Ouattara, License Bamako Institute for Research and Development Studies Press. Ceci est un article en accès libre sous la licence the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>)

Type d'article: Recherche

Dans les trous à poissons : représentations sociales et co-construction d'innovations résilientes aux changements climatiques

Clément Gbêhi^{1*} et Charbel Adédiran²
(LADICom/FSA/UAC)

^{1, 2} : Laboratoire d'Analyse des Dynamiques Sociales, de l'Innovation et de la Communication, Ecole d'Economie, Socio-Anthropologie et Communication, Faculté des Sciences Agronomiques, Université d'Abomey-Calavi (LADICom/EESAC/FSA/UAC), Cotonou, Bénin.

*Correspondance: E-mail: clement.gbahi@yahoo.fr ; Tel.: 00229 66 82 02 36.

Résumé

La vallée de l'Ouémé au Sud Est du Bénin est une zone de grande production agricole et piscicole. Les agro-pisciculteurs rencontrés collectent des poissons dans des trous communément appelés *whédos* et *ahlɔ*. Au cours des deux dernières décennies, le constat établit une baisse considérable des quantités de poissons collectés du fait des effets pervers des changements hydro-climatiques que sont les inondations et les sécheresses prolongées. Pour inverser cette tendance inquiétante, diverses initiatives sont mises en œuvre. Cet article reconstitue une expérience de co-développement d'innovations résilientes pilotée par des agro-pisciculteurs. Il s'appuie sur l'analyse compréhensive des évènements critiques élaborés à partir des entretiens réalisés auprès des acteurs impliqués dans les appui-conseils. Les résultats montrent que deux innovations résilientes aux changements climatiques sont promues : les ceintures de filets et les happas. Ces innovations sont développées par incorporation des représentations sociales comparables aux techniques traditionnelles d'élevage des poissons dans les *acadja*. Dès lors, il est suggéré que les mécanismes qui ont facilité une telle incorporation pilotent les interventions d'adaptation aux changements climatiques.

Mots clés : Trous à poissons, représentations sociales, changements climatiques, co-construction, innovations, Bénin.

Abstract

The Ouémé valley in the south-east of Benin is an area of great agricultural and fish production. The agro-fish farmers collect fish in holes commonly known as *whédos* and *ahlo*. Over the past two decades, it is observed a considerable decrease in the quantities of fish collected due to the perverse effects of climatic changes such as floods and droughts. To reverse this worrying trend, various initiatives are being implemented. This article reconstructs an experience of co-development of resilient innovations led by agro-fish farmers. It is based on the comprehensive analysis of critical events emerged from interviews with actors involved in advisory support. The results show that two climate-resilient innovations are being promoted: net belts and *happas*. These innovations are developed by incorporating social representations comparable to traditional fish farming techniques in *acadja*. Therefore, it is suggested that the mechanisms that facilitated such an incorporation should lead climate change adaptation interventions.

Keywords: Holes fishes, social representations, climate changes, innovations, Benin.

1. Introduction

L'aquaculture est une activité économique observée le long des cours d'eau et des vallées dans plusieurs pays en Afrique au Sud du Sahara (Abou *et al.*, 2018 ; Oswald et Mikolasek, 2016). Elle est pratiquée par des agro-pisciculteurs dans les cours d'eau, les zones d'inondations et les trous à poissons des terroirs villageois. Tout comme les produits issus de l'agriculture familiale, les agro-pisciculteurs commercialisent une grande partie des poissons collectés. Ainsi, l'aquaculture revêt une importance cruciale en raison du fait qu'elle renforce la sécurité alimentaire des populations, et aussi contribue à la formation des revenus des ménages agro-piscicoles. Au Bénin, elle est aussi l'une des filières prioritaires des programmes d'actions du gouvernement (Pelebe *et al.*, 2020). Au cours des deux dernières décennies, le constat établit une baisse considérable des quantités de poissons collectés du fait des effets pervers des changements climatiques : inondations, sécheresse prolongée, etc. Dans la même période, les statistiques révèlent une augmentation annuelle des tonnages de poissons importés qui dépassent la production halieutique nationale (Latifou *et al.*, 2020 ; Elègbè *et al.*, 2019).

Ainsi, le gouvernement béninois est confronté à l'enjeu majeur d'accroître la production halieutique afin de réduire la dépendance vis-à-vis des importations. A cet effet, il a sollicité l'aide des partenaires techniques et financiers qui ont répondu favorablement. En conséquence, diverses initiatives conçues par les organisations publiques et privées sont financées et exécutées dans la basse vallée de l'Ouémé (Sud-Est du Bénin), une zone où la pisciculture occupe une place importante dans l'amélioration des conditions de vie et revenus des agro-pisciculteurs. Elles visent à renforcer la résilience vis-à-vis des conséquences néfastes des aléas hydro-climatiques. Cet article reconstitue une expérience de co-développement d'innovations résilientes pilotée par des agro-pisciculteurs avec l'appui technique d'AquaDeD-ONG (Aquaculture pour le Développement Durable) et

l’assistance financière du CORAF (Conseil Ouest et Centre Africain pour la Recherche et le Développement Agricoles).

La question du co-développement des innovations a été approchée à partir de différentes perspectives par la sociologie et l’anthropologie. Certaines insistent sur l’émergence de “réseaux sociaux”. Ici, l’analyse privilégie les relations entre les acteurs avec une faible influence de leurs attributs (Beauguitte, 2016 ; Pannier, 2008) ; ou alors l’interaction entre les acteurs et les artefacts (Latour, 1999 ; Callon, 1992). Les recherches qui mobilisent celle-ci postulent alors l’asymétrie “acteur-réseau” entre les acteurs et les services matériels comme les technologies, les crédits et les équipements. Ces derniers sont appréhendés comme disposant de capacité de prise de décision et d’actions (Lamine *et al.*, 2018 ; Mahanty, 2002). Une autre approche aborde la question à partir de “systèmes” comprenant non seulement l’ensemble des acteurs impliqués mais aussi les connaissances produites et disséminées, les financements, les soutiens politiques, les facilités du marché et les infrastructures marchandes. Dans ce cas, les sociologues et les anthropologues mettent l’accent sur les interactions qui facilitent l’émergence des innovations (Mwantimwa *et al.*, 2021 ; Fournier *et al.*, 2018).

Alors que bon nombre d’efforts analytiques intègrent les perspectives axées sur les réseaux et les systèmes, la contribution des “représentations sociales” à l’émergence des innovations y reste peu étudiée. Et pourtant, elles apparaissent utiles dans la compréhension des pratiques nouvelles adoptées par les agro-pisciculteurs (Jodelet, 2006 ; Moscovic, 1994), et l’élaboration de politiques d’innovations adaptées aux enjeux environnementaux (Jodelet, 2018 ; Navarro, 2016). Les représentations sociales sont au cœur de la co-construction des innovations résilientes observées dans la basse vallée de l’Ouémé. Les connaissances mobilisées sont comparables à l’installation et l’exploitation des “*acadja*”, une technique traditionnelle d’aquaculture en milieu lagunaire au Sud-Bénin. Un *acadja* est un assemblage de pieux et de branchages fixés au fond et émergents à la surface de la lagune. Il est de forme rectangulaire ou circulaire, et sert de piège-refuge aux poissons qui s’y nourrissent à partir des détritus végétaux et animaux. La configuration inclut de petits *acadja* encore appelés *acadjavi* installés à l’intérieur de grands *acadja* nommés *ava*, de taille pouvant atteindre un hectare. L’agro-pisciculteur commence la collecte de poissons dans les *acadjavi*, avant l’extension aux *ava*.

Les connaissances relatives aux *acadja* sont socialement élaborées et adoptées par les agro-pisciculteurs de la vallée de l’Ouémé depuis la fin du XIX^e siècle (Principaud, 1995 ; Hem *et al.*, 1990). Elles influencent la pisciculture dans les lacs et les lagunes au Sud-Bénin, en raison de la nature collective, socio-culturellement construite au fil du temps. Elles sont transmises par la tradition, l’éducation et la communication orale. L’application de ces connaissances mues par des expériences, des valeurs, des croyances et des normes, constitue l’affirmation même de l’appartenance à la communauté (Liu *et al.*, 2005 ; Bauer et Gaskell, 1999). En clair, les agro-pisciculteurs ont adopté de nouveaux comportements en références aux expériences de gestion des *acadja*, aux ressources socio-culturelles, et aux appuis d’AquaDeD.

Ainsi, l’analyse de la co-construction d’innovations a permis de mieux comprendre l’apport des représentations sociales dans les comportements adoptés par les agro-pisciculteurs. Pour rendre compte de l’analyse, nous avons d’abord présenté la méthodologie déployée. Ici, deux points sont abordés : la zone de recherche et les méthodes de recueil et d’analyse des données. Ensuite, nous avons exposé les innovations co-construites, et examiné les représentations sociales qui y sont encastrées. Les résultats ont permis de discuter les

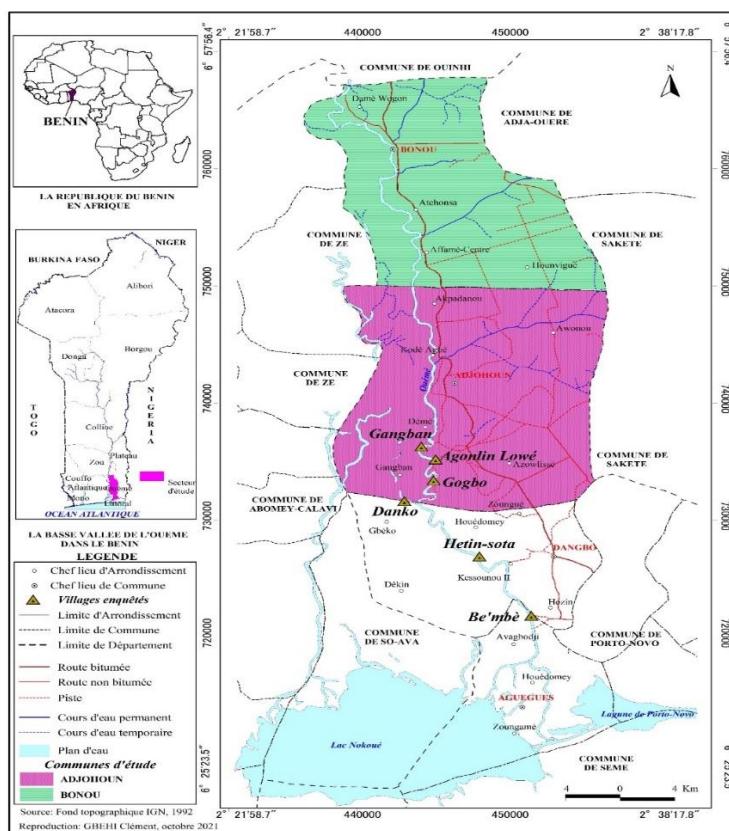
dynamiques sociales qui ont favorisé la résilience vis-à-vis des impacts négatifs des aléas hydro-climatiques.

2. Matériaux et Méthodes

2.1. Zone de recherche

Les données analysées dans cet article sont recueillies auprès des agro-pisciculteurs qui exploitent le secteur Est de la base vallée de l’Ouémé. Plusieurs études ont montré que ce secteur est drainé par un réseau hydrographique dense avec plusieurs cours d’eau, des affluents et la lagune de Porto-Novo, et débouche dans l’océan atlantique par le lac *Nokoué* (Africa Green, 2019). Le climat enregistré est de type subéquatorial avec deux saisons pluvieuses (avril à Juillet et Août à Septembre) et deux saisons sèches ; chacune intercalant entre les deux saisons pluvieuses. Des arbrisseaux et des herbacées sont observés sur les parcelles en jachères. Les espèces végétales dominantes sont le *Mitragyna inermis*, l’*Andropogon gayanus* var. *squamulatus*, le *Paspalum vaginatum*, le *Cyperus papyrus* et le *Thypha australis*. Cette couverture végétale est caractéristique du paysage agraire du sud-Est Bénin avec par endroit de formations forestières de petite taille qui longent le fleuve Ouémé. Les flaques d’eau émergentes dans les paysages sont recouvertes d’espèces végétales flottantes à savoir la laitue d’eau (*Lemnaceae* *costata*) et la jacinthe d’eau (*Eichornia crassipes*).

La moyenne et la basse vallée de l’Ouémé couvrent une superficie de plus de 4.770 Km², et comprend une plaine alluviale de pente faible, avec une dénivellation de 5 m sur environ 85 km (Alimi *et al.*, 2015). Cocker *et al* (2019) notent que les débits d’eau les plus élevés sont enregistrés pendant les mois d’août à octobre de chaque année, avec des pics pouvant atteindre 700 m³/s. Ces débits élevés engendrent souvent des montées d’eau entre septembre et octobre, avec comme corollaire des inondations successives. Ensuite, il est observé une période de basse eau caractérisée par le retrait progressif de l’inondation entre décembre et mai de chaque année.



Quatre communes sont concernées à savoir *Aguégués*, *Bonou*, *Adjohoun* et *Dangbo*. Deux divisions pédologiques contrastées sont identifiées : *Aguéji*, une zone de plateau utilisée pour l'agriculture et l'élevage de petits ruminants (ovins et caprins) ; et *Wôdji*, la zone de plaine inondable qui longe le fleuve *Ouémè*, souvent submergée d'eau pendant les mois de septembre et octobre de chaque année. La faible pente du relief facilite l'étalement de l'eau pendant la crue. Au moment de la décrue, la zone de plaine inondable est riche en terres fertiles et en poissons (Gbêhi et Tossou, 2020). Ainsi, la crue favorise l'agriculture et l'aquaculture qui constituent les deux principales activités économiques des agro-pisciculteurs.

2.2. Méthodes de recueil et d'analyse des données

La reconstitution ex-post des innovations s'appuie sur l'analyse compréhensive des évènements critiques importants qui ont structuré les appui-conseils d'AquaDeD. Ainsi, des entretiens semi-directifs ont été réalisés auprès de deux animateurs d'AquaDeD, de trois responsables de coopératives et de quarante-huit agro-pisciculteurs. Le premier agro-pisciculteur interviewé est identifié dans le village de *Hetin-Sota*, retenu pour abriter la phase pilote des interventions d'adaptation aux changements climatiques. Les discussions ont porté sur l'histoire des trous à poissons et des inondations successives, les expériences vécues avec les nouvelles pratiques résilientes et les évolutions souhaitées. Lors des discussions, toutes les explications qui expriment des idées de représentations sociales sont notées, rediscutées et catégorisées avec l'interviewé ; ce qui a permis de constituer les trajectoires des innovations co-développées.

Afin d'évaluer le potentiel de dissémination à grande échelle des nouvelles pratiques, nous avons mobilisé l'approche de "construction de répertoires des acteurs" (Baxter, *et al.*, 2014 ; Karst et Groutt, 1977). A cet effet, nous avons invité l'interviewé à, dans un premier temps, proposer une liste de dix agro-pisciculteurs qui appliquent les nouvelles pratiques ; ensuite, constituer des groupes de trois ; et enfin, comparer les groupes deux à deux. Des procédures comparables sont réalisées auprès des agro-pisciculteurs listés qui disposent de contacts téléphoniques fonctionnels, et disponibles pour des entretiens. Des informations relatives aux villages où résident les agro-pisciculteurs répertoriés (localisation, distance, etc.) sont aussi recueillies. Ainsi, l'approche nous a permis non seulement de recueillir et d'analyser des données mais également de constituer l'échantillon de quarante-huit agro-pisciculteurs. Ces derniers sont aussi interviewés.

S'ajoutent aux entretiens semi-structurés des observations participantes conduites au niveau de douze trous à poissons dont huit "whédós" et quatre "ahlɔ". Les *whédós* sont des creux comparables à des étangs et de formes variables qui s'ouvrent au milieu des parcelles agricoles ; alors que les *ahlɔ* sont des tranchées creusées sous forme de drains à partir des champs et qui débouchent sur le lit du fleuve *Ouémé*. Ces derniers constituent des réserves d'eau mais également des zones propices à la collecte de poissons. Au total, deux dispositifs résilients sont observés : les ceintures mises en place après les premières inondations, et les "happas". La grille d'observation utilisée articulait trois points à savoir : la genèse, l'installation et la gestion des dispositifs installés, les contraintes vécues et les améliorations de rendements notés.

3. Résultats

L'histoire remonte aux études diagnostiques conduites en 2011 par les animateurs d'AquaDeD en collaboration avec les responsables de l'union des agro-pisciculteurs de la vallée de l'*Ouémé*. L'objectif est d'évaluer le potentiel des trous à poissons mis à l'épreuve par les aléas hydro-climatiques. Les études ont concerné six villages à savoir *Gogbo*, *Agonlin-Lowé*, *Gangban*,

Danko, Bembè et Hetin-Sota. L’interprétation de la carte pédologique de la vallée de l’Ouémé couplée aux entretiens révèle que le choix des villages s’inscrit dans la logique de la prise en compte de la diversité des situations locales : les trois premiers villages localisés dans le bourrelet de berge ; et les derniers situés dans la plaine d’inondation. Ces deux divisions agro-écologiques sont désignées respectivement par “*houdji*” et “*wodji*” (Gbêhi et Tossou, 2020).

Outre la somme d’informations collectées, les études diagnostiques ont également renseigné le faible rendement des trous à poissons ainsi que la contrainte majeure vécue. Les entretiens couplés aux observations ont mis en lumière deux innovations résilientes co-développées : l’installation de ceintures de filets et l’élevage des poissons dans des “*happas*”. Mieux les agro-pisciculteurs approchent les connaissances et les valeurs locales encastrées, en plus des appui-conseils, comme des catalyseurs de dissémination à grande échelle des connaissances.

2.1. *Mise en forme des ceintures de filets : expériences et encrage local*

La mise en place des ceintures de filet est une innovation inspirée des pratiques locales. Certes, elle résulte des efforts joints animés par AquaDeD-ONG ; cependant l’apport des agro-pisciculteurs a été déterminant. Cet apport concerne l’expérience au sens de Jodelet (2006 : 11) qui est mise à l’épreuve ; c’est-à-dire “la façon dont les personnes ressentent, dans leur fort intérieur, une situation et dont elles élaborent, par un travail psychique et cognitif, les retentissements positifs ou négatifs de cette situation et des relations et actions qu’elles y développent”. L’apport des agro-pisciculteurs est rendu explicite au cours de deux processus : l’analyse des contraintes et la mise en forme des ceintures de filets.

En effet, les efforts initiaux de co-développement de l’innovation sont concentrés dans le village de *Hetin-Sota*. Les réflexions ont surtout porté sur la compréhension des causes et des conséquences des faibles rendements des trous à poissons enregistrés au cours des dernières années. Les témoignages montrent que plus de la moitié des agro-pisciculteurs participant aux ateliers villageois se sont sentis mal à l’aise lorsqu’il fallait expliquer combien il est douloureux de vivre la fuite des poissons à haute valeur marchande comme *Clarias* et *Tilapias*. Le corolaire est la baisse substantielle des revenus - contrairement aux années 90 où la vente des poissons collectés contribuait pour les soins de santé et la scolarité des enfants, l’approvisionnement des produits manufacturés, l’achat de motos et la construction des habitats.

Ainsi, c’est au cours des discussions portant sur les formes de collecte de poissons que les agro-pisciculteurs ont émis l’idée de transportation par adaptation des techniques d’exploitation des *acadja* souvent utilisés pour contenir les poissons. Ce fut un moment captivant rapporté par l’animateur : “qui pouvait imaginer si ce n’est les réunions organisées pour discuter et rechercher les solutions aux ressentis douloureux des agro-pisciculteurs ; évidemment c’est au cours des échanges qu’il est suggéré l’installation de ceintures de nattes, comparables aux *acadja*, autour des *whédos* et à l’embouchure des *ahlɔ* afin d’empêcher la fuite des poissons”.

En raison des valeurs économiques (amélioration des rendements, revenus substantiels), sociales (droits de propriété, prestiges, exploitations) et culturelles (rites, offrandes) ainsi que des croyances qu’incarnent les *acadja*, l’idée émise est favorablement partagée ; et des essai-tests sont réalisés entre 2012 et 2013. AquaDeD a financièrement appuyé huit exploitants piscicoles dans l’installation de ceintures au niveau de quatre *whédos* et de quatre *ahlɔ*. Un agro-pisciculteur explique que la technique est typique des *acadja* : “des pieux sont fixés au sol sous forme en quinconce autour des *whédos* ou à l’embouchure des *ahlɔ* ; et ensuite soutenus par des branchages disposées horizontalement du fond de l’eau jusqu’à la surface”. Alors que les ceintures autour des *whédos* n’ont pas posé de véritables problèmes parce que le niveau de

profondeur de l'eau est maîtrisable ; celles des *ahlɔ* n'a pas été une opération aisée ; en effet, la construction constraint des plongées sous l'eau. Aussi bien la fixation des pieux que l'alignement des branchages requiert des efforts de deux à trois jeunes agro-pisciculteurs.

Cependant, six des huit ceintures installées n'ont pas convenablement fonctionné malgré le respect des dimensions (profondeur des pieux, écartements). Les observations établissent la destruction des branchages par les eaux qui créent des ouvertures facilitant la fuite des poissons piégés. Mais au-delà de la justification de la faible résistance observée, les raisons évoquées tiennent également à la non-prise en compte des paramètres hydrologiques comparables à ceux considérés au moment de l'installation des *acadja*. Il s'agit des oscillations entre 60 et 120 cm à la surface de l'eau, de la consistance du fond des *ahlɔ* qui permet une fixation solide des pieux, ou encore de la résistance au vent et à la force des vagues lors des décrues.

A cet effet, l'idée ingénieuse discutée et retenue lors des ateliers a consisté à renforcer le dispositif initial constitué de "pieux-branchages" par des filets, comme en témoigne un agro-pisciculteur : "Des filets hors usage sont adossés aux ceintures installées de façon adaptable à la hauteur de l'inondation ; ainsi, lorsque l'inondation survient, les filets sont déroulés et coulissés le long des pieux jusqu'à la hauteur de l'eau ; et lors de la décrue, les filets sont enroulés progressivement suivant le niveau de l'eau". En dépit du coût moyen estimé à 380.000 F.CFA pour les *whédos* et 210.000 F.CFA pour les *ahlɔ* (recherche des pieux, branchages et ceintures de filets), tous les agro-pisciculteurs ont manifesté la joie au regard de cette adaptation qui retient les poissons piégés ; ce qui a permis d'inverser les rendements faibles des *whédos* et *ahlɔ*. Les données statistiques collectées sont exposées dans le tableau 1.

Tableau 1 : Rendements moyens des trous à poissons investis.

	Nombre		Rendement moyen (tonne/ha)
	Trous à poissons	Agro-pisciculteurs	
<i>Whédos</i>	91	39	38,70
<i>Ahlɔ</i>	31	23	24,02
Ensemble	122	62	31,45

Source : Enquêtes, 2020.

Des discussions rétrospectives ont révélé que les dispositifs installés ont redonné espoir pour la raison minima que la collecte de poissons a connu une augmentation substantielle. Tous les agro-pisciculteurs ont bien apprécié le dispositif de ceintures renforcé par des filets qui leur a procuré enthousiasme et joie ; sauf deux qui sont contraints de renouveler chaque année les pieux endommagés par les vagues ou le vent. 46 % des interviewés ont avoué qu'ils ne se limitent pas seulement aux détritus déposés par les eaux d'inondation (insectes et oiseaux morts, résidus de récolte, feuilles et bois, etc.). Des provendes comme des compléments alimentaires sont également apportées. Les motivations reflètent non seulement l'ancre dans le modèle *acadja* connu et développé depuis bien longtemps mais également les bénéfices espérés à savoir la reproduction et l'engraissement des poissons. L'une des évolutions récentes mentionnée concerne les *acadjavi* construits à l'intérieur des 'trous à poissons' ceinturés.

2.2. Les "Happas" dans les *whédos* : une transposition des *acadjavi* améliorés

La seconde innovation résiliente assimilable aux pratiques locales concerne les "happas" qui sont des dispositifs installés pour accroître le nombre de cycles de production de poissons. Elle a émergé suite à des visites-échanges organisées par AquaDeD au niveau des étangs aménagés qui offrent la possibilité de deux ou trois collectes annuelles de poissons. Cependant, cette pratique inclut des "bacs hors-sol" pour le pré-grossissement des alevins, et des "happas" à RASP

être installés dans les trous à poissons. Les happas ne sont rien d'autres que des poches de filets de forme carré ou rectangulaire, maintenues à chaque extrémité par un dispositif de piquets en bois, souvent des bambous (Figure 1). Un tel investissement n'est pas à la portée des agro-pisciculteurs qui ont alors sollicité et obtenu l'aide d'AquaDeD. Ainsi, des dossiers d'appuis techniques et financiers sont élaborés et exécutés avec les agro-pisciculteurs.



Photo 1 : Dispositif des happas dans le village d'Agonli-lowé

Source : Enquêtes, 2020.

La première étape a concerné le renforcement des capacités des agro-pisciculteurs organisés dans chacun des trois villages retenus. Pour ce faire, les chercheurs de l'Institut National de Recherche Agricole et du Centre de Recherche et d'Incubation Aquacole du Bénin sont mis à contribution. Une telle sollicitation est expliquée par le manque de compétences au sein du personnel d'AquaDeD. De toute évidence, quatre thématiques exécutées ont permis aux agro-pisciculteurs d'acquérir les bases pour l'élevage en *happas*. Il s'agit de l'introduction à la pisciculture, la préparation des happas et l'empoissonnement, l'alimentation et la gestion des poissons. Aussi, des équipements pour le pré-grossissement dans des bacs hors-sol et l'installation des happas sont-ils mis à la disposition des agro-pisciculteurs pilotes.

Aussi, le suivi rapproché des agro-pisciculteurs en temps réel sont-ils des éléments déterminants du succès enregistré. Les agro-pisciculteurs témoignent que les rendements des happas sont aussi intéressants que ceux des *acadja*, en ce sens que les ressources mobilisées dans l'un compensent l'autre. Ils ont cependant noté deux différences fondamentales qui sont perçues comme des améliorations. La première concerne l'empoissonnement des happas avec des alevins produits dans des bacs hors-sol - alors que dans les *acadja*, l'alevinage est naturel : les poissons piégés s'y nourrissent et se reproduisent. La densité des poissons est plus élevée dans les happas. La seconde différence réside dans l'apport d'aliments hautement nutritifs à savoir le *coppens* et l'*aquafish* achetés dans les magasins de vente de provendes.

L'analyse montre que le modèle est plus adopté à Adjohoun qu'à Bonou. Ce contraste est expliqué en partie par le positionnement géographique des habitations à Adjohoun. Celles-ci se retrouvent non loin des champs inondables - alors qu'à Bonou la plaine inondable est inhabitable. Dans ce cas, les agro-pisciculteurs devront se déplacer sur plus de 4 à 7 km pour le suivi des happas. Des contraintes majeures sont toutefois signalées à Adjohoun. 41 % des agro-pisciculteurs formés n'ont pas pu mobiliser la main d'œuvre nécessaire. Ils martèlent que la production des alevins, ensuite la mise en charge des happas, sont des étapes importantes qui déterminent le niveau des rendements. Ces agro-pisciculteurs renoncent supporter les coûts d'opportunités, c'est-à-dire les revenus encaissés à partir des deux cycles de production de poissons - comparées aux rémunérations tirées d'autres activités économiques réalisables dans la période comme le commerce informel d'essence ou le transport *zémi-djan*.

Ce rapprochement mise en avant pour expliquer leurs réticences, s'ajoutent les incertitudes qui pèsent sur les rendements financiers et qui constituent des entraves majeures à l'applicabilité des happas. Mais au-delà, les agro-pisciculteurs concluent que le modèle des happas est financièrement soutenable en ce sens que qu'il permet de sécuriser l'élevage contre les inondations d'ampleur exceptionnelle : "... les poches de filets ou happas protègent les poissons d'élevage des inondations imprévisibles. Elles sécurisent contre les dégâts des intempéries, et permettent des cycles de production supplémentaires".

4. Discussions

L'exposé des résultats ci-dessus montre que les agro-pisciculteurs ont adopté de nouveaux comportements à partir de représentations sociales piochées des *acadja*. Ces représentations ont médié la co-construction d'innovations résilientes aux effets pervers des changements climatiques. Les témoignages rétrospectifs révèlent que : "les inondations qui détruisent les trous à poissons ne demeurent plus un souci ; mais plutôt l'amélioration des rendements". Des évaluations empiriques aident également dans la compréhension des nouveaux comportements adoptés. L'analyse retient que les adaptations par installation des ceintures ou les happas ont induit des améliorations progressives des logiques qui articulent la collecte des poissons, ainsi que l'explique Dellile (2011), "il se forme dans la conscience collective l'idée que le climat change, et que cela implique une reconfiguration au moins partielle de la structuration et du fonctionnement des exploitations des zones sensibles comme les vallées".

Mais, les "nouveaux systèmes piscicoles" développés répondent-ils aux attentes des agro-pisciculteurs ? Quels sont les mécanismes qui y ont catalysé la promotion sans grande contingence ? Deux remarques liminaires permettent de répondre à cette question. Premièrement, les deux dispositifs ont comme ancrage le *localement* inspiré à partir des représentations sociales mises en place depuis des siècles. En fait, les *acadja* constituent une forme de pisciculture locale déjà largement promue dans les plaines inondables et les lacs. Pliya (1980) l'avait appréhendé comme un parc d'agrégation de branchages d'arbustes et de feuilles qui sert d'habitat aux poissons piégés. Des connaissances pratiques ancestrales ont ainsi permis l'institutionnalisation et la pérennisation de la production de poissons à partir des *acadja*.

Les résultats prouvent que la transportation des connaissances inspirées à partir de l'exploitation des *acadja*, n'a pas posé de véritables contraintes. Elle a même constitué un atout. Mais les efforts d'appui-conseils s'inscrivent dans un autre registre, celui des processus d'intermédiation argumentés par plusieurs recherches. Il s'agit par exemple du diagnostic participatif (Gbêhi, 2021 ; Clark *et al.*, 2003), de la construction des réseaux (Latour, 1999 ; Callon et Ferry, 2006), de l'apprentissage collectif (Gbêhi *et al.*, 2021 ; Leeuwis, 2008), de la facilitation des négociations (Leeuwis, 2002), et de la flexibilité (Gbêhi et Leeuwis, 2012). Des entretiens rétrospectifs révèlent que ces processus ont facilité l'encapsulation des représentations sociales et le développement de nouvelles connaissances d'exploitation des trous à poissons.

La perspective axée sur le système suggère que l'innovation émerge de la combinaison des différents types de savoirs et l'influence que chacun des acteurs exerce (Touzard *et al.*, 2014 ; Akrish *et al.*, 2006 ; World Bank, 2006). Ce qui est important, et implicitement promu, c'est plutôt les relations de collaboration et les interactions développées avec les agro-pisciculteurs qui ont conduit à la mise en forme des connaissances. Ces interactions ont contribué à l'articulation des demandes au moyen des représentations sociales. Hall (2006) y voit plutôt des interactions déterminées par des normes culturellement établies, le développement institutionnel historiquement déterminé et les politiques géographiquement promues.

5. Conclusion

La question centrale adressée dans cette recherche concerne la résilience des agro-pisciculteurs face aux changements climatiques. Elle est inspirée du constat que des appui-conseils mis en œuvre ont permis la co-construction d'innovations d'adaptation. Pour mieux comprendre comment les appui-conseils sont mis en œuvre, la présente recherche a mobilisé la perspective axée sur les représentations sociales élaborées dans le champ de la psychologie mentale et de la psychanalyse couplée au système d'innovations agricoles. L'articulation de la recherche est qualitative, pilotée par des données recueillies auprès des agro-pisciculteurs, des responsables des coopératives et d'AquaDeD. Les données sont collectées et analysées au moyen de l'approche de construction de répertoires des acteurs.

L'analyse montre que les appui-conseils ont été déterminants dans la mise en forme d'innovations ayant permis l'amélioration des rendements des trous à poissons (*whedos* et *ahlɔ*). Dans ce processus, AquaDeD n'est pas préoccupé par le transfert de savoirs développés dans les institutions de recherche, mais plutôt l'accompagnement des agro-pisciculteurs dans la production de connaissances adaptables et accessibles. On comprend alors aisément ses efforts qui focalisent des mécanismes complémentaires (diagnostic participatif, apprentissage, etc.) aux approches classiques d'appui-conseils. Dès lors, l'évidence suggère que ces mécanismes qui ont facilité l'identification et l'incorporation des représentations sociales aux innovations résilientes pilotent les interventions d'adaptation aux changements hydro-climatiques.

Références bibliographiques

- Abou, M., Yabi, I., Yolou, I., & Ogouwale, E. (2018). Caractérisation des systèmes de production sur les sites d'aménagements hydro-agricoles dans le doublet Dangbo-Adjohoun au sud du Bénin. *Int. J. Biol. Chem. Sci.* 12(1), 462-478.
- AFRICA, G. (2019). *Etat des lieux sur les bonnes techniques de Conservation des Eaux et des Sols valorisables au Bénin dans la BMVO*. Cotonou, Bénin: Rapport d'études.
- Akrich, M., Callon, M., & Latour, B. (2006). *Sociologie de la traduction : textes fondateurs*. Paris: Ecole des Mines de Paris, Coll. Sc. Soc.
- Alimi, R. M., Biaou, C., & Egboou, P. B. (2015). *Analyse des dynamiques sociales liées à une gestion apaisée de la transhumance dans la Basse et Moyenne vallées de l'Ouémé et sa zone d'influence en République du Bénin Cotoboi*. Bénin: Rapport d'études.
- Baxter, D., Goffin, K., & Szwejczewski, M. (2014). The Repertory Grid Technique as a Customer Insight Method. *Research-Technology Management*, 57(4), 35-43.
- Callon, M., & Ferry, M. (2006). Les réseaux sociaux à l'aune de la théorie de l'acteur-réseau. *Sociologies pratiques* vol. 2, n° 13, 37-44.
- Callon, M., Coombs, R., Saviotti, P., & Walsh, V. (1992). The dynamics of techno-economic networks. In Technical Change and Company Strategies. London: Academic Press, 72-102.
- Clark, N., Hall, A., Sulaiman, R., & Naik, G. (2003). Research as capacity building: the case of an NGO facilitated post-harvest innovation system for the Himalayan hills. *World Development*, 31 (11), 1845-2003.
- Cocker, F., Vodounou, J., & Yabi, J. A. (2019). Évolution récente des débits dans la basse vallée de l'Ouémé, Sud-Bénin. 1-5.

- Fournier, S., Boucher, F., Cerdan, C., Danflous, J., Ferré, T., Sautier, D., . . . Touzard, J. (2018). L'innovation, condition de la pérennité des systèmes agroalimentaires localisés. In. L'innovation, condition de la pérennité des systèmes agroalimentaires localisés. *Éditions Quæ*, 95–108.
- Gbêhi, C., & Leeuwis, C. (2012). Fostering demand-oriented service delivery? A historical reconstruction of the first experience with 'Private Funding, Public Delivery' in Benin. *Knowledge Manag. Develop J.*, vol. 8, n° 2-3, 105-127.
- Gbêhi, C., & Tossou, C. (2019). L'effectivité des innovations technologiques d'adaptation aux changements climatiques : Problématique, défis et perspectives. *Actes de Colloque : Des sciences, cultures et technologies*, 43- 51.
- Gbêhi, C., & Verschoor, G. (2012). Making knowledge-based services more demand-oriented? An experience with 'public funding, public delivery' extension in Bénin. *J.Agric. Ext. Rural Dev.*, vol. 4, n° 13, 372-384.
- Gbêhi, C., Vodouhè, D. S., & Gbêhi, H. (2021). The inclusive school of collective learning. . *European Journal of Applied Sciences*, 9(2), 234-251.
- Hem, S., Konan, A. A., & Avit, J. B. (1990). Les acadjas traditionnels dans le Sud-Est du Bénin. *Arch. Sci. Cent. Rech. Océanoqr. Abidjan t/ni. XIII*, 2 , 1-31.
- Hugues, A., Elègbè, H. A., Tovignan, S. D., Vodouhè, F., Jimmy, P., Imorou Toko, I., . . . Egah, J. (2019). Comparative analysis of economic profitability of improved fish breeding systems in the valley of Ouémé, Benin. *Journal of Agriculture and Environmental Sciences*, 8 (2), 121-131.
- Jodelet, D. (2018). *La notion de commun et les représentations sociales*. Buenos Aires: Acte de Colloque. Comp. Susana Seidmann, Néstor Pievi. Ed. de Belgrano.
- Jodelet, D., & Hass, V. (2006). Place de l'expérience vécue dans le processus de formation des représentations sociales. In. (ed). Les savoirs du quotidien. *Transmissions, Appropriations, Représentations. Les Presses universitaires de Rennes*, 235- 255.
- Karst, T. O., Groutt, J. W., & Bannister, D. (1977). *Inside Mystical Heads: Shared and Personal Constructs in a Commune with some implications for a Personal Theory Social Psychology*.In. *New Perspectives in Personal Construct Theory*. London: Academic Press.Belco.
- Lamine, W., Fayolle, A., & Chebbi, H. (2014). . Quel apport de la théorie de l'acteur-réseau pour appréhender la dynamique de construction du réseau entrepreneurial ? *Management international*, 19 (1), . <https://doi.org/10.7202/1028496ar>, 158-176.
- Latifou, A. B. (2020). Les produits halieutiques au Bénin : sources d'approvisionnement et statistiques. *International Journal of Progressive Sciences and Technologies*, 152-167.
- Latour, B. (1999). *Pandoras's Hope: Essays on the Reality of Sciences Studies*. London, England: Havard University Press, Cambridge, Massachusetts.
- Leeuwis, C., & Pyburn, R. (2002). *Making explicit the social dimensions of cognition*. In. *Wheelbarrows full of frogs, social learning in rural resource management* . Assen, Koninklijke Van Gorcum.
- Liu, J. H., Goldstein-Hawes, R., Hilton, D., Huang, L., Gastardo-Conaco, C., Dresler-Hawke, E., Hidaka, Y. (2005). Social representations of events and people in world history across 12 Cultures. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 36(171), 170-191.

- Mahanty, S. (2002). Conservation and Development Interventions as Networks: The case of the India Ecodevelopment Project, Karmataka. *Word Development*, 30 (8) , 1369-1406.
- Mwantimwa, K., Ndege, N., Atela, J., & Hall, A. (2021). Scaling innovation Hubs: impact on knowledge, innovation and entrepreneurial ecosystems in Tanzania. *Journal of Innovation Management*, 9(2), 39-63.
- Navarro, O. (2016). *Les représentations sociales dans le champ de l'environnement*. Belgique: Les représentations sociales. De Boeck.
- Oswald, M., & Mikolasek, M. (2016). Le secteur piscicole en Afrique subsaharienne : des outils de financement adaptés aux enjeux ? . *Revue Techniques Financières et Développement*, 124/125, 81-95.
- Pannier, E. (2008). L'analyse des réseaux sociaux : théories, concepts et méthodologies. *Sociological Review of Vietnam*, 4 (104), 100-114.
- Pelebe, R. O., Outtara, I. N., Attakpa, E., Imorou Toko, I. I., & Montchowuis, E. (2020). Pisciculture dans les étendues d'eau existantes: Techniques et espèces d'intérêt au Bénin. *Rev. Mar. Sci. Agron. Vét.* 8(4), 469-475.
- Pliya, J. (1980). *La pêche dans le Sud-Ouest du Bénin*. Paris: Agence de Coopération Culturelle et Technique, 296 p.
- Principaud, J. (1995). La pêche en milieu lagunaire dans le sud-est du Bénin. L'exemple de l'exploitation des acadjas (en danger) sur le lac Nokoué et la basse Sô. *Cahiers d'outre-mer*, 192(48), 519-546.
- Touzard, J., Temple, L., Faure, G., & Triomphe. (2014). « Systèmes d'innovation et communautés de connaissances dans le secteur agricole et agroalimentaire ». *Innovations*, 1(43), 13-38.
- World, B. (2006). *Enhancing agricultural innovation: how to go beyond the strengthening of agricultural research*. Washington DC: World Bank.

© 2021 Gbêhi, License Bamako Institute for Research and Development Studies Press. Ceci est un article en accès libre sous la licence the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>)

Type d'article : Notes

Lutte contre le VIH SIDA : commentaires sur les travaux de Nianguiry Kante

Silamakan Kante¹, Macire Kante²

¹ Institut de Pédagogie Universitaire, Bamako, Mali

² Bamako Institute for Research and Development Studies

* Correspondance : silaskante@yahoo.fr ;

Nianguiry Kanté était un sociologue et directeur de recherche de classe exceptionnelle, précédemment affecté à l'ex Institut National de la Recherche en Santé Publique devenu Institut National de la Santé Publique aujourd'hui. Il a ensuite pris sa retraite à la toute nouvelle Université de Ségou, comme premier doyen de la Faculté des Sciences Sociales (FASSO) en décembre 2016. Doyen, comme l'appelait affectueusement ses étudiants, quitta ce monde le 13 Septembre 2021. Mais il ne le quittait pas vraiment car à titre d'exemple la Revue Africaine des Sciences Sociales (ISSN 1987-071X e-ISSN 1987-1023) dont il est l'initiateur a publié plus de 276 articles entre janvier 2010 et juin 2021 provenant d'une vingtaine de pays. En effet, cette journée mondiale de lutte contre le Sida (01 décembre) offre une autre occasion de parler du Professeur Nianguiry Kanté. L'un des domaines de recherche du Pr Kanté est la sociologie et l'anthropologie de la santé. En 2012, il a été membre fondateur du Congrès Panafricain des Anthropologues dont il était trésorier adjoint. Pour l'anthropologue, la santé constitue d'une certaine manière la marque sur les corps de façonnements sociaux, économiques, environnementaux, géopolitiques (Musso, 2017). Sur la base de cette affirmation de Musso (2017), nous rendons hommage au Professeur Nianguiry KANTE pour ses travaux effectués dans ce domaine. Dans cet article, les titres de « Directeur de Recherche » et « Professeur -Pr-» sont utilisés de façon interchangeable. En effet, Dr Nianguiry Kanté était un Directeur de recherche et ce titre académique équivaut au titre de Professeur.

Nous avons effectué une recherche documentaire sur les travaux du Pr Kanté en rapport avec le sujet. De cette recherche documentaire, certaines conclusions ont pu être identifiées. Nous proposons d'abord une vue contextuelle des travaux du Pr Kanté sur le VIH Sida, puis nous présentons ses publications scientifiques sur le sujet et enfin nous exposons ses mémoires/thèses encadrés sur le sida. Ces travaux ont pu entre autres influencer les politiques au Mali et ailleurs au travers des rapports de

projets, de Policy brief et de notes de vulgarisation. Ceux-ci sont discutés dans l'avant dernier paragraphe. Le dernier paragraphe conclut cette note d'hommage au Pr Kanté.

Le Professeur Nianguiry KANTE fut membre, responsable et/ou codirigeant des équipes pluridisciplinaires de recherche. Les recherches du Pr Kanté et de ses collaborateurs composés entre autres de biologistes, médecins, économistes, démographes, ont porté sur tous les aspects de la socio anthropologie de la santé. Il s'agit surtout de la prévention des maladies à travers : i) l'étude et l'évaluation de connaissances, comportement, attitudes et pratiques de la population par rapport aux maladies endémiques transmissibles et non transmissibles ; ii) la réalisation de projets/, la formation, l'équipement et l'installation des agents de santé communautaires dans leur village ; iii) la contribution à la prise de décisions tant au niveau local, national et régional qui s'est effectuée à travers l'exécution de projets de recherche dans le domaine de la lutte contre : le Sida, la tuberculose, la malnutrition, la poliomyélite, la dracunculose, la planification familiale, la schistosomiase, le paludisme, la santé mentale etc. Pr. Kanté a assuré l'encadrement de stagiaires maliens et étrangers en thèses de doctorat et en mémoires de DEA, Master et Licence. En matière de gestion des équipes de recherche, M. Birama Djan Diakité, économiste de la santé et collègue du Pr. Kanté depuis près de 30 ans, définit la période de gestion (1994-2012) du service sciences sociales de l'INRSP par le Pr. Nianguiry de l'ère de la rigueur, de la transparence et de l'équité.

1. Quelques productions scientifiques (individuelles ou collectives) portant sur le sida:

- ✓ Opinions de la population générale sur l'implication des responsables religieux et coutumiers dans la lutte contre le VIH/sida dans le District de Bamako, Mali, Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, n°06 janvier-juin 2013, pp 60-86
- ✓ Contribution des leaders religieux à la lutte contre le VIH/sida dans le District de Bamako, Revue Africaine des sciences Sociales et de la Santé Publique, n°4 janvier-juin 2012, pp 83-90
- ✓ La situation socioéconomique des PVVIH au Mali, Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, Volume n°4 janvier juin 2012, pp 105-119
- ✓ La problématique de la prise en charge des PVVIH au Mali : résultats d'une enquête pluridisciplinaire dans 5 régions et le District de Bamako, Communication scientifique présentée à la conférence du trentenaire de l'INRSP en novembre 2011
- ✓ Causes et facteurs de propagation du VIH/Sida selon les leaders religieux du District de Bamako, communication scientifique présentée à la conférence du trentenaire de l'INRSP en novembre 2011
- ✓ Connaissances, Attitudes et Pratiques de populations sur le VIH et les PVVIH au Mali, Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, n°03 juillet - décembre 2011, PP 16-39

- ✓ Causes et facteurs de propagation du VIH/Sida selon les leaders religieux du District de de Bamako, Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, n°03 juillet -décembre 2011, PP 40-57

2. Mémoire encadré sur le sida

Octobre 2009-août 2010: mémoire de DEA de la Sociologie de la Santé de M. Yaya BAMBA d'anthropologie de la santé intitulée : « Analyse des discours et représentations des leaders religieux sur le VIH/SIDA dans le district de Bamako » au Mali. « Mention très honorable ». Président du jury : Professeur Abdoulaye Ag Rhaly. Mémoire présenté à l'ex-EHESS de Bamako.

3. Rapports des projets pilotes dont certaines recommandations ont été appliquées par des programmes, organismes nationaux et/ou bilatéraux

- ✓ L'implication des leaders religieux et communautaires dans la lutte contre le VIH/sida et la prise en charge des PVVIH dans le District de Bamako au Mali : point de vue de la population générale. INRSP, Bamako, décembre 2012, Financement : Budget National
- ✓ Problématique de la prise en charge des personnes vivant avec le VIH/sida au Mali : volume 2 : résultats de l'enquête quantitative et qualitative auprès des PVVIH, INRSP, Bamako, janvier 2011. Financement : Budget national
- ✓ Problématique de la prise en charge des personnes vivant avec le VIH/sida au Mali : volume 1 : résultats de l'enquête quantitative auprès de la population générale. Financement (budget national), INRSP, Bamako, décembre 2010. Financement/ Budget National
- ✓ Rapport d'étude de base du Projet pour la prévention et prise en charge du VIH/SIDA dans le cercle de San ; (Phase d'extension) INRSP, Bamako, mai 2007. Financement : Budget National
- ✓ Evaluation de la prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH dans le District de Bamako : Rapport d'enquête, INRSP, Bamako, avril 2007. Financement : Budget National ;

-
- ✓ Enquête de Base pour la Programmation et le Suivi du Projet « Prévention et Prise en Charge du VIH/SIDA dans le cercle de San ». INRSP, Bamako, Juin 2005. Financement WORLD VISION ;
 - ✓ Evaluation de la Campagne de Lutte contre le VIH/SIDA Organisée par Vision Mondiale dans les cercles de Bla, San, Tominian, Koro et Kolokani, INRSP, Bamako, décembre 2002. Financement : Vision mondiale ;

Cette note était un hommage au Pr Nianguiry Kanté. La note nous a permis de rendre cet hommage mais aussi d’appréhender à notre façon la contribution de ce scientifique à la compréhension socio-anthropologique du VIH Sida au Mali et ailleurs. Les travaux du Pr Nianguiry Kanté que nous avons revisité sont d’une immense source de documentation pour les universitaires évoluant dans le domaine de cette pandémie du VIH Sida. D’ailleurs, la création d’une revue (Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique -RASP- ISSN: 1987-071 X, e-ISSN : 1987-1023) participe de cette vision humaniste du Pr Kanté. C’est pour cela qu’il a initié la Revue RASP. Entre janvier 2010 et juin 2021 la RASP dont les articles sont reconnus notamment par le Conseil Africain et Malgache pour l’Enseignement Supérieur (CAMES) a publié plus de 276 articles provenant d’une vingtaine de pays d’Afrique, d’Europe et d’Amérique Latine.

Ainsi, en se basant sur les travaux scientifiques de Nianguiry Kanté, nous invitons les chercheurs à approfondir ces questions pour une meilleure prise en charge socio-sanitaire et anthropologique des personnes vivant avec le VIH Sida. Nous ne pouvons conclure cette note, sans prier pour le repos éternel de l’âme du Pr Nianguiry Kanté. Dors en paix.

© 2021 KANTE, License Bamako Institute for Research and Development Studies Press. Ceci est un article en accès libre sous la licence the Créative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>)

Type d'article : Recherche

Prévention de l'infection au cours des soins au Centre Hospitalier Universitaire Pédiatrique Charles-de-Gaulle de Ouagadougou (Burkina Faso).

Hamidou Savadogo^{1*}, Lassina Dao², Laure Tamini/Toguyeni¹, Alain Saga Ouermi³, Diarra Yé¹.

¹ Service de pédiatrie médicale, Centre Hospitalier Universitaire Pédiatrique Charles-de-Gaulle, 01 BP 1198 Ouagadougou 01, Burkina Faso.

²Service de pédiatrie, Centre Hospitalier Universitaire de Tingandogo, Ouagadougou, Burkina Faso

³Service de pédiatrie, Centre Hospitalier Universitaire Régional (CHUR) de Ouahigouya BP 36, Ouahigouya, Burkina Faso

* Correspondance : hamidou.savadogo.chupcdg@gmail.com ; Tél. : + 226 61 06 93 05

Résumé

L'objectif de l'étude était d'analyser les pratiques de prévention des infections dans le service de pédiatrie médicale du Centre Hospitalier Universitaire Pédiatrique Charles-de-Gaulle. Il s'est agi d'une étude transversale qui s'est déroulée du 15 décembre 2014 au 15 février 2015. Elle a concerné le service pédiatrie médicale du Centre Hospitalier Universitaire Pédiatrique Charles-de-Gaulle. L'administration de questionnaires écrits et l'observation ont été les techniques utilisées pour la collecte de données. Le personnel soignant avait une bonne connaissance théorique sur les objectifs de la prévention de l'infection, dans 85,3% des cas. Par contre seulement deux des cinq indications de l'hygiène des mains de l'organisation mondiale de la santé étaient bien connues. Le port d'équipement de protection individuelle notamment la blouse, les chaussures de sécurité, les gants était effectif chez les différentes catégories professionnelles. L'observance d'hygiène des mains quant à elle, était de 42,6% chez les médecins et de 40% chez les infirmiers. Toutes les salles de soins étaient équipées d'infrastructures d'hygiène des mains à l'exception des distributeurs automatiques d'essuie-mains à usage unique. Les salles d'hospitalisation ne l'étaient que dans 45,8% des cas et en plus le savon liquide n'y était pas disponible. Les insuffisances relevées sur les connaissances théoriques, les ressources et les pratiques en matière de prévention des infections compromettent la qualité des soins.

Mots clés : Prévention - Infection – Connaissance - CHUP- CDG - Afrique.

Abstract

The objective of the study was to analyze infection control practices in the medical pediatrics department of the Pediatric University Hospital Charles-de-Gaulle of Ouagadougou. This was a cross-sectional study that took place from December 15, 2014 to February 15, 2015. It concerned the medical pediatrics department of the Pediatric University Hospital Charles-de-Gaulle. The administration of written questionnaires and observation were the techniques used for data collection. The nursing staff had a good theoretical knowledge of the objectives of infection prevention, in 85.3% of cases. However, only two of the five World Health Organization hand hygiene indications were well known. Wearing personal protective equipment, such as gowns, safety shoes and gloves, was effective among the different occupational categories. Adherence to hand hygiene was 42.6% among doctors and 40% among nurses. All treatment rooms were equipped with hand hygiene facilities except for single-use hand towel dispensers. Only 45.8% of hospital wards were equipped with hand hygiene facilities and liquid soap was not available. The gaps in knowledge, resources, and practices in infection control were found to compromise the quality of care.

Keywords: Prevention - Infection - Knowledge - CHUP-CDG - Africa.

1. Introduction

Les infections associées aux soins constituent un problème majeur de santé publique tant dans les pays en développement que dans les pays développés (Senn et al., 2017; Rothe et al., 2013). Elles concernent jusqu'à 7% des patients hospitalisés (Senn et al., 2017). Au moins 1,4 millions de personnes dans le monde sont touchées par des infections nosocomiales (Wasswa et al., 2015). Aux Etats-Unis près de 75000 décès sont liés chaque année aux infections nosocomiales (Hsu, 2014). Selon des enquêtes de prévalence menées dans des hôpitaux européens de 2016 à 2017, la prévalence de ces infections était estimée à 6,5% dans 28 pays d'Europe (Suetens et al., 2018). En milieu pédiatrique, une enquête Turque a trouvé que 16,5% des enfants hospitalisés ont développé une infection nosocomiale (Kuzdan et al., 2014). Les données suggèrent que les infections associées aux soins sont très répandues en Afrique subsaharienne (Rothe et al., 2013). La prévalence des infections nosocomiales étaient de 19,1% dans 87% des hôpitaux du Bénin en 2014. Cette prévalence était de 14,39% en 2017 dans deux hôpitaux du Sud du pays (Ahoyo et al., 2014; Afle et al., 2018). Au Burkina Faso, une étude menée en 2011 dans un hôpital de district a trouvé que l'observation des règles d'hygiène par les professionnels de santé était faible (Hien et al., 2013). La prévention des infections associées aux soins passe entre autres mesures par une bonne organisation des services de santé et l'hygiène des mains (Wasswa et al., 2015; Mathai et al., 2010; Castro-Sánchez et Holmes, 2015). Au Centre Hospitalier Universitaire Pédiatrique Charles-de-Gaulle (CHUP-CDG) de Ouagadougou, aucune enquête en matière de pratique de prévention des infections n'a été réalisée à notre connaissance. Le but de notre étude était d'analyser les mesures mises en œuvre en vue de prévenir les infections au cours de l'administration des soins en milieu pédiatrique au CHUP-CDG. Les données

fournies par l'étude pourraient contribuer à l'amélioration de la qualité de ces mesures préventives en pratique quotidienne.

2. Matériels et méthodes

2.1. Cadre de l'étude

L'étude a été menée dans le service de pédiatrie médicale du CHUP-CDG de Ouagadougou au Burkina Faso.

2.2. Type et période d'étude

Il s'est agi d'une étude transversale à visée descriptive sur la période allant du 15 décembre 2014 au 15 février 2015 (2 mois). Nous avons procédé à un échantillonnage de convenance du personnel du service, donnant des soins aux enfants malades (examen clinique, soins infirmiers), ainsi que le personnel de soutien et les agents du service de nettoyage.

2.3. Collecte et analyse des données

Les données ont été recueillies à l'aide de deux questionnaires auto-administrés adressés au personnel soignant et aux agents de soutien, et grâce à des grilles d'observation à l'intention du personnel soignant, des agents de soutien, des agents des sociétés de nettoyage des locaux. L'équipement des salles en matériel de prévention de l'infection a également été considéré. Parmi le personnel soignant figurent les attachés de santé qui sont des cadres supérieurs de la catégorie des infirmiers au Burkina Faso. Le questionnaire comprenait trois grandes parties : les caractéristiques individuelles des enquêtés, leurs connaissances théoriques sur la prévention des infections et les difficultés et suggestions des enquêtés. L'observation du personnel soignant a concerné la pratique des soins infirmiers, l'examen du malade et autres gestes médicaux. L'observation des agents de soutien a concerné le traitement des instruments médicaux, le nettoyage des surfaces souillées comme les tables et box d'examen aux urgences et les lits d'hospitalisation. L'observation des agents des sociétés d'entretien des locaux a concerné le nettoyage des locaux. Pour chaque observation, une liste de vérification a été établie avec attribution d'une appréciation oui ou non selon que l'acte ou la tâche était réalisé ou pas selon les indications des précautions universelles.

L'étude a débuté par l'observation du personnel du service. Les questionnaires ont ensuite été administrés après une séance d'explication du but de l'étude.

Les données recueillies ont été saisies et analysées grâce au logiciel Epi-info version 7.

2.4. Considérations éthiques

Le consentement éclairé des enquêtés a été obtenu avant le début de l'étude. L'anonymat et la confidentialité des réponses ont été garantis. L'autorisation du directeur général du CHUP-CDG et celle du chef de service de la pédiatrie médicale ont été obtenues avant le début de l'étude.

3. Résultats

3.1. Caractéristiques de l'échantillon

Cent-douze agents étaient enquêtés soit 81 agents du personnel soignant, 16 agents du personnel de soutien et 15 agents du service de nettoyage. Trente-deux salles dont huit salles de soins et 24 salles d'hospitalisation ont été également inspectées.

Le personnel soignant était reparti selon la qualification en médecins, en attachés de santé en pédiatrie et en infirmiers (tableau 1). En termes d'expérience professionnelle, les attachés de santé avaient en moyenne 14,2 ans de métier, les infirmiers 9,9 ans et les médecins 6,2 ans d'exercice.

Tableau 1 : Répartition du personnel soignant selon la qualification (n = 81).

Qualification	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Médecins	21	25,9
Attachés de santé	05	6,2
Infirmiers	55	67,9
Total	81	100

3.2. Formation sur la prévention de l'infection

Parmi le personnel soignant, 76 agents soit 93,8% ont déclaré avoir reçu une formation en prévention des infections (PI) au cours de leur formation de base. Trente-sept agents soit 45,7% avaient déjà reçu au moins une formation en cours d'emploi (formation continue). Sept agents soit 8,6% avaient reçu une formation en prévention des infections les douze derniers mois. Chaque agent de soutien avait déjà reçu au moins une formation en matière de prévention de l'infection. Durant les 12 derniers mois un seul agent de soutien avait reçu une formation en prévention de l'infection.

3.3. Connaissances théoriques des agents en matière de prévention de l'infection

Soixante-dix-huit agents sur 81 du personnel soignant soit 96,3% avaient choisi la bonne définition de la prévention de l'infection. Quant aux objectifs de la PI, 80,3% du personnel soignant en ont cité au moins un, comme le montre le tableau 2.

Tableau 2 : Répartition du personnel soignant selon le nombre d'objectifs de la PI cités.

Qualification	Zéro objectif	Un objectif	Deux objectifs	Total
	n (%)	n (%)	n (%)	
Infirmiers	10 (18,2)	41 (74,5)	04 (07,3)	55
Médecins	05 (23,8)	10 (47,6)	06 (28,6)	21
Attachés	01 (20,0)	04 (80,0)	00 (00,0)	05
Total	16 (19,8)	55 (67,9)	10 (12,4)	81

Nous avons analysé les connaissances de l'ensemble du personnel soignant sur l'hygiène des mains (tableau 3). Concernant la durée du lavage simple des mains, 52,4% des médecins et 47,3% des infirmiers avaient donné la durée d'au moins 30 secondes.

Tableau 3 : Connaissance du personnel soignant sur les cinq moments pour l'hygiène des mains.

Opportunité de l'hygiène des mains	Connaissance	Méconnaissance
	n (%)	n (%)
Avant de toucher à un patient	70 (86,4)	11 (13,6)
Avant un geste aseptique	16 (19,8)	65 (80,2)
Après exposition aux liquides biologiques	10 (12,3)	71 (87,7)
Après avoir touché à un patient	74 (91,4)	07 (08,6)
Après avoir touché à l'environnement d'un patient	23 (28,4)	58 (71,6)

3.4. Observation des règles d'hygiène

L'observation des mesures d'hygiène par les médecins et les infirmiers figure dans le tableau 4.

Tableau 4 : Observation des règles d'hygiène par les médecins et infirmiers

Pratiques d'hygiène	Médecins n (%)	Infirmiers n (%)
Port de blouse (manches courtes ou mi courtes)	21 (100)	55 (100)
Port de gants d'examen	21 (100)	53 (96,4)
Hygiène des mains avant le port de gants	09 (42,8)	16 (29,1)
Respect de la durée du lavage des mains	02 (09,5)	00 (00,0)

Avant le nettoyage des surfaces souillées 100% des agents de soutien portent une tenue adaptée tandis que 75% d'entre eux portent une chaussure de sécurité et 25% des gants de ménage. Ces mesures sont respectées par tous les agents chargés du nettoyage des sols qui rangent le matériel à la fin du nettoyage dans un local réservé à cet effet.

Onze salles (45,8%) d'hospitalisation possédaient un lavabo et de l'eau courante. Parmi ces dernières, le matériel d'hygiène des mains existait dans deux salles soit 18,2%. Il n'existait pratiquement pas de gants d'examen disponibles dans les salles de d'hospitalisation.

4. Discussion

4.1. Limites de l'étude

L'auto-administration des questionnaires pourrait constituer un biais, les enquêtés pouvant se référer à leur document de prévention de l'infection pour répondre aux questions. Notre présence en tant qu'enquêteur dans les lieux de soins a également pu contribuer à modifier le comportement habituel des enquêtés.

4.2. Caractéristiques de l'échantillon

Les infirmiers étaient les plus représentés (67,9%) dans notre échantillon. La prédominance de cette catégorie professionnelle a été trouvée par Hien et al. (33,9 %) en 2011 dans une étude menée dans un hôpital de district au Burkina Faso (Hien et al., 2013). Ce constat est le reflet du nombre relativement plus élevé de cette catégorie professionnelle dans nos hôpitaux. Les médecins enquêtés dans notre étude sont essentiellement des médecins en spécialisation en pédiatrie affectés au CHUP-CDG dans le cadre de leur formation.

En termes d'expérience professionnelle les attachés de santé étaient les plus expérimentés dans notre étude. La durée dans la fonction est nécessaire pour l'acquisition de compétences et d'aptitudes. L'expérience professionnelle pourrait cependant être un facteur de résistance aux changements liés à la routine. Des formations continues sont donc nécessaires pour une mise à niveau de ces connaissances.

4.3. Connaissances théoriques des agents en matière de prévention de l'infection

La grande majorité du personnel soignant (96,3%) pouvait bien définir la prévention de l'infection et

80% en ont cité au moins un objectif. Cela traduit une bonne connaissance des professionnels sur certains aspects de la prévention de l'infection. Hien et al. se sont intéressés quant à eux à la définition de l'infection nosocomiale et seulement 30% des professionnels ont pu apporter une réponse correcte (Hien et al., 2013). Concernant la durée du lavage simple des mains, 52,4% des médecins et 47,3% des infirmiers avaient donné la durée d'au moins 30 secondes. L'hygiène des mains est un élément essentiel dans la prévention des infections associées aux soins (Mathai et al., 2010). Il faudrait alors que la direction de la qualité des soins dont le CHUP-CDG s'est doté ces dernières années se penche sur la question afin que tous les agents soient formés en la matière.

Notre étude a trouvé que tous les cinq moments de l'organisation mondiale de la santé (OMS) pour l'hygiène des mains n'étaient pas bien connus par le personnel soignant. Seuls les moments "avant de toucher à un patient" et "après avoir touché à un patient" étaient les plus connus dans respectivement 86,4 et 91,4% des cas. Ce constat dans notre contexte pourrait être lié à non vulgarisation de ces recommandations de l'OMS en matière de prévention de l'infection, au CHUP-CDG. En Suisse, devant le constat que l'hygiène des mains reste parfois sous-estimée et négligée, des programmes ont été développés («Swiss hand hygiene» en 2005 et «CleanHands») dans le but d'améliorer l'observance de l'hygiène des mains dans les institutions et maintenir durablement un niveau élevé (Senn et al., 2017).

4.4. Observation des pratiques d'hygiène

Les blouses à manches courtes ou mi-courtes étaient portées par tous les médecins et tous les infirmiers lors des soins, dans notre étude. Les manches courtes ou mi-courtes sont recommandées pour faciliter l'hygiène des mains. Les gants d'examen étaient utilisés par tous les médecins et par 96,4% des infirmiers lors des soins. Cela pourrait être lié aux mesures prises dans le service dans le cadre de la prévention de la maladie à virus Ebola qui s'est déclarée en 2013 dans trois pays d'Afrique de l'Ouest (Guinée, Sierra Leone, Libéria). Ces mesures consistaient entre autres à porter systématiquement des gants avant de toucher à tout patient. L'utilisation des gants doit être correcte et rigoureuse au risque de favoriser la transmission croisée manuportée au cours des différents actes de soins (Thiriet et al., 2011). Au centre hospitalier de Sedan en France, un déficit de maîtrise de l'utilisation des gants de soins avait été mis en évidence par l'unité d'hygiène hospitalière (Thiriet et al. 2011). Les patients ne devraient pas avoir à s'inquiéter de contracter une infection durant leur séjour à l'hôpital (MacLaurin et al., 2020). La sécurité des patients était l'une des principales motivations des professionnels de santé à l'égard de la prévention de l'infection à Madison dans le Wisconsin aux Etats-Unis (McClung et al., 2017). Des pratiques de prévention et de contrôle des infections, cliniquement efficaces, sont essentielles pour la protection des patients et l'amélioration des comportements des praticiens en matière de prévention et de contrôle des infections demeure un défi (Loveday et al., 2014 ; Shah et al., 2015). En dehors des précautions observées par le personnel soignant, certains auteurs évoquent le rôle des probiotiques dans la prévention des infections nosocomiales chez l'enfant, notamment le rôle de *Lactobacillus rhamnosus GG* dans la prévention de la diarrhée nosocomiale chez l'enfant (Trivić et Hojsak, 2018). Au-delà du personnel soignant la réduction des infections associées aux soins peut

également impliquer le législateur (Stone et al., 2015). La surveillance des infections nosocomiales contribue à la réduction de l'incidence et du coût des infections (Becerra et al., 2010). Dans notre étude, la plupart des lavabos dans les salles d'hospitalisation se trouvaient dans les toilettes et étaient donc inaccessibles aux personnels soignant lors des soins. Lorsque l'hygiène des mains était assurée par lavage à l'eau et au savon, le séchage des mains était effectué avec des serviettes réutilisables ou à l'air libre, à défaut d'essuie-mains à usage unique. S'il est vrai que toutes les conditions ne sont pas réunies dans notre contexte pour la prévention des infections associées aux soins, il faut cependant noter que les infections nosocomiales sont multifactorielles avec notamment des facteurs liés aux soins de santé, des facteurs environnementaux et des facteurs liés aux patients (Al-Tawfiq et Tambyah, 2014).

5. Conclusion

Le personnel du CHU Pédiatrique Charles-de-Gaulle de Ouagadougou avait une assez bonne connaissance théorique sur certains aspects de la prévention de l'infection notamment sa définition et ses objectifs. Par contre son niveau de connaissance était à améliorer vis à vis des indications d'hygiène des mains. Le port d'équipement de protection individuelle était effectif lors des différentes activités. L'absence de budget destiné à la prévention de l'infection, de savon et de solution hydroalcoolique dans les salles d'hospitalisation constituent une contrainte majeure en matière de prévention de l'infection. La dotation suffisante en équipements de protection individuelle et la formation continue du personnel permettront d'améliorer les pratiques de prévention de l'infection lors des soins au CHU Pédiatrique Charles-de-Gaulle de Ouagadougou.

Remerciements

Les auteurs remercient le personnel du CHUP-CDG pour avoir accepté de participer à cette étude.

Conflits d'intérêt

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

Références Bibliographiques

- Afle, F. C. D., Quenum, K. J. M. K., Hessou, S., Johnson, R. C. (2018). État des lieux des infections associées aux soins dans deux hôpitaux publics du sud Benin (Afrique de l'ouest) : Centre Hospitalier Universitaire de Zone d'Abomey- Calavi/Sô-Ava et Centre Hospitalier de Zone de Cotonou 5. *Journal of Applied Biosciences*, 121 (1), 12192-12201. doi.org/10.4314/jab.v121i1.9.
- Ahoyo, T. A., Bankolé, H. S., Adéoti, F. M., Gbohoun, A. A., Assavèdo, S., Amoussou-Guénou, M., ... Pittet, D. (2014). Prevalence of nosocomial infections and anti-infective therapy in Benin: results of the first nationwide survey in 2012. *Antimicrob Resist Infect Control*, 3, 17. doi.org/10.1186/2047-2994-3-17.
- Al-Tawfiq, J. A., Tambyah, P. A. (2014). Healthcare associated infections (HAI) perspectives. *J Infect Public Health*, 7(4), 339-344. doi.org/10.1016/j.jiph.2014.04.003.
- Becerra, M. R., Tantaleán, J. A., Suárez, V. J., Alvarado, M. C., Candela, J. L., Urcia, F. C. (2010). Epidemiologic surveillance of nosocomial infections in a Pediatric Intensive Care Unit of a developing country. *BMC Pediatr*, 10, 66. doi.org/10.1186/1471-2431-10-66.
- Castro-Sánchez, E., Holmes, A. H. (2015). Impact of organizations on healthcare-associated infections.

- J Hosp Infect*, 89(4), 346-350. doi.org/10.1016/j.jhin.2015.01.012.
- Hien, H., Drabo, M., Ouédraogo, L., Konfé, S., Sanou, D., Zéba, S., ... Média, N. (2013). Connaissances et pratiques des professionnels de santé sur le risque infectieux associé aux soins : étude dans un hôpital de district au Burkina Faso. *Santé Publique*, 25(2), 219-226.
- Hsu, V. (2014). Prevention of health care-associated infections. *Am Fam Physician*, 90(6), 377-382.
- Kuzdan, C., Soysal, A., Culha, G., Altinkanat, G., Soyletir, G., Bakir, M. (2014). Three-year study of health care-associated infections in a Turkish pediatric ward. *J Infect Dev Ctries*, 8(11), 1415-1420. doi.org/10.3855/jidc.3931.
- Loveday, H. P., Wilson, J. A., Pratt, R. J., Golsorkhi, M., Tingle, A., Bak, A., ... Wilcox, M. (2014). epic3: national evidence-based guidelines for preventing healthcare-associated infections in NHS hospitals in England. *J Hosp Infect*, 86 Suppl 1:S1-70. doi.org/10.1016/S0195-6701(13)60012-2.
- MacLaurin, A., Amaratunga, K., Couris, C., Frenette, C., Galioto, R., Hansen, G., ... Rose, S. R. (2020). Measuring and Monitoring Healthcare-Associated Infections: A Canadian Collaboration to Better Understand the Magnitude of the Problem. *Healthc Q*, 22, 116-128. doi.org/10.12927/hcq.2020.26040.
- Mathai, E., Allegranzi, B., Kilpatrick, C., Pittet, D. (2010). Prevention and control of health care-associated infections through improved hand hygiene. *Indian J Med Microbiol*, 28(2), 100-106. doi.org/10.4103/0255-0857.62483.
- McClung, L., Obasi, C., Knobloch, M. J., Safdar, N. (2017). Health care worker perspectives of their motivation to reduce health care-associated infections. *Am J Infect Control*, 45(10), 1064-1068. doi.org/10.1016/j.ajic.2017.05.002.
- Rothe, C., Schlaich, C., Thompson S. (2013). Healthcare-associated infections in sub-Saharan Africa. *J Hosp Infect*, 85(4), 257-267. doi.org/10.1016/j.jhin.2013.09.008.
- Senn, L., Sommerstein, R., Troillet, N. (2017). Prévenir les infections associées aux soins en 2017. *Forum Médical Suisse*, 17(45), 974-978. doi.org/10.4414/fms.2017.03116.
- Shah, N., Castro-Sánchez, E., Charani, E., Drumright, L. N., Holmes, A. H. (2015). Towards changing healthcare workers' behaviour: a qualitative study exploring non-compliance through appraisals of infection prevention and control practices. *J Hosp Infect*, 90(2), 126-134. doi.org/10.1016/j.jhin.2015.01.023.
- Stone, P. W., Pogorzelska-Maziarz, M., Reagan, J., Merrill, J. A., Sperber, B., Cairns, C., ... Skillen, E. (2015). Impact of laws aimed at healthcare-associated infection reduction: a qualitative study. *BMJ Qual Saf*, 24(10), 637-644. doi.org/10.1136/bmjqqs-2014-003921.
- Suetens, C., Latour, K., Kärki, T., Ricchizzi, E., Kinross, P., Moro, M. L., ... Monnet, D. L. (2018). Prevalence of healthcare-associated infections, estimated incidence and composite antimicrobial resistance index in acute care hospitals and long-term care facilities: results from two European point prevalence surveys, 2016 to 2017. *Euro Surveill*, 2018;23(46). doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2018.23.46.1800516.
- Thiriet, L., Jeunesse, K., Gizzi, A., Ibarissène, B. (2011). Évaluation des pratiques d'utilisation des gants de soins au cours d'actes de nursing. *Hygiènes*, 19(5), 285-91.
- Trivić, I., Hojsak, I. (2018). Use of Probiotics in the Prevention of Nosocomial Infections. *J Clin RASP*

Gastroenterol, 52 Suppl 1, 62-65. doi.org/10.1097/MCG.0000000000001070.

Wasswa, P., Nalwadda, C. K., Buregyeya, E., Gitta, S. N., Anguzu, P., Nuwaha, F.

(2015). Implementation of infection control in health facilities in Arua district, Uganda: a cross-sectional study. *BMC Infect Dis*, 15. doi.org/10.1186/s12879-015-0999-4.

© 2021, License Bamako Institute for Research and Development Studies Press. Ceci est un article en accès libre sous la licence the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>)

© 2021 SAVADOGO, License Bamako Institute for Research and Development Studies Press. Ceci est un article en accès libre sous la licence the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>)

Type d'article: Recherche

Croyances, perceptions et attitudes des populations face à la pandémie du

Covid-19 en Afrique de l'Ouest: cas d'Abidjan en Côte d'Ivoire

Syna OUATTARA^{1,*}, ²Djedou Martin AMALAMAN

¹Gothenburg Research Institute, University of Gothenburg, Suède

Institut des Sciences Anthropologiques de Développement, Université Félix Houphouët-Boigny, Abidjan, Côte d'Ivoire

²Université Peléforo GON COULIBALY de Korhogo, Côte d'Ivoire

***Correspondance** : Tel. +46 739 254 174, E-mail : syna.ouattara@gu.se

Résumé

Cet article explore les croyances et perceptions des populations face à la pandémie du Covid-19 et les activités de la riposte à Abidjan. Depuis décembre 2019, le monde entier est confronté à une pandémie de Covid-19. Pour répondre à cette pandémie à l'instar de tous les gouvernements du monde, le gouvernement ivoirien a mis en œuvre plusieurs mesures populationnelles, comme la distanciation physique, le lavage des mains, le confinement et le port du masque, etc., afin de limiter la propagation de cette maladie dans le pays. L'adhésion de la population aux recommandations de la santé publique est garante de l'efficacité de ces mesures pour limiter la propagation du virus. Les attitudes des populations face à une affection dépendent très souvent de leurs croyances et perceptions de la pathologie en question ainsi que leur confiance dans les autorités. Il s'appuie sur une étude qualitative menée auprès d'une cinquantaine de personnes de différents groupes sociaux à travers la ville d'Abidjan dans les mois initiaux du Covid-19 en Côte d'Ivoire. En outre, des informations sur le Covid-19 dans les médias locaux et internationaux ont été recueillies pour approfondir notre réflexion. Les résultats montrent que, si certaines personnes adhèrent aux mesures et recommandations sanitaires proposées par les autorités et les appliquent, d'autres sont plus sceptiques et nient même l'existence du Covid-19. L'article montre également que le scepticisme affecte négativement les différentes attitudes et comportements des personnes concernant le respect des mesures sociales et de santé publique. En outre, en explorant la réalité sur le terrain l'article montre aussi que connaître les mesures préventives ne signifie pas automatiquement les accepter ni les mettre en œuvre.

Mots-clés : Covid-19, croyances, perceptions, santé publique, Abidjan, Côte d'Ivoire

Abstract

This paper explores beliefs and perceptions surrounding the Covid-19 pandemic, as well as response activities, in Abidjan, Côte d'Ivoire. Since December 2019, Côte d'Ivoire, as well as the rest of the world, is facing a Covid-19 pandemic. To respond to this situation, the Ivorian government has implemented several population measures, such as physical distancing, hand washing, containment and mask wearing, to limit the spread of the disease in the country. The adherence of the population to the public health recommendations will ensure the effectiveness of these measures in limiting the spread of the virus. People's attitudes towards a contagious disease are often influenced by their beliefs and perceptions of the disease in question, as well as their trust in the authorities. The article is based on a qualitative study including interviews conducted with approximately 50 people from different social groups across the city of Abidjan, during the initial months of the Covid-19 pandemic in Côte d'Ivoire. In addition, information on Covid-19 in the local and international media has been collected to deepen our reflection. The results show that, while some people adhere to the health measures and recommendations proposed by the authorities and apply them, others are more skeptical and even deny the existence of Covid-19. The paper further shows that skepticism negatively affects people's different attitudes and behaviors regarding compliance with social and public health measures. By exploring the reality in the ground, it also shows that knowing about preventive measures does not automatically mean accepting and implementing them.

Keywords: Covid-19, beliefs, perceptions, public health, Abidjan, Côte d'Ivoire

1. Introduction

En décembre 2019, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a été informée, par la Chine, de la présence de cas d'un syndrome grippal qui évoluait vers une pneumonie d'étiologie inconnue dans la ville de Wuhan, dans la province du Hubei, dont le premier cas remonterait au 1er décembre 2019. Le 30 janvier 2020, l'OMS a déclaré que l'épidémie du nouveau coronavirus dénommée « Covid-19 » était une urgence de santé publique de portée internationale et depuis le 11 mars 2020, elle a été déclarée comme une pandémie (OMS 2020b). En Afrique, le premier cas a été notifié en Egypte le 14 février 2020 (Africa CDC¹ 2020). Dans la zone OMS-AFRO, les premiers cas ont été notifiés le 25 février en Algérie, 28 février au Nigeria et le 2 mars au Sénégal (WHO/AFRO 2020). En Côte d'Ivoire, le premier cas a été notifié 11 mars 2020 (cf. AIP 2020a ; Le Monde 2020) et deux semaines plus tard, son premier cas de décès lié à cette maladie (cf. Institut National de Statique 2020).

À l'instar des autres pays du monde, dès l'annonce des premiers cas, plusieurs actions furent entreprises par le Gouvernement ivoirien. Il s'agit notamment de : (i) la mise en place d'un comité de crise, (ii) la sensibilisation et la diffusion de mesures préventives, (iii) l'élaboration d'un plan d'urgence de riposte, (iv) la détection systématique des cas suspects des voyageurs en provenance des pays touchés par la pandémie, (v) la quarantaine ou le confinement et (vi) la prise en charge des cas confirmés (Ministre du budget et du portefeuille de l'état 2020).

¹Africa Centres for Disease Control and Prevention.

Des programmes de sensibilisation et de diffusion des mesures préventives furent aussi lancés. Le 16 mars, le Gouvernement a procédé à la mise en place d'un plan de riposte basé sur treize mesures à observer sur l'ensemble du territoire dont la fermeture de tous les maquis et restaurants, bars, boîtes de nuit, cinémas et lieux de spectacle ; instauration d'un couvre-feu de 21 h à 5 h du matin ; régulation des transports interurbains ; intercommunaux, et interdiction des déplacements non autorisés entre Abidjan et l'intérieur du pays; confinement progressif des populations par aire géographique, en fonction de l'évolution de la pandémie ; création de couloirs humanitaires pour venir en aide aux personnes ou aux communautés ayant un besoin urgent d'assistance (cf. Ministère de la Santé et l'Hygiène Publique 2020).

Des mesures complémentaires furent adoptées le 23 mars 2020, alors que le pays ne comptait que 25 cas confirmés. Le 29 mars, l'Etat décide la construction de 45 centres de prélèvement et de dépistages suivi le 29 avril de l'isolement du Grand Abidjan. Le 8 mai 2020, les mesures restrictives telles que le couvre-feu, la fermeture des bars, des restaurants et des lieux de divertissement dans diverses parties du pays en dehors du Grande Abidjan furent levées. Les heures de couvre-feu pour Abidjan furent toutefois modifiées à partir de 23h à 4h du matin. Pour la région du Grand Abidjan, les mesures de restriction furent levées le 15 mai 2020 (Conseil National de Sécurité 2020 ; Coulibaly 2020). Toutes ces mesures sont prises, sans une véritable prise en compte des croyances et des perceptions que les populations se font du COVID-19. D'où l'intérêt de cette étude qui explore les croyances, les perceptions et les attitudes des populations du grand Abidjan face à la pandémie du Covid-19.

2. Méthodologie

L'étude est qualitative et s'appuie sur une recherche menée auprès d'une cinquantaine de personnes de différents groupes sociaux à travers la ville d'Abidjan dans les mois initiaux (mars et avril 2020) du Covid-19 en Côte d'Ivoire. Comme l'ont soulignés Kohn Laurence et Christiaens Wendy (2014), faire de la recherche qualitative est une façon d'explorer la réalité sur le terrain, une façon de regarder la réalité sociale. Plutôt que de chercher les bonnes réponses, la recherche qualitative se préoccupe également de la formulation des bonnes questions (Kohn & Christiaens 2014) ; comme celle portant sur les croyances et les perceptions que les populations du grand Abidjan se font du Covid-19 et de ses activités de la riposte. Le travail de terrain s'est déroulée dans le District Autonome d'Abidjan, au sein de six (06) Districts Sanitaires (DS) que sont : Port Bouët-Vridi ; Treichville-Marcory ; Yopougon Est ; Abobo-Ouest ; Anyama et Cocody-Bingerville. Le choix de ces zones est la combinaison de plusieurs critères comme: l'appartenance à l'air sanitaire du grand Abidjan, l'incidence de la COVID-19 et les variables sociodémographiques (sexe, âge, religion, lieu de résidence, activité économique, etc.).

Les répondants sont au nombre de 26 femmes et de 28 hommes, leurs âges variant entre 18 et 67 ans. Compte tenu de la situation pandémique, les données présentes résultent d'entretiens individuels semi-structurés et d'observations sur le terrain. La durée des entretiens a varié entre quarante-cinq et quatre-vingt-dix minutes.

Pour des questions d'ordre éthique, l'objectif de la recherche a été expliqué aux répondant(e)s, de même que l'utilisation des résultats. Un consentement verbal a été obtenu. Les participants étaient libres de participer ou non à cette étude, ou de s'en retirer à tout moment, et ce, sans conséquence. Ils pouvaient également choisir de ne pas répondre à une question. Les participants ont été informés de ce que signifiait leur participation à l'étude et leur consentement a été obtenu au moment du

recrutement. Pour conserver la confidentialité des résultats, l'information nominative des participants a été remplacée par un code lors de la transcription et de l'analyse des données. Dans le souci d'établir un cadre cohérent d'analyse, le travail de synthèse des résultats a été construit comme une mise en relation des objectifs de l'étude avec lesdites informations pertinentes. Les codes éthiques préconisés par l'Association anthropologique américaine (2009) et le Conseil suédois de la recherche (Vetenskapsrådet, 2017) ont été suivis.

3. Résultats

Les résultats de cette étude montrent que malgré des campagnes de sensibilisation, la majeure partie de nos répondant(e)s ne croient pas en l'existence de la pandémie. Les mesures de prévention étaient alors bien souvent contournées en l'absence de contrôle. Pour un bon nombre de nos répondant(e)s le fait de voir des cas avérés est plus convaincant que les messages de sensibilisation.

Comme le souligne l'anthropologue Yannick Jaffré (2006), connaître les mesures préventives ne signifie pas automatiquement les accepter ni pouvoir les mettre en œuvre. L'adoption de nouvelles conduites implique toujours une négociation invisible entre diverses contraintes (économiques, culturelles, familiales, etc.) et des représentations de la maladie (Jaffré 2006). Il est important d'évaluer en continu les croyances et les perceptions de la population, car certaines croyances erronées peuvent avoir des répercussions concrètes. Les croyances ont aussi une influence directe sur l'adoption des mesures recommandées (cf. Ouattara 2020 ; Dubé et al. 2020 ; Ouattara et Århem 2021).

En somme, l'adhésion de la population aux recommandations de la santé publique est garante de l'efficacité des mesures pour limiter la propagation du virus. L'adhérence des populations dépend très souvent leurs croyances et perceptions de risques concernant la pathologie en question (Bavel et al. 2020; Zajenkowski et al. 2020). Le savoir populaire relié au risque repose sur un complexe agencement de perceptions, de croyances, d'attitudes, de valeurs et de représentations sociales reliées à la maladie, à ses causes et aux techniques de prévention et de soins (Massé 1995, cité dans Oude Engberink et al. 2015).

Le savoir populaire est ouvert et en constante évolution. Il est fondamentalement réflexif dans le sens où il sait se renouveler et s'ajuster une fois confronté à de nouveaux vécus et à de nouveaux contextes (cf. Oude Engberink et al. 2015). L'une des facteurs qui peut aussi affecter l'adhésion de la population aux recommandations, est la confiance que celle-ci affiche, vis-à-vis des autorités et les institutions impliquées directement dans la lutte contre la pandémie ainsi que dans les mesures prises par les autorités pour la combattre (cf. Jaffré 2006 ; Amalaman et al. 2017 ; Ouattara 2020 ; Ouattara et Århem 2021). Ce bref aperçu des résultats, nous conduit maintenant sur le terrain à Abidjan.

3.1. Croyances, perceptions et attitudes face à la pandémie du Covid-19 à Abidjan

Tandis que la pandémie de Covid-19 continue de faire des milliers de morts, dans plusieurs pays à travers le monde, l'on a assisté à de nombreuses manifestations par des groupes pour réclamer la fin des mesures de confinement et contre le passe sanitaire ainsi que le vaccin du COVID-19 (cf. France Inter 2020 ; Le Monde Afrique 2020 ; France 24 2021 ; Le Télégramme 2021; Le Figaro 2020b ; Les Echos 2021). La Côte d'Ivoire a enregistré peu d'incidents de sécurité liés à la Covid-19, dont la plupart aux mois de mars et avril (cf. Abidjan.net 2021, 2020 ; Jeune Afrique 2020 ; Le Figaro 2020a, 2020b; PERC 2020).

Quatorze (14) incidents ont été signalés avant le mois de juillet 2020, majoritairement liés à des affrontements entre des civils et des forces de l'ordre faisant respecter les mesures sociales et de

santé publique (PERC 2020 :1). Trois (03) incidents ont eu lieu lors de manifestation contre la création de centres de soins dédiés à la COVID-19 à Yopougon et Koumassi (cf. Abidjan.net 2020 ; Le Figaro 2020a, Linfodrome 2020 ; 2021 ; Jeune Afrique 2020 ; PERC 2020). Au mois de juillet 2020, des travailleurs du secteur de la santé ont manifesté pacifiquement à Abidjan pour protester contre le manque de matériel (PERC 2020). Des agents de santé ont aussi grevé pour réclamer le paiement de primes impayées liées à la gestion du Covid-19 (Agence de Presse Africaine 2020 : Attoubé, 2021 ; Linfodrome 2021).

L'un des incidents qui a attiré l'attention les médias et les réseaux sociaux est celui survenu le 17 mars 2020. Un incident qui avait perturbé le démarrage des opérations de mise en quarantaine (cf. Kona 2020 ; Les Observateurs France 24 2020 ; Présidence de la République de Côte d'ivoire 2020 ; Richard 2020 ; Observateurs France24 2020). Le Conseil national de Sécurité (CNS), avait le 16 mars décidé, entre autres mesures, que les voyageurs en provenance des pays dénombrant plus de cent (100) personnes contaminées en quarantaine obligatoire pour 14 jours dès leur entrée sur le territoire ivoirien (Ministère de la Santé et l'Hygiène Publique 2020 ; France 24 2020 ; Richard 2020). Comme le stipule le communiqué du 16 mars 2020 du CNS :

« Suspension pour une période de 15 jours renouvelable, à compter du 16 mars 2020 à minuit, de l'entrée en Côte d'Ivoire des voyageurs non ivoiriens en provenance des pays ayant plus de 100 cas confirmés de maladie à coronavirus (COVID-19). Les ressortissants ivoiriens et les résidents permanents non ivoiriens seront soumis à une mise en quarantaine obligatoire pour 14 jours dès leur entrée sur le territoire ivoirien dans les centres réquisitionnés par l'Etat » (Ministère de la Santé et l'Hygiène Publique 2020).

Cependant, dès le lendemain du communiqué du CNS, c'est-à-dire le 17 mars 2020, des dizaines de responsables politiques et économiques, de stars, ainsi que leurs proches en provenance de la France se sont soustraites à cette mise en quarantaine, refusant d'être conduits en bus vers l'Institut national de la jeunesse et des sports (INJS²) réaménagé pour l'occasion (cf. Richard 2020 ; Les Observateurs France 24 2020 ; Présidence de la République de Côte d'ivoire 2020). En outre, des passagers confinés dénonçaient entre autres des exceptions faites pour les personnalités et leurs proches, et une absence d'encadrement médical et de matériel sur le campus (Les Observateurs France 24 2020). Cette situation avait poussé le Président de la République de la Côte d'Ivoire à réagir :

« Dans cette lutte que nous menons contre la propagation du Covid-19, notre principal ennemi sera l'indiscipline et le non-respect des consignes de prévention. Oui, le manque de discipline nous met en danger et met en danger les autres. Je voudrais, à cet égard, condamner les actes d'indiscipline et les cas d'exception qui ont perturbé le démarrage des opérations de mise en quarantaine, à l'INJS [Institut national de la

²L'Institut national de la jeunesse et des sports fut le premier centre de confinement et de mise en quarantaine des personnes qui ont été en contact avec des sujets avérés après test, positives, ou même supposées du fait de leurs derniers mouvements, suspectes de la maladie à Covid 19 de la Côte d'Ivoire (Abidjan.net 2020).

jeunesse et des sports], des ressortissants ivoiriens et des résidents permanents non ivoiriens à leur entrée sur le territoire ivoirien. Je voudrais réaffirmer que nous sommes tous égaux devant la loi et devant la maladie. Par conséquent, je n'accepterai pas que cela se produise à nouveau » (Présidence de la République de Côte d'Ivoire 2020 :4).

Une enquête du CDC Afrique a révélé que 2 Ivoiriens sur 3 pensent que la menace du Coronavirus est exagérée et que 54% (moyenne continentale de 41%) ont vu beaucoup de désinformation sur le Covid-19. En outre, 42% ont déclaré qu'ils pensaient que Covid-19 est "un événement planifié par des acteurs étrangers" (Africa CDC 2020). Nous proposons ci-dessous quelques voix de nos répondant(es) concernant le Covid-19.

3.2. Covid-19 est plus qu'une réalité

« La COVID-19 est une réalité ; ça, c'est indéniable, j'y crois. J'en veux pour preuve, le nombre de cas relatés chaque jour dans les médias à travers le monde » (étudiante en Master Assainissement et Génie Sanitaire). Un autre étudiant ajoute en Master Sciences et Techniques du Bâtiment: *« La maladie à Coronavirus n'est pas un jeu, n'en déplaît aux esprits chagrins ; une maladie qui tue des milliers de personnes par jour dans le monde entier, vous voulez qu'on en doute, écoutez soyons sérieux, la Covid-19 existe bel et bien ».*

Pour un de nos répondant(e)s :

« La Covid-19 est une pandémie mondiale, regardez même en Côte d'Ivoire, la RTI nous fait cas chaque jour du nombre de personnes contaminées, c'est inquiétant, respectons les mesures barrières énumérées par le gouvernement, en tout cas, moi, je prends mes précautions (un responsable d'une Cabinet d'assurances) ».

Une fonctionnaire du ministère de la justice, ne dit pas autre chose que ses prédécesseurs : *« Ce virus est un mal pernicieux, non seulement il est contagieux, mais il tue à un rythme cadencé. Je ne me pose pas de questions, je suis prudent ».* Un de nos répondant(e)s demande l'application des mesures barrières :

« Covid-19 est plus qu'une réalité, moi, qui vous parle, j'ai perdu mon frère aîné dans le mois d'avril, après analyses, il s'est avéré qu'il est décédé des suites du Coronavirus, donc je sais de quoi je parle. Appliquons les mesures barrières et cessons d'être incrédules » (un agent de sécurité).

Comme notre précédent répondant, un matelot au port autonome d'Abidjan fait le même constat :

« Ce virus dangereux a bouleversé les habitudes dans le monde entier. Je peux même avancer que le monde est sous son emprise. Protégeons-nous, portons des masques, l'avons-nous régulièrement les mains avec du savon ou utilisons du gel hydroalcoolique, ça ne fait aucun mal, bien au contraire ».

« *Coronavirus ou Covid-19, fait très peur, il est très contagieux. Il a décimé des familles entières. En tout cas, moi je me méfie d'une telle maladie. Vivement que les scientifiques puissent trouver le remède qui va sauver le monde. Ce que je vois à la télé ou entend à la radio, ne me rassure pas du tout* » (infirmière, Centre hospitalier universitaire de Cocody).

Ce n'est pas la sérénité chez cette commerçante de pagnes:

« *Cette maladie me fait peur, quand je viens le matin, je ne rentre que le soir, mes enfants restés à la maison, qu'est ce qui se passe là-bas ? Est-ce qu'ils respectent les consignes que je leur donne de ne pas sortir ? Ne sortent-ils pas jouer avec leurs camarades de jeu dans la poussière ? Vraiment, j'ai très peur* »!

Une secrétaire de la Société d'Exploitation du Terminal de Vridi de noter ceci :

« *Avec cette maladie qui tue les humains comme des poussins, comment ne pas y croire ? J'ai vu plusieurs collègues licenciés du fait de ce fléau, cela me fait très mal au cœur. Comment ses pères de famille pourront assurer la pitance journalière des siens ? Que Dieu nous aide à trouver le remède pour que le monde soit sauvé, j'insiste, que Dieu nous aide* ».

Une commerçante, abonde dans le même sens :

« *Vous savez, moi je crois en l'existence de ce virus, il tue plus que le paludisme qui est la première cause de mortalité dans le monde. Mais alors, avec toutes les informations que nous apprenons par-ci par-là à longueur de journée, il se trouve des gens qui ne croient pas en cela [l'existence du Covid-19], c'est leur problème, moi, je suis sur mes gardes, je me protège* ».

Les perceptions qui émergent des discours des répondant(e)s ci-dessus, montrent que ces répondant(e)s perçoivent l'existence de la maladie de Covid-19 dans les communautés et sont conscientes de ses effets dévastateurs. Cette représentation de la pandémie de Covid-19 constitue un atout en faveur des activités de sensibilisation et de changement de comportements, si les acteurs en charge de la gestion du système de riposte sauront en faire bon usage. Cependant, comme le souligne notre précédente répondante, cette représentation de la maladie de Covid-19 n'était pas partagée de tous nos répondants (es). Malgré des campagnes de sensibilisation, la majeure partie de nos répondant(e)s ne croient pas en l'existence de la pandémie. Les mesures de prévention étaient alors bien souvent contournées en l'absence de contrôle. Il semble que le fait de voir des cas avérés est plus convaincant que les messages de sensibilisation. Nous proposons ci-dessous quelques extraits de nos entretiens.

3.3. Déni, doute et quête de preuve : je ne crois qu'en ce que je vois !

Une étudiante à l'Université Félix Houphouët Boigny explique : « *Je ne crois pas au Covid-19. Je ne vois rien autour de moi de cas confirmés ou de décès, je n'ai jamais rien vu. J'attends toujours qu'on m'apporte des preuves* ». Une de ses camarades de la même Université, nous a posé une question :

« *Est-ce que vous-même vous croyez en l'existence de cette maladie ?* ». Un employé de la Société des Transports Abidjanais (SOTRA), s'exprime sur le sujet:

« *Je veux bien croire en l'existence de cette maladie de Covid-19, mais souffrez que ce n'est pas le cas en ce moment. La preuve, on ne nous a jamais présenté un cas confirmé à la télévision, quant aux personnes décédées, là, n'en parlons pas, aucune information sur le lieu d'inhumation. Je mets quiconque au défi de me démontrer le contraire* ».

Une vendeuse d'attieké, nous reçoit avec courtoisie. Dès qu'elle sût l'objet de notre visite, sa mine devient on ne peut plus grave :

« *Encore cette maladie, à longueur de journée, l'on ne parle que de ça, moi, je suis fatiguée qu'on me rabâche cela. J'ai toujours dit que je suis sceptique quant à l'existence de cette maladie. Ce qui me fait mal dans cette histoire, c'est que le "grand Abidjan" est isolé du reste du pays, personne ne sort, personne ne rentre et les activités en pâtissent. Dommage ! Le jour où je verrai de mes propres yeux un cas confirmé, je croirai, pour le moment, ce n'est pas le cas* ».

« *Cette maladie-là, n'existe pas, ce n'est pas vrai. Si c'est le cas, pourquoi on a jamais vu ne serait-ce qu'un cas confirmé à la télévision. Mes activités ont pris un grand coup, on n'a pas d'argent, c'est ce qui me fait mal, je dois effectuer un voyage, je suis confiné, vous voyez le désastre que cela crée. Je crois que les gens ont inventé cette maladie, je ne sais pour quelle raison, qu'on arrête de nous faire souffrir pour rien. Nous autres, nous sommes impuissants* » (un gérant de quincaillerie).

Une vendeuse d'allocos (banane plantain mûre frite dans l'huile), sur le sujet, elle donne son point de vue :

« *Je ne comprends pas, je ne sais pas, pourquoi veut-on forcément créer une maladie ? A quoi cela rime-t-il ? Que recherche-t-on ? Quand j'aurai les réponses à toutes ces interrogations, j'aviserai. Pour l'heure, acceptez que je ne croie pas en son existence. Personne, je dis bien personne, dans mon entourage, n'est décédée encore moins contaminée à cet effet* ».

Concernant ces répondant(e)s, le problème se situe à deux niveaux : (1) manque de preuve et (2) les causes profondes de cette pandémie. Ils/elles ne croient pas à l'existence de Covid-19, parce qu'ils/elles n'ont jamais vu à leurs propres yeux une personne malade l'affection de Covid-19. Cependant même s'ils/elles voyaient une personne qui a contracté cette maladie, pour d'autres, c'est une affection créée.

Comme la maladie à virus d'Ebola (Ouattara 2020 :79), pour quelques un de nos répondant(e)s, la volonté divine apparaît comme une cause possible du Covid-19. Cette implication de Dieu dans l'avènement du Covid-19 s'explique comme une sanction. Pour l'un de nos répondants :

« *[...] le Coronavirus est une punition divine, la morale a foutu le camp, les gens n'ont*

plus de repère, la société est pervertie. Demandons pardon à Dieu pour nos péchés, nos iniquités et nos transgressions. Je lance un appel solennel au monde entier pour qu'il se repente afin que Dieu dans sa miséricorde nous éloigne de ce mal » (Pasteur d'une Eglise Evangélique des Assemblées de Dieu).

« Si cette maladie n'est pas une punition divine, c'est tout comme. Nous intercérons auprès d'Allah pour que ce mal disparaisse. Nous sensibilisons toujours nos fidèles à l'effet de respecter strictement les consignes arrêtées par le gouvernement » (entretien avec un Imam d'une Mosquée).

Un de nos répondant(e)s se demande:

« Qu'avons-nous fait à Dieu pour mériter un tel sort ? Ou plutôt révisions notre comportement afin que le virus ne se propage pas davantage ; là sera notre salut. Inch'Allah [si Dieu le veut]. « Coronavirus est une punition de Dieu contre les blancs. Parce qu'ils se prennent pour l'égal de Dieu, ils n'ont aucun respect pour les valeurs morales, en somme, ils ont tout désacralisé » (un chauffeur de taxi).

« Moi, je dis tout haut que le Coronavirus est une punition divine contre les occidentaux qui ont causé trop de dommages aux peuples africains. J'en veux pour preuve ; Ebola, regardez ce que cette maladie a fait sur notre continent ; la désolation, la mort partout. Que chacun assume ses actes » (entretien avec une vendeuse de pagnes).

Pour quelques-uns de nos répondant(e)s, c'est ce non-respect des choses sacrées qui serait l'origine de Covid-19. *« Coronavirus est une punition de Dieu contre les blancs. Ils se prennent pour l'égal de Dieu, et n'ont aucun respect pour les valeurs morales, en somme, ils ont tout désacralisé »* (un agent de sécurité).

« Si les blancs meurent en cascade, qu'ils recherchent l'origine ailleurs. Ils ont pour habitude de ne pas respecter les choses sacrées, je pense que c'est une colère divine. Qu'ils se repentent sincèrement, Dieu dans son infinie bonté, les sauvera, voilà ce que je voulais dire » (un agent de bureau).

En conclusion partielle, mentionnons qu'il ressort de tout ce qui précède, que la majeure partie de nos répondant(e)s ne croient pas en l'existence de la pandémie de la COVID-19. Toutes choses qui expliquent le déni de la pandémie et le contournement des mesures de prévention, en l'absence de contrôle.

4. Discussion : Croyances et perceptions des intervenants dans le domaine de la santé publique

Les croyances sont des idées qui ne sont pas nécessairement démontrées empiriquement ou rationnellement et par lesquelles les individus construisent leur rapport avec le monde qui les entoure (cf. Matot 2005 ; Dubé et al. 2020). Quant aux perceptions, elles sont des interprétations de la réalité fondées sur des informations issues des sens et des émotions (Dubé et al. 2020 :1). Le modèle des

croyances relatives à la santé suppose qu'un individu est susceptible de faire des gestes pour prévenir une maladie ou une condition désagréable s'il possède des connaissances minimales en matière de santé et s'il considère la santé comme une dimension importante dans sa vie (Godin, 1991, 2012). La croyance en l'efficacité de l'action devant la menace provient de l'évaluation des avantages et des inconvénients associés à l'adoption des actions préventives recommandées. De plus, certaines variables (démographiques, socio-psychologiques) influencent les perceptions de l'individu, et certains événements incitant à l'action peuvent éveiller chez lui la perception d'une menace pour sa santé (Godin 2012 :16).

La perception d'une menace s'exerçant sur la santé est définie par deux croyances spécifiques : l'individu peut d'une part se considérer comme potentiellement vulnérable à une maladie ou à une condition défavorable pertinente et, d'autre part, il peut percevoir l'apparition éventuelle d'un état désagréable comme dangereux et pouvant avoir des conséquences graves sur certains aspects de sa vie (Godin 1991, 2012 ; Dubé et al. 2020). La perception du risque désigne toutes les représentations mentales et les façons dont les humains appréhendent, comprennent et évaluent un risque, et ce, à partir de leur propre perspective et de leurs propres expériences. La perception d'un même risque peut grandement varier d'un individu à un autre ou entre les groupes d'individus. De plus, les perceptions évolueront dans le temps. Or, celles-ci influencent significativement le comportement des individus (Ortwin 2005 ; Boholm 2015). Il est donc important de les comprendre et de les prendre en compte pour favoriser l'implication des parties prenantes.

Les croyances et les perceptions jouent un rôle majeur dans l'adoption de comportements de santé que les individus considèrent comme étant sains ou nocifs, les risques qu'ils attribuent aux maladies et comment ils conçoivent leur état de santé. Elles varient selon les caractéristiques des individus et de leur environnement. Dans le contexte de la pandémie de Covid-19, les croyances et les perceptions des individus peuvent influer l'adoption des mesures recommandées (cf. Bavel et al. 2020 : 464; Zajenkowski et al. 2020 :2 : Dubé et al. 2020 :1).

5. Conclusion

L'objectif de notre article était d'explorer les croyances et perceptions des populations face à la pandémie du Covid-19 et les activités de la riposte à Abidjan en vue d'une meilleure planification des interventions et d'une actualisation des messages clés utilisés dans les actions de sensibilisation dans le cadre de la riposte face au Covid-19 au sein de la population.

Notre recherche sur le terrain montre qu'il y a une variété de lectures et de réactions vis-à-vis de la maladie du Covid-19. Sur la base des réponses obtenues, on peut classifier nos répondant(e)s en trois groupes de personnes: (i) ceux qui croient (scientifiquement) en l'existence de la maladie du Covid-19 et qui demandent le respect des mesures sociales et de santé publique (MSSP) ; (ii) ceux qui croient en l'existence, mais voient une implication de Dieu dans l'avènement la pandémie du Covid-19, une représentation qui explique à la fois par des sanctions et des effets du destin et (iii) ceux qui ne croient pas à l'existence de Covid-19, parce qu'ils/elles n'ont jamais vu à leurs propres yeux une personne malade de Covid-19.

Le déni et les croyances erronées développées sur la Covid-19 chez certains acteurs favorisent une inconstance dans le respect des gestes barrières promus par les pouvoirs publics (cf. OMS 2020a ; UNICEF 2020). Il convient de souligner, que les croyances, perceptions et attitudes de nos répondant(e)s face à la pandémie du Covid-19 ici présente, ne sont pas statiques ou fermées, ils sont ouverts et en constante évolution. Ils se renouveler et s'ajuster une fois confronté à de nouveaux vécus et à de nouveaux contextes.

Une compréhension des croyances et les perceptions liées aux mesures sociales et de santé publique permettent d'améliorer les stratégies de communication et de réponse, ce qui peut renforcer la participation aux mesures et leur efficacité. La compréhension des perceptions (y compris la capacité perçue à appliquer les mesures sociales et de santé publique et à s'engager en leur faveur) permet d'identifier des approches plus adaptées aux niveaux local et communautaire, ce qui peut limiter les effets secondaires négatifs et améliorer l'engagement communautaire général (CASS 2020).

6. Remarques

1. Cette étude a été financée par le Conseil Suédois de la Recherche (Projet No. : 2016-05625) et Magnus Bergvalls Stiftelse. Nous tenons à exprimer notre profonde gratitude à nos répondant(e)s pour leur assistance pendant le travail de terrain et aux réviseurs anonymes de la Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique pour leur lecture attentive du manuscrit et leurs commentaires et suggestions pertinentes.

2. Les auteurs de cet article ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

7. Références

- Abidjan.net (2021). Covid-19: sit-in d'agents de la santé à Abidjan pour réclamer 14 mois de primes impayées. *Abidjan.net*, le 9 Juin. <https://news.abidjan.net/articles/693361/covid-19-sit-in-d8217agents-de-la-sante-a-abidjan-pour-reclamer-14-mois-de-primes-impayees> (Consulté le 15 juin 2021).
- Abidjan.net (2020). « Un site d'accueil des malades du COVID-19 saccagé à Abidjan par une foule hostile ». *Abidjan.net*, le 6 avril. <https://news.abidjan.net/h/671156.html> (Consulté le 20 mars 2021).
- Africa CDC (2020). Bulletin d'Information sur l'Epidémie #5: Nouveau Coronavirus (COVID

- 19) Epidémie Mondiale. *Africa CDC*, 18 février.
<https://au.int/sites/default/files/documents/38135-doc>
africacdcbrief_novelcoronavirus_china2020_5_18feb20_fr.pdf (Consulté le 30 sptembre 2020).
- Agence de Presse Africaine (2020). Manifestation à Abidjan d'agents de santé suite au non paiement de primes Covid-19. *Agence de Presse Africaine*, le 21 décembre.
<http://apanews.net/fr/news/manifestation-a-abidjan-dagents-de-sante-suite-au-non-paiement-de-primes-covid-19> (Consulté le 30 octobre 2021).
- AIP (2020b). Covid-19 : une baisse du taux de fréquentation constatée dans les structures de santé (ministère). *Agence Ivoirienne de Presse*, 26 avril. <https://aip.ci/cote-divoire-aip-covid-19-une-baisse-du-taux-de-frequentation-constatee-dans-les-structures-de-sante-ministere/> (Consulté le 30 novembre 2020).
- AIP (2020a). Urgent: Premier cas de coronavirus en Côte d'Ivoire. *Agence Ivoirienne de Presse*, 11 mars. <https://aip.ci/urgent-premier-cas-de-coronavirus-en-cote-divoire/> (Consulté le 30 juin 2020).
- Amalaman, D. M., Gakuba, T.O. & Ouattara, S. (2017). Les enjeux socioculturels de la lutte contre l'épidémie d'Ebola dans la Préfecture de Forécariah en Guinée Conakry. *LONNIYA, Revue du Laboratoire des Sciences Sociales et des Organisations*, 1(1) : 245–270.
- American Anthropological Association (AAA) (1998). Code of Ethics of the American Anthropological Association. AAA, June.
- Attoubé, E. (2021). Les agents de santé suspendent leur mot d'ordre de grève. *RTI 1*, le 5 Juillet. <https://rti.info/reportages/6425> (Consulté le 1 octobre 2021).
- Bavel, J.J.V., Baicker, K., Boggio, P.S. et al. (2020). Using social and behavioural science to support COVID-19 pandemic response. *Nature Human Behaviour*, 4:460–471.
- Boholm, Å. (2015). *Anthropology and Risk*. London : Routledge.
- CASS (2020). Appui en sciences sociales pour la COVID-19 : leçons apprises note 1. *Cellule d'Analyse en Sciences Sociales*, 22 mai.
- Conseil National de Sécurité (2020). Communiqué du Conseil National de Sécurité [sur la Situation de la pandémie de la maladie à COVID-19 en Côte d'Ivoire]. *Conseil National de Sécurité*, 16 mars.
- Coulibaly A. G. (2020). Pandémie du coronavirus (covid-19) : Présentation du plan de soutien économique, social et humanitaire (République de Côte d'Ivoire). *La Primature*, 31 mars. <http://www.gouv.ci/doc/1585943114Pandemie-du-coronavirus-COVID-19> Presentation du-plan-de-soutien-economique-social-et-humanitaire.pdf (Consulté le 15 décembre 2020).
- Dubé, E., Hamel, D., Rochette, L. Dionne, M, Tessier, M. et Gauthier, A. (2020). COVID-19 Pandémie, croyances et perceptions. *Institut national de santé publique du Québec*, 3 août.
- Duhem, V. (2020). « Coronavirus : la Côte d'Ivoire entre déni, panique et restrictions ». *Jeune Afrique*, le 24 mars. <https://www.jeunafrique.com/914559/societe/coronavirus-la-cotedivoire-entre-deni-panique-et-restrictions/> (Consulté le 25 mars 2020).
- France Inter (2020). Covid-19 : de Berlin à Lisbonne, manifestations contre les mesures de restrictions sanitaires. *France Inter*, le 18 novembre.

- <https://www.franceinter.fr/monde/covid-19-de-berlin-a-lisbonne-manifestations-contre-les-mesures-de-restrictions-sanitaires> (Consulté le 30 juillet 2021).
- France 24 (2021). Covid-19 : les manifestations anti-confinement essaient en Europe. *France 24*, le 23 mars. <https://www.france24.com/fr/europe/20210321-covid-19-plusieurs-manifestations-anti-confinement-en-europe-avec-des-heurts> (Consulté le 15 octobre 2021).
- France 24 (2020). Pandémie de COVID-19 : La Côte d'Ivoire prend des mesures drastiques pour limiter la propagation. *France 24*, le 18 mars, <https://www.france24.com/fr/video/20200318-pand%C3%A9mie-de-covid-19-la-c%C3%B4te-d-ivoire-prend-des-mesures-drastiques-pour-limiter-la-propagation> (Consulté le 20 mars 2020).
- Godin, G. (2012). *Les comportements dans le domaine de la santé : Comprendre pour mieux intervenir*. Montréal : Presses de l'Université de Montréal.
- Godin, G. and Kok, G. (1996). The theory of planned behavior: a review of its applications to health related behaviors. *American Journal of Health Promotion*, 11(2):87-98.
- Godin, G. (1991). L'éducation pour la santé : les fondements psycho-sociaux de la définition des messages éducatifs. In: *Sciences sociales et santé*. 1 : 67-94.
- Institut National de Statique (2020). *Mesure de l'impact socio-économiques du covid-19 sur les conditions de vie des ménages en Côte d'Ivoire*. Abidjan : Institut National de Statique.
- Jaffré, Y. (2006). *La maîtrise des maladies infectieuses, un défi de santé publique, une gageure médico-scientifique*. Paris : Académie des sciences, Rapport sur la science et la technologie (101-115).
- Jeune Afrique (2020). « Côte d'Ivoire : un centre contre le coronavirus détruit par la population à Yopougon ». *Jeune Afrique avec AFP*, le 6 avril. <https://www.jeuneafrique.com/922182/societe/cote-divoire-un-centre-contre-le-coronavirus-detruit-par-la-population-a-yopougon/> (Consulté le 21 octobre 2021).
- Kohn, L. & Christiaens, W. (2014). Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : apports et croyances. *Reflets et perspectives de la vie économique*, LIII, 67-82. <https://doi.org/10.3917/rpve.534.0067>.
- Kona, A. S. (2020). Côte d'Ivoire : polémiques à répétition après la mise en place de mesures contre le coronavirus. *Jeune Afrique*, le 20 mars. <https://www.jeuneafrique.com/913192/politique/cote-divoire-polemiques-a-repetition-apres-la-mise-en-place-de-mesures-contre-le-coronavirus/> (Consulté le 25 mars 2020).
- Le Figaro (2021). Manifestations anti-passe sanitaire : près de 48.000 personnes dans la rue samedi selon le ministère de l'Intérieur. *Le Figaro avec AFP*, le 2 octobre. <https://www.lefigaro.fr/actualite-france/manifestations-anti-passe-sanitaire-pres-de-48-000-personnes-dans-la-rue-selon-le-ministere-de-l-interieur-20211002> (Consulté le 20 octobre 2021).
- Le Figaro (2020b). « Côte d'Ivoire: destruction d'un centre contre le coronavirus par la population ». *Le Figaro avec AFP*, le 6 avril. <https://www.lefigaro.fr/flash-actu/cote-d-ivoire-destruction-d-un-centre-contre-le-coronavirus-par-la-population-20200406> (Consulté le 30 juin 2020).
- Le Figaro (2020a). « Côte d'Ivoire: nouveaux affrontements liés à un centre de dépistage du Covid-19 ». *Le Figaro avec AFP*, le 6 avril. <https://www.lefigaro.fr/flash-actu/cote-d-ivoire-nouveaux-affrontements-lies-a-un-centre-de-depistage-du-covid-19-20200406> (Consulté le 30 juin 2020).

ivoire-nouveaux-affrontements-lies-a-un-centre-de-depistage-du-covid-19-20200406
(Consulté le 30 juin 2020).

Le Monde (2020). Premier cas de Covid-19 en Côte d'Ivoire. *Le Monde avec AFP*, 11 mars.
https://www.lemonde.fr/afrique/article/2020/03/11/premier-cas-de-covid-19-en-cote-d-ivoire_6032649_3212.html (Consulté le 30 avril 2020).

Le Monde Afrique (2020). Au Sénégal, des dizaines d'interpellations après des émeutes contre le couvre-feu dû au Covid-19. *Le Monde avec AFP*, le 4 juin.
https://www.lemonde.fr/afrique/article/2020/06/04/au-senegal-des-dizaines-d-interpellations-apres-des-emeutes-contre-le-couvre-feu-du-au-covid-19_6041726_3212.html (Consulté le 30 juin 2020).

Les Echos (2021). Covid : manifestations contre les restrictions dans plusieurs villes d'Europe. *Les Echos*, 20 mars. <https://www.lesechos.fr/monde/europe/covid-manifestations-contre-les-restrictions-dans-plusieurs-villes-deurope-1300131> (Consulté le 4 juin 2021).

Les Observateurs France 24 (2020). Coronavirus : à Abidjan, des passagers venus de France confinés sur un campus « sans savon ni médecins ». *Observateurs France 24*, le 19 mars.
<https://observers.france24.com/fr/20200319-coronavirus-abidjan-passagers-venus-France-confines-campus-injs-medecins> (Consulté le 21 mars 2020).

Le Télégramme (2021). Le couvre-feu passe mal aux Pays-Bas. *Le Télégramme*, le 24 janvier. <https://www.letelegramme.fr/monde/le-couvre-feu-passe-mal-aux-pays-bas-24-01-202112693607.php> (Consulté le 20 octobre 2021).

Linfodrome (2021). Côte d'Ivoire : Primes Covid-19 impayées, les agents de santé omis déposent un préavis de grève le mercredi prochain. *Linfodrome*, le 29 Août.
<https://www.linfodrome.com/sante/69747-cote-d-ivoire-primes-covid-19-impayees-les-agents-de-sante-omis-deposent-un-preavis-de-greve-le-mercredi-prochain> (Consulté le 15 octobre 2021).

Linfodrome (2020). A quelques heures de la présidentielle, des individus mettent le feu au centre Covid-19 de Koumassi. *Linfodrome*, le 30 octobre.
<https://www.linfodrome.com/societe/62457-a-quelques-heures-de-la-presidentielle-des-individus-mettent-le-feu-au-centre-covid-19-de-koumassi> (Consulté le 5 septembre 2020).

Massé, R. (1995). Les apports de l'anthropologie à l'épidémiologie : le cas du rôle étiologique de l'isolement social. *Revue Ruptures : Revue Transdisciplinaire en Santé*, (2)1 :102-117.

Matot, J. (2005). Croire, sans doute, exister, peut-être. *Cahiers de psychologie clinique*, 2(2), 111-131.

Ministère de la Santé et l'Hygiène Publique (2020). Communiqué : Conseil National de Sécurité (CNS). *Ministère de la Santé et l'Hygiène Publique*, le 16 mars. <http://info-covid19.gouv.ci/welcome/mesure/conseil-national-de-securite-cns367> (Consulté le 16 avril 2021).

Ministre du budget et du portefeuille de l'état (2020). Côte d'Ivoire : Covid-19, Plan de riposte contre les infections respiratoires aiguës à Coronavirus.
<https://www.tralac.org/documents/resources/covid-19/countries/3806-cote-d-ivoire-covid-19-response-plan-30-march-2020-french/file.html> (Consulté le 16 avril 2021).

OMS (2020a). Communication sur les risques et participation communautaire (RCCE) :

- préparation et riposte face au nouveau coronavirus 2019 (2019-nCoV). Genève : OMS. OMS (2020b). Chronologie de l'action de l'OMS face à la COVID-19. Genève : OMS. <https://www.who.int/fr/news/item/29-06-2020-covidtimeline> (Consulté le 30 mars 2021).
- Oude Engberink, A., Carbonnel, F., Lognos, B., Million, E., Vallart, M. et al. (2015). Comprendre la décision vaccinale des parents pour mieux accompagner leurs choix: étude qualitative phénoménologique auprès des parents français. *Canadian Journal of Public Health*, 106(8):e527-32.
- Ouattara, S. & Århem N. (2021). Fighting Ebola in the Shadow of Conspiracy Theories and Sorcery Suspicions: Reflections on the West African EVD Outbreak (2013 – 2016) in Guinea Conakry. *Cahiers d'Études africaines*, LXI 1 (241): 9–39.
- Ouattara, S. (2020). Rapid and Focused Ethnographies to Decrease Tensions in Guinea's Ebola Crisis. *Kritisk etnografi/Swedish Journal of Anthropology*, 3(2): 69–86.
- Ortwin, R. (2005). *Risk Governance Towards: an Integrative Approach*. Geneva : International Risk Governance Council.
- PERC (2020). Côte d'Ivoire : comment équilibrer les mesures sociales et de santé publique. *Partnership for Evidence-Based Response to COVID-19* (PERC). <https://preventepidemics.org/wp-content/uploads/2020/09/PERC-Report-Ivory-Coast-FRENCH.pdf> (Consulté le 10 avril 2021).
- Présidence de la République de Côte d'Ivoire (2020). Pandémie de la maladie à coronavirus 2019 (covid-19) message à la nation de S.E.M. le Président de la République, lundi 23 mars 2020. *Présidence de la République de Côte d'Ivoire*. <https://www.gouv.ci/doc/1585001044MESSAGE-A-LA-NATION-DE-SON-EXCELLENCE-MONSIEUR-ALASSANE-OUATTARA-RELATIF-A-LA-PANDEMIE-A-CORONAVIRUS.pdf> (Consulté le 30 mars 2021).
- RFI (2020). Coronavirus: « On n'a pas vu de cas, ni de morts », à Yopougon, on reste sceptique. *Radio France Internationale*, 19 avril. <https://www.rfi.fr/fr/afrique/20200419-coronavirus-pas-vu-cas-morts-%C3%A0-yopougon-sceptique-côte-ivoire> (Consulté le 25 avril 2021).
- Richard, F. (2020). En Afrique, « VIP » et passe-droits contre l'épidémie. *Libération*, le 26 mars. https://www.liberation.fr/planete/2020/03/26/en-afrique-vip-et-passe-droits-contre-l-epidemie_1783177/ (Consulté le 30 mars 2020).
- The Swedish Research Council (Vetenskapsrådet) (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Vetenskapsrådet.
- UNICEF (2020). *Analyse qualitative : Maladie à Coronavirus (COVID-19) en Côte d'Ivoire. Quelles conséquences sur les ménages vulnérables et les services sociaux de base*. Abidjan : UNICEF.
- Voa Afrique (2020). Prime COVID: 3 semaines de grève pour le personnel médical ivoirien. 06 octobre. <https://www.voaafrique.com/a/c%C3%B4te-d-ivoire-la-gr%C3%A8ve-des-agents-de-sant%C3%A9-pour-une-prime-de-coronavirus-entre-dans-sa-troisi%C3%A8me-semaine/5610564.html> (Consulté le 7 février 2021).
- WHO EMRO (2020). *Le point sur la maladie à coronavirus 2019 dans la Région de la Méditerranée orientale*. Le Caire : WHO EMRO, 16 février. <http://www.emro.who.int/fr/media/actualites/update-on-covid-19-in-the-eastern-mediterranean-region.html> (Consulté le 29 avril 2021).

WHO/AFRO (2020). *COVID-19 Situation update for the WHO African Region, External Situation Report 34 (4 March)* Brazzaville: WHO/AFRO.

Zajenkowski, M., Jonason, P. K., Leniarska, M. and Kozakiewicz, Z. (2020). Who complies with the restrictions to reduce the spread of COVID-19?: Personality and perceptions of the COVID-19 situation. *Personality and Individual Differences*, 166, 110199, <https://doi.org/10.1016/j.paid.2020.110199>.

© 2021 OUATTARA, License Bamako Institute for Research and Development Studies Press. Ceci est un article en accès libre sous la licence the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>)