

LES LIGNES DE BOUAKÉ-LA-NEUVE

REVUE ÉLECTRONIQUE DES SCIENCES HUMAINES
DE L'UNIVERSITE ALASSANE OUATTARA

VOLUME II - NUMERO

9

Janvier

2018



ISSN : 2221-9730

LES LIGNES DE BOUAKÉ-LA-NEUVE
Revue électronique des sciences humaines
de l'Université Alassane Ouattara

LES LIGNES DE BOUAKÉ-LA-NEUVE
Revue électronique des sciences humaines
de l'Université Alassane Ouattara

Azoumana Ouattara : Directeur de Publication

Université Alassane Ouattara, Décanat
BPV 18 Bouaké 01
République de Côte d'Ivoire

Téléphone: (225) 03 58 91 04

Courriel: azou_o@yahoo.fr

Site Internet: www.leslignes.org

ISSN : 2221-9730

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION

Prof. Ouattara Azoumana

CHEFS DE LA REDACTION

- - Prof. Abolou Camille Roger ;
- - Prof. Poamé N'goran Lea.

COMITE DE REDACTION

- Prof. Babo Alfred;
- Prof. Irié Bi Gohi Mathias;
- Prof. Kouassi Yao Edmond;
- Prof. Tro Dého Roger;
- Dr. Kouamé Séverin ;
- Dr. Niamkey Aka ;
- Dr Kanga Konan Arsène.

COMITE DE LECTURE

- Prof. Amani Konan Fergus;
- Prof. Ibo Lydie ;
- Prof. Babo Alfred ;
- Prof. Kouakou Antoine ;
- Prof. Djako Arsène ;
- Prof. Kossonou Kouabena François
- Prof. Dadié Djah Célestin.

COMITE SCIENTIFIQUE

- Prof. Akindès Francis, Université Alassane Ouattara /IRD ;
- Prof. Balima Théophile, Université de Ouagadougou ;
- Prof. Brey Gérard, Université de Besançon ;
- Prof. Bidima Godefroy, Université de la Louisiane ;
- Prof. Canivez Patrice, Lille III ;
- Prof. Deverin Yveline, Université Toulouse-le-Mirail ;
- Prof. Dibi Kouadio Augustin, Université de Cocody ;
- Prof. Kervegan Jean-François, Université de Paris I, Panthéon-Sorbonne ;
- Prof. Konaté Yacouba, Université de Cocody ;
- Prof. Miran Marie, Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, Paris ;
- Prof. Nubukpo Komlan Messan, Université de Lomé ;
- Prof. Poamé Lazare, Université Alassane Ouattara ;
- Prof. Savadogo Mahamadé, Université de Ouagadougou ;
- Chaire de bioéthique, Université Alassane Ouattara.

LIGNE EDITORIALE

L'engagement scientifique des enseignants-chercheurs de l'Université Université Alassane Ouattara a contribué à mettre en place une revue ouverte aux recherches scientifiques et aux perspectives de développement. *Les lignes de Bouaké-la-neuve* est un des résultats de cette posture qui comporte le pari d'une éthique du partage des savoirs. Elle est une revue interdisciplinaire dont l'objectif est de comparer, de marquer des distances, de révéler des proximités insoupçonnées, de féconder des liens, de conjuguer des efforts d'intellection et d'ouverture à l'altérité, de mutualiser des savoirs venus d'horizons différents, dans un esprit d'échange, pour mieux mettre en discussion les problèmes actuels ou émergents du monde contemporain afin d'en éclairer les enjeux cruciaux. Ce travail de l'universel fait appel aux critiques littéraires et d'arts, aux bioéthiciens, aux géographes, aux historiens, aux linguistes, aux philosophes, aux psychologues, aux spécialistes de la communication, pour éclairer les problèmes publics qui n'avaient auparavant pas de visibilité mais surtout pour tracer des perspectives nouvelles par des questionnements prospectifs. La revue accueillera les contributions favorisant le travail d'interrogation des sociétés modernes sur les problèmes les plus importants : la résurgence de la question des identités, les enjeux éthiques des choix pratico- technologiques, la gouvernance des risques, les défis environnementaux, l'involution multiforme de la politique, la prise au sérieux des droits humains, l'incomplétude de l'expérience démocratique, les promesses avortées des médias, etc. Toutes les thématiques qui seront retenues couvriront les défis qui appellent la rencontre du travail de la pensée pensante et de la solidarité.

CONSIGNES DE RÉDACTION

Normes éditoriales d'une revue de lettres ou sciences humaines adoptées par le CTS/LSH, le 17 juillet 2016 à Bamako, lors de la 38ème session des CCI : « Aucune revue ne peut publier un article dont la rédaction n'est pas conforme aux normes éditoriales (NORCAMES/LSH). Les normes typographiques, quant à elles, sont fixées par chaque revue. »

1. Les textes à soumettre devront respecter les conditions de formes suivantes :

- ✓ le texte doit être transmis au format document doc ou rtf ;
- ✓ il devra comprendre un maximum de 60.000 signes (espaces compris), interligne 1,5 avec une police de caractères Times New Roman 12 ;
- ✓ insérer la pagination et ne pas insérer d'information autre que le numéro de page dans l'en-tête et éviter les pieds de page ;
- ✓ les figures et les tableaux doivent être intégrés au texte et présentés avec des marges d'au moins six centimètres à droite et à gauche. Les caractères dans ces figures et tableaux doivent aussi être en Times 12. Figures et tableaux doivent avoir un titre.
- ✓ Les citations dans le corps du texte doivent être indiquées par un retrait avec tabulation 1 cm et le texte mis en taille 11.

2. Des normes éditoriales d'une revue de lettres ou sciences humaines

2.1. Aucune revue ne peut publier un article dont la rédaction n'est pas conforme aux normes éditoriales (NORCAMES). Les normes typographiques, quant à elles, sont fixées par chaque revue.

2.2. La structure d'un article, doit être conforme aux règles de rédaction scientifique, selon que l'article est une contribution théorique ou résulte d'une recherche de terrain.

2.3. La structure d'un article scientifique en lettres et sciences humaines se présente comme suit :

- Pour un article qui est une contribution théorique et fondamentale : Titre, Prénom et Nom de l'auteur, Institution d'attache, adresse électronique, Résumé en Français, Mots clés, Abstract, Key words, Introduction (justification du thème, problématique, hypothèses/objectifs scientifiques, approche), Développement articulé, Conclusion, Bibliographie.

- Pour un article qui résulte d'une recherche de terrain : Titre, Prénom et Nom de l'auteur, Institution d'attache, adresse électronique, Résumé en Français, Mots clés, Abstract, Key words, Introduction, Méthodologie, Résultats et Discussion, Conclusion, Bibliographie.

- Les articulations d'un article, à l'exception de l'introduction, de la conclusion, de la bibliographie, doivent être titrées, et numérotées par des chiffres (exemples : 1.; 1.1.; 1.2; 2.; 2.2. ; 2.2.1 ; 2.2.2. ; 3. ; etc.).

2.4. Les passages cités sont présentés en romain et entre guillemets. Lorsque la phrase citant et la citation dépassent trois lignes, il faut aller à la ligne, pour présenter la citation (interligne 1) en romain et en retrait, en diminuant la taille de police d'un point.

2.5. Les références de citation sont intégrées au texte citant, selon les cas, de la façon suivante : - (Initiale (s) du Prénom ou des Prénoms de l'auteur. Nom de l'Auteur, année de publication, pages citées) ; - Initiale (s) du Prénom ou des Prénoms de l'auteur. Nom de l'Auteur (année de publication, pages citées).

Exemples :

- En effet, le but poursuivi par M. Ascher (1998, p. 223), est « d'élargir l'histoire des mathématiques de telle sorte qu'elle acquière une perspective multiculturelle et globale (...), d'accroître le domaine des mathématiques : alors qu'elle s'est pour l'essentiel occupé du groupe professionnel occidental que l'on appelle les mathématiciens(...)».

- Pour dire plus amplement ce qu'est cette capacité de la société civile, qui dans son déploiement effectif, atteste qu'elle peut porter le développement et l'histoire, S. B. Diagne (1991, p. 2) écrit :

Qu'on ne s'y trompe pas : de toute manière, les populations ont toujours su opposer à la philosophie de l'encadrement et à son volontarisme leurs propres stratégies de contournements. Celles là, par exemple, sont lisibles dans le dynamisme, ou à tout le moins, dans la créativité dont sait preuve ce que l'on désigne sous le nom de secteur informel et à qui il faudra donner l'appellation positive d'économie populaire.

- Le philosophe ivoirien a raison, dans une certaine mesure, de lire, dans ce choc déstabilisateur, le processus du sous-développement. Ainsi qu'il le dit :

le processus du sous-développement résultant de ce choc est vécu concrètement par les populations concernées comme une crise globale : crise socio-économique (exploitation brutale, chômage permanent, exode accéléré et douloureux), mais aussi crise socio-culturelle et de civilisation traduisant une impréparation sociohistorique et une inadaptation des cultures et des comportements humains aux formes de vie imposées par les technologies étrangères. (S. Diakitè, 1985, p. 105).

2.6. Les sources historiques, les références d'informations orales et les notes explicatives sont numérotées en série continue et présentées en bas de page.

2.7. Les divers éléments d'une référence bibliographique sont présentés comme suit : NOM et Prénom (s) de l'auteur, Année de publication, Zone titre, Lieu de publication, Zone Editeur, pages (p.) occupées par l'article dans la revue ou l'ouvrage collectif. Dans la zone titre, le titre d'un article est présenté en romain et entre guillemets, celui d'un ouvrage, d'un mémoire ou d'une thèse, d'un rapport, d'une revue ou d'un journal est présenté en italique. Dans la zone Editeur, on indique la Maison d'édition (pour un ouvrage), le Nom et le numéro/volume de la revue (pour un article). Au cas où un ouvrage est une traduction et/ou une réédition, il faut préciser après le titre le nom du traducteur et/ou l'édition (ex : 2^{de} éd.).

2.8. Ne sont présentées dans les références bibliographiques que les références des documents cités. Les références bibliographiques sont présentées par ordre alphabétique des noms d'auteur.

Par exemple :

Références bibliographiques

AMIN Samir, 1996, *Les défis de la mondialisation*, Paris, L'Harmattan.

AUDARD Cathérine, 2009, *Qu'est ce que le libéralisme ? Ethique, politique, société*, Paris, Gallimard.

BERGER Gaston, 1967, *L'homme moderne et son éducation*, Paris, PUF.

DIAGNE Souleymane Bachir, 2003, « Islam et philosophie. Leçons d'une rencontre », *Diogène*, 202, p. 145-151.

DIAKITE Sidiki, 1985, *Violence technologique et développement. La question africaine du développement*, Paris, L'Harmattan.

SOMMAIRE

1. N'DRE Damanan Joachim , Les particules <i>jà</i> et <i>ní</i> du dadjriwale : propriétés syntaxiques et valeurs sémantiques.....	1
2. AMON FOLOU Anicette , Reconnaissance et communication en entreprise: le cas du port autonome de San Pedro.....	19
3. NIAMKEY Aka , Le marketing électronique dans le développement des collectivités territoriales.....	41
4. WOBE Jean Herve , Publicité et analphabétisme en Côte- d'Ivoire : vers une sémantique approximative des affiches publicitaires.....	53
5. BEUSEIZE André-Marie , Les proverbes, une stratégie ethno-discursive : le cas des proverbes mooré (Burkina Faso).....	68
6. OUÉDRAOGO Mahamadou Lamine, BASSANÉ Ernest , Identité épiphanique à travers le premier discours du troisième Président de l'Université de Koudougoune.....	80
7. KEI Joachim , Etude grammaticale des marques de politesse et leur pertinence dans le théâtre racinien.....	100
8. EHORA Effoh Clément , Une <i>putain</i> d'écriture pour dire la <i>putain</i> de vie de l'immigré dans <i>Place des fêtes</i> de Sami Tchak.....	112
9. MAHAMANE Souleymane , La démocratie : une réponse aux insuffisances de la théorie de gouvernance.....	126
10. ADAYE Ahouma , Bioéthique - consentement en recherche clinique : paradoxes d'une interaction.....	134
11. SANGARE Abou , Levinas et la révolution de la pensée de l'autre : difficile émergence d'une métaphysique sans ontologie.....	151
12. EL-HADJ IMOROU Soulé , Collectivités locales dans la promotion de la scolarisation des filles et l'autonomisation des femmes dans la commune de Malanville au Nord Bénin.....	167
13. TENOH Chatsin Angèle, AHUIE Assian Agnès Chantal , Représentations sociales et pratiques de la planification familiale chez les personnes vivant avec le VIH suivis aux CMSDS à Treichville.....	184

**CONSTRUCTION DES MÉMOIRES GUÉRE ET MALINKÉ AUTOUR DES
VIOLENCES COMMUNAUTAIRES À DUÉKOUÉ**

Kouamé Walter KRA
Université Alassane Ouattara
UFR Communication, Milieu et Société
Département de Sociologie et d'Anthropologie
walterkra@uao.edu.ci

Résumé :

À la faveur des violences communautaires qui ont secoué la ville de Duékoué de 2002 à 2012, une mémoire collective se construit chez les autochtones Guéré et les allochtones Malinké. Deux communautés dont les relations conflictuelles ont constamment nourri ces violences. Dans cette localité qui a renoué avec une normalité relative, la construction des dites mémoires donne lieu à une conflictualité désormais perceptible sur le registre des souvenirs sélectifs qui se sont cristallisés dans des espaces particuliers. Ces espaces sont des symboles de souffrance et de douleur pour chaque communauté. Ils constituent également le socle d'une identité redéfinie dont la protection et la perpétuation à travers un processus mémoriel portent les germes de nouvelles violences. Ce qui fait de Duékoué, appelée aussi « carrefour de la haine », une arène sociale offrant le scénario du calme avant la tempête.

Mots clés : Violence communautaire, identité, mémoire collective, souvenir, Duékoué, Côte d'Ivoire.

Abstract :

Based on communitary violence that rocked the city of Duékoué 2002-2012, a collective memory is built among indigenous Guéré and Malinké immigrants, two communities whose confrontational relations have consistently fed the violence. In this locality, which has returned to relative normality, construction said memories leads to a now perceptible confliction on the register of selective remembrances that have crystallized in specific areas. These areas are suffering symbols and pain for each community. They are also the base of a redefined identity whose protection and perpetuation through a memory process carry the seeds of further violence. What makes Duékoué, also called the "crossroads of hatred", a social arena offering the calm before the storm scenario.

Key words : Communitary violence, identity, collective memory, remembrance, Duékoué, Côte d'Ivoire

Introduction

L'article examine l'expérience de construction d'une mémoire collective de la violence chez les communautés urbaines autochtones Guéré et allochtones Malinké dans la localité de Duékoué (ouest ivoirien), fragilisée par plusieurs épisodes de conflits armés. Il consigne les résultats d'une étude qui s'inscrit dans le contexte général des conflits fonciers qui agitent le grand ouest de façon erratique ; mais également de la guerre qui a éclaté en 2002 entre les Forces armées nationales et une rébellion armée dont les acteurs seront ultérieurement rebaptisés « Forces nouvelles ». En 2005, après la création de la Zone de confiance (Zdc)¹, la guerre des fusils a fait place à une intense guerre des stéréotypes. Chaque communauté attribuait aux populations de part et d'autre de la ligne de front l'appartenance et la connivence avec l'un ou l'autre belligérant. Dans l'espace urbain de Duékoué, les lignes de fracture étaient tangibles. Déjà en 1997, à Fengolo un village périurbain de Duékoué, un premier conflit intercommunautaire avait éclaté autour de la question foncière entre autochtones Guéré d'une part, migrants Ivoiriens et allogènes Burkinabés et Maliens d'autre part.

C'est dans ce contexte que de violents conflits intercommunautaires entre les allochtones Malinké et les autochtones Guéré sont survenus à Duékoué. Ils ont d'abord eu lieu en février 2005, suite au braquage d'un véhicule de transport en commun sur l'axe Fengolo – Duékoué ayant occasionné la mort du conducteur. Ensuite, il y a eu un conflit en 2011, suite à un autre cas de braquage sur l'axe Bangolo – Logoulé au cours duquel une commerçante Malinké a trouvé la mort. À chacune des éruptions de violence, les affrontements ont occasionné des blessures à l'arme blanche ou automatique, des viols et des tueries. Des actions de médiations ont été menées par un « Comité de paix » mis sur pied en 2005 à l'initiative des leaders des deux communautés, puis redynamisé en 2011. Ces actions ont abouti à la fin des hostilités entre les deux communautés et à une reprise du cours normal de la vie. Certes, mais la tension est demeurée palpable², les souvenirs que chaque communauté garde des violences et des médiations la poussant à suspecter l'autre. L'étude vise à comprendre la construction des mémoires collectives que ces souvenirs de violence ont

¹La zone de confiance (ZdC) est une zone du territoire ivoirien qui séparait les ex-belligérants. Elle s'étendait sur 600 Km de l'Est à l'ouest, sur une largeur moyenne de 20 km. Les limites et les modalités de gestion de cette zone ont été définies, le 21 juillet 2005, au sein d'un accord "code 24". Accord signé par les Forces de défense et de sécurité de Côte d'Ivoire (FDSCI) et les Forces armées des forces nouvelles (FAFN) (source : site Internet de l'Opération des Nations unies en Côte d'Ivoire).

²D'un côté les *Guéré* disent attendre de « jouer le match retour ou la finale » [ce qui signifie reprendre les hostilités] et de l'autre les *Malinké* disent « être prêts » [pour signifier qu'ils les attendent de pied ferme].

suscitée chez chacune des communautés à l'étude et les défis qu'ils posent à la cohésion sociale.

La question de la mémoire collective a été abordée sous l'angle de ses fonctions identitaires par plusieurs auteurs. C'est le cas de Rocha et Eckert (2002) qui s'interrogent sur les processus d'enracinement/déracinement des identités sociales propres au monde contemporain; de Fraïssé (2003) qui analyse l'exemple d'une minorité homosexuelle dont la mémoire collective instaure l'existence; de Madiot (2005) à travers l'exemple du peuple Letton qui, face à des dominations successives, a su préserver son identité nationale en construisant une mémoire collective basée sur l'ethnicité et la nostalgie; et enfin de Bruneau (2006) qui présente la mémoire collective du groupe étudié comme le référent privilégié pour s'approprier des lieux dans ses territoires d'installation ou d'accueil autre que les terres d'origine. À côté de ces auteurs, Beristain (2004) analyse la fonction de cohésion à travers le rôle de la mémoire collective dans la reconstruction de sociétés brisées par la violence. D'autres auteurs se sont intéressés aux conflits de mémoires collectives. On y retrouve Bulle (2006) à travers l'étude des modalités d'appropriation de la vieille ville de Jérusalem par les deux communautés juive et arabe sur la base de la permanence de la stabilité de l'image qu'elles ont de cette ville; Tetsuya (2008) avec l'analyse de la dimension du déni historique du sanctuaire japonais de Yasukuni dédié aux morts; et Hang (2008) qui examine le cimetière national de Séoul à la fois comme un lieu de mémoire et d'oubli.

La fonction identitaire de la mémoire collective, sa fonction sociale et les conflits de mémoires n'épuisent pas le questionnement sur la problématique de la mémoire collective prise comme objet d'étude. Au-delà, elle pourrait être examinée comme un processus en construction, une source de tension sociale qui, dans une dynamique de conflictualité, nourrit le risque réel de nouveaux conflits entre les porteurs dudit processus. L'exemple de Duékoué où les communautés urbaines Guéré et Malinké vivent dans un climat de tension latente et permanente sur fond de mémoires en construction, constitue un objet d'étude à travers lequel nous pourrions modestement contribuer au débat sur la mémoire collective. Tout l'enjeu de l'article réside dans la mise en relief de ces processus de construction mémorielle et les risques de déflagration sociale qui y sont liés au moment où les actions de réconciliation et de reconstruction menées depuis plus de 5 ans dans cette localité peinent à produire des résultats tangibles.

D'un point de vue théorique, la constitution de la mémoire collective a été pensée par une diversité d'auteurs. Elle se construit dans le travail d'homogénéisation des représentations

du passé et de réduction de la diversité des souvenirs (Bloch, 1925), dans les relations inter-individuelles qui constituent la réalité du groupe social comme ensemble structuré (Bastide, 1970) ou encore de groupes définis comme réalité symbolique fondée dans l'histoire (Strauss, 1992). Mais la conception de la mémoire collective selon Halbwachs (1994, 1997) nous semble la plus à même d'élucider la problématique des souvenirs mémoriels comme source de tensions sociales. Nous avons ainsi tenté de comprendre la tension entre les communautés urbaines Malinké et Guéré qui se rapprochent beaucoup plus des « groupes intermédiaires » auxquels l'auteur fait allusion dans sa théorie sociologique de la mémoire collective. Pour lui en effet, au-delà des fondements psychologiques, la mémoire revêt des fondements sociaux, elle est collective et a pour essence l'espace. Elle se construit autour de souvenirs qui confortent le groupe dans des sentiments collectifs fondés sur la nécessité de se perpétuer (défendre ses intérêts et ses idées, lever ses préoccupations). Les formes matérielles du groupe, c'est-à-dire la façon dont ses membres occupent le sol, en reflètent les préoccupations de chacun et structurent les souvenirs collectifs. Ce cadre d'analyse a inspiré la question suivante : comment les souvenirs des expériences de violences communautaires de Duékoué ont-ils nourri les mémoires collectives des communautés Guéré et Malinké et quels défis ces mémoires collectives en construction posent-elles à la cohésion sociale ?

1. Méthodologie

La collecte des données a porté sur les souvenirs liés aux différentes expériences de violences, aux significations qui leur ont été attribuées et aux modes d'occupation de l'espace urbain en lien avec ces souvenirs. Les données ont été recueillies dans chaque communauté auprès d'informateurs clés qui ont été acteurs ou témoins des épisodes de violence. Il s'agit notamment des chefs de communautés, des leaders des groupements de jeunesse, des autorités religieuses et des gens ordinaires. Le souci de trianguler l'information a conduit à élargir l'enquête à des responsables de l'administration préfectorale, des élus locaux, des agents de police, et des fonctionnaires de l'Opération des Nations Unies en Côte d'Ivoire (Onuci). Compte tenu du caractère sensible des questions abordées, les informateurs clés ont été sélectionnés à partir de la technique « boule de neige ».

Dans une approche qualitative à caractère phénoménologique, nous avons privilégié les interviews semi-dirigées et les groupes de discussion comme techniques de collecte des informations. Ce d'autant plus que la mémoire collective est fondée sur le souvenir en tant que pensée continue, dont les membres du groupe encore vivants participent à la construction.

La pénétration du terrain et l'obtention des rendez-vous d'entretien ont été facilitées par trois personnes ressources que l'exploration du terrain nous a permis d'identifier : deux leaders de jeunes Guéré et Malinké qui ont de l'influence au sein de leurs communautés respectives et un responsable municipal localement bien intégré pour avoir interagi pendant la décennie de crise, non seulement avec les deux communautés en question, mais également avec les structures administratives et les organisations humanitaires.

Les informations recueillies ont fait l'objet d'une analyse thématique de contenu manuelle. Cette technique nous a permis de constituer un corpus structuré autour des trois thématiques principales qui se sont dégagées du travail de décontextualisation des extraits d'entretien. Ces thématiques inspirées de la théorie de la mémoire de Halbwachs (« souvenirs volontairement sélectionnés », « cadres sociaux de la mémoire collective » et « défis de la cohésion ») ont fonctionné comme des catégories d'analyse sous lesquelles nous avons rangé les extraits d'entretien ainsi recontextualisés. Ce travail de classification a donné lieu à un examen des catégories d'analyse et des liens entre elles avec, en toile de fond, le souci de créer du sens en montrant : i) quels sont les souvenirs de violences volontairement sélectionnés d'une communauté à l'autre, ii) quels sont, en plus des souvenirs volontairement triés, les cadres sociaux de la construction des mémoires collectives Guéré et Malinké, iii) comment souvenirs et cadres se conjuguent pour constituer un risque d'explosion sociale et quels défis ce risque d'explosion lié aux processus antagonistes de construction mémorielle pose à la cohésion sociale.

2. Résultats

2.1 . Les souvenirs des violences sélectionnés au fondement des mémoires collectives en construction

Duékoué est une localité qui a été secouée, pendant plus d'une décennie, par des violences intercommunautaires sur fond de conflits fonciers et de crise politico-militaire ; conflits qui ont souvent opposé Guéré et Malinké. Les Guéré sont les autochtones de Duékoué, géographiquement répartis sur le quadrilatère Duékoué – Bangolo – Bloléquin – Guiglo. On les retrouve également au Libéria voisin où ils sont appelés Kran ou Krahn (Olson, 1994). Jusqu'au milieu du XXème siècle, ils pratiquaient une agriculture de subsistance autour du riz et du manioc. La transition vers l'économie monétaire s'est faite notamment à partir de l'industrie forestière dans les années 1960 (Schwartz, 1971). La société traditionnelle Guéré avait bâti sa politique de défense autour des groupements de guerre

(*bloa*) et de la confédération guerrière (*bloa-dru*) qui, sous l'égide des chefs de tribus eux-mêmes obligatoirement guerriers (*bio-kla*), ont farouchement défendu la conquête de leurs territoires par le colonisateur (*idem*).

Les Malinké, quant à eux, sont des allochtones venus du nord-ouest de la Côte d'Ivoire, précisément de la région du Denguélé (Odienné). Beaucoup parmi eux sont des commerçants, d'où l'appellation *Dioula* qui leur est attribuée. En migrant vers Duékoué longtemps avant l'indépendance de la Côte d'Ivoire acquise en 1960, les Malinké se sont prioritairement adonnés à la culture et au commerce de la cola. Ils ont construit cette économie rentière dans un système de tutorat où chaque nouvel arrivant Malinké avait un tuteur Guéré qui lui cédait une parcelle pour la culture de la cola qui a progressivement fait place à la culture cacaoyère.

Il existe à Duékoué des lieux de violence autour desquels une mémoire collective se construit chez les communautés Guéré et Malinké. Nous les considérons comme tels parce qu'ils ont abrité des épisodes de violence physique à caractère criminel (tueries à l'arme automatique ou à l'arme blanche, viols, blessures graves au couteau ou à la machette) de 2005 à 2012. Début juin 2005 en effet, la localité périurbaine de Guitrozon située à environ 2 km du centre-ville de Duékoué sur l'axe Duékoué – Man et peuplée majoritairement de Guéré a subi une attaque meurtrière de personnes armées, officiellement non identifiées, mais qualifiées par les Guéré « d'assaillants venus du côté rebelle de la zone de confiance et agissant en complicité avec les Malinké de Duékoué ».

En janvier 2011, suite à un braquage sur le même axe qui a conduit à la mort d'une commerçante Malinké, des conflits intercommunautaires ont opposé Guéré et Malinké au quartier Kôkôma situé dans la banlieue ouest, peuplé essentiellement de Malinké. De même, des combats meurtriers ont eu lieu entre les jeunes des deux communautés au quartier Latif, un quartier malinké au nord de la ville où plusieurs maisons ont été incendiées. Deux mois plus tard, soit en mars 2011, des mosquées de Duékoué, situées dans le centre-ville, ont été la cible d'attaques armées occasionnant des morts. Le 28 mars, l'Imam de la grande mosquée y a été tué, son corps découpé à la machette et brûlé. Le même jour, la mosquée sunnite *Rassoul* a été visée par des tirs d'armes lourdes tuant une dizaine de personnes. Le lendemain 29 mars, le quartier Diahé Bernard communément appelé quartier « Carrefour », composé majoritairement des membres de l'ethnie Guéré et situé en banlieue de Duékoué, a été le théâtre de tueries à grande échelle provoquant des centaines de morts (sources croisées de l'Ong Caritas, de L'ONU, du CICR et de la presse nationale).

En juillet 2012, le quartier Kôkôma est à nouveau victime d'une attaque armée qui a provoqué la mort de plusieurs habitants. Au lendemain de cette agression, le camp de déplacés de Nahibly situé à la périphérie de Duékoué sur l'axe Duékoué – Guiglo et constitué essentiellement des membres de l'ethnie Guéré a été attaqué et incendié avec comme bilan des dizaines de blessés et des morts. Guitrozon, « Carrefour » et Nahibly d'une part, Kôkôma, Latif et les principales mosquées d'autre part sont les principaux lieux de violence qui alimentent les souvenirs des deux communautés.

Ces épisodes de violences sont intervenus dans un triple contexte de tension sociale autour du foncier, d'enjeux politique et stratégique. Duékoué est une région dotée de terres fertiles, propices aux cultures de rente, notamment le cacao. Cet atout économique attire depuis plusieurs décennies les populations allogènes (Burkinabés, Maliens), les populations allochtones du centre (Baoulé) et du nord (Malinké) qui, une fois installées sur des parcelles au moyen d'arrangements souvent informels, les mettent en valeur et en tirent des dividendes. Cette situation a créé une dynamique d'enrichissement et de bien-être socio-économique chez les Malinké qui, du reste, détiennent quasiment le monopole des activités commerciales urbaines (achats et écoulement de produits agricoles, transport, artisanat, petits commerces, etc.). En revanche, les conditions de vie des « tuteurs » Guéré qui leur ont offert les parcelles cultivables et l'hospitalité ne se sont guère substantiellement améliorées, suscitant chez eux un sentiment de frustration collective.

Du point de vue politique, Duékoué est devenue, après le déclenchement de la crise politico-militaire de 2002, un espace social où s'est transposée l'adversité entre le gouvernement de Laurent Gbagbo, président en exercice et la rébellion des Forces Nouvelles dirigée par Guillaume Soro. Dans un climat de suspicions réciproques, les Malinké étaient catégorisés par les autochtones Guéré comme des partisans et des soutiens des rebelles et plus largement du RDR (Rassemblement des républicains), la formation politique d'Alassane Ouattara, rival politique de Laurent Gbagbo. Inversement les Guéré étaient catégorisés par les Malinké comme des partisans et des soutiens des forces pro-Gbagbo et du FPI (Front populaire ivoirien), sa formation politique. Ces suspicions se sont cristallisées à la faveur de la crise post-électorale de 2010-2011³ au cours de laquelle la ville a été divisée en deux blocs : d'un côté les Malinké regroupés au quartier Kôkôma indistinctement perçus comme des pro-

³ Cette crise est née de la revendication par chacun des candidats de la victoire à l'issue de l'élection présidentielle de 2010, Alassane Ouattara ayant été proclamé vainqueur par la Commission électorale indépendante, et Laurent Gbagbo par le Conseil constitutionnel.

RHDP⁴, le regroupement de partis et mouvements politiques alliés à Alassane Ouattara ; et de l'autre les Guéré tout aussi indistinctement perçus comme des pro-LMP⁵, le regroupement de partis et mouvements politiques alliés à Laurent Gbagbo (Miran-Guyon, 2011).

La vive tension sociale entre Malinké et Guéré qui a nourri les violences intercommunautaires en 2005, 2011 et 2012, s'est par ailleurs construite sur fond d'un enjeu militaire stratégique d'abord en 2002, puis en 2011. Duékoué – comme le montre la carte ci-dessous – est une localité au carrefour des voies menant vers le nord, le sud où se trouve la capitale économique Abidjan, le centre et le sud-ouest où est situé le port de San Pedro (destiné à l'exportation des fèves de cacao).

Figure 1 : Situation géostratégique de Duékoué



Source : enquête programme Villes sûres et inclusives

Les assauts répétés des rebelles – avant l'érection de la zone de confiance en 2005 placée sous le contrôle des forces impartiales (Casques bleus et Forces françaises Licorne) – sur la ville alors tenue par les loyalistes d'un côté, les affrontements armés qui ont opposé les

⁴RHDP : Rassemblement des houphouétistes pour la démocratie et la paix.

⁵LMP : La majorité présidentielle.

forces pro-Ouattara aux forces pro-Gbagbo de février à mars 2011 de l'autre, s'inscrivent dans ce contexte militaro-stratégique marqué par la volonté de chaque camp de contrôler Duékoué.

Chaque communauté garde en mémoire ces violences et les lieux qui les ont subies sous la forme de souvenirs indélébiles, volontairement sélectionnés, auxquels les membres restent fortement attachés. Cet état d'esprit génère entre Guéré et Malinké une tension permanente, perceptible à travers la rhétorique du « *match retour* » dont les Guéré se font l'écho et celle du « *nous sommes prêts* » que diffusent les Malinké ; deux rhétoriques qui traduisent un désir de vengeance réciproque. Les souvenirs de violences ont, par ailleurs, généré des sentiments contradictoires qui nourrissent la tension entre les deux communautés. D'un côté les Malinké ont le sentiment d'être les ennemis des Guéré qui tiennent à leur faire payer leur connivence supposée avec la rébellion et avec le RDR, une formation politique tout aussi considérée comme une « organisation rebelle ». De l'autre, les Guéré ont le sentiment que les Malinké mettent tout en œuvre pour les déposséder de leurs terres et prendre le contrôle de tout le patrimoine foncier de la région en complicité avec les allogènes. Ces sentiments sont renforcés par une croyance collective qui, dans chaque communauté, attribue à la communauté « adverse » son manque de sincérité et son engagement de façade dans les différents processus de médiation ayant sanctionné les épisodes de violence intercommunautaire.

2.2 Les cadres sociaux des mémoires collectives en construction

En lien avec les souvenirs de violence qui ont marqué les consciences dans chaque communauté, des cadres collectifs de la mémoire se construisent sur la base des « nécessités actuelles » réciproques (Halbwachs, 1994) dans le contexte social nouveau émanant de la décennie de crises militaro-politiques et foncières. Les souvenirs de violences et les lieux de violences auxquels Malinké et Guéré restent attachés dénotent d'un ordre d'idées et de préoccupations que chaque membre des deux communautés garde en mémoire pour décrypter son propre comportement et celui des autres. De sorte à continuer d'exister en tant que membre de la communauté.

Pour les Malinké, les attaques meurtrières qui ont ciblé les quartiers Kôkôma, Latif et les principales mosquées et qu'ils ont attribuées aux Guéré, s'inscrivent dans la logique de la reconquête de « leurs » terres mises en valeur et devenues un enjeu économique majeur. Ils y ont été incités, armés et encadrés par des membres influents de l'élite Guéré qui justifiaient

cette « reconquête » par un juste retour à la normalité, favorisé par l'opportunité de la détention du pouvoir exécutif par un natif de l'ouest (Laurent Gbagbo). Cette opportunité, comme le croient les Malinké, inclinait les rapports de forces politiques en faveur des Guéré. À l'opposée, pour les Guéré, les attaques de Guitrozon, Carrefour et Nahibly qu'ils attribuent aux Malinké et à leurs alliés allogènes et rebelles, sont l'expression de la révolte de l'étranger contre son tuteur avec comme enjeu l'acquisition définitive des terres cultivées et même non cultivées. De sorte à devenir les nouveaux propriétaires en lieu et place des Guéré. Il y a aussi la logique du génocide construite par la mémoire Guéré pour qui tous les massacres à leur endroit visent à les faire disparaître de la ville de Duékoué afin que les Malinké y règnent en maîtres absolus. Ceci, pensent-ils, sous le regard passif des forces impartiales dont la mission était pourtant de prévenir la belligérance et contribuer à garantir la stabilité et la paix.

Les souvenirs de violences sélectionnés dans la conscience collective de part et d'autre (souvenirs des êtres humains brûlés vifs, des biens détruits, du ciblage ethnique des victimes, des traitements dégradants infligés aux corps, etc.) et les espaces de violence qui inspirent ces souvenirs « douloureux » conditionnent également l'idée que chaque communauté se fait de sa place dans l'arène sociale de Duékoué et l'idée de ce qui est nécessaire à sa perpétuation. Au cours de l'enquête, en effet, nous avons souvent entendu les interviewés Guéré dire : « Nous sommes des étrangers sur notre propre terre ». En lien avec les violences subies par cette communauté sur les lieux de mémoire, cette expression sous-entend l'idée que les attaques, notamment celle de Carrefour, principal quartier guéré où les Guéré de la ville et des villages alentour ont convergé durant la crise post-électorale, les ont forcés à se réfugier à la mission catholique et à « abandonner » ainsi la ville aux Malinké. Cette situation a généré un état d'esprit guéré centré sur l'idée du risque de « disparition » des Guéré et sur la perte de leur légitimité sociale en tant que « tuteur ». Ce d'autant plus que le patrimoine foncier au fondement du tutorat leur a échappé au fil des années en raison du phénomène de vente/achat qui s'est développé, mais aussi de « l'occupation de force de leurs terres à la faveur du changement de régime en 2011 ». L'état d'esprit guéré, un ingrédient clé dans la construction de la mémoire collective de cette communauté se nourrit également d'une préoccupation majeure que l'on peut résumer dans l'interrogation ci-après : comment perpétuer la qualité de « tuteur » qui, sur la base de la propriété foncière, confère la légitimité de l'autochtonie, surtout que la terre n'appartient plus ou quasiment plus aux Guéré? Une préoccupation qui s'impose à la conscience collective guéré comme l'expression d'une identité sociale menacée et la nécessité, en revanche, de préserver la réalité de l'autochtonie.

Aux épisodes de violence qui ont secoué la communauté Malinké sur les lieux de mémoire sont rattachées des idées qui contribuent à forger sa mémoire collective. Ces idées sont concentrées dans les propos ci-après émanant d'un leader communautaire Malinké interrogé pendant l'enquête; propos qui, du reste, reflètent l'état d'esprit des Malinké en général :

« Nos parents sont venus et ont acheté les terres de leurs parents [allusion aux Guéré]. Et c'est avec cet argent qu'ils ont payé leur scolarité. Au lieu d'être reconnaissants, ils sont plutôt ingrats en demandant qu'on libère leurs terres. Nous ne bougerons pas d'ici parce que ce qu'on a acquis, on l'a acquis honnêtement ».

La mémoire malinké s'articule ainsi autour de l'idée d'une légitimité historique construite sur le rôle économique que les membres de la communauté ont joué dans l'émergence et la constitution de l'élite guéré. En clair, les épisodes de violence les ont confortés dans l'idée que leur place est bien à Duékoué, et pas ailleurs. Ce d'autant plus que la mise en valeur des terres acquises auprès des « tuteurs » Guéré leur a conféré une identité d'acteurs économiques majeurs dont dépend en partie le développement socioéconomique local. En témoigne la présence des Malinké dans quasiment tous les secteurs d'activités comme nous l'avons déjà indiqué plus haut. Une présence qu'ils ont à l'esprit de consolider – comme l'atteste la poursuite des opérations d'achat de terres – pour continuer d'exister en tant qu'entité sociale à part entière dans l'arène sociale de Duékoué. En clair, les souvenirs attachés aux espaces de violence ont été recomposés pour s'accorder avec les nécessités du présent assurant ainsi l'harmonie existentielle et l'identité sociale de ces deux communautés.

Les « nécessités actuelles » auxquelles Halbwachs fait allusion dans sa théorie de la mémoire collective et qui s'apparentent globalement aux aspirations des communautés Guéré et Malinké, sont objectivées et légitimées respectivement à travers un type de discours et des symboles propres à chaque communauté (Berger et Luckmann, 1966). L'objectivation des violences perpétrées sur les lieux de mémoire s'est matérialisée à travers la façon de nommer ces violences et de les interpréter. Pour les Guéré, les attaques sur les trois lieux de mémoire sont l'expression de la volonté manifeste des Malinké et leurs alliés de les exterminer. Les tueries du quartier Carrefour, refuge de la communauté Guéré dont les agresseurs voulaient faire un « champ de maïs » sont pour eux une preuve de cette volonté d'extermination. Comme on le voit, le terme « exterminer » fait son apparition dans le discours guéré pour qualifier les tueries de Carrefour. Celles de Guitrozon ont été qualifiées « d'atrocités » en référence à la façon de donner la mort dont ont fait preuve les agresseurs et qui a particulièrement choqué la communauté Guéré. L'objectivation des violences chez les

Malinké s'inscrit dans le registre victimaire de la désorganisation de la communauté et de son exclusion, une fois affaiblie, de l'espace urbain et périurbain de Duékoué, laissant ainsi la voie libre aux Guéré de s'accaparer les biens de ses membres. Dans ce registre victimaire, l'« assassinat » de l'Imam de la grande mosquée, l'« attaque volontairement destructrice » de la mosquée sunnite *Rassoul* et les « expéditions meurtrières des milices Guéré » au quartier Kôkôma sont interprétés comme une volonté des Guéré de briser la « colonne vertébrale » de la communauté Malinké constituée par l'autorité religieuse autour de laquelle elle fédère tous ses membres, mais également d'instaurer la peur dans les lieux d'expression de cette autorité et au sein de la communauté en général.

Par ailleurs, dans chaque communauté, la mémoire collective qui se construit autour des espaces de violence s'est matérialisée dans le rapport des membres à ces lieux symboliques. Les espaces de violence relèvent en effet de deux univers symboliques guéré et malinké où sont intégrés les faits qui s'y sont déroulés, affublés de significations socialement objectivées à travers un processus d'explication et de justification, et subjectivement vécues.

Les charniers de Carrefour et de Guitrozon, de même que la destruction du camp de Nahibly devenu un espace désert, sont des symboles qui nourrissent chez les Guéré l'idée que les Malinké, du reste assimilés aux « rebelles », veulent les exterminer avec la complicité passive ou active de la « communauté internationale ». Ici, cette « communauté internationale » renvoie aux Forces impartialles, l'Onuci (casques bleus) et la Licorne (forces françaises). Ils restent convaincus en effet que les trois attaques ont été planifiées et mises en œuvre par les Malinké et/ou leurs alliés sous le regard des Forces impartialles (attaques de Guitrozon et de Nahibly) ou avec leur complicité (attaque de Carrefour). Par ailleurs, la fosse commune du quartier Carrefour est le symbole d'une double souffrance des autochtones Guéré. Souffrance en raison de l'ampleur des tueries, mais également souffrance liée à la nature de la sépulture pour des autochtones, propriétaires terriens, qui estiment tout au moins avoir droit à un « enterrement digne »; et qui estiment surtout devoir organiser des funérailles selon les rituels du terroir en mémoire de leurs proches disparus. Cette fosse commune symbolise en outre la justice et la repentance que les Guéré attendent : justice pour situer les responsabilités, identifier les auteurs et les punir; repentance pour leur « demander pardon » à la mémoire des disparus et organiser les rites sacrificiels requis à cet effet.

Côté Malinké, la mort de l'imam Fofana – un symbole d'autorité dont l'épisode de la mort a été raconté par les leaders communautaires Malinké interviewés, avec un accent sur sa capacité à fédérer toutes les catégories sociales de la communauté – et les attaques répétées et

ciblées des quartiers Kôkôma et Latif ont nourri l'idée que les Guéré, avec la complicité de certaines élites locales dont l'influence sociale était avérée, des milices pro-Gbagbo et des forces armées régulières, voulaient créer la psychose en leur sein de sorte à les pousser à quitter Duékoué. Objectif : reprendre leurs exploitations agricoles et leurs biens, les Malinké et leurs alliés Baoulé et Burkinabé étant les détenteurs des principales exploitations agricoles et des activités économiques urbaines en grande majorité. Chose qu'ils ne pouvaient nullement accepter d'autant qu'ils estiment avoir conquis leur place d'acteurs économiques majeurs au sein de la société urbaine de Duékoué au prix d'efforts acharnés et séculaires; les premiers Malinké ayant migré à Duékoué longtemps avant l'indépendance de la Côte d'Ivoire.

On voit bien que chez les Guéré, la rhétorique de l'extermination avec la complicité des forces impartiales pour l'accaparement de la propriété de leurs terres, de même que les symboles de cette volonté d'extermination représentés notamment par les charniers de Guitrozon et de Carrefour ont constitué, en plus de la nécessité de préserver leur identité et leur place en tant qu'autochtones, les ingrédients clés de leur mémoire collective en construction. Chez les Malinké, ces ingrédients concernent la rhétorique de la psychose volontaire suscitée et entretenue et les symboles de cette psychose représentés par le meurtre de l'imam Fofana et les assassinats ciblés. Le souci identitaire et la volonté commune de préserver leurs acquis économiques font également partie de ces ingrédients; ingrédients dont les interprétations collectivement subjectives montrent l'ampleur des défis à relever pour une cohésion durable à Duékoué.

3. Discussion

3.1 Entre souvenirs choisis et interprétations collectivement subjectivées : un risque d'explosion sociale

Sur fond des épisodes de violences qui ont traversé la ville de Duékoué pendant plus d'une décennie, chacune des communautés Guéré et Malinké vit l'expérience de construction d'une mémoire collective autour de souvenirs volontairement triés qui les confortent dans des sentiments spécifiques, opposés et confligènes. Les deux processus de construction des mémoires collectives sont sous-tendus par des logiques opposées avec en toile de fond des accusations mutuelles. Les communautés à l'étude ont été témoins et acteurs des épisodes de violence qui ont rythmé la vie sociale de Duékoué de 2005 à 2012, mais en ont une interprétation différente selon qu'elles ont été victimes ou non. Cette opposition de mémoires

dont la construction est fondée sur des souvenirs volontairement sélectionnés est de nature à renforcer la méfiance et la suspicion réciproques d'une communauté envers l'autre avec un risque d'explosion sociale. Parler de « souvenirs sélectionnés » c'est reconnaître aux acteurs cette capacité à faire un tri entre ce qu'ils veulent garder en mémoire et ce qu'ils veulent oublier. Là réside une dimension clé de la construction mémorielle, les Guéré et les Malinké ayant cette faculté de composer leur mémoire des violences communautaires à partir d'un travail de sélection des faits et de leurs significations. D'une communauté à l'autre, ce travail de tri sélectif des faits à mémoriser se réalise dans le processus d'une construction mémorielle subjective.

Ce processus de construction mémorielle sur fond de faits de violence s'observe également à travers les travaux de Maud (2008). Dans son analyse du cas paradigmatique de l'affirmation de la mémoire des femmes républicaines, mémoire retrouvée, au sein de la mémoire des vaincus de la guerre et de la dictature et à travers un examen des rapports entre mémoires et territoires, entre réactivation des deuils différés et rites au présent, l'auteur en arrive aux conclusions suivantes : d'abord une partie significative de la société espagnole vit avec des mémoires collectives hautement conflictuelles, construites sur les ruines d'un passé traumatique marqué par la guerre civile (1936-1939) et la dictature franquiste ; ensuite ces mémoires conflictuelles se traduisent par la demande de reconnaissance et de réhabilitation des victimes, demande face à laquelle les pouvoirs publics se trouvent souvent désarmés ou dépassés.

La mémoire collective comme source de tensions sociales a fait l'objet des travaux de Stora (2003) qui a montré que l'intégration des enfants d'immigrés en France souffre du discours xénophobe des partis d'extrême droite de Jean-Marie Le Pen et de Bruno Mégret. Ce discours s'est nourri de la mémoire coloniale que ces partis gardent de la période de l'Algérie française dont ils sont encore hantés, et de l'islamophobie comme principal ingrédient mémoriel de consolidation de ce discours, du reste source d'un malaise social profond dans la société française. Il est rejoint par Licata *et al.* (2007) pour qui dans le principe, la reconstruction du passé est une partie cruciale du processus de réconciliation intergroupe, car, après un conflit, la mémoire collective sape une grande partie de l'animosité, la haine et la méfiance entre les groupes. Mais à la pratique, ces auteurs insistent sur le fait que la difficulté de la gestion des mémoires repose sur un triple défi : permettre la reconnaissance et la guérison des blessures, préserver les identités sociales des groupes opposés tout en leur permettant de vivre ensemble dans la paix.

Ces contributions sur les processus de construction mémorielle montrent que la mémoire collective se construit autour d'une volonté de reconnaissance ; ou qu'elle se nourrit à la fois de souvenirs historiques (lointains) et d'un sentiment de haine ; ou au contraire qu'elle est alimentée par un effort de rejet et d'oubli des sentiments négatifs (animosité, haine, méfiance). L'expérience de Duékoué donne à voir un autre processus à l'œuvre : celui des constructions mémorielles nourries par des souvenirs consciemment sélectionnés et par le souci de la préservation et de la perpétuation d'un statut collectif ou d'une identité menacée. Cette expérience a la particularité de mettre en scène deux processus de construction mémorielle fortement antagonistes avec un risque de résurgence des conflits communautaires. Ce d'autant plus que le statut de « propriétaires terriens » qui confère aux Guéré un pouvoir sociopolitique « naturel » et celui de « travailleurs migrants » qui vaut aux Malinké un pouvoir socio-économique dominant semblent inconciliables au regard de la forte méfiance et du désir de vengeance qui irradient encore les relations entre les deux communautés et leurs membres.

3.2 Les défis pour la cohésion sociale à Duékoué

Des antagonismes de mémoires Guéré *versus* Malinké sur fond d'un triple enjeu politique, militaire, économique (la question foncière) et d'une certaine détérioration des relations entre les communautés en conflit et les acteurs à vocation impartiale de la communauté internationale, il se dégage trois défis majeurs pour la cohésion sociale.

Le premier défi réside dans la conciliation des positions et des croyances antagonistes des communautés Guéré et Malinké qui se sont construites autour des épisodes et des espaces de violence. En d'autres termes, il faut parvenir à déconstruire les attitudes sociales (reproches et contre-reproches) qui se cristallisent dans la mémoire de chaque communauté et qui conduisent leurs membres respectifs à se méfier des membres de l'autre communauté. Dans cette logique, il faut réussir à détruire les preuves socialement fabriquées qui servent de fondation à ces attitudes et légitiment la méfiance. Cette entreprise paraît herculéenne au regard de l'essence même des croyances. Celles-ci se rapportent d'une part à un système intégré et intégrateur qui tend à s'imposer aux individus d'un même groupe social d'appartenance (Malinowski, 1968; Dumont, 1966). D'autre part, elles relèvent d'une « rationalité subjective » qui pousse l'acteur social à y adhérer (Boudon, 1992). Entre les deux approches, la croyance constitue également une opportunité dans laquelle l'acteur trouve des bénéfices en termes de renforcement de son identité et de son image sociale (Festinger,

1957) ; identité du reste enracinée dans les croyances collectives qui alimentent la mémoire collective en construction tant chez les Malinké que chez les Guéré. Les membres de ces communautés réagissent donc « violemment » quand cette identité est menacée, stigmatisée ou en crise (Dubet, 2009). Une preuve de cette réaction a été donnée à travers la prompte et forte mobilisation sociale des autochtones Guéré du quartier Carrefour en juillet 2015 face à la mesure gouvernementale d'exhumer, sans procéder aux rituels coutumiers préalables, les dépouilles de la fosse commune dudit quartier pour les inhumer au cimetière municipal de Duékoué. Le gouvernement a dû faire machine arrière suspendant cette décision.

Vues sous ces trois angles, les croyances antagonistes dans lesquelles est encastrée la construction des mémoires collectives Malinké et Guéré semblent difficilement conciliables et dénotent d'un chantier difficile de cohésion sociale à Duékoué. Il faut en revanche avoir à l'esprit cette formule de M. Maffesoli (2009, p.9) : « (...) L'harmonie est conflictuelle et il n'y a d'équilibre que dans la bonne gestion des différences ». C'est cette différence que Schmitt (2009) désigne par la tension ami/ennemi, l'ennemi étant celui qui met en cause et finalement permet à l'autre d'exister, en se remettant sans cesse en question au-delà de ses certitudes et de ses quiétudes mortifères. Le relèvement du défi de la réconciliation à Duékoué devrait tenir compte de cette réalité ambivalente qui caractérise fondamentalement les relations Guéré/Malinké. Relations qui ont muté du statut de tuteur/filleul ou filleul/tuteur au statut d'ami/ennemi.

D'autres travaux montrent bien l'impossible conciliation des mémoires antagonistes. Où trouver en effet la « bonne mémoire » qui ne fera ni crise, ni guerre, mais unanimité, celle qui inspire le « vivre ensemble » une expression chère aux pouvoirs publics et aux instances internationales engagées aux côtés de la Côte d'Ivoire dans le processus de sortie de crise? À cette question fondamentale inspirée des réflexions de Blanchard et Veyrat-Masson (2008), Rosoux (2007) semble apporter une réponse à travers l'analyse du génocide Rwandais dont elle conclut qu'aucun héros ne peut être considéré comme le plus petit commun dénominateur des mémoires antagonistes qui se sont construites sur les cendres de l'un des plus importants massacres de l'humanité. En clair, il n'y a pas de mémoire nationale possible dans ce pays qui a été brutalement divisé à un moment de son histoire, mais bien des mémoires plurielles calquées sur les identités des parties qui ont nourri le conflit; au point où les efforts de fabrication du héros national ou de la mémoire nationale à travers les cérémonies de commémoration du génocide sont davantage une source de division que d'unité du peuple rwandais.

Le deuxième défi concerne le repositionnement de la communauté internationale dans le jeu de la réconciliation à Duékoué. Dans la mémoire collective Guéré en construction, la communauté internationale a été délégitimée, les Guéré n'en acceptant plus ses représentants (Onuci et Licorne) comme des forces impartiales d'interposition eu égard à la complicité d'extermination dont ils les accusent. Elle a perdu, dans la mémoire guéré en construction, l'autorité légale (Weber, 1947) que lui conféraient les compétences liées à son mandat d'interposition et d'accompagnement du processus de sortie de crise en Côte d'Ivoire. Voici ce que nous a confié un leader communautaire Guéré à propos de ce que les Guéré considèrent comme le laxisme des dites forces impartiales au moment des attaques de Guitrozon en 2005 :

« (...) Et à Guitrozon, en ce moment, il y avait encore les Licornes qui étaient encore là, il y avait aussi les Casques bleus qui étaient là, et c'est sous leurs yeux que les gens ont commis ces actes [allusion aux tueries de Guitrozon]. Quoi de plus choquant devant la soi-disant Communauté internationale qui ne peut même pas intervenir alors qu'elle est venue pour protéger les populations. C'est choquant! (...) ».

De l'autre côté, cette même communauté internationale est taxée de parti-pris par les Malinké dans la gestion de l'urgence humanitaire, l'aide humanitaire consécutive aux épisodes de violences intercommunautaires étant, selon eux, presque exclusivement destinée aux Guéré. Pourtant ils estiment être, autant que les Guéré, victimes des différentes éruptions de violence qui ont secoué la ville de Duékoué. Un leader communautaire Malinké manifeste cet état d'esprit à travers les propos ci-après :

« (...) Les ONG [allusion aux organisations humanitaires] qui s'étaient impliquées dans la réponse aux épisodes de violence à Duékoué donnaient tout aux Guéré. Dons de vivres, dons de non-vivres, opérations d'assainissement, etc. Tout ceci donnait le sentiment aux Malinké qu'ils étaient délaissés (...) ».

En clair, l'acteur censé jouer le rôle de la neutralité apparaît, dans le processus mémoriel des protagonistes, comme une partie du problème, mettant ainsi à mal sa position d'arbitrage. Pour les forces impartiales et les organisations humanitaires en activité à Duékoué, parvenir à se repositionner dans le jeu de la réconciliation en obtenant la reconnaissance des communautés protagonistes comme autorité impartiale reste un défi important.

Le troisième défi renvoie à la nécessité de créer les conditions d'une ville sûre et inclusive. Le calme règne aujourd'hui à Duékoué, mais sur les braises de cet antagonisme de mémoires en construction. Chaque épisode de violence intercommunautaire a en effet laissé d'importantes séquelles aux communautés opposées; séquelles en termes de pertes en vies

humaines, blessures graves, destructions de biens et profanation de lieux ou d'objets sacrés. La première condition est de faire l'état complet des séquelles, déterminer un mode de réparation accepté par les deux camps et le mettre effectivement en œuvre. C'est un véritable challenge auquel il faut faire face pour restaurer la confiance et ressouder la fracture entre Guéré et Malinké (et leurs alliés) à Duékoué. Il paraît primordial de rendre effectivement justice à toutes les victimes des éruptions de violence à travers les réparations dues aux populations et des poursuites judiciaires qui ne donnent pas le sentiment d'une justice des vainqueurs. La deuxième condition, c'est de régler l'épineuse question foncière qui cristallise toutes les passions et toutes les peurs et dont Duékoué tient en partie son statut de « carrefour de la haine ». La troisième condition enfin, consiste en une restauration durable de la sécurité dans la ville de Duékoué et ses alentours garantissant la quiétude aux populations.

Conclusion

Les éruptions de violence urbaines qui se sont succédé à Duékoué depuis le déclenchement de la crise militaro-politique de 2002 ont conduit chez les deux principales communautés antagonistes Guéré et Malinké à la construction de mémoires collectives sources d'une tension sociale ambiante. En effet, conscients des enjeux existentiels et identitaires, les membres des communautés se sont attachés à des sentiments opposés découlant des mémoires en construction pour s'inscrire dans des logiques de repli à caractère confligène, mais censées assurer leur perpétuation. Au regard de la tension sociale perceptible à travers la méfiance réciproque et le désir de vengeance notamment chez les radicaux de chaque communauté, Duékoué offre aujourd'hui le scénario d'une arène sociale où règne un calme précaire avant la tempête. À travers le cas de Duékoué, c'est la problématique de la « guerre des mémoires » qui est ainsi remise en question; une « guerre » pour laquelle il n'existe pas de formule ou de procédé remède et dont la gestion demeure, par conséquent, un chantier social très sensible, au regard des violences à l'origine des mémoires en « guerre », du caractère confligène de ces mémoires et finalement de la quasi-impossibilité de les concilier. D'ailleurs, cette impossible conciliation ou du moins cet antagonisme de mémoires n'est-elle pas en soi un moteur d'histoire des sociétés?

Références bibliographiques

BASTIDE Roger, 1970, « Mémoire collective et sociologie du bricolage », *L'Année sociologique* (1940/1948-), Troisième série, Vol. 21 (1970), p. 65-108.

- BERGER Peter et LUCKMANN Thomas, 1966, *La Construction sociale de la Réalité*, Paris Armand Colin.
- BERISTAIN Carlos Marin, 2004, « Mémoire collective et violence. », *VST - Vie sociale et traitements*, 1/2004 (n°81), p. 69-77.
- BLANCHARD Pascal et VEYRAT-MASSON Isabelle, 2008, *Les Guerres de mémoires. La France et son histoire. Enjeux politiques, controverses historiques, stratégies médiatiques*. Sous la direction de Pascal Blanchard et Isabelle Veyrat-Masson, Paris, La Découverte.
- BLOCH Marc, 1925, « Mémoire collective, tradition et coutume. À propos d'un livre récent », *Revue de synthèse historique*, tome XL (nouvelle série, Tome XIV), p. 118-120.
- BOUDON Raymond, 1992, *Connaissances*, in *Traité de sociologie*, Paris, PUF.
- BRUNEAU Michel, 2006, « Les territoires de l'identité et la mémoire collective en diaspora », *L'Espace géographique* 4/2006 (Tome 35), p. 328-333.
- BULLE Sylvaine, 2006, « Espace et mémoire collective à Jérusalem », *Annales Histoire, sciences sociales*, Vol. 61, No. 3, p. 583-606.
- DUBET François, 2009, *Le travail des sociétés*, Paris, Seuil.
- DUMONT Louis, 1966, *Homo hierarchicus. Essai sur le système des castes*, Paris, Gallimard.
- FESTINGER Leon, 1957, *A theory of Cognitive Dissonance*, Evanston, Row, Petersen and C.
- FRAÏSSÉ Christèle, 2003, « La mémoire collective comme outil de légitimation d'une minorité. L'exemple de la minorité homosexuelle », *Connexions*, 2/2003 (n°80), p. 79-91.
- HALBWACHS Maurice, 1994, *Les cadres sociaux de la mémoire*, Paris, Albin Michel.
- HALBWACHS Maurice, 1997, *La mémoire collective*, Paris, Albin Michel.
- HANG Kim, 2008, « Qui est l'ennemi de l'Etat? », sous la direction de P. Bayard & A. Brossat, in *Les Dénis de l'Histoire. Europe & Extrême-Orient*. Paris, Laurence Teper éditions.
- LICATA Laurent, KLEIN Olivier et GELY Raphaël, 2007, « Mémoire des conflits, conflits de mémoires: une approche psychosociale et philosophique du rôle de la mémoire collective dans les processus de réconciliation intergroupe », *Social Science Information*, 12/2007, 46(4), p. 563-589.
- MADIOT Béatrice, 2005, « La Lettonie et l'Europe: identité nationale et mémoire collective. », *Connexions*, 2/2005 (n° 84), p. 111-128.
- MAFFESOLI Michel, 2009, *Essais sur la violence*, Paris, CNRS Editions.
- MALINOWKI Bronislaw, 1968, *Une théorie scientifique de la culture*, Paris, Maspero.
- MAUD Joly, 2008, « Guerre Civile, violences et mémoires: retour des victimes et des émotions collectives dans la société espagnole contemporaine », *Nuevo Mundo Mundos Nuevos* [En ligne], URL : <http://nuevomundo.revues.org/36063>.
- MIRAN-GUYON Marie, 2011, « Au-delà du silence et de la fureur. Duékoué (ouest ivoirien) : rencontres interreligieuses au « carrefour de la haine », *Politique africaine*, 123, p. 95-115.
- OLSON James Stuart, 1994, « Guéré », in *An Ethnohistorical dictionary of the Russian and Soviet empires*, Greenwood Press, New York, Westport, Conn., London, p. 634.
- ROCHA Ana Luiza Carvalho da et ECKERT Cornelia, 2002, « Prémises pour une étude de la mémoire collective dans le monde contemporain sous l'optique des itinéraires des groupes urbains brésiliens », *Sociétés*, 1/2002 (n° 75), p. 53-73.
- ROSOUX Valérie, 2007, « Rwanda, l'impossible « mémoire nationale » ? », *Ethnologie française*, 2007/3 (Vol. 37), p. 409-415.
- SCHMITT Carl, 2009, *La notion de politique – Théorie du partisan*, Paris, Champs classiques.
- SCHWARTZ Alfred, 1971, *Le cadre ethnique*, in « Tradition et changements dans la société guéré », Paris, Office de la recherche scientifique et technique outre-mer.

STORA Benjamin, 2003, « La guerre d'Algérie dans les mémoires françaises: Violence d'une mémoire de revanche », *L'Esprit Créateur*, Volume 43, n° 1, p.7-31.

STRAUSS Anselm, 1992, *Miroirs et masques. Une introduction à l'interactionnisme*, Paris, Editions Métailié.

TETSUYA Takahashi, 2008, « La question du sanctuaire Yasukuni », sous la direction de P. Bayard & A. Brossat, in *Les Dénis de l'Histoire. Europe & Extrême-Orient*, Paris, Laurence Teper éditions.

WEBER Max, 1947, « Gesamelte Aufsätze zur Religion Soziologie (Tome I) », *Tubingen, Verlag von J.C.B. Mohr*, p. 267-273.

**EFFET MÉDIATEUR DE L'ESTIME DE SOI SUR LA RELATION ENTRE LES
STYLES ÉDUCATIFS PARENTAUX
ET LES PERFORMANCES SCOLAIRES DES ADOLESCENTS TOGOLAIS**

BAWA Ibn Habib

Université de Lomé

Département de Psychologie Appliquée

ihbawa@gmail.com

RÉSUMÉ

Cette étude se fixe comme objectif de montrer que l'estime de soi joue un rôle médiateur entre les styles éducatifs parentaux et les performances scolaires auprès des adolescents. Pour atteindre cet objectif, 944 adolescents volontaires et consentants ont bien voulu répondre aux instruments d'enquête à savoir: le Self Esteem Inventory de Coopersmith (1984), le Style parental de Steinberg et al.(1992) et les échelles de performances en mathématiques et en français. Les données recueillies ont été soumises à des analyses de régression hiérarchique. La somme des résultats permet de constater qu'en présence de l'estime de soi, les styles éducatifs parentaux n'ont pas de lien significatif avec les performances scolaires des adolescents. L'estime de soi a donc un effet de médiation complète dans la relation que les styles éducatifs parentaux entretiennent avec les performances scolaires.

Mots clefs: Styles éducatifs parentaux, estime de soi, performances scolaires, effet médiateur, adolescents, Togo

ABSTRACT

The aim of this study is to show that self-esteem plays a mediating role between parental educational styles and school performance among adolescents. To achieve this goal, 944 voluntary and willing adolescents responded to survey instruments, such as Coopersmith's Self Esteem Inventory (1984), Steinberg et al.'s (1992) Parenting Style, and mathematics and french performance scales. The data collected were subjected to hierarchical regression analyzes. The sum of the results shows that, in the presence of self-esteem, parental educational styles are not significantly related to adolescent school performance. Self-esteem therefore has a complete mediating effect in the relationship that parental educational styles have with school performance.

Key words: Parental educational styles, self-esteem, school performance, mediating effect, adolescents, Togo

Introduction

L'éducation scolaire tient une place de choix dans le processus d'intégration des enfants. Elle se transmet aux enfants par le biais de l'école qui offre aux enfants un cadre propice pour l'apprentissage des connaissances, des normes sociales et une formation de

qualité. Cette même école est gangrenée par de mauvaises performances au point où l'échec scolaire est devenu un phénomène de société, car de plus en plus fréquent.

Il faut reconnaître que l'échec scolaire, solidement ancré dans les mœurs pédagogiques contemporaines est une expression problématique. Dès que nous cherchons à la cerner au-delà du sens commun ni sa définition ni par conséquent sa mesure ne vont de soi. Pour comprendre l'échec scolaire, Bouteyre (2004) passe par la définition de la réussite scolaire. En effet, pour elle, la réussite scolaire évoque avant tout une conformité à une norme. C'est pourquoi les définitions de la réussite scolaire font référence à ce qui est normalement attendu d'un élève pour pouvoir le déclarer en situation de réussite. Sur ce, elle donne à l'échec scolaire, une définition statistique et une définition pédagogique. En ce qui concerne la définition statistique, on parle d'enfant en échec scolaire à l'école primaire lorsque celui-ci ne poursuit pas sa scolarité en passant chaque année en classe supérieure. Cette progression de classe en classe est l'unique élément de comparaison entre tous les enfants scolarisés du même âge. Cette appréciation laisse de côté les inévitables disparités de niveau scolaire. Les taux de passage à l'issue des différentes classes viennent compléter les taux de redoublement, signataires de l'échec. Ces chiffres sont comparés à ceux des années précédentes ou à ceux d'autres écoles. Selon ce critère de passage en classe supérieure, est considéré en situation de réussite tout enfant fréquentant la classe correspondant à sa tranche d'âge, c'est-à-dire tout enfant qui n'a accumulé aucune année de retard dans sa scolarité. À partir du secondaire, le critère de réussite change puisque celui-ci est alors fondé sur l'obtention d'un diplôme marquant la fin de ce cycle. Cette approche statistique de la réussite permet le constat d'une situation envisagée davantage sous l'angle de l'échec que sous celui de la réussite. En effet, la réussite n'est entendue, le plus souvent, que comme un non-échec. Elle est perçue comme une situation banale que doit vivre tout élève, et c'est en cela qu'elle sert de norme. Le sens pédagogique de la réussite suppose d'autres éléments d'appropriation. L'école, par l'éducation qu'elle dispense, est avant tout un outil préparatoire à la société, à l'économie et à la vie professionnelle. L.-J. Jouvenet (1985, p.27) affirme que :

la réussite scolaire est l'effet d'un processus de formation et de changement de l'élève. Cette réussite scolaire suppose d'intérioriser, de faire siens des signes, des symboles, des savoirs, d'incorporer, de garder en son corps des attitudes, des conduites, des savoir-faire rationnels.

Selon cet auteur, la réussite concerne le sujet psychologique dans sa totalité, dans son individualité, car, après s'être familiarisé aux savoirs et à ceux qui les dispensent, il doit faire preuve d'appropriation et d'opérationnalisation de ce qui lui a été enseigné. Réussir à l'école

est alors possible si chaque élève fait preuve de s'adapter à la tâche scolaire et montre un rapport positif aux savoirs par un désir et un plaisir de connaître. Cette idée rejoint celle de Perrenoud (1984) qui considère qu'à l'école primaire, l'enfant doit faire convenablement son "métier d'élève". En dépit des nuances, Njiale (1994) fait remarquer que le concept d'échec a pour conséquence une sanction. D'un point de vue opérationnel, cette sanction se rapporte soit à un abandon définitif de l'école, soit à un redoublement d'une ou plusieurs classes. C'est l'aspect de l'échec scolaire lié au redoublement au niveau secondaire que nous voulons examiner dans cette étude. Cette fois-ci, il apparaît pertinent de se demander pourquoi dans les mêmes conditions d'études et d'apprentissage, certains élèves réussissent et d'autres échouent. Il est indéniable avec Fortin et Strayer (2000) que l'adaptation et la réussite scolaires sont le fruit d'un processus interactif entre facteurs personnels ou internes et facteurs environnementaux ou externes. Dans cette étude, les styles éducatifs (facteur externe) et l'estime de soi (facteur interne) sont retenus comme facteurs majeurs dans l'explication de l'échec scolaire.

En effet, les styles parentaux réfèrent à un patron général des pratiques parentales, qui se reflètent dans les comportements du parent visant la socialisation de l'enfant, c'est-à-dire l'apprentissage et l'intégration progressive des valeurs et des comportements pro-sociaux. C'est pour cela que nous utilisons de façon indifférenciée, les expressions 'styles éducatifs parentaux', 'pratiques éducatives parentales' ou 'style parental'. Même si d'après Claes (2004), la littérature psychologique a développé plusieurs façons de concevoir les comportements des parents à l'égard de leurs enfants, l'approche la plus complète, ayant donné lieu aux travaux les plus élaborés, a été développée par Baumrind (1978). Elle a construit une typologie des styles parentaux autour de deux dimensions essentielles, pour en évaluer ensuite les effets sur les enfants en termes de comportements:

- l'exigence : contrôle, supervision, discipline, consignes, attentes, aspirations parentales...
- l'accompagnement ou la sensibilité : encouragement, appui affectif, attention et réactivité aux besoins de l'enfant.

Ces deux dimensions sont considérées comme relativement indépendantes l'une de l'autre ; on peut concevoir par exemple qu'une mère soit très exigeante, mais peu à l'écoute des besoins de l'enfant ou qu'en revanche, elle soit très affectueuse et chaleureuse, mais peu tolérante.

En combinant ses dimensions, Baumrind (1978) dégage quatre modèles généraux parentaux d'éducation : le style démocratique, ou "exigeant / chaleureux" ou "démocratico-réciproque" ou "participatif" pour les parents qui ont des demandes élevées, mais répondent aux besoins des adolescents ; le style "autoritaire" caractérisé par un niveau d'exigence élevé avec beaucoup de règles et de limites et un faible niveau d'accompagnement, d'appui et d'attention émotionnelle ; le style "permissif ou indulgent" où le niveau d'exigence est faible avec peu de règles, de limites, de structure et de direction et, par contre, beaucoup d'affection, d'appui et d'attention émotionnelle et enfin le style "indifférent" ou "négligent" ou "désengagé" marqué par le peu d'exigence, l'absence de règles et le peu d'accompagnement.

Les auteurs canadiens Deslandes (1996) et Deslandes, Potvin et Leclerc (1999) réduisent le nombre de styles parentaux à trois types à savoir le style permissif que l'on peut aussi qualifier de laxisme ou de laisser-aller ; le style parental autoritaire qui se caractérise par un contrôle rigide de l'espace et des temps familiaux, que ce soit pour les horaires de travail ou de sorties, que ce soit pour les fréquentations ou les activités extra-scolaires et enfin le style démocratique reconnaissable par des règles de vie en famille claires et appliquées de façon ferme.

Tout compte fait, quelle que soit la typologie adoptée, aucun parent n'est totalement autoritaire ou totalement permissif. C'est pourquoi, pour Gayet (2004), il est plus réaliste de parler de parents plutôt autoritaires ou plutôt permissifs. L'autorité comme la permissivité sont dépendantes de l'appréciation globale des personnes concernées, qu'elles soient parents ou enfants. Ainsi, pour contrecarrer ces limites, nous nous contentons de prendre en compte le style général ou dominant du couple parental, tel qu'il est perçu par l'adolescent. Les styles parentaux influencent-ils les performances scolaires ? Selon Bouteyre (2004), il est indéniable que les pratiques éducatives parentales font partie des facteurs familiaux en relation avec le développement cognitif de l'enfant et par voie de conséquence, interviennent sur les possibilités de réussite scolaire.

Steinberg (2001) et Bouchard (2001) le prouvent à suffisance lorsqu'ils trouvent que le style parental démocratique (c'est-à-dire le soutien à l'autonomie, à la sensibilité et à la supervision) est associé à la réussite et au développement de l'autonomie des adolescents. Bien avant eux, Bouchard, Deslandes et St-Amant (1998) trouvent que dans les familles réunissant des parents démocratiques et des enfants autonomes, ces derniers ont toutes les chances de réussir à l'école. Deslandes, Potvin et Leclerc (1999) révèlent que le style parental est un meilleur prédicteur que la structure familiale et l'éducation des parents concernant le

rendement scolaire au secondaire et que les pratiques parentales caractérisées par la chaleur, la supervision parentale, la valorisation de l'autonomie et le soutien (démocratique) intervenaient dans la relation en tant que variables médiatrices. Plus récemment, Bawa (2015) conclut également que ce sont les élèves qui jouissent du style chaleureux dans leurs familles qui réalisent de meilleures performances scolaires.

S'agissant de l'estime de soi, elle est définie par de nombreux auteurs. Le lecteur pourrait consulter Heider (1958), Girandola (1997), Coopersmith (1984), Beauregard, Bouffard et Duclos (2000), De Léonardis et Prêteur (2007) et Toczek-Capelle et Martinot (2004) pour en savoir davantage. De toutes ces définitions, on retient que l'estime de soi est un trait de personnalité qui concerne la valeur qu'un individu attribue à sa propre personne. Pour notre part, nous épousons l'idée de Coopersmith (1967), pour qui, le soi constitue une abstraction qu'une personne développe à propos de ses attributs, ses capacités et ses réalisations et c'est l'appréciation, positive ou négative, de cette image de soi qui constitue l'estime de soi. L'estime de soi correspond donc à une évaluation, un jugement qu'une personne porte sur les différents aspects de sa personnalité. Cette image se précise selon le comportement des personnes jouant un rôle important dans la vie de l'enfant : parents, enseignants, camarades.

Dans la perspective de la théorie de l'Équilibre de Heider (1958), l'estime de soi est considérée comme un puissant prédicteur des performances de l'individu. Par conséquent, l'estime de soi constitue une réalité centrale liée à la réussite académique (Lavoie, 1993). Dans le même sens, Bariaud et Bourcet (1998) montrent qu'une estime de soi élevée est associée à des comportements plus adaptés et plus positifs tels que la confiance en soi, l'anticipation positive de l'avenir, la recherche du soutien social, la confrontation active à la difficulté, la réussite scolaire. Lamia (1998), quant à lui, trouve qu'une bonne estime de soi, résultant d'une auto-évaluation positive, facilite l'adaptation sociale de l'enfant à l'environnement scolaire et lui permet de se retrouver dans une situation de réussite scolaire, telle qu'elle est définie par les enseignants et le système scolaire. Ces résultats corroborent ceux de Bawa (2007 ; 2011) qui a trouvé qu'au Togo, les adolescents qui présentent une estime de soi positive réussissent plus que ceux qui présentent une estime de soi négative.

Eu égard à ce qui précède, il est indéniable que les styles parentaux et l'estime de soi influent séparément sur les performances scolaires. L'objectif de ce travail est de monter l'effet médiateur de l'estime de soi dans la relation entre les styles éducatifs parentaux et les performances scolaires chez les adolescents togolais.

1- Méthodologie

1.1- Cadre et échantillon d'étude

L'étude a porté sur la circonscription pédagogique des Plateaux qui est la plus grande région du Togo. Neuf cent quarante-quatre adolescents d'âge moyen de quatorze ans, tous en classe de quatrième, volontaires et consentants sont mobilisés pour l'enquête.

1.2- Instruments de collecte des données

Chacune des variables a été évaluée à l'aide d'un questionnaire bien précis.

- *Les styles éducatifs parentaux*

Pour évaluer les styles éducatifs parentaux, nous avons utilisé le questionnaire "style parental" de Steinberg, Lamborn, Dornbusch et Darling (1992) adapté et validé dans le contexte togolais (Bawa, 2015). Il s'agit d'une échelle comprenant au total vingt items dont dix-huit se présentent sous forme de Likert en quatre points allant de 1- Tout à fait en désaccord à 4- Tout à fait d'accord. Plus le score total est élevé, plus le style éducatif parental est chaleureux. Les deux autres items se présentent sous forme de Likert en trois points allant 1- Jamais à 3- Souvent.

- *L'estime de soi*

Nous avons utilisé la forme scolaire de l'Inventaire d'Estime de Soi de Coopersmith traduit et validé dans le contexte français par le CPA (1984), car elle s'applique bien autant aux enfants qu'aux adolescents scolarisés. C'est une échelle bipolaire dont la composition est la suivante :

- Échelle générale ou personnelle : 26 items : Items n° 1, 3, 4, 7, 10, 12, 13, 15, 18, 19, 24, 25, 27, 30, 31, 34, 35, 38, 39, 43, 47, 48, 51, 55, 56, 57 ;
- Échelle sociale: 8 items: items n° 5, 8, 14, 21, 28, 40, 49, 52;
- Échelle familiale: 8 items: item n° 6, 9, 11, 16, 20, 22, 29, 44;
- Échelle scolaire : 8 items : items n° 2, 17, 23, 33, 37, 42, 46, 54 ;
- Échelle de mensonge : 8 items : items n° 26, 32, 36, 41, 45, 50, 53, 58.

Les notes aux différentes sous-échelles ainsi que la note totale permettent d'apprécier dans quel domaine et dans quelle mesure les sujets ont une image positive d'eux-mêmes. Une note totale de dix-huit au moins pour les scolaires est considérée comme une estime de soi basse (CPA, 1984). Cette échelle également a fait objet de validation au Togo (Bawa, 2011).

- *Les performances scolaires*

À l'instar de Clémence (2006), nous avons évalué les performances des apprenants à partir de leurs notes en Mathématiques et en Français. Pour ce fait, nous avons construit deux échelles : une échelle en Mathématiques et une en Français. Construire nos propres échelles était une impérative pour éviter une interférence de la personnalité des professeurs dans la note (Bawa, 2015). Un élève a de mauvaises performances lorsque son score moyen aux deux échelles est inférieur à dix sur vingt.

1.3- Analyse des données

Dans un premier temps, le dépouillement s'est fait à l'aide du logiciel EPIDATA. Ensuite, toutes les analyses statistiques ont été effectuées avec le logiciel SPSS 18.0 pour Windows 7. Pour vérifier les liens entre deux variables à la fois, dans lesquels il est présumé qu'une variable a un effet sur l'autre, des analyses de régressions linéaires simples ont été effectuées. Dans ce cas, degré d'association entre les variables a été apprécié à l'aide du coefficient de régression standardisé β . Nous avons utilisé aussi l'analyse de régression multiple. Elle nous a permis de tester les liens entre plusieurs variables. Elle est désignée pour tester les hypothèses qui visent à prédire l'issue d'une variable dépendante sur la base de plusieurs variables prédictives (Leblanc, 2007). La variable médiatrice "estime de soi" est à la fois une variable dépendante et indépendante. Sur ce, notre analyse de régression multiple s'est reposée sur des analyses de régressions multiples hiérarchiques.

L'intérêt, pour nous, de l'analyse de régression hiérarchique est surtout de montrer l'effet médiateur de l'estime de soi sur les performances scolaires. A cet effet, rappelons les conditions pour qu'il y ait effet médiateur avec Edwards et Lambert (2007) qui expliquent que quatre conditions essentielles doivent être respectées pour qu'il y ait présence d'un effet médiateur :

1^{ère} condition : la relation entre la variable indépendante et la variable dépendante doit être significative ;

2^{ème} condition : la relation entre la variable potentiellement médiatrice et la variable dépendante doit être significative ;

3^{ème} condition : la relation entre la variable indépendante et la variable potentiellement médiatrice doit aussi être significative ;

4^{ème} condition : la relation entre la variable indépendante et la variable dépendante n'est plus significative ou l'est significativement moins avec la présence de la variable potentiellement

médiatrice. Après avoir vérifié que les trois premières conditions soient satisfaites, il y aura médiation complète si la relation entre la VI et la VD n'est plus significative et médiation partielle si cette relation est significativement affectée. Si la relation entre la VI et la VD n'est pas affectée par la variable potentiellement médiatrice, il y aura effet additif (Edwards & Lambert, 2007). La modélisation utilisée est la méthode "pas à pas".

2- Présentation des résultats

Cette section comporte essentiellement les analyses de régression hiérarchique.

Tableau 1 : Modèle 1 : Relation entre le style parental et les performances scolaires

Modèles	B	β	t	R ²	p	Borne inf.	Borne sup.
Style parental Performances scolaires	0,30	0,07	2,26	0,005	0,024*	0,004	0,057

*p<.05

Lorsque les styles éducatifs parentaux augmentent d'un point, les performances scolaires augmentent de 0,3 point. Ce premier modèle laisse voir que la relation entre le style parental et les performances scolaires est significative pour $\beta = 0,03$ au seuil de $p = 0,024$. La première condition de l'effet médiateur est donc vérifiée.

Tableau 2 : Modèle 2 : Relation entre l'estime de soi et les performances scolaires

Modèles	B	β	t	R ²	p	Borne inf.	Borne sup.
Estime de soi Performances scolaires	0,08	0,21	5,92	0,045	0,0001**	0,059	0,109

**p<.01

L'analyse du deuxième modèle montre qu'avec un coefficient de régression standardisé $\beta = 0,21$ au seuil $p = 0,0001$, la relation entre l'estime de soi et les performances scolaires est significative. La deuxième condition est vérifiée.

Tableau 3 : *Modèle 3* : Relation entre l'estime de soi et les performances scolaires

Modèles	B	β	t	R ²	p	Borne inf.	Borne sup.
Style parental							
Estime de soi	0,260	0,257	0,74	0,060	0,0001**	0,190	0,319

**p<.01

Le coefficient de régression linéaire est égal à 0,26. En effet, il indique que lorsque les styles éducatifs parentaux augmentent d'un point, l'estime de soi augmente aussi de 0,26 point. L'intervalle de confiance pour la pente de la droite de régression (au niveau de confiance de 95%) montre aussi que chaque unité d'augmentation des styles éducatifs parentaux pourrait augmenter l'estime de soi d'une valeur comprise entre 0,19 et 0,32. En plus, les styles éducatifs parentaux expliqueraient pour 6% la variation des scores d'estime de soi ($R^2 = 0,06$). Pour $\beta = 0,25$ et $p = 0,0001$, nous déduisons que l'estime de soi et les styles éducatifs parentaux entretiennent entre elles une relation significative. La troisième condition est aussi respectée.

Tableau4: *Modèle 4* : Relation entre le style éducatif, l'estime de soi et les performances scolaires

Modèles	B	β	t	R ²	p	Borne inf.	Borne sup.
Style parental							
Estime de soi	0,010	0,02	0,07	0,005	0,484	-0,017	0,036
Performances scolaires	0,080	0,216	0,280	0,450	0,0001**	0,056	0,107

**p<.01

Les styles éducatifs parentaux correspondent à un coefficient de régression de 0,10. Ainsi, on peut prévoir que si les styles éducatifs parentaux augmentent d'un point, alors les performances scolaires augmentent de 0,01 point. On est seulement certain à 95% que l'augmentation des performances scolaires sera comprise entre -0,02 et 0,04 point. A cette allure, il n'est pas sûr que l'on puisse considérer les styles éducatifs parentaux comme explicatifs des performances scolaires dans le modèle où on prend en compte à la fois les styles éducatifs parentaux et l'estime de soi, car $t = 0,70$ au seuil $p = 0,49$. Autrement dit, il n'y a pas d'effet entre les styles éducatifs parentaux et les performances scolaires. En ce qui

concerne l'estime de soi, elle correspond à un coefficient de régression de 0,08 ; ce qui suggère qu'une augmentation d'un point de l'estime de soi correspond à une augmentation de 0,08 point des performances scolaires. Ceci dit, on est sûr à 95% que cette augmentation des performances scolaires se situe entre 0,06 et 0,11 point. Ce coefficient de régression est significatif ($t = 6,28$; $p = 0,0001$). Autrement dit, l'estime de soi a un réel effet sur les performances scolaires.

Nous illustrons l'ensemble des relations par la figure ci-dessous :

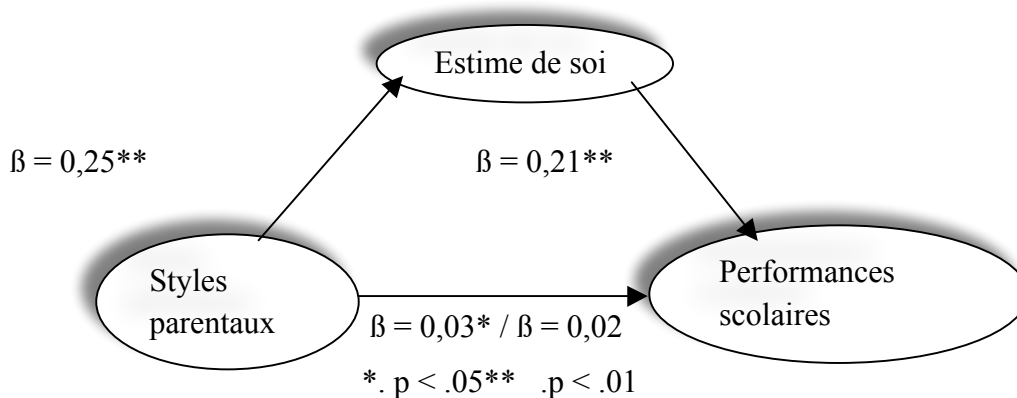


Figure 1: Relation entre les variables de l'effet médiateur

La figure ci-dessus fait voir, en somme, qu'en présence de la variable médiatrice qui est l'estime de soi, le style parental n'entretient plus de relation significative avec les performances scolaires. Nous déduisons un effet de médiation complète ou totale de l'estime de soi sur la relation entre le style parental et les performances scolaires des adolescents.

3- Discussion

Les conditions de la vérification de l'effet médiateur (Edwards et Lambert, 2007) de l'estime de soi sur le lien entre les styles éducatifs parentaux et les performances scolaires nous ont poussés à croiser les styles éducatifs parentaux avec les performances scolaires. Les résultats consignés dans le tableau 1 (*Modèle 1*) montrent l'existence de relation significative entre le style parental et les performances scolaires. Le style parental exerce une influence sur les performances scolaires. Cela est aussi démontré par Manscill et Rollins (1990), Dornbush et Darling (1992) et Duru-Bellat et Janrousse (1996). Toutes ces études reconnaissent que de toutes les personnes qui interviennent auprès de l'enfant ou adolescent, les parents exercent la plus grande influence sur la performance scolaire. Ainsi, un environnement positif à la maison, des attitudes positives face à l'éducation et face à l'école et des attentes élevées de réussite scolaire ont un effet notable, et ce, dans les différents milieux socioéconomiques (Terrill et Ducharme, 1994). Lorsque les parents manifestent de la chaleur et de l'intérêt à

l'égard de leur adolescent (engagement parental), supervisent ses allées et venues (encadrement) et favorisent son autonomie (encouragement à l'autonomie), l'adolescent réussit et se comporte mieux, s'absente moins en classe, fait preuve de plus d'autonomie et d'orientation vers le travail et se développe de manière optimale (Deslandes, Potvin & Leclerc, 2000 ; Rosenzweig, 2000 ; Steinberg, 2001). Toutefois, nos résultats sont contraires à ceux de Tazouti, Flieller et Vrignaud (2005). Ils ont trouvé un effet faible du style éducatif sur le niveau intellectuel. Cela expliquerait par d'une part, par le fait que notre travail porte sur les adolescents de collège tandis que celui de Tazouti, Flieller et Vrignaud (2005) a porté sur les enfants de CE1, et d'autre part par nos méthodes d'analyse des données : nous avons utilisé les analyses de régression tandis que les autres ont utilisé les analyses en pistes causales.

La deuxième exigence de l'effet médiateur nous a poussé à croiser la variable "estime de soi" avec la variable "performances scolaires". À la lumière du tableau 2 (*Modèle 2*), nous pouvons dire sans ambages que la qualité des performances scolaires varie selon l'estime de soi. Ce n'est pas Muller et al. (1988), Gbati (1988) et Rambaud (2009) qui nous démentiront. En effet, notre étude porte sur des adolescents de 14 ans. Dans la perspective de Piaget (1967), ils sont au stade des opérations formelles, donc capables de spéculer verbalement sur des données totalement intériorisées, selon des énoncés du type : "si..... alors". Les données à intérioriser peuvent provenir des différents domaines ou contextes dans lesquels se trouve ou vit l'adolescent. Selon Coopersmith (1967), c'est davantage à travers l'interaction avec ses enseignants, ses pairs et parents que l'enfant prend conscience de sa valeur en tant que personne. À l'école, le savoir est médiatisé par l'enseignant qui l'incarne. Dans sa relation avec les élèves, il « *joue le rôle le plus déterminant dans la réussite et la construction de l'image chez l'élève et donc ses conduites* » (Gbati, 1988, p.462). Son attitude à l'égard de l'élève est un paramètre important. Pour l'enfant, il est un interlocuteur privilégié sur lequel il reporte des affects liés à son vécu (Goumaz, 1991). C'est dire que le maître, s'il a des attitudes négatives vis-à-vis de l'élève, détruit l'estime de soi que l'élève a de lui-même et le prédispose à l'échec scolaire. Tout se passe selon le schéma de causalité circulaire suivant : le maître me juge mal - je ne vauds rien - je ne sais pas. Dans la famille, et d'après Meyer (1987), les enfants dont les parents manifestent de l'intérêt pour le travail scolaire ont une estime de soi valorisée et réussissent plus à l'école. Il va sans dire que, d'après R. Cloutier et A. Renaud (1984, p.12), « de bonnes relations familiales permettent un meilleur développement de l'estime de soi, de bons ajustements et une adaptation scolaire et sociale ».

Au sein du groupe de pairs aussi, la confiance du groupe est un stimulant à une estime de soi valorisée qui peut entraîner la réussite à l'école. Tout commence dans la famille. En effet, c'est par le biais des relations parent - enfant que les enfants apprennent à composer avec les standards, les mœurs et les traditions du groupe, et à coopérer avec les autres. Les foyers, où règne une atmosphère démocratique et où existent des relations harmonieuses entre les membres de la famille, favorisent le développement des valeurs socialement acceptables et une estime de soi valorisée. Par contre, lorsque les relations familiales sont marquées de désaccords, de punitions sévères et de règles autocratiques, l'enfant est prédisposé davantage à des modes d'agression socialement inacceptables et à une estime de soi dévalorisée. Ce qui agira inéluctablement sur ses performances scolaires (Cloutier et Renaud, op. cit.).

C'est dans l'intention de vérifier l'effet médiateur que nous avons croisé la variable indépendante que sont les styles éducatifs parentaux et la variable potentiellement médiatrice représentée par l'estime de soi. La lecture des résultats indiqués dans le tableau 3 (*Modèle 3*), montrent que les styles éducatifs parentaux influencent significativement l'estime de soi. Coopersmith (1967) et Kellerhalls et al (1992) trouvent les mêmes résultats. En effet, Coopersmith (op. cit.) constate que certaines attitudes parentales (acceptation de l'enfant, liberté avec limites clairement définies) sont en rapport avec une bonne image de soi. Les études de Kellerhalls et al (op. cit.) aboutissent à la conclusion que les styles éducatifs agissent sur l'estime de soi des adolescents. Le style contractualiste caractérisé par l'importance accordée à la créativité de l'enfant, à son autorégulation qui fait référence à l'aptitude de l'enfant à se donner des fins, à y adopter les moyens adéquats, l'autorité négociatrice et non coercitive, entraîne une estime de soi positive. Celle-ci influence, à son tour, la facilité avec laquelle le sujet effectue divers apprentissages, s'adapte aux diverses relations et tisse des relations sociales. Ce qui est déstabilisant pour l'enfant, et donc source de remise en question de sa valeur, ce sont des réactions éducatives incompréhensibles et imprévisibles pour lui, car dans ces cas, il n'arrive pas à trouver dans ses relations un minimum de stabilité et de reconnaissance, source d'assurance et de confiance en soi.

Le tableau 4 (*Modèle 4*) exhibe des résultats qui confirment que l'estime de soi chez les élèves est liée positivement aux styles éducatifs parentaux et aux performances scolaires. Les conditions de l'effet médiateur exigent qu'en présence de la variable médiatrice (estime de soi), la variable indépendante (styles éducatifs parentaux) n'a plus d'effet sur la variable dépendante (performances scolaires). À partir de l'on là, l'on pourrait affirmer que les styles éducatifs parentaux agissent sur les performances scolaires en passant forcément par l'estime

de soi. Précisons que la médiation de l'estime de soi, dans ce cas, est complète ou totale. Ces résultats vont dans le même sens de ceux de Song et Hattie (1984) qui constatent que les caractéristiques psychologiques familiales (attitudes éducatives, intérêt, évaluation-sanction) influencent directement l'image de soi et indirectement la performance scolaire. L'existence d'une telle relation permet de se rendre compte que réussir dans le contexte togolais, ne relève pas seulement de l'adoption de style éducatif chaleureux, l'estime de soi ne peut être ignorée. Dès lors, pour améliorer les performances scolaires, au lieu d'agir sur ces performances directement comme le font les enseignants, il serait pertinent d'agir sur les styles éducatifs parentaux et sur l'estime de soi.

Conclusion

L'objectif principal de cette étude était de montrer l'effet médiateur de l'estime de soi sur le lien entre les styles éducatifs parentaux et les performances scolaires chez les adolescents. À l'aide des analyses de régression hiérarchique, méthode 'pas à pas', l'étude a révélé un lien très fort entre, dans un premier temps, les styles éducatifs parentaux et les performances scolaires, dans un second temps un lien entre l'estime de soi et les performances scolaires, puis un lien entre les styles éducatifs parentaux et l'estime de soi. Le quatrième modèle mettant ensemble les styles éducatifs parentaux, l'estime de soi et les performances scolaires laisse voir qu'en présence de l'estime de soi, les styles éducatifs parentaux n'ont plus de lien significatif avec les performances scolaires. Cela a permis de déduire d'un effet de médiation complète de l'estime de soi. À partir de là, nous pouvons estimer que notre objectif, énoncé plus haut, est atteint. Cet état de fait nous pousse à proposer aux parents d'élèves d'adopter les styles éducatifs chaleureux ou démocratiques qui sont propices à l'émergence de l'estime de soi positive et donc aux bonnes performances scolaires. Toutefois, nous reconnaissons que notre étude s'est contentée d'interroger les adolescents. Des études futures pourraient s'intéresser aux parents pour appréhender les styles éducatifs parentaux à l'aide des observations directement faites dans les familles.

Références bibliographiques

- BARIAUD Françoise et BOURCET Claude, 1998, « L'estime de soi à l'adolescence », In Y. Prêteur et M. de Léonardis (Eds.), *Éducation familiale, image de soi et compétences sociales* (pp.29-60), Lausanne, Delachaux et Niestlé.
- BAUMRIND Diana, 1978, « Parental disciplinary patterns and social competence in children », *Youth & Society*, 9(3), p. 239-276.
- BAWA Ibn Habib, 2007, *Estime de soi et performances scolaires chez des adolescents (TOGO)*, Mémoire de DESS, Département de Psychologie Appliquée, Université de Lomé.

- BAWA Ibn Habib, 2011, Styles éducatifs parentaux, estime de soi et performances scolaires : étude auprès d'adolescents togolais de la préfecture de l'Ogou (Région des plateaux), Thèse de doctorat unique, Département de Psychologie Appliquée, Université de Lomé.
- BAWA Ibn Habib, (2015), «Les performances scolaires : quelle relation avec les styles éducatifs parentaux chez les élèves togolais ? », *Ingénierie culturelle*, 4, p. 123-136.
- BOUCHARD Pierrette, DESLANDES Rollandes et St-AMANT Jean-Claude, 1998, « Parents démocratiques et enfants autonomes. Dynamique familiale de la réussite scolaire? », *Service social*, 47(3-4), p. 221-246.
- BOUTEYRE Evelyne, 2004, *Réussite scolaire et résilience scolaire chez l'enfant de migrants*, Paris, Dunod.
- CLAES Michel, 2004, « Les relations entre parents et adolescents : un bref bilan des travaux actuels », *L'orientation scolaire et professionnelle*, 33, p. 205-226.
- CLEMENCE Alain, 2006, « *Le style d'éducation, facteur déterminant du développement de l'enfant* », communiqué de presse du Fonds National Suisse de la Recherche Scientifique, Berne : www.snf.ch/communiqu.
- CLOUTIER Richard et RENAUD André, 1984, «*Psychologie du développement : Enfance* », Laval, Presse Universitaire de Laval.
- COOPERSMITH Stanley, 1984, *Inventaire d'estime de soi de S. Coopersmith, SEI*, Paris, Les éditions du Centre de Psychologie Appliquée.
- CENTRE DE PSYCHOLOGIE APPLIQUÉE, 1984, *L'Inventaire d'Estime de Soi de S. Coopersmith*, Paris, Les Éditions du Centre de Psychologie Appliquée.
- DE LEONARDIS Myriam, et PRETEUR Yves, 2007, « Expérience scolaire, estime de soi et valeur accordée à l'école à l'adolescence », In Agnès Florin et Pierre Vrignaud (Eds.), *Réussir à l'école : les effets des dimensions conatives (personnalité, motivation, estime de soi, compétence sociales)*, Rennes, PUR.
- DESLANDES Rollandes, 1996, *Collaboration entre l'école et les familles : Influence du style parental et de la participation parentale sur la réussite scolaire au secondaire*, Thèse de doctorat, Université Laval, Psychopédagogie.
- DESLANDES Rollandes, POTVIN Pierre et LECLERC Danielle, 2000, « Les liens entre l'autonomie de l'adolescent, la collaboration parentale et la réussite scolaire », *Canadian Journal of Behavioural Science*, 32(4), p. 208-217.
- DURU-BELLAT Marie et JAROUSSE Jean-Pierre., 1996, «Le masculin et le féminin dans les modèles éducatifs des parents », *Économie et statistique*, 293(3), p. 77-93.
- EDWARDS Jeffrey Richard et LAMBERT Lisa Schurer, 2007, «Methods for integrating moderation and mediation: a general analytical framework using moderated path analysis», *Psychological Methods*, 12, p.1-22.
- FORTIN Laurier et STRAYER Francis, 2000, «Caractéristiques de l'élève en trouble de comportement et contraintes sociales du contexte », *Revue des sciences de l'éducation*, 25(1), 3-16.
- GAYET Daniel, 2004, *Les pratiques éducatives des familles*, Paris, PUF.
- GBATI Koffiwaï Yanakou, 1988, *Statut scolaire, estime de soi, représentation de l'avenir*, Thèse de doctorat, UFR de psychologie, Université de Lille III.

GOUMAZ Gaston, 1991, *Enseignant-Enseigné: Une estime de soi réciproque*, Genève, Éditions des Sables.

HARTER Susan, 1992, The relationship between perceived competence, affect and motivational orientation within the classroom: Processes and patterns of change, In R. K.

HEIDER Fritz, 1958, *The psychology of interpersonal relations*, New York, Wiley.

JOUVENET Louis-Pierre, 1985, *Échec à l'échec scolaire*, Paris, Privat.

KELLERHALS Jean, MONTANDON Cléopâtre, RITSCHARD Gilbert, et SARDI Massimo, 1992, « Le style éducatif des parents et l'estime de soi des adolescents », *Revue Française de Sociologie*, 33, p. 313–333.

LAMIA Alicia, 1998, « L'estime de soi chez les enfants français de 6 à 10 ans. Différence d'appréciation selon le sexe et l'âge », In Monique BOLOGNINI et Yves PRETEUR, (Eds.), *Estime de soi, Perspectives développementales*, Lausanne, Delachaux et Niestlé.

LAVOIE Gaston, 1993, « La relation entre le concept de soi, l'estime de soi et l'adaptation scolaire : implications psychologiques », *Apprentissage et socialisation*, 16, p. 131-142.

MANSCILL Craig et ROLLINS Boyd, 1990, «Adolescent self-esteem as an intervening variable in the parental behavior and academic achievement relationship», In B. K. Barber & B. C. Rollins (Eds.), *Parent-adolescent relationships*, New York, University of America Press.

MEYER Robert, 1987, « Image de soi et statut scolaire : influence des déterminants familiaux et scolaire chez des élèves du cours moyen », *Bulletin de Psychologie*, 382, p. 933-941.

MULLER Jean-Luc, GULLUNG Pierre et BOCCI Vincent, 1988, « Concept de soi et performances scolaires : une méta-analyse », *L'Orientation Scolaire et Professionnelle*, 17(1), p. 53-69.

NJIALE Pierre Marie, 1994, *Étude exploratoire des facteurs d'attribution causale des échecs à l'Université de Yaoundé*, Thèse Ph.D, Université Laval, Québec.

PERRENOUD Philippe, 1984, *La fabrication de l'excellence scolaire*, Genève, Droz.

PIAGET Jean, 1967, *La psychologie de l'intelligence*, Paris, PUF.

SONG In-Sub et HATTIE John, 1984, Home environment, self-concept and academic achievement: a causal modeling approach, *Journal of Educational Psychology*, 76, p. 1269-1278.

STEINBERG Laurence, 2001, «We know some things: Parent-adolescent relationships in retrospect and prospect», *Journal of research on adolescence*, 11(1), p. 1-19.

STEINBERG Laurence, LAMBORN Susie, DORNBUSCH Sanford et DARLING Nancy, 1992, «Impact of parenting practices on adolescent achievement: Authoritative parenting, school involvement, and encouragement to succeed», *Child Development*, 63, 1266-1281.

TAZOUTI Youssef, FLIELLER André et VRIGNAUD Pierre, 2005, « Comparaison des relations entre l'éducation parentale et les performances scolaires dans deux milieux socio-culturels contrastés (populaire et non populaire », *Revue française de pédagogie*, 151, p. 29-46.

TERRILL Ronald et DUCHARME Robert, 1994, *Passage secondaire-collégial: caractéristiques étudiantes et rendement scolaire*, Montréal, Sram, 2^e édition.

VÉCU ET PRATIQUE DE L'AUTOMÉDICATION CHEZ LES POPULATIONS DE SOKOURA (BOUAKÉ)

MAZOU Gnazegbo Hilaire
Université Alassane Ouattara
UFR Communication, Milieu et Société
Département de Sociologie et d'Anthropologie
Hilairemazou@yahoo.fr

Résumé

La population de Sokoura a été ciblée par plusieurs messages de sensibilisation portant sur les risques liés à la pratique de l'automédication. Malgré les mises en garde et les risques pointés par ces messages, ces communautés continuent toujours d'emprunter cet itinéraire thérapeutique en cas de besoins. La présente recherche vise à comprendre les raisons profondes qui justifient la pratique de l'automédication chez ces communautés. Pour répondre à cette préoccupation, l'enquête sur le vécu et la pratique de l'automédication a été menée au travers d'entretiens approfondis, auprès de 25 personnes à Sokoura dans la ville de Bouaké. Il ressort principalement de cette recherche que l'automédication demeure le premier recours thérapeutique des populations face aux principales maladies. De plus, le faible revenu des populations, l'ignorance et l'inaccessibilité des centres de santé justifient la pratique de l'automédication chez les populations de Sokoura.

Mots clés : Itinéraire thérapeutique, automédication, signification sociale, maladie, Sokoura, Bouaké, Côte d'Ivoire.

Abstract

The population of Sokoura has been targeted by several awareness messages about the risks associated with the practice of self-medication. Despite the warnings and risks pointed out by these messages, these communities continue to follow this therapeutic route when needed. The present research aims to understand the deep reasons that justify the practice of self-medication in these communities. To answer this concern, the survey on the experience and practice of self-medication was conducted through in-depth interviews with 25 people in Sokoura in the city of Bouaké. It emerges mainly from this research that self-medication remains the first therapeutic remedy for populations in the face of major diseases. In addition, the low income of the populations, the ignorance and the inaccessibility of the health centers justify the practice of the self-medication among the populations of Sokoura.

Key words: Therapeutic route, self-medication, social significance, disease, Sokoura, Bouaké, Côte d'Ivoire.

Introduction

La santé est d'autant plus précieuse qu'elle constitue le principal capital dans la construction de l'homme et de la société. De tout temps, cet homme au sein de sa communauté tente de se protéger contre les maladies, les agressions de l'environnement et les décès prématurés par plusieurs moyens tant financiers, matériels, spirituels, que médicaux

(Fainzang, 2001 ; OMS, 2014). Dans l'effort d'adaptation de l'individu à son environnement, le recours au médicament devient indispensable pour soigner la maladie. Toutefois, le médicament n'est pas un produit banal, il est à la fois une substance possédant des propriétés curatives et préventives à l'égard de la maladie, un potentiel poison quand les règles de stockage et de conservation le concernant ne sont pas respectées (Pouillot et al., 2008).

C'est ainsi que l'utilisation efficace et rationnelle des médicaments devient une question prioritaire de santé publique. L'usage rationnel des médicaments suppose que les patients reçoivent des médicaments adaptés à leur état clinique, dans des doses qui conviennent à leurs besoins individuels, pendant une période adéquate et au coût le plus bas pour eux-mêmes et leur collectivité (OMS, 2014). Nonobstant les efforts consentis, en vue du bien-être sanitaire des populations, l'automédication demeure le premier recours thérapeutique dans les pays en développement. Depuis plusieurs années, le trafic et la vente de médicaments de rue se lèguent comme un lucratif business organisé à l'échelle ouest-africaine (Ghana, Guinée, Nigeria et Côte d'Ivoire). Plusieurs médicaments sont donc vendus sur le marché sans être autorisés par les services sanitaires ivoiriens, mais cela n'inquiète en rien certaines personnes qui préfèrent se ravitailler auprès des vendeurs de rues et les arguments ne manquent pas pour défendre ce choix (Suy, 2011).

Dans bien de cas, l'automédication qui consiste à utiliser un médicament sans prescription médicale en vue de traiter une affection ou un symptôme identifié, est souvent privilégiée pour plusieurs raisons : le moment d'apparition des premiers symptômes, la signification sociale de la maladie, le faible revenu des populations, l'éloignement des centres de santé et la richesse du répertoire thérapeutique traditionnel (Pérez-Diaz, 2000 ; Pavageau, 1996 ; Passeron, 2006 ; Ridde, 2011).

La Côte-d'Ivoire, à l'instar des autres pays en développement, n'échappe pas à l'automédication qui constitue le premier recours thérapeutique des populations, malgré les nombreuses campagnes de sensibilisations et les mesures répressives prises par les autorités contre ce phénomène social. Bouaké (Deuxième grande ville de la Côte d'Ivoire, après Abidjan), précisément Sokoura, n'est pas en reste, l'automédication est une pratique des plus courantes qui est en pleine expansion.

Le choix de ce sujet se justifie par le fait que l'automédication qui se définit comme étant la consommation de médicaments sans prescription médicale est devenue une pratique de plus en plus courante chez les populations en cas de besoin. Plusieurs travaux de recherche ont davantage ciblé les principaux problèmes de santé liés à l'automédication, notamment, les reins, les poumons, le pancréas, le foie ou la vésicule biliaire, qui sont des zones pouvant être

sérieusement endommagées par cette pratique. Les logiques sociales qui la structurent et les facteurs qui la conditionnent sont nombreux et variés. Elle peut avoir des conséquences désastreuses si elle n'est pas canalisée par le système de santé dans les pays en développement. En effet, dans la plupart des pays développés, les dispositions sont prises par les autorités sanitaires pour éviter les excès préjudiciables à la santé et au porte-monnaie (Pérez-Diaz, 2000 ; Ridde, 2011). Ce qui n'est malheureusement pas le cas dans la grande majorité des pays en développement où le niveau d'instruction, l'ignorance et le faible revenu des populations exacerbent les risques et les dangers liés à l'automédication.

Cette recherche s'intéresse au cas spécifique de Sokoura dans la ville de Bouaké, pour comprendre les facteurs qui justifient la pratique de l'automédication, en vue d'aider les politiques publiques à canaliser et à contrôler la consommation des médicaments en Côte d'Ivoire.

MATERIELS ET METHODES

Le cadre méthodologique de cette recherche comporte entre autres, la nature de l'étude, les techniques de collecte de données et la démarche théorique.

1. Nature de l'étude et échantillonnage

Le choix de Sokoura pour cette recherche se justifie par sa situation géographique (à côté du grand marché) et par sa forte concentration démographique et surtout ethnique (quartier essentiellement peuplé par les Nordistes et les allogènes Burkinabé et Malien). La méthode qualitative de tradition phénoménologique a été privilégiée pour comprendre le sens que ces populations donnent au phénomène de l'automédication. Cette enquête s'est intéressée à trois types de populations cibles pour la collecte des données. Il s'agit entre autres, des consommateurs de médicaments (ménages et acheteurs), des vendeurs de médicaments et des agents de santé. La problématique de cette recherche porte sur la perception du risque et pratique de l'automédication. Au départ de cette recherche, l'enquête exploratoire a permis de questionner un certain nombre de ménages, en vue d'établir le lien entre les populations et le phénomène de l'automédication. Il est ressorti que certaines personnes interrogées pratiquent effectivement l'automédication à travers l'achat et l'utilisation des médicaments sans aucune prescription médicale. Ce premier niveau d'approche a permis de restreindre la recherche autour de quelques enquêtés aux profils pertinents pour comprendre en profondeur le comportement des populations qui ont toujours

recours à l'automédication en cas de besoin. En fonction de la réalité du terrain, nous avons choisi 25 personnes ayant déjà une expérience de l'automédication et disposés à en parler.

2. Techniques de collecte de données

L'étude a été menée entre mai et juillet 2016 au quartier Sokoura situé au centre de la ville de Bouaké. D'abord à partir de l'observation directe, nous avons été témoin de certaines transactions entre différents acteurs de l'automédication, notamment les acheteurs ou utilisateurs des médicaments et les vendeurs au pont Djibo, au petit marché de Sokoura et aux abords des différents lieux de vente de médicaments. Ensuite, les données secondaires, essentiellement bibliographiques, puis les données primaires collectées auprès des différents acteurs (acheteurs ou utilisateurs de médicaments, vendeurs de médicaments et médecin-chef de la formation sanitaire urbaine de Sokoura), ont permis non seulement d'avoir des connaissances additionnelles sur le phénomène de l'automédication, mais aussi et surtout de comprendre la signification sociale de l'automédication à partir des propos et discours tenus par les personnes enquêtées à Sokoura.

La théorie de l'habitus a été mobilisée pour analyser les données collectées. Cette théorie inspirée par Bourdieu est un principe générateur de représentations et de pratiques qui stipule que l'individu est structuré par sa classe sociale d'appartenance, un ensemble de règles, de conduites et de croyances. Ces dispositions acquises vont influencer sa manière de voir, de se représenter tout un ensemble de choses sans en avoir conscience. La théorie de l'habitus a permis de comprendre et d'analyser la signification sociale de l'automédication en lien avec les pratiques thérapeutiques des populations de Sokoura. Selon cette théorie, le rôle de malade se construit et se vit en interaction avec les autres, en accord avec leurs représentations de la maladie et du traitement qui s'impose. (Bourdieu, 1987 ; Jodelet, 1989).

RÉSULTATS DE LA RECHERCHE

Les résultats de cette enquête s'articulent autour de trois principaux axes. Il s'agit notamment de : (i) Les facteurs déterminants la pratique de l'automédication (ii) Automédication comme premier recours thérapeutique pour les populations de Sokoura (iii) Perception sociale de l'automédication chez les populations de Sokoura.

1. Facteurs déterminants la pratique de l'automédication à Sokoura.

L'enquête de terrain portant sur la pratique de l'automédication à Sokoura a montré que plusieurs facteurs justifient le recours thérapeutique des populations. Il s'agit notamment, des

difficultés d'accès aux soins médicaux, de la signification sociale de la maladie et des relations de confiance entre vendeurs de médicament et population.

1.1- Difficultés d'accès aux soins médicaux

Les difficultés d'accès aux soins médicaux concernent entre autres, le coût des médicaments et des prestations, le faible revenu des populations, l'accessibilité géographique des structures de soins et l'accueil.

L'enquête de terrain a montré que le coût des médicaments et des prestations constitue l'une des principales causes évoquées par les populations de Sokoura pour justifier la pratique de l'automédication. Comme le témoignent les différents propos des enquêtés.

« On vient ici par manque d'argent, ça coûte moins cher, pour faire une consultation faut payer carnet, examen de sang qui est chère, tout cela n'a rien avoir avec les médicaments » (N, Commerçant)

« Les médicaments sont chers à l'hôpital, car un médicament qui coûte 750frs ici, vaut 11000frs à l'hôpital et en pharmacie » (Y, Menuisier).

« Les soins médicaux sont très coûteux » (Mme T, ménagère à Sokoura).

L'enquête de terrain a aussi révélé que les populations éprouvent d'énormes difficultés pour accéder aux soins médicaux à cause de la faiblesse de leurs revenus. C'est justement cette situation qui justifie le fait que cette population s'oriente davantage vers la pratique de l'automédication. Comme le reconnaissent respectivement K, N, C et A à travers leurs différents propos.

« Ce n'est pas par ce que nous sommes rassurés par les médicaments de'' la pharmacie par terre'' que nous les achetons, nous les achetons soit pour juste nous soulager ou le plus souvent par ce qu'on n'a pas le choix, par manque de moyen financier » (K, Commerçant).

« C'est par manque de moyens, on ne gagne pas grand-chose » (N, commerçant).

« L'hôpital est pour les riches, donc nous allons lorsque tout espoir est perdu, je me procure les médicaments chez la vendeuse » (C., habitant de Sokoura).

« Je préfère la médecine moderne, mais je n'ai pas les moyens financiers et les centres de santé sont éloignés de chez moi cause pour laquelle je me procure les médicaments chez la vendeuse du quartier » (Mme A., ménagère).

Même le médecin-chef de la formation sanitaire urbaine de Sokoura est conscient de cette réalité. Selon lui, le faible revenu et le niveau d'instruction éloignent davantage les populations des centres de santé au profit de l'automédication.

« La pauvreté, la cherté, l'ignorance, le manque de sensibilisations, de communication et d'informations, l'analphabétisme et l'accessibilité des médicaments sont à la base des difficultés de la population » (Dr N, Médecin généraliste).

Toujours selon le médecin-chef,

« Les coûts des consultations varient en fonction du privé ou le public et en fonction du grade du professionnel de santé, au public c'est généralement entre 2000fcfa et 2500fcfa pour les généralistes et entre 5000fcfa et 10000fcfa pour les spécialistes. Au privé les coûts varient selon la clinique, mais sont un peu plus élevés qu'au public » (Dr N, Médecin généraliste).

La pratique de l'automédication est appréciée par les populations de Sokoura parce qu'elle est vue comme un processus immédiat et moins coûteux qui permet de gagner en temps, en énergie physique et en argent. Alors qu'au niveau des centres de santé, les soins se déroulent selon un long processus qui revient plus coûteux et lassant pour le patient, Comme l'attestent ces propos.

« La vendeuse de médicaments me demande ce que j'ai, elle cherche et me donne le médicament et me dit c'est très bon pour calmer ton mal et ce processus est gratuit c'est le médicament seulement qu'on achète moins cher » (Mlle K, Sanitaire sociale)

Toujours selon Mlle K,

« A l'hôpital, on passe par le bureau des entrées, on paye un ticket (500fr ou 2000fr ça dépend du lieu), carnet, arriver chez les aides-soignantes, tu donnes des explications et tu payes gants 100fr, on prend ton poids, ta température, ta taille et on note tout dans ton carnet, on te conduit chez le médecin tout ça c'est trop long ».

Le médecin-chef reconnaît à travers son propos que certes le processus auquel obéit le diagnostic est long, mais très nécessaire pour avoir des précisions sur le mal avant tout traitement.

« Il y a d'abord la première étape (l'accueil, l'installation, l'enregistrement) ensuite la deuxième (identité, motif de consultation, antécédent du malade) enfin la troisième (examen physique du malade avec la prise de constantes) avant que le médicament ne soit prescrit » (Dr N, Médecin généraliste).

À côté des coûts liés aux médicaments et aux différentes prestations, les populations enquêtées, ont aussi fait allusion à l'accessibilité géographique des structures de soins. En effet, pour les populations de Sokoura, la distance qui sépare les différents centres de santé à leur lieu de résidence (non loin des vendeurs ambulants de médicaments) justifie leur recours thérapeutique. Les différents propos tenus par les enquêtés permettent de rendre compte de cette réalité.

« Si la maladie n'est pas grave, je paye les médicaments avec les vendeuses, car les centres de santé sont éloignés » (C, Jeune de Sokoura).

« C'est pour un besoin pressant que je pratique l'automédication, car à certains endroits il n'y a pas de centre de santé » (B, Agent d'état civil).

« Les centres de santé sont très éloignés et la maternité qui est ici n'a pas tout le nécessaire pour faire face à un cas grave » (Z, Vendeur de médicaments à Sokoura).

« Les centres de santé sont les plus adaptés à accueillir la population, mais par leur éloignement, la population vient vers nous pour acheter des médicaments » (S, Vendeur de médicaments à Sokoura)

La qualité de l'accueil et la ponctualité des agents ont aussi été mentionnées par les populations enquêtées comme un obstacle à la fréquentation des structures de santé au profit des médicaments de la rue. Comme l'atteste d'abord monsieur A., à travers

« Aller à l'hôpital est une perte de temps puisque l'accueil est mal, les agents ne sont pas ponctuels et aussi nous renvoie dans le privé » (A, Vulcanisateur à Sokoura)

Ensuite, Mlle F., *« Les centres de santé représentent dans la logique le milieu idéal pour se soigner, mais à cause de l'accueil, le coût élevé des consultations, des médicaments, c'est pourquoi nous préférons nous procurer les médicaments là où nous nous sentons bien » (Mlle F, jeune fille de Sokoura).*

Enfin, Mme T., *« Les médecins ne viennent pas vite, on accueille mal les patients, les centres de santé sont très mal entretenus et souvent les docteurs ne viennent pas à temps » (Mme T, ménagère à Sokoura).*

Il ressort donc que les centres de santé ne sont pas appréciés par les populations enquêtées à Sokoura à cause de la cherté des médicaments et des consultations, l'éloignement des structures de soins, l'accueil et la propreté des locaux. De plus, tout comme la santé, la maladie est un phénomène que chacun est appelé à définir selon sa perception, son groupe d'appartenance, sa société et sa culture. Dans le contexte particulier de Sokoura, il y a d'un côté, des maladies jugées graves qui nécessite l'avis du médecin. Et de l'autre côté, des maladies jugées bénignes donc moins graves pour lesquelles l'on n'a point besoin de consulter un spécialiste. Il s'agit notamment du paludisme, de la fatigue, des courbatures, des douleurs et autres. Ces maladies sont vécues comme quelque chose de commun, de banal par les populations enquêtées. Il suffit simplement d'aller voir le vendeur de médicaments dans le quartier pour se procurer de quoi soulager le mal du moment. Cette réalité est mise en exergue par les différents propos des enquêtés.

« C'est juste pour les petits maux que je suis venue acheter des médicaments »

(Mme B, Prof de Lycée).

« Si la maladie n'est pas grave, je paye les médicaments avec les vendeuses, car les centres de santé sont éloignés » (C, Jeune de Sokoura).

1.2- Relations de confiance entre vendeurs de médicaments et population

Les résultats de l'enquête ont aussi montré qu'il existe une relation de confiance entre les vendeurs de médicaments et la population de Sokoura parce que selon monsieur K commerçant,

« Les ménages, les familles sont très proches des vendeurs de Sokoura, car le quartier est comme un petit village où toutes les personnes se connaissent presque. Nous entretenons donc des liens fraternels, d'amitié entre vendeurs et acheteurs »

Dans la même logique, *«Je n'ai aucun problème d'avec les vendeurs de médicaments puisque ceux que je connais sont mes parents, mes amis ou des connaissances » (Mlle I, jeune fille de Sokoura)*

Les vendeurs de médicaments ne nient pas la complicité et la bonne ambiance qui règnent entre eux et leurs différents clients à travers ces propos.

« La relation qui existe entre nous c'est la relation, de client et de conseiller, de parent et de confident... » (I, vendeur de médicaments à Sokoura)

« Puisque nous sommes toujours ensemble même quand ils ne sont pas malades et certains clients sont des parents, des amis et des connaissances » (O, vendeuse de médicaments à Sokoura)

Même le médecin-chef de la formation sanitaire urbaine de Sokoura reconnaît cette complicité entre vendeurs et acheteurs de médicaments de la rue.

« Ils sont amis, parents, connaissances... ils vivent ensemble et font presque tous ensemble, c'est donc normal qu'ils entretiennent de bonnes relations, et on ne peut nier qu'elles sont favorables » (Dr N, Médecin généraliste).

L'harmonie, la confiance et le respect qui règnent entre la population de Sokoura et les vendeurs de médicaments sont favorables à la pratique de l'automédication qui constitue, le premier recours thérapeutique pour ces populations en cas de besoin.

2. Automédication comme premier recours thérapeutique pour les populations de Sokoura

Les populations enquêtées à Sokoura choisissent, l'automédication comme premier recours thérapeutique en cas de besoin. En effet, en fonction de l'état de santé, du mal du moment, de la perception de la maladie, les enquêtées choisissent un parcours de soins en lien avec l'automédication pour recouvrer non seulement la santé personnelle, mais aussi celle de

la famille tout entière. Certains enquêtés préfèrent utiliser les médicaments pharmaceutiques achetés auprès des vendeurs de la rue. Comme l'attestent ces enquêtés venus acheter des médicaments au petit marché de Sokoura et au pont Djibo.

« Comme j'ai souvent des maux de tête, donc j'achète des médicaments pour garder et prendre peu à peu pour calmer mon mal » (T, vulcanisateur).

« Lorsque je suis souffrant, je viens ici me procurer quelques soins » (K., à la retraite).

« Ce n'est pas pour moi en tant que tel, je sais quel médicament prendre, c'est quand il y a un cas de maladie que j'achète des médicaments, donc c'est en fonction de la maladie que je choisis un soin » (N., commerçant).

« Je suis juste venu acheter pour traiter le mal de mon fils et conserver d'autre pour la famille, c'est quand il y a un mal que je choisis un soin, mais souvent je paye des paracétamols, deux couleurs et d'autres pour traiter la fatigue et le palu avant qu'elles ne s'aggravent » (D., magasinier).

Les différents propos des acheteurs et utilisateurs des médicaments de la rue sont corroborés par ceux des vendeurs desdits médicaments à travers,

« Quand l'individu est malade, il vient directement chez moi pour prendre des médicaments puisque nous sommes très proches d'eux » (S., vendeur de médicaments)

« Ils viennent directement me voir face à un cas de maladie et je leur donne ce qui peut les soigner et les soulager, en plus mes médicaments sont moins chers » (Mme T., vendeuse de médicaments).

« En cas de maladie, le malade vient chez moi pour acheter des médicaments pour calmer son mal, c'est les mêmes médicaments qui sont en pharmacie et à l'hôpital encore plus chers » (P., vendeur de médicaments).

« Face à un cas de maladie, la population se rendre auprès de nous pour bénéficier des premiers soins dans le but de calmer le mal et après envoyer le cas à l'hôpital si cela persiste » (Mlle Z., vendeuse de médicaments).

D'autres préfèrent la médecine traditionnelle caractérisée par les plantes locales pour se soulager en cas de maladie. Cela est justement traduit par les propos suivants.

« Je préfère la médecine traditionnelle, car elle est à base de plante donc très naturelle »

(Mlle I., ménagère à Sokoura).

« Je suis à cheval sur les deux pratiques, car les deux se complètent. Mais plus pour la médecine traditionnelle qui joue pleinement son rôle en servant d'appui à la médecine moderne » (C., habitant de Sokoura).

« Je préfère la médecine traditionnelle par ce qu'elle me revient moins chère et est très efficace » (M., commerçant)

Il ressort que l'achat et l'utilisation des médicaments de la rue d'une part, la médecine traditionnelle d'autre part, constituent le premier recours de soins chez les populations de Sokoura.

3- Perception sociale de l'automédication chez les populations de Sokoura

Il s'agira ici de mettre en évidence le niveau de connaissance des populations en matière d'automédication, la perce sur l'automédication à partir des discours des enquêtés et la perception du risque en lien avec l'automédication.

3.1- Niveau de connaissance des populations vis-à-vis de l'automédication

L'enquête de terrain a montré que l'automédication est perçue par les populations enquêtées (utilisateurs et vendeurs de médicaments) à Sokoura, comme une pratique qui consiste à trouver des médicaments, à se soigner sans l'avis d'un spécialiste, d'un professionnel de santé. Les différents propos des utilisateurs et vendeurs de médicaments de la rue permettent justement d'apprécier leur niveau de connaissance vis-à-vis de l'automédication.

« *C'est se soigner, c'est une pratique qui consiste à se soigner sans passer par les normes médicales, se passant des normes médicales légales* » (K, commercial)

« *C'est le fait de prendre des médicaments, se soigner sans l'avis d'un spécialiste* » (B, enseignant)

« *C'est le fait de trouver les médicaments chez une autre personne sans consulter, sans l'avis d'un médecin* » (D, magasinier en train d'acheter des médicaments hors pharmacie)

« *C'est prendre des médicaments sans l'avis d'un médecin* » (Mlle Z, vendeuse de médicaments)

« *C'est prendre un médicament proposé pour se soigner sans consulter un médecin* » (T, vendeur de médicaments).

Utilisateurs et vendeurs de médicaments sont tous unanimes que l'automédication est une pratique qui va à l'encontre des normes médicales selon lesquelles, les patients reçoivent des médicaments adaptés à leur état clinique, dans des doses qui conviennent à leurs besoins individuels, pendant une période adéquate. Qu'en est-il alors de l'opinion des populations enquêtées sur de l'automédication ?

3.2- Opinion des enquêtés sur la pratique de l'automédication

Les populations de Sokoura recourent premièrement et systématiquement à l'automédication (achat et utilisation de médicaments de la rue) en cas de besoin. En effet, selon les utilisateurs des médicaments de la rue, l'automédication est une bonne chose parce qu'elle permet non seulement de les soulager, mais aussi, elle constitue une réponse à la pauvreté. Comme l'attestent leurs différents propos.

« Je pense que l'automédication est une bonne chose, elle me permet de me soigner de ce dont je souffre à moindre coût » (A, pneumatique).

« L'automédication convient pour les maladies simples et profite aussi aux plus nécessiteux » (K, ménagère)

« C'est une bonne pratique puisqu'elle me soulage et me délivre de mon mal et tous les produits qui sont en pharmacie se trouvent ici et moins chère, donc j'encourage cette pratique » (M, commerçant en train de se procurer des médicaments hors pharmacie).

C'est aussi le point de vue de Mme T,

« C'est une bonne pratique dans la mesure où elle permet à un bon nombre de la population de se soigner moins chère, car les frais dans les centres de santé coûtent chers ».

Pour les vendeurs de médicaments au petit marché de Sokoura et au pont Djibo, l'automédication est une meilleure pratique qui a le mérite d'être vulgarisée et développée en Côte-d'Ivoire. Elle est même une pratique conseillée par ces vendeurs, parce qu'elle permet selon eux, aux personnes économiquement défavorisées de prendre en charge leur santé et celle de leurs familles respectives à moindre coût. Comme le témoignent respectivement Mr P et Mlle O, vendeurs de médicaments au petit marché de Sokoura et au pont Djibo.

« La pratique de l'automédication est une bonne pratique puisque les clients qui viennent acheter les médicaments souffrent de maladie simple (mal de tête, palu, fatigue) et d'autres viennent avec des ordonnances pour acheter les médicaments ».

« L'automédication est une réponse à la pauvreté, tout le monde n'a pas d'assurance pour se soigner et être remboursé cause pour laquelle la population s'oriente vers la pratique de l'automédication qui reste la meilleure, la plus rapide et moins coûteux. L'automédication a le mérite d'être encouragée et même développer en Côte-d'Ivoire ».

L'enquête de terrain a montré qu'utilisateurs et vendeurs de médicaments sont tous unanimes sur les biens faits de l'automédication. Selon ces enquêtés, cette pratique a le mérite d'être encouragée parce qu'elle constitue une réponse à la pauvreté.

ANALYSE ET DISCUSSION

Depuis toujours, l'homme a éprouvé le désir de se protéger contre les maladies, les agressions de l'environnement et les décès prématurés (Fainzang, 2001 ; OMS, 2014). Dans cette perspective, le premier recours thérapeutique dans la majorité des pays en développement, demeure l'automédication qui consiste dans le fait qu'un individu recoure à un médicament, de sa propre initiative ou de celle d'un proche, dans le but de soigner une affection ou un symptôme qu'il a lui-même identifié, sans avoir recours à un professionnel de santé (OMS, 2000).

En Afrique, plusieurs travaux ont présenté les prévalences ainsi que les caractéristiques de l'automédication, constituées essentiellement de ses motivations (coût élevé de la prise en charge des malades dans les formations sanitaires, faible pouvoir d'achat, insuffisance en infrastructures et personnels sanitaires, banalisation de certaines maladies et absence d'éducation sanitaire). En effet, l'insuffisance de moyens financiers conduit certains individus à ne plus respecter l'itinéraire protocolaire qui est considéré à leur niveau comme un surplus de dépenses pour un malade qui vit dans une situation de précarité économique. L'automédication qui est un phénomène de société, est aussi une réponse à la pauvreté et constitue donc une alternative pour les catégories socialement défavorisées (Valentin et al., 2015).

C'est ainsi que la vente illicite des médicaments devient, une réponse pour ceux qui ne peuvent pas accéder aux soins médicaux par les voies officielles. La consultation débouche sur des médicaments au coût élevé que doivent payer des familles ou des chefs de ménages aux revenus faibles, il n'est pas étonnant que le système secrète des solutions de remplacement qui les orientent vers les marchés parallèles pour se procurer des médicaments en fonction de leur bourse (Kodjo, 2007). C'est dans cette même logique que s'inscrit cette recherche conduite auprès des populations de Sokoura, qui choisissent l'automédication comme premier recours thérapeutique en cas de besoin de santé. Selon les enquêtés, cette pratique est motivée par les facteurs comme, les difficultés d'accès aux soins médicaux, la signification sociale de la maladie et les relations de confiance entre vendeurs de médicaments et consommateurs.

Pour notre part, l'une des causes de la persistance de l'automédication en Afrique de façon générale, en Côte d'Ivoire en particulier, est liée à l'incapacité des autorités à résoudre la question de l'accès aux soins médicaux pour les plus démunis. En effet, les populations optent pour l'automédication parce que les consultations médicales sont de plus en plus chères. Avoir l'avis d'un médecin sur son état de santé qu'il s'agisse d'une consultation dans

le public ou dans les cliniques coûte énormément. De plus, des malades ne sont pas souvent reçus au niveau de certains centres de santé parce qu'ils n'ont pas pu s'acquitter de la somme qui leur donne droit aux soins médicaux. Les coûts des consultations varient selon les quartiers, selon les communes et selon la gravité de la maladie. Après cette première étape qui consiste à payer pour rencontrer un médecin et avoir son avis, les malades doivent aussi faire face au coût très élevé des médicaments.

Aujourd'hui, seuls les plus aisés ont accès aux produits sortis droit des pharmacies. Les autres, beaucoup plus nombreux, sont obligés de recourir aux médicaments bon marché auprès des pharmaciens ambulants. Car aucun traitement n'est vraiment accessible et les pharmacies de rue sont la solution avec un traitement pour presque rien. Par ailleurs, si les facteurs socio-économiques sont importants dans la justification de l'automédication, d'autres facteurs non économiques tels que la signification sociale de la maladie et les relations de confiance entre vendeurs de médicaments et consommateurs pourraient contribuer à la compréhension du phénomène (Pérez-Diaz, 2000 ; Pavageau, 1996 ; Passeron, 2006 ; Ridde, 2011).

Cependant, l'automédication, est devenue un phénomène émergent et menaçant de plus en plus la santé publique dans la majorité des pays en développement, où la faiblesse des moyens d'éducation, les problèmes socio-économiques, l'absence d'information, de sensibilisation sur les risques liés aux mauvais usages des médicaments exacerbent les risques et les dangers du phénomène (OMS, 2014 ; Pouillot et al., 2008 ; OMS, 2000).

En revanche, dans la plupart des pays développés, l'automédication a de multiples avantages parce que des dispositions ont été prises pour éviter ses excès qui sont préjudiciables à la santé. Elle a donc toute sa place, pour traiter les maux bénins dont la prise en charge n'est plus considérée comme prioritaire par la collectivité. Elle incite les personnes à gérer, elles-mêmes, leur santé et désengorge les cabinets médicaux et les urgences. Lorsque la pathologie est identifiée, c'est un premier pas dans le parcours de soin (Bonnici, 1997 ; Parrot, 2007).

Conclusion

La santé apparaît comme une qualité supérieure de la vie, une plénitude heureuse d'être, de relation et d'activité. Cette vision dynamique montre que la santé est le bien, le plus précieux que chacun est appelé à définir selon le moment, la perception, le groupe d'appartenance, la société et la culture. Pour optimiser son bien-être, l'homme tente de composer avec son environnement par diverses actions, dont l'automédication qui consiste à

choisir et à utiliser un médicament sans prescription médicale. A Sokoura, l'automédication demeure le premier recours thérapeutique en cas de besoin de santé. Cette pratique est caractérisée par l'utilisation des médicaments bon marché auprès des pharmaciens ambulants avec tous les risques possibles. De même, le recours aux plantes locales devient un phénomène de plus en plus émergent. Plusieurs facteurs justifient le choix du recours thérapeutique des populations enquêtées. Ce sont entre autres, les difficultés d'accès aux soins médicaux, la signification sociale de la maladie et les relations de confiance entre vendeurs de médicaments et population. À défaut d'éradiquer définitivement l'automédication qui expose les consommateurs à de graves risques sanitaires, des efforts quant à l'usage rationnel des médicaments méritent d'être conjugués en vue du contrôle et de la maîtrise du phénomène par les personnels de santé en accord avec les autorités politiques. Tout cela passe par le renforcement de la sensibilisation des populations, la promotion des médicaments génériques essentiels, l'amélioration de leur accessibilité et la mise au point d'une interface de concertation entre médecine traditionnelle et biomédecine.

Références bibliographiques

BONNICI Bernard, 1997, *Les Politiques et Protection sociale*, Paris, PUF.

BOURDIEU Pierre, 1987, *Choses dites*, Paris, éd. Minuit.

CHIRIBAGULA Bashige Valentin et al., 2015, « Prévalence et caractéristiques de l'automédication chez les étudiants de 18 à 35 ans résidant au Campus de la Kasapa de l'Université de Lubumbashi », *The Pan African Medical Journal* - ISSN 1937-8688

FAINZANG Sylvie, 2001, *Médicaments et sociétés. Le patient, le médecin et l'ordonnance*, Paris, PUF.

JODELET Denis, 1989, *Folies et représentations sociales*, Paris, PUF

KODJO Emile, 2007, « Côte d'Ivoire : Pharmacie de la rue, ces médicaments qui tuent » in *Fraternité Matin* (Abidjan), publié sur le web le 4 juillet 2007.

OMS, 2000, « Guidelines for the regulatory assessment of medicinal products for use in self-medication », WHO/EDM/QSM/002000

OMS, 2014, « Usage rationnel des médicaments », Rapport d'activité consulté le 15/05/2017

PARROT Jean, 2007, « Automédication - Médecine des Arts », *Bulletin de l'Académie nationale de médecine*, tome 191, N°8, P.34-50.

PASSERON Jean Claude, 2006, *Le raisonnement sociologique : un espace non-poppérien de l'argumentation* (édition refondue et augmentée), Paris, Albin Michel.

PAVAGEAU Colette, 1996, « De l'habitat végétal à la construction de la ville », *Économie de La Réunion*, 82-83, p. 66-73.

PEREZ-DIAZ Claudine, 2000, « Quelle information sur le risque sanitaire demandé aux statistiques pénales ? », *Revue française des affaires sociales*, 1, p. 63-72.

POUILLOT Regis et al., 2008, « Le circuit informel des médicaments à Yaoundé et à Niamey : étude de la population des vendeurs et la qualité des médicaments distribués», *Bull Soc Pathol Exot* ;101(2) :113-8.

RIDDE Valéry, 2011, « Politiques publiques de santé, logiques d'acteurs et ordre négocié au Burkina Faso », *Cahiers d'études africaines*, vol. LI, n° 1, p. 115-143.

SUY Kahofi, 2011, « Abidjan/Médicament de rue : Une omerta autour du trafic», in *Côte d'Ivoire SOS*, P. 1-3

**ENJEUX ET SYMBOLISME DE LA RÉTRIBUTION DE L'INFORMATEUR
DANS UNE RELATION D'ENQUÊTE EN ANTHROPOLOGIE**

ZERBO Roger

Anthropologue, Chargé de recherche
CNRST/INSS Ouagadougou
roger.zerbo@gmail.com

Résumé

Il est fréquent d'entendre dans les milieux académiques que l'information ne s'achète pas dans le cadre d'une enquête anthropologique. Pourtant les réalités du terrain et les pratiques de recherche laissent percevoir une forme de transaction implicite entre le chercheur et ses informateurs qui participent à la recherche. Le participant à une recherche souhaite-t-il être nécessairement rémunéré ? Le chercheur se sent-il dans l'obligation de récompenser son informateur pour le don précieux qu'il a fait en lui communiquant des informations. La qualité du *corpus* et des connaissances produites n'est-elle pas influencée par cette transaction souterraine qu'est la « récompense pour son temps » ? Je souhaite centrer notre analyse sur cette phase des interactions discrète dans la production des savoirs anthropologiques.

Mots clés : Anthropologie, enquête, rétribution, informateur, humanisme.

Abstract :

It is common to hear in academic circles that information cannot be bought in the context of an anthropological research. Yet the realities of the field and the research practices reveal a form of implicit transaction between the researcher and the informants who participate in the research. Does a participant involved in a research expect payment? Does the researcher have to feel obliged to reward his informant for the precious gift he gave by providing him with some information? Are the quality of the corpus and the knowledge produced influenced by this underground transaction of "reward for its time"? We want to focus our analysis on this phase of discrete interactions in the production of anthropological knowledge.

Key words: Anthropology, research, retribution, informant, humanism

Introduction

Plusieurs travaux et analyses ont porté sur les situations d'enquêtes à travers les relations entre les acteurs, les contraintes culturelles, les sujets sensibles, les risques d'insécurité, la disparition totale ou imminente des objets d'études (J. Copans, 1974). Les recherches anthropologiques suscitent toujours des interrogations sur la posture idéale du

chercheur, et son attitude vis-à-vis des enquêtés afin de lui permettre d'observer la bonne distance critique et de respecter l'exigence de la neutralité axiologique (M. Weber, 1992). Ces interrogations ont été soulevées dans diverses dimensions de la recherche de terrain qui renvoient à « *l'anthropologie chez soi* » (F. Ouattara, 2004 ; A. Béteille, 2007), la politique du terrain (J-P. Olivier de Sardan 2008), à l'engagement de l'anthropologue et des usages qu'on fait de ses recherches (S. Hagberg & F. Ouattara, 2012), ainsi que plusieurs questions relatives au financement des activités de recherche (V. Ridde, 2012). Les problèmes d'enquête posés dans la perspective des applications de l'anthropologie aux programmes de développement ont également été abordés par P. Lavigne Delville (2008), T. Berche (1998), L. Atlani-Duault (2005). Les ouvrages de J-F. Baré (1995) et J-P. Olivier de Sardan (2008) sont très illustratifs des préoccupations et des itinéraires des chercheurs vis-à-vis de l'utilité des recherches et des bénéfices tirés par les populations cibles d'un projet de recherche-action. Ces expériences d'enquêtes dans le cadre des projets et programmes de développement sous forme d'actions humanitaires soulèvent des questions liées aux exigences méthodologiques, à la vigilance épistémologique et à des préoccupations éthiques.

Nos propos, dans cet article, engagent une discussion autour des séquences d'interactions parfois ignorées dans la restitution des résultats ou la rédaction des documents scientifiques destinés aux lecteurs, commanditaires d'études anthropologiques et aux milieux académiques. Cette posture réflexive que j'adopte est basée sur plusieurs années d'expériences de travail d'enquête dans le cadre d'études anthropologiques et sociologiques au Burkina Faso, durant moins dix années de pratiques de terrain ethnographique. Ce déclic m'est venu du fait qu'il m'a été régulièrement donné d'entendre dans les Universités, le milieu de la recherche, ou les bureaux d'études et lors des consultations, que *dans une relation d'enquête, l'information ne s'achetait pas*. Qu'en est-il réellement ?

Les pratiques des enquêtes de terrain laissent percevoir une forme de transaction indicible entre le chercheur et ses informateurs. L'enquêté souhaite-t-il être rémunéré ? Le chercheur se sent-il dans l'obligation de récompenser son informateur pour les informations ? La qualité du *corpus* peut-elle être influencée par cette transaction parfois anodine, et pas toujours systématique ? Peut-on évoquer la théorie du don et du contre don

développée par l'anthropologue Marcel Mauss (1991) dans les années 1920, pour appréhender cette interaction dans le contexte des enquêtes anthropologiques ? Cette théorie stipule, au moins *à minima*, que l'offrande transmise à un tiers, comporte une âme qui fait que celle-ci revient toujours à celui qui a incité le don, par le geste du bénéficiaire qui ressent l'obligation de rendre pour lui-même ou par l'intermédiaire des membres de son groupe social, le cadeau reçu sous certaine forme.

Il s'agit pour moi de partager une réflexion sur la base de plusieurs années d'enquêtes de terrain conduites en milieu rural et urbain burkinabè sur un sujet qui demeure parfois dans le secret des activités de recherche : *la récompense des informateurs*. Par ailleurs, à titre d'exemple, en recherche clinique, en médecine et en pharmacie, le problème semble être résolu et les discussions sont bien avancées en éthique de la recherche, et la récompense des populations cibles de la recherche se traduit en argent offert, des dons en nature, des soins gratuits, des certificats de reconnaissance, *etc.*

Le questionnement sur la récompense de l'informateur est un enjeu réel dans la mesure où des postures réflexives (O. Leservoisière & L. Vidal, 2007), induit de se poser des questions sur les implications des interactions avec les interlocuteurs sur le terrain. Dans la littérature scientifique, plusieurs anthropologues expriment des marques de reconnaissances vis-à-vis des enquêtés sous diverses formes. Leurs réflexions incorporent parfois des éléments de reconnaissance et de gratification. Certains se présentent alors comme étant les élèves des peuples dont ils décrivent les réalités sociales et analysent les représentations. Par exemple, dans l'avant-propos de son ouvrage, N. Bako-Arifari (2011, p.10) écrit : « Je m'incline enfin ici devant la mémoire de feu Ilou Daouda, notable à la cour du chef de Canton de Gaya qui a été pour moi un informateur hors pair et un véritable père adoptif lors de mon séjour de terrain à Gaya. Que la terre lui soit légère ! ».

Les situations d'enquêtes impliquent de manière implicite ou explicite une récompense. Cela s'inscrit dans la théorie du don-contre-don qui a été développée par M. Mauss (1991). La collecte des données qualitatives basée sur des échanges de propos, de points de vue, de pratiques, une situation de face-à-face (M. Augé, 2006 : 10). Les récompenses octroyées aux informateurs sollicités pour recueillir des informations ethnographiques dans le cadre d'une étude anthropologique sont entourées de silence parce que cela soulève des enjeux épistémologiques selon le point de vue de O-M.

Tchéché (2012). Un silence volontaire parfois involontaire, et qui est extrêmement présent dans les écrits des anthropologues selon D. Jonckers (2000). L'idée de gratuité inconditionnelle de l'information devrait être nuancée et faire l'objet d'une discussion franche pour prendre en compte cette réalité qui fait partie intégrante de la recherche. Autant il est recommandé d'adopter une attitude réflexive, de révéler une partie de soi pendant l'enquête, autant on partage les « bénéfiques » tirés des résultats d'enquêtes auprès de ceux à qui on les doit. On ne saurait dire que cet acte diminue le crédit de la recherche.

Par ailleurs, partager les « avantages » dans le cadre d'une recherche-action par exemple paraît revenir à l'idée que l'on véhicule une éthique de la recherche, particulièrement lors de recherches effectuées auprès de communautés, peuples dits autochtones ou populations vulnérables, en demandant aux chercheurs de veiller à ce qu'il y ait des retombées positives pour ces communautés.

Lorsqu'on se place dans un cadre utilitariste, compris dans le sens où chaque partie recherche à tout prix un intérêt immédiat issu de l'interaction de la relation d'enquête, on ne peut véritablement pas supprimer les présents symboliques d'une attente. Symboliques ou non, les présents ont une certaine valeur... Outre le regard déontologique selon les règles édictées par le métier de chercheur, ne pourrait-on alors facilement comprendre la rétribution comme marque de respect, ancrée dans la reconnaissance de la dignité de l'autre. J'éviterai volontairement de placer l'analyse du processus du don-contre-don entre enquêteur et enquêté dans un cadre de référence utilitariste. J'insisterai sur les perceptions et les difficultés de positionnement en vue de tenir certains gestes pratiques dans le secret ou le non-dit de la recherche en sciences sociales.

1.Éléments de méthodologie

Les expériences empiriques mises en respectives découlent de plusieurs années de pratiques de recherches au cours des travaux destinés à la préparation des mémoires de fin de cycle de niveau Licence, Maîtrise, de Diplôme d'Études Approfondies de Doctorat, des travaux réalisés dans le cadre d'expertises en qualité d'enquêteur de terrain recruté à la tâche, de formateur d'enquêteurs, de superviseur d'enquêtes et de consultant au Burkina Faso. Les expériences d'enquêtes relatives aux consultances et recherches anthropologiques se sont déroulées de 2003 à 2013 dans le cadre de programmes financés

par des agences telles que de l'Union Européenne, Agence Française de Développement (AFD), du Fonds Mondial de lutte contre le VIH/Sida, la Tuberculose et le Paludisme (FM/LSTP), de l'ONUSIDA (*est un programme de l'ONU destiné à coordonner l'action des différentes agences spécialisées de l'ONU pour lutter contre la pandémie de VIH / sida.*); l'United Nations Fund for Population Activities (UNFPA), et sous l'égide des Organisations Non Gouvernementales (ONG) telles que HELP-Lausanne, Oxford Committee for Famine (OXFAM), Action Contre la Faim (ACF). Les contextes de recherche sont : la stigmatisation des femmes vivant avec le VIH et admise dans des associations à base communautaire, les facteurs socioculturels de la vulnérabilité des femmes prostituées, la prise en charge des malades tuberculeux, les facteurs déterminants de la malnutrition infantile, l'insécurité alimentaire en contexte de volatilité des prix des denrées alimentaires.

La revue de la littérature sur les situations d'enquêtes a été réalisée en utilisant les mots clés suivants : la « relation d'enquête », la « place de l'informateur », « l'anthropologie chez soi », « la recherche-développement », « l'enquête de terrain », « l'anthropologie appliquée », « l'échange-don »; « éthique de la recherche », « participation aux recherches biomédicales ».

En adoptant une posture réflexive (M. Foucault, 1963; Weber, 1992) sur les enquêtes réalisées en qualité d'enquêteur, de consultant ou d'expert en recherche-développement et chercheur sociologue et anthropologue, je revisite ce parcours, et les types de rapports aux terrains et aux populations. Il s'agit pour moi de contribuer aux discussions sur les enjeux que soulève *la relation d'enquête*, particulièrement sur le terrain du développement.

2. Mécanismes de transactions entre chercheur et informateur

Il est très courant d'entendre dire que : « *lorsque vous achetez l'information, vous biaisez votre recherche* ». Il s'agit ici d'une généralité, qui n'est pas forcément vraie dans d'autres milieux académiques et domaines de recherche. L'injonction académique et disciplinaire de la gratuité absolue de l'information récoltée dans le cadre d'une recherche anthropologique et la nécessité implicite de récompenser l'informateur s'imposent face aux réalités du terrain.

Dans le domaine académique, les écoles de formation notamment, lors au cours de l'enseignement des disciplines telles que sociologie et d'anthropologie, nombreuses sont les mises en garde qui sont faites lorsqu'on aborde les techniques de collecte de données empiriques. Mes enseignants des modules sur les *méthodes et techniques de recherche en sciences sociales* dans les universités répétaient *ad nauseam*, d'éviter de donner beaucoup d'argent aux villageois, sinon, les chercheurs qui viendront après moi seront en difficulté s'ils ne donnent pas autant. En ce sens que, le don offert à un ménage est très vite connu des autres ménages dans les villages par l'effet de *boule-de-neige*. Avec des cadeaux de grande valeur, l'accueil sera favorable; s'ils sont modiques et insignifiants, les participants à la recherche qui sont des informateurs éventuels vaqueront à d'autres occupations.

Des stratégies pour échapper à la demande de paiement de l'informateur ou au marchandage de l'information sont expliquées. En effet, au cours des sessions de formation des étudiants en amont de la préparation de leur mémoire de fin de cycle, certains enseignants n'hésitent pas à tenir des propos tels :« *lorsque vous arrivez devant vos informateurs, présentez-vous comme étant des étudiants sans ressources financières, et que vous êtes en train de rédiger leur mémoire de fin d'étude.* » En pareille situation, les gens se montrent indulgents. Étant donné que les populations se soucient de la réussite scolaire de leurs enfants, ou des étudiants en général, ils ne réclament pas grand-chose ; au contraire, certains Notables des villages (garants des us et coutumes) leur offrent gracieusement l'hospitalité et des présents.

Pour autant, y a-t-il véritablement une contrepartie pour une réponse de l'informateur à une question du chercheur ? À la lumière de nombreuses expériences, les chercheurs en sciences humaines et sociales ressentent diversement cette ambiguïté induite par les cadeaux qu'ils font à leurs interlocuteurs dans le processus des recherches de terrain. Le chercheur se trouve souvent confronté à cette injonction académique et disciplinaire qui prône le « *non-achat* » de l'information récoltée et la nécessité ressentie de récompenser l'informateur dans un contexte de recherche anthropologique. En effet, il arrive souvent au chercheur de donner des objets usuels ou des produits de consommation tels que sucre, noix de cola, la boisson locale, les objets de décoration, des gadgets, aux villageois à la fin d'une visite de terrain en milieu rural.

À travers ce geste, les personnes concernées se sentent honorées et les chercheurs

ont bonne conscience. Cette pratique est courante vis-à-vis des responsables coutumiers et des chefs traditionnels locaux. Dans cette transaction, le principe de l'équité n'est pas considéré, mais plutôt le geste de gratification. La rémunération des interprètes et des guides locaux dans une relation d'enquête est moins discutée. Ce sont ces derniers qui proposent parfois des rémunérations symboliques pour les personnes-ressources et les informateurs-clés d'une communauté.

La récompense pour la participation à une recherche s'exprime aussi à travers des actes de contournement en procédant par des investissements indirects dans plusieurs situations. Le fait d'acheter les produits illicites d'un vendeur de médicaments de rue pour pouvoir échanger avec lui sur ses activités. Dans le cadre d'une étude sur les prostituées par exemple, le temps consacré aux séances d'interviews est compensé par une somme forfaitaire se rapprochant du montant d'« *une passe* » avec un client, cela sous-entend que : « *je vous paie, et vous m'accordez un temps pour échanger sur le sujet qui me préoccupe* ». Dans un autre registre, on a invité des personnes-ressources péties d'expériences ou grands connaisseurs de leurs milieux à un séminaire délocalisé avec paiement de prime de participation pour pouvoir recueillir les points de vue sur un sujet de recherche. Pour ce qui concerne les enquêtes auprès des groupes sociaux vulnérables, on a organisé des repas communautaires au profit des orphelins, et des personnes vivant avec le sida, afin de pouvoir échanger avec eux et recueillir ainsi les informations sur leur vécu quotidien.

Les anthropologues, qui mènent au fil des années, des recherches sérieuses et abouties, ressentent justement le devoir de s'acquitter d'une dette morale et intellectuelle vis-à-vis de leurs interlocuteurs, et par-delà, les peuples qu'ils ont étudiés. Évidemment, ce constat pourrait être nuancé en fonction du caractère particulier des expériences et de la personnalité de chacun. De nombreux documents comportent des pages de remerciements, adressés aux collaborateurs de la recherche, aux co-chercheurs, mais surtout aux informateurs. Ces remerciements sont chargés d'émotion et expriment un profond sentiment de reconnaissance à l'endroit des facilitateurs et participants de la recherche sur le terrain. Il se crée une relation qui dépasse le cadre formel des enquêtes, pour revêtir les allures d'un attachement affectif chargé d'émotion et de familiarité.

Du côté de l'informateur, la demande d'une rétribution est exprimée parfois de

manière explicite dans des termes comme : « *Qu'est-ce que vous me donnerez en retour, si je vous donne les informations que vous recherchez ?* », « *Qu'est-ce que je gagne en participant à votre étude ?* ». Durant nos dix années d'expérience, j'ai dû, comme d'autres anthropologues au Burkina Faso, faire face à cette question complexe et incontournable. Il arrive que les informateurs demandent à être récompensés lorsqu'ils partagent leurs expériences et confient leurs témoignages dans une relation d'enquête. C'est le cas par exemple des études réalisées auprès des personnes vivant avec le sida et la tuberculose pour qui les récits de vie ont été maintes fois récoltés pour servir de matériaux pour des études anthropologiques.

La relation d'enquête en elle-même est parfois un motif d'autosatisfaction. L'informateur se prête aux questions de l'anthropologue, en se disant que ses réponses pourraient servir : « *si nous avons été utiles à quelque chose, tant mieux* ». C'est une expression très fréquente à la fin de nos entretiens surtout celles qui sont conduites auprès des responsables d'associations et des responsables d'institutions. Les enquêtés espèrent ainsi que leurs expériences partagées dans le cadre d'une enquête pourraient permettre aux décideurs d'améliorer leurs conditions d'existence à court ou à long terme. Ce fut le cas de nombreux informateurs que j'ai rencontrés dans mes enquêtes durant plus d'une décennie au travers d'études réalisées dans le cadre de programmes de santé publique au Burkina Faso. Les agents de santé, les responsables sanitaires, les patients et auxiliaires de la santé que j'ai rencontrés, laissaient percevoir de manières explicite et implicite, le sentiment d'être récompensé par les infrastructures réalisées et les équipements offerts dans le cadre des projets de développement. Ils comprennent que les enquêtes socio-anthropologiques ont, à court ou à long terme, permis d'améliorer les plateaux techniques des centres de santé, leurs cadres de travail et les conditions de vie des populations.

Il faut noter que la position de chercheur en anthropologie n'est pas toujours confortable parce qu'il tient à comprendre parfois des aspects de la vie intime des enquêtés ou les sens cachés d'une réalité individuelle ou collective. En effet, lorsque je menais des enquêtes, je suis parfois soupçonné comme étant un espion cherchant à fouiner dans la vie privée des populations ou auprès des institutions. Ainsi, me disait-on : « *vous venez récupérer nos problèmes de famille et repartir sans nous proposer de solutions* ». Pour contourner cette question difficile, certains chercheurs, dont moi, faisaient comprendre aux

informateurs que leur participation aux recherches permettrait de contribuer à l'amélioration de la santé de toutes les populations, ainsi qu'à l'amélioration des conditions de vie dans un futur proche ou lointain. Et c'est parfois le cas. Certains auteurs avancent l'idée selon laquelle le terrain se colle au chercheur (F. Ouattara, 2004; J-P. Olivier de Sardan, 2008), en ce sens qu'un attachement survient entre le chercheur et les populations qu'il étudie, et ce, longtemps après la fin de ses travaux de recherche.

En d'autres circonstances, le chercheur est parfois encouragé dans son travail. Il arrive aussi que les enquêtés participants à la recherche offrent des cadeaux à des enquêteurs, des cadeaux dont les enquêteurs privilégient surtout la valeur symbolique. C'est le cas, par exemple, de jeunes dames enquêtrices dans des villages qui ont reçu des poulets de la part des chefs coutumiers et traditionnels pour les encourager dans leur travail. Ces témoignages me sont révélés lors des séances de débriefing avec les équipes d'enquêteurs que j'ai eu l'occasion de superviser. Aussi, nombre des Européens avec qui j'ai conduit des recherches collaboratives ont reçu également des présents de la part des populations qui ont été l'objet des études ethnologiques en amont des projets d'intervention. En effet, selon les représentations et les usages sociaux, c'est parfois considéré comme offensant de ne pas accepter un présent en guise de sympathie pour un étranger.

3. Le symbolisme dans la relation d'enquête ethnographique

En se référant quelque peu à la théorie de M. Mauss (1991) sur l'échange-don (un objet classique de l'anthropologie), on peut « penser le don comme une forme de la réalité humaine qui oblige les sujets, chercheurs et informateurs, à s'engager dans un lien de réciprocité délivré de tout calcul utilitariste », écrit O-M. Tchétché (2012). Compte tenu de l'importance de cette réalité dans le déroulement des enquêtes, elle constitue un élément à prendre en compte dans l'appréciation de la méthodologie de travail de l'anthropologue. En effet, dans une certaine mesure, on peut noter que :

Marcel Mauss démontre que tant le don initial que la contre-prestation ne procèdent pas du libre choix des acteurs, mais obéissent à des contraintes particulièrement fortes, dont la transgression peut être durement sanctionnée. L'échange ne consiste pas en un 'donnant-donnant' qui traduirait la simple volonté des personnes de passer contrat. (M-O. Géraud et al, 2007, pp. 188).

La relation d'enquête est influencée par des éléments matériels, mais aussi par des

habitudes acquises par les acteurs en présence à travers leur processus de socialisation. Cette réalité influence les interactions entre chercheur et participant à la recherche en ce sens que l'incitation à donner en retour après avoir reçu est grande. Dans le cadre d'une recherche conduite *chez soi*, le tissu social sous-tend parfois la nécessité ressentie par l'enquêteur-chercheur de faire une récompense en considérant la logique du « don » chez Marcel Mauss (1991) où la contrainte est particulièrement forte. L'anthropologue française D.Jonckers (2000) évoque le *dictat* de l'écriture qui empêche les auteurs d'exprimer tout leur ressenti du terrain. Il en est de même pour les rétributions et les avantages divers que le chercheur accorde à ses informateurs. Ceci ne saurait mettre en doute la crédibilité des résultats de la recherche.

Dans le cadre des recherches biomédicales, les conditions de rémunération des participants sont érigées en normes qui indiquent des modes d'actions précises.¹ Parfois le devis de certaines études, après avoir été analysé par un comité d'éthique, impose de dédommager les participants aux expérimentations. Le débat existe et la littérature sur ce sujet en éthique de la recherche est abondante (M. Alherbe, 2008). On reconnaît que le fait de payer des participants est généralement considéré comme étant de la coercition. Toutefois, il faut chercher à être équitable afin de ne pas désavantager les participants à la recherche qui perdent du temps de travail, perdent des gains économiques, dépensent de l'énergie en déplacement, et parfois mettent en danger leur vie. Divers systèmes existent de « rétribution » pour compenser les pertes de salaire encourues, en anglais, le *Wage-payment Model* du fait de participer au projet. *The Reimbursement Model* suppose de simplement défrayer les coûts inhérents à la participation (par exemple : déplacement, parking), afin de ne pas désavantager ceux qui participeraient à la recherche. Le *Market Model*, lequel compromet entre autres le caractère « libre et volontaire » du participant remarquent N. Dickert & C. Grady, (1999, p. 198-203). Même si la pratique est répandue, elle n'en demeure pas moins controversée selon G. Christine (2005, pp. 1681-1687).

Dans une perspective réflexive, et de manière pratique, nos expériences de recherche auprès des populations révèlent que les séquences de rétribution des

¹ Voir : *Lignes directrices internationales d'éthique pour la recherche biomédicale impliquant des sujets humains* élaborées par le Conseil des Organisations internationales des Sciences médicales (CIOMS) avec la collaboration de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Genève, 2003; http://www.cioms.ch/publications/guidelines/french_text.htm (consulté le 04-11-2015).

informateurs, absentes dans le traitement des données et la diffusion des résultats, conditionnaient néanmoins le bon déroulement des travaux d'enquête, ainsi que la fiabilité des données empiriques récoltées. En effet, les données primaires, constituées de témoignages, de récits de vie, de séances d'observation directe ou participante, sont à l'anthropologie ce que l'eau est à la plante. Cependant, l'enquêteur donne-t-il ces éléments sans contrepartie véritable ? Autrement, l'anthropologue récolte-t-il ses données sans récompenser son « *bienfaiteur* » ? Le don que fait l'enquêteur participant à la recherche ne nécessite-t-il pas un contre-don ? La qualité des données ne dépend-elle pas parfois de ce que l'informateur reçoit en retour en termes de gain matériel ou immatériel ?

L'expérience a montré que les informateurs sont en mesure de n'accorder aucune attention à une recherche lorsqu'ils savent qu'ils ne percevront rien *comme récompense*. C'est ce que J-P. Olivier de Sardan évoque en termes de « négociation invisible ». à partir de ce point de vue, il affirme que :

L'enquêteur n'a pas les mêmes « intérêts » que l'enquêteur ni les mêmes représentations de ce qu'est l'entretien. Chacun, dans un certain sens, essaie de « manipuler » l'autre. L'informateur participant à la recherche est loin d'être un pion déplacé par le chercheur ou une victime prise au piège de son incoercible curiosité. Il ne se prive pas d'utiliser des stratégies actives visant à tirer profit de l'entretien (gain en prestige, reconnaissance sociale, rétribution financière, espoir d'appui ultérieur, légitimation de son point de vue particulier...) ou des stratégies défensives visant à minimiser les risques de la parole (donner peu d'information ou des informations erronées, se débarrasser au plus vite d'un gêneur, faire plaisir en répondant ce qu'il croit que l'enquêteur attend. (J-P. Olivier de Sardan, 2008, pp. 61-62)

Cela démontre la complexité de la relation au terrain et rappelle la nécessité du savoir-faire de l'anthropologue dans ses quêtes d'informations et de sens par rapport à des réalités sociales qui sont parfois difficiles d'accès et aux contours très mouvants au gré des humeurs des individus. Cela apparaît non seulement comme étant une condition incontournable pour minimiser les biais, mais aussi comme une manière de contourner les pièges de la surinterprétation et des violences faites aux données dont parle J-P. Olivier de Sardan (2008).

Conclusion

Dans la pratique des enquêtes de terrain, on remarque que la rétribution est parfois délivrée de tout calcul utilitariste qui fait place aux présents symboliques. Il faut donc

reconnaître que la recherche anthropologique a un coût financier et moral qui crée un attachement du chercheur aux informateurs. Les intentions, ainsi que les modes d'expression du don-contre-don ont beaucoup évolué au gré des réalités sociales, économiques et politiques auxquelles les chercheurs et les informateurs sont confrontés.

Au cours des dernières années, le milieu de la recherche a été le témoin quotidien de la tension permanente enquête de terrain et éthique de la recherche. Une tension entre la liberté académique et la responsabilité du chercheur, tension entre l'avancée des connaissances et le respect des participants, tension également entre des conceptions différentes de ce qu'est l'éthique. La critique portée par les socio-anthropologues qui mènent des travaux dans des terrains éloignés de leur contexte de vie, révèle les limites de l'application de principes dogmatiques à travers une éthique formaliste et extrêmement normative et la nécessité d'une souplesse voire une redéfinition de certains principes lorsqu'ils s'appliquent à la recherche anthropologique (S-H. Yaya, 2010).

Lorsqu'on travaille sur des sujets sensibles, il n'y a pas de doute qu'un certain nombre de règles s'avère nécessaire dans le but de protéger l'intégrité physique et morale des personnes impliquées dans une investigation scientifique. L'établissement de principes et de normes permet d'une certaine façon à une meilleure objectivation de la recherche et rend possible la mise en relief d'abus. Mais de plus en plus de travaux ont mis en exergue les travers de principes éthiques plus ou moins rigides au terrain anthropologique et l'importance de rendre ceux-ci, par le biais d'une réflexion collective, socialement et culturellement pertinents au contexte dans lequel s'insère la recherche (A. Desclaux, 2009). Il n'est guère surprenant de voir plusieurs chercheurs insister sur le contexte dont l'importance n'est plus à démontrer en anthropologie et militer pour une nouvelle vision de l'éthique où les principes ne sont pas perçus comme les seuls « déterminants absolus de l'action ».

Nous avons essayé dans cet article de traiter de la rétribution de l'informateur pour démontrer que certaines règles éthiques sont parfois *mésadaptées* aux réalités du terrain. En effet, selon la vision classique de la recherche anthropologique, il n'est pas admis de rétribuer les informateurs dans le cadre d'une relation d'enquête. Le principe est respectable, mais difficile à respecter, il mérite que l'on s'y intéresse, car il peut influencer sur la valeur heuristique des données empiriques. Soit on s'en tient au non-paiement de

l'informateur participant à la recherche dans une relation d'enquête, soit on rétribue ce dernier d'une manière ou d'une autre pour le service rendu et le fait qu'il ait permis de générer du savoir sur des situations et des réalités sociales complexes. La situation fait appel au bon sens et à l'humanisme de l'anthropologue face à ses objets.

Il n'existe pas d'approches absolues de résolution des dilemmes éthiques et il est important pour l'anthropologue de gérer certains de ces dilemmes. Le cas de la rétribution de l'informateur dont j'ai discuté dans ce papier vient démontrer que les solutions proposées en matière d'éthique (E. Razy, 2014), surtout en anthropologie et en ethnographie ne doivent pas être prescriptives et doivent rester une parmi d'autres options en fonction de l'unicité de chaque terrain, des relations qui sont tissées et du contexte d'étude.

Références bibliographiques

- ALHERBE Michel, 2008, *Les cultures de l'humanité. Le développement est une question de culture*. Paris, L'Harmattan.
- ATLANI-DUAULT, Laetitia, & VIDAL Laurent (dir), 2009, *Anthropologie de l'aide humanitaire et du développement. Des pratiques aux savoirs, des savoirs aux pratiques*. Coll. Sociétales, Paris, Armand Colin.
- ATLANI-DUAULT Laetitia, 2005, *Au bonheur des autres. Anthropologie de l'aide humanitaire*, Nanterre, Société d'ethnologie.
- AUGÉ Marc, 2006, *Le métier d'anthropologue, sens et liberté*, éditions Galilée.
- BARÉ Jean-François (dir.), 1995, *Les applications de l'anthropologie. Un essai de réflexion collective depuis la France*. Paris: Karthala.
- BÉTEILLE André, 2007, « Être anthropologue chez soi : un point de vue indien », *Genèses* 2/ 2007 (n° 67), p. 113-130.
- BOUILLON Florence, FRESIA Marion, TALLIO Virginie, 2005, « Terrains sensibles : Expériences actuelles de l'anthropologie » *Centre d'études africaines, coll. « Dossiers Africains »*, Paris, éd. EHESS-CEAF.
- COPANS Jean, 1974, *Critique et politique de l'anthropologie*, Paris, Ed. Maspero. coll. « Dossiers africains ».
- DESCLAUX Alice, 2009, « Les lieux du "véritable travail éthique" en anthropologie de la santé: terrain, comités, espaces de réflexion ? ». *ethnographiques.org*, Numéro 17 - novembre 2008 [en ligne]. <http://www.ethnographiques.org/2008/>, consultée le 6.02.2016
- DICKERT Neal & GRADY Christine, 1999, "What's the price of a research subject? Approaches to Payment for research participation » *N Engl J Med*. 1999; 341(3):198-203.

- FOUCAULT, Michel, 1963, *L'archéologie du savoir*, Paris, Gallimard,
- GÉRAUD Marie-Odile, LESERVOISIER Olivier, POTTIER Richard, 2000, *Les Notions clés de l'ethnologie. Analyses et textes*, Paris, Armand Colin, 3ème Édition.
- GRADY Christine, 2005, "Payment of clinical research subjects" *J. Clin Invest.* Jul 1; 115(7), pp.1681–1687.
- HAGBERG, Sten & OUATTARA, Fatoumata, (2012) « Engaging anthropology for development and social change », *Bulletin de l'APAD* [En ligne], 34-36 | 2012, mis en ligne le 01 janvier 2012, URL: <http://apad.revues.org/4105>. (Consulté le 27 juin 2014)
- JOIRIS Daou Véronique, & BIGOMBE-LOGO Patrice, 2008, « Dynamiques participatives et développement local dans le Bassin congolais. Des rendez-vous manqués ? », in ARNOLDUSSEN Daniel, BINOT Aurélie, JOIRIS Daou Véronique, TREFON Theodore, ROULET Pierre-Armand, ASSENMAKER Pierre (eds.), *Gouvernance et environnement en Afrique centrale : le modèle participatif en question*. Tervuren : Musée Royal de l'Afrique Centrale, pp. 21-37.
- JONCKERS Danielle, 2000, « Dettes d'ethnologue » in JAMARD Jean-Luc, TERRAY Emmanuel & XANTHAKOU Margarita (dir.), *En substances. Textes pour Françoise Héritier*, Paris, Fayard, pp. 497-498.
- LAVIGNE-DELVILLE Philippe, 2008, « À la recherche du chaînon Manquant. Construire des articulations entre recherches en sciences sociales et pratique du développement », *Coopérer aujourd'hui*, n°59, Paris-GRET. (PDF) 32p.
- LESERVOISIER Olivier & VIDAL Laurent, 2007 (dir.), *L'anthropologie face à ses objets. Nouveaux contextes ethnologiques*. Paris, Éditions des Archives contemporaines.
- MAUSS Marcel, 1991, *Essai sur le don, forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques*. Dans Marcel Mauss (ed.), *Sociologie et anthropologie* (4e éd., pp. 153-171). Paris, Quadrige.
- OLIVIER de SARDAN Jean-Pierre, 2007, « La politique du terrain », *Enquête* [En ligne], 1 | 1995, mis en ligne le 08 janvier 2007, consulté le 25 juin 2014. URL: <http://enquete.revues.org/263> (consulté le 26 juin 2014).
- OLIVIER de SARDAN, Jean-Pierre, 2008, *La rigueur du qualitatif : Les contraintes empiriques de l'interprétation socio-anthropologique*, Coll. « Anthropologie prospective » Bruxelles, Academia-Bruylant.
- OUATTARA Fatoumata, 2004, « Une étrange familiarité Les exigences de l'anthropologie "chez soi" » *Cahiers d'Études Africaines* Vol. 44, pp. 635-657.
- RAZY Élodie, 2014, « La pratique de l'éthique : de l'anthropologie générale à l'anthropologie de l'enfance et retour », *Anthropo Children*, n°4, janvier.
- RIDDE Valéry, 2012, « Réflexions sur les per diem dans les projets de développement en Afrique », *Bulletin de l'APAD* [En ligne], 34-36 | 2012, mis en ligne le 01 janvier 2012, consulté le 27 juin 2014. URL: <http://apad.revues.org/4111> (consulté le 27 Juin 2014).
- TCHÉTCHÉ Obou Mathieu, 2012, « Enjeu épistémologique de l'usage du don pour la mobilisation des points de vue dans la recherche qualitative en contexte africain », in Blé

Marcel YORO et François GUILLEMETTE (dir.). Recherche qualitative en contexte africain : *RECHERCHES QUALITATIVES*, 2012 – Vol. 31(1), pp. 174-186.

WEBER Max, 1992, « Essai sur le sens de la neutralité axiologique dans les sciences sociologiques et économiques », in WEBER Max, *Essais sur la théorie de la science*, Paris, Presses Pocket, pp. 365-433.

YAYA Hachimi Sanni, 2010, *Les maux et les choses de la santé. Acteurs, pratiques et systèmes de santé dans le tiers-monde*. Québec : Presses de l'Université Laval, p. 123.

ZERBO Roger, 2011, « Dynamiques sociales des comportements de santé au Burkina Faso : approche anthropologique de la prise en charge de la tuberculose dans la région du plateau central » ; Thèse de Doctorat en Sciences Sociales et Politiques : orientation anthropologie ; Université Libre de Bruxelles – Belgique.

ZERBO Roger, DRABO Koine-Maxime, KOUANDA Seni., et al., (2010). « Mise en perspective sociologique de la prise en charge de la co-infection TB/VIH au Burkina Faso » *Cahiers Santé*, Vol. 20, n° 4, octobre-novembre-décembre, pp 194-99.

LA GRATUITÉ DE LA CÉSARIENNE A L'HÔPITAL DE ZONE D'ABOMEY-CALAVI (BÉNIN) : ENTRE NORMES ET PRATIQUES SOCIALES

Roch Appolinaire HOUNGNIHIN

Université d'Abomey-Calavi
Département de Sociologie et d'Anthropologie

Chimène GLÈLÈ

Université d'Abomey-Calavi
Département de Sociologie et d'Anthropologie

Résumé

Depuis la fin des années 1980, les systèmes de santé en Afrique reposent sur le paiement direct des soins, une orientation politique dérivée de l'initiative de Bamako. Associée au faible pouvoir financier des populations, cette stratégie constitue une barrière pour l'accès aux soins de qualité pour la majorité des acteurs et reste un déterminant majeur des décès maternels. Pour y faire face, le gouvernement béninois a adopté, à partir de 2008, l'exonération des frais pour la césarienne. Mais, dans sa mise en œuvre, cette mesure est marquée par un important écart entre les normes et les pratiques sociales. La présente recherche vise à analyser le contexte de ladite mesure, de même que les perceptions et stratégies des acteurs impliqués dans sa mise en œuvre à l'hôpital de zone d'Abomey-Calavi. La démarche méthodologique est de type qualitatif et compréhensif. Au moyen d'entretiens approfondis et d'observations réalisés in situ, elle a permis de collecter des informations auprès d'acteurs de différents profils (destinataires du programme de gratuité et acteurs institutionnels) au cours du second semestre 2016. De façon concrète, la mesure de la gratuité de la césarienne s'est traduite par une amélioration quantitative de la fréquentation des services de consultation prénatale. Elle suppose pour les femmes enceintes la couverture intégrale des charges financières. Ainsi, la déception apparaît dès lors que celles-ci se trouvent confrontées aux dépenses dont elles croyaient être dispensées. En effet, la pénurie d'intrants, les retards dans le remboursement des frais par l'État et les mauvaises conditions de travail contraindraient les professionnels de la santé à délivrer des ordonnances. Révélateurs de la gestion peu transparente qui entoure l'offre, les frais de médicaments et de transport par ambulance constituent un enjeu financier autour duquel se développent diverses logiques. Ils justifient l'engouement de tous les hôpitaux à s'inscrire sur la liste des centres accrédités.

Mots clés : stratégie – gratuité- césarienne – représentation – Abomey-Calavi.

Abstract

Since the late 1980s, health systems in Africa have relied on direct payment for care, a policy orientation derived from the Bamako initiative. Combined with the low financial power of the population, this strategy constitutes a barrier to access to quality care for the majority of the actors and remains a major determinant of maternal deaths. In order to cope with this, the Beninese government adopted, in 2008, the exemption of expenses for the Caesarean. But in its implementation, this measure is marked by a significant gap between the recommended standards and social practices. The present research aims to analyze the context of this measure, as well as the perceptions and strategies of the actors involved in its implementation at the Abomey-Calavi area hospital.

The methodological approach is qualitative and comprehensive. Through in-depth interviews and observations carried out in situ, it made it possible to collect information from actors of different profiles (including recipients of the free program and institutional actors) during the

second half of 2016. Concretely, the measurement of free caesarean has resulted in a quantitative improvement in attendance at antenatal clinics. It assumes for pregnant women the full coverage of financial burdens. Thus, disappointment appears when they find themselves confronted with the expenses which they believed were dispensed. In fact, the shortage of inputs, delays in reimbursement of expenses by the Government and the poor working conditions would force health professionals to issue prescriptions. Revealing the lack of transparency in the management of supply, the costs of medicines and transport by ambulance constitute a financial issue around which various logics are developed. They justify the enthusiasm of all hospitals to register on the list of accredited centers.

Keywords: strategy - free - caesarean - representation - Abomey-Calavi.

Introduction

Depuis la fin des années 1980, le financement des systèmes de santé en Afrique repose sur le principe du recouvrement des coûts, une orientation impulsée par l'initiative de Bamako. Cette politique se décline en l'acquittement direct des prestations par les patients (V. Ridde et K. Blanchet, 2008), aboutissant dans certains contextes à « une véritable culture normative du paiement » (B. Taverne, 2014). Associée au faible pouvoir financier des ménages, elle est, depuis quelques années, analysée comme une barrière pour l'accès aux soins de qualité, provoquant ainsi l'exclusion d'une frange importante de la population et restant un déterminant majeur de décès maternels. Au Bénin par exemple, on a enregistré, entre 1992 et 1996, une surmortalité maternelle des adolescentes de 15 à 19 ans (480 pour 100000 naissances vivantes) et des mères de 35 ans et plus (1541 pour 100000 naissances vivantes) (P. Delanne et G. Guingnido, 2003). La crise économique des années 1970, le poids de la dette des pays et la remise en cause de l'État-providence dans les années 1980 ont davantage aggravé la situation, en réduisant considérablement les investissements de l'État en faveur des secteurs sociaux (P.M. David, 2011).

Face à cette situation, des programmes d'exemption du paiement direct des soins ont été instaurés depuis une vingtaine d'années, un peu partout en Afrique (V. Ridde *et al.*, 2010 ; B Taverne, 2014). Cette modalité d'accès aux soins est sous-tendue par des études pilotes, dont celle de C. James *et al.* (2005) réalisée sur l'impact de la gratuité sur la mortalité infantile dans vingt pays africains. Le modèle de simulation proposé par ces auteurs montre que la suppression des frais d'accès aux services de santé éviterait, par an, le décès d'environ 233 000 enfants de moins de cinq ans dans ces pays. Sur cette base, les mesures d'exemption se sont prioritairement concentrées sur les soins maternels et infantiles. Limitées au début aux césariennes, elles se sont progressivement étendues à la consultation prénatale, à la prise en charge des enfants de moins de cinq ans et aux prestations liées aux cancers chez la femme.

En tant qu'élément nouveau dans un système de santé auquel ils doivent s'adapter et qu'ils doivent adopter, les programmes d'exemption du paiement direct ont été confrontés à des perturbations spécifiques incluant une plus grande utilisation des services de santé, un sentiment de surcharge de travail pour les professionnels de la santé, le manque de médicaments et le retard dans leur livraison, une insuffisance de financement ... (V. Ridde, E. Robert et B. Meessen, 2010).

Au Bénin, il existe très peu de publications relatives aux politiques d'exemption. Il est donc nécessaire de tirer des enseignements des expériences menées dans ce domaine. Cette option devra permettre de renseigner les conditions de mise en œuvre de la gratuité de la césarienne et de mieux adapter les politiques en cours. Dans cette perspective, l'hôpital de zone d'Abomey-Calavi a été choisi comme cadre de la recherche en tant qu'un des quarante-cinq centres de santé accrédités.

Le cadre théorique du contrôle social proposé par M. Foucault (1971) paraît indiqué pour rendre compte de la complexité de la mesure de la gratuité de la césarienne, en proposant une grille de lecture de l'écart entre les normes et les pratiques des acteurs, entre l'institutionnel et le social. La place centrale qui est conférée aux discours permet alors de poser l'hypothèse d'un lien constitutif avec la politique, définie dans son sens générique comme « les relations de pouvoir mobilisées dans l'espace public pour le contrôle des actions qui ont pour objet des biens considérés comme collectifs » (P.M. David, 2011). Foucault définit le « seuil de modernité biologique » comme le passage d'une société fondée sur le « faire mourir » et « laisser vivre » à une société basée sur le « faire vivre » et le « laisser mourir », décrivant par là le passage d'un pouvoir de souveraineté à un biopouvoir beaucoup plus diffus s'exprimant à travers les institutions (l'hôpital de zone d'Abomey-Calavi par exemple) et les discours des acteurs. Les représentations sociales et pratiques autour de la gratuité de la césarienne permettront alors d'appréhender l'articulation entre les normes médicales et les pratiques des acteurs.

Pour tester cette hypothèse, le plan adopté rappelle le contexte d'émergence des mesures d'exemption, clarifie la structuration et l'opérationnalisation de l'offre et analyse les représentations sociales et le vécu des acteurs.

1. Le dispositif méthodologique

1.1. Le cadre de la recherche

La recherche a été menée en milieu urbain, dans la commune d'Abomey-Calavi. Située dans la partie sud du Bénin, cette commune est la plus vaste du département de

l'Atlantique : 539 Km², soit 20 % de la superficie de ce département. En 2012, elle comptait 307 745 habitants pour une densité moyenne de 571 habitants par Km². Les femmes représentaient 51,4 % de cette population (Institut national de la statistique et de l'analyse économique, 2013). La ville d'Abomey-Calavi subit aujourd'hui l'influence de sa proximité avec Cotonou, la capitale économique du Bénin. L'exiguïté du site de Cotonou et sa forte densité ont conduit à une extension des habitations vers cette ville (R. Hounghin, A. Tingbé Azalou et E. Fourn, 2013). Sur le plan sanitaire, la commune d'Abomey-Calavi dispose de deux hôpitaux, l'hôpital de zone et l'hôpital "La Croix" de Zinvié. Malgré l'existence d'une offre dense et diversifiée, la disparité spatiale des infrastructures et du personnel de santé est révélatrice des inégalités d'accès aux soins pour la majorité de la population. On y trouve un médecin pour 8380 habitants, une sage-femme pour 6701 femmes en âge de procréer et un infirmier pour 5548 habitants (Ministère de la Santé, 2012).

1.2. La collecte des données

Une démarche de type qualitatif a été retenue afin de privilégier le point de vue des acteurs concernés par la gratuité de la césarienne et surtout de comprendre les raisons qui fondent leurs représentations et pratiques.

La population d'enquête est composée des femmes (césarisées, parturientes et enceintes), de leurs parents, des prestataires de soins et des responsables de l'Agence nationale de la gratuité de la césarienne (ANGC). L'ensemble des enquêtés a été identifié par choix raisonné. Cette option a consisté à retenir de façon délibérée les acteurs concernés. Ainsi, en raison du caractère qualitatif de la recherche, le nombre des enquêtés a été défini par induction. Toutes les données nécessaires ont été considérées comme ayant été obtenues, et de nouveaux enquêtés n'ont plus été enrôlés, à partir du moment où de nouvelles informations n'étaient plus obtenues sur le sujet (le seuil de saturation ayant été atteint).

Au total, cinquante-huit personnes ont été interviewées au cours du deuxième semestre 2016.

Tableau I : Effectifs des catégories de personnes enquêtées

Groupes de personnes enquêtées		Effectif
Destinataires principales	Femmes (césarisées, enceintes ou parturientes)	28
Destinataires secondaires	Époux et autres parents	8
Acteurs institutionnels (prestataires de soins)	Médecins spécialistes	5
	Sages-femmes et infirmiers	8
Autres acteurs institutionnels	Membres des comités de santé	6
	Responsables de l'ANGC	3
Total		58

Le recueil d'information a été réalisé au moyen d'entrevues individuelles approfondies, une méthode qui paraît adaptée à l'exploration d'une pratique innovante (la gratuité de la césarienne), où les points de vue des acteurs diffèrent. Enfin, l'approche par informateur-clé a été choisie afin d'obtenir des informations auprès d'individus ayant une bonne connaissance de la problématique. Les entrevues individuelles ont été enregistrées sur cassette audio et transcrites en Français sous la forme de verbatim. Les données ont été traitées selon la méthode d'analyse de contenu qui est une approche visant à découvrir la signification du message présent dans le discours des participants (M. A. Nadeau, 1988).

2. Le contexte de l'émergence de la gratuité de la césarienne au Bénin

Chaque année dans le monde, quelque 500 000 femmes meurent de causes liées à la grossesse et à l'accouchement. Cette mortalité est plus préoccupante en Afrique où ont lieu plus de 84 % de tous les décès maternels (Unicef, 2012). Cette situation est liée à la faible utilisation des services de santé par les femmes, en raison notamment des barrières financières. Presque partout, la tarification des actes a eu des conséquences négatives sur la qualité des soins et l'utilisation des services. Les femmes en ont payé le plus lourd tribut (V. Ridde et K. Blanchet, 2008 ; P.M. David, 2011 ; V. Ridde, 2012).

Dans un tel contexte, au Bénin, le gouvernement s'est engagé à prendre en charge tous les frais inhérents à la césarienne, à partir de 2009. L'une des raisons motivant cet engagement est le souci de donner une impulsion aux initiatives en faveur de l'atteinte des

Objectifs du millénaire pour le développement (OMD). À six ans de l'échéance de 2015, le Bénin accusait un grand retard dans la réalisation des objectifs qui touchent la santé maternelle et infantile : les OMD 4 (réduire la mortalité infantile) et 5 (améliorer la santé maternelle)¹. Une autre motivation consistait à inscrire le Bénin dans la dynamique des États africains qui se sont assigné l'objectif de réduire la mortalité maternelle et néo-natale, en rendant gratuits certains soins.

C'est dans cette conjoncture nationale et internationale que survint un événement qui marqua la prise effective de la décision relative à la gratuité de la césarienne au Bénin. Le Quotidien indépendant "*Le Pays Emergent*", dans son édition du 24 avril 2009, rapporta que « tout est parti de la naissance de quadruplé à l'hôpital de zone d'Abomey-Calavi, en septembre 2008. Le Président de la République, Monsieur Boni Yayi, s'était rendu au chevet de la mère et a constaté que des femmes qui venaient d'accoucher étaient retenues pour cause de non-paiement des soins. Très sensible au désespoir de ces femmes démunies, Boni Yayi a pris l'engagement de rendre gratuite la césarienne ». Cette information est corroborée par un professionnel de santé de l'hôpital de zone d'Abomey-Calavi :

Si on prescrit la césarienne, les gens disent au docteur : « je viens, ... ». Et ils s'en vont chercher de l'argent. Et si le paysan qui vient d'Allada, doit aller jusqu'à chez lui pour chercher de l'argent, avant qu'il ne revienne, on perd l'enfant, la mère ou les deux. Et l'idée de la gratuité de la césarienne est partie d'ici, de notre hôpital. C'était en 2008, je crois. C'était en septembre, le lundi 29, le Chef de l'État est venu à l'hôpital. C'était une femme qui a fait des quadruplés par césarienne ; ses parents n'avaient pas les moyens. Nous avons lancé un appel à la presse pour que les gens viennent constater. Et le Président est venu donner deux millions à la mère et un million à ceux qui sont là aussi. (Médecin, hôpital de zone, Abomey-Calavi).

Dans cet hôpital comme d'ailleurs dans tous les établissements hospitaliers du Bénin, le paiement direct des frais de la césarienne était un problème majeur pour les usagers. L'engagement écrit de la femme enceinte ou de son conjoint de solder ces frais dans les 48 heures qui suivent l'acte, était l'approche souvent utilisée. Dans la plupart des cas, les parents n'arrivaient pas à honorer cet engagement, l'obligation était donc faite aux femmes césarisées de rester au « village », « prisonnières » de l'hôpital. Le « village » est en effet, un endroit aménagé au sein de l'hôpital de zone d'Abomey-Calavi où ces femmes sont gardées avec leurs bébés jusqu'à l'aboutissement du processus de remboursement intégral des frais.

¹ La cible 5.A des OMD consiste à réduire de trois quarts, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité maternelle, tandis que la cible 5.B consiste à rendre l'accès universel à la médecine procréative. En 2011, le Bénin continuait d'enregistrer 221 décès maternels pour 100.000 naissances vivantes, avec environ 19% de taux d'utilisation des méthodes contraceptives. Par ailleurs, les OMD prévoient de réduire de deux tiers, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans. Au Bénin, ce taux est passé de 166 pour mille en 1996 à 70 pour mille en 2011 (Institut national de la statistique et de l'analyse économique, 2012).



Le « village » à l'hôpital de zone d'Abomey-Calavi (Source : Glèlè, 2016)

C'est donc dans ce contexte que naquit la décision de l'exonération des frais liés à la césarienne, par décret n° 2008-730 du 22 décembre 2008 portant « Offre de la gratuité de la césarienne au Bénin ». À l'article 2 dudit décret, il est stipulé que l'État prend en charge les frais suivants : la référence de la femme enceinte vers l'hôpital, la prise d'une veine avec soluté avant le transfert, la consultation, l'acte opératoire, les médicaments et consommables médicaux, l'hospitalisation et le contrôle post-opératoire.

3. La gratuité de la césarienne, une décision innovante dans un environnement fragile

Au Bénin, la mise en œuvre de la gratuité de la césarienne repose sur l'intervention de trois catégories d'acteurs interdépendants. Le premier intervenant est l'ANGC ; elle assure la « mise en œuvre opérationnelle de cette mesure » (article 3 du décret n° 2008-730 du 22 décembre 2008). Ensuite viennent les centres hospitaliers (publics, privés, confessionnels ou associatifs) agréés par le Ministère de la Santé ; ils sont chargés de prendre gratuitement en charge la césarienne. Enfin, les femmes enceintes ayant accouché par césarienne, sans distinction de nationalité ni de catégorie sociale, constituent la dernière catégorie d'acteurs. La mesure requiert le remboursement direct à l'établissement de soins, des frais plafonnés à 100 000 FCFA par femme. Ces frais sont répartis comme suit : 60 000 FCFA pour le bloc opératoire et 40 000 FCFA pour le transport de la femme enceinte et autres médicaments nécessaires absents du kit de la césarienne.

Dès le début, cette décision a suscité des doutes et des inquiétudes dans le rang des praticiens hospitaliers et même des populations, notamment sur la capacité du gouvernement à honorer ses engagements. Prise par le Président de la République lui-même, cette décision a laissé peu de place au Ministère de la Santé, en termes de mise en place d'activités

préparatoires (séminaires, ateliers, réunions de concertation, édition de brochures d'information, etc.) et de planification budgétaire. Mains acteurs soulignent le contexte politique de son émergence, deux ans environ avant les élections présidentielles de mars 2011. La gratuité de la césarienne est, en effet, une concrétisation de l'une des promesses faites par le gouvernement aux femmes dont la gratuité de l'enseignement maternel et primaire (2007), le programme de microcrédits aux plus pauvres (2008), la gratuité de l'enseignement secondaire (classes de 6^{ème} et 5^{ème}) pour les jeunes filles (2010) et la gratuité des soins aux enfants de moins de 5 ans (2011). Elle rappelle les incertitudes générées antérieurement par la gratuité de l'enseignement maternel et primaire que le gouvernement a des difficultés à résorber : pléthore d'effectifs liée à la scolarisation de nouveaux enfants, transfert généralisé d'élèves des écoles privées vers celles du secteur public, insuffisance d'infrastructures d'accueil, manque de manuels de travail, difficultés financières en lien avec la réduction du budget des écoles ...

Parallèlement, l'année 2009 a été marquée par des grèves répétées initiées par le collectif des praticiens hospitaliers. Démarrées en décembre 2008, ces grèves se sont étendues jusqu'en février 2009 où elles ont atteint les hôpitaux publics, les centres de santé de deuxième référence et l'administration sanitaire.

Par ailleurs, la configuration tripartite (ANGC – hôpitaux accrédités – femmes césarisées) n'a pas tenu compte des Comités de santé des zones sanitaires, une institution consacrée par le décret n° 90-346 du 14 novembre 1990 portant « Création, attributions et fonctionnement des Comités de cogestion des centres de santé ». Son rôle semble avoir disparu, en raison de l'absence de ressources financières générées par le paiement direct. Le dispositif de la gratuité de la césarienne n'a pas prévu de place pour un tel organe. Les textes clarifient pourtant les attributions du Comité de santé qui consistent à « contribuer à la mobilisation des ressources et à participer à la gestion du centre de santé » : planification des activités, information et sensibilisation de la population, élaboration et approbation du budget, gestion financière et matérielle, gestion des médicaments essentiels, gestion des conflits entre population et agents de santé, etc. À l'hôpital de zone d'Abomey-Calavi, cette institution n'a été sollicitée à aucun moment dans le cadre de la mise en œuvre de la gratuité de la césarienne.

« Nous ne sommes pas impliqués dans la coordination de la gratuité de la césarienne. C'est l'Agence et les hôpitaux qui contrôlent tout. Nous suivons seulement de loin les choses, et c'est quand ça chauffe avec les populations que nous sommes au courant. » (Membre du Comité de santé de zone sanitaire, Abomey-Calavi).

Ainsi, toutes les catégories d’acteurs gravitant autour des établissements hospitaliers ont été impliquées dans la mise en œuvre de la mesure de la gratuité à l’exception des Comités de santé. Ceux-ci pensent avoir été volontairement écartés par les agents de santé qui profitent de l’absence de clarification de leur rôle dans les textes relatifs à la gratuité de la césarienne pour les isoler davantage. Les Comités de santé sont souvent perçus comme des acteurs gênants du système de santé, alors même qu’ils « constituent une force sociale incontestable et un facteur d’amélioration du fonctionnement des services de santé » (Houngnihin *et al.*, 2013 : 241).

4. Une amélioration de la fréquentation des services, mais des bénéficiaires insatisfaits

La gratuité de la césarienne est une réponse de santé publique aux contraintes financières des ménages. Mais au-delà de la simplicité apparente de cette mesure, de nombreuses difficultés émergent au cours du processus de prise en charge. L’accès gratuit a induit l’accroissement d’environ 65 % de la fréquentation des services de consultations prénatales, de 2008 à 2010 (Hôpital de zone d’Abomey-Calavi, 2012). Démunies ou non, illettrées ou instruites, béninoises ou étrangères, les femmes enceintes utilisent avec une plus grande fréquence les services d’accouchement. Les cliniques privées et même les centres de santé publics situés aussi bien dans la ville d’Abomey-Calavi, que dans celle de Cotonou et des environs (Sèmè-Podji par exemple) en sont les principaux pourvoyeurs.

Tableau II : Évolution de la couverture en consultations prénatales à l’hôpital de zone d’Abomey-Calavi

Années	Taux de couverture en consultations prénatales (en pourcentage)
2007	97
2008	95
2009	162
2010	160

Source : Hôpital de zone d’Abomey-Calavi, 2016.

Cette augmentation des consultations prénatales a occasionné un accroissement de la charge de travail pour les soignants, une situation bien écrite par ces derniers. À cette difficulté, s’ajoutent les contraintes d’ordre matériel et financier, le manque d’infrastructures d’accueil pour tous les usagers, le manque de poches de sang pour assurer convenablement la

transfusion sanguine, l'insuffisance d'équipements médico-techniques, les ruptures fréquentes en médicaments et consommables médicaux, etc. Cette situation témoigne ainsi de la faible capacité du service hospitalier à répondre à la demande accrue de soins. Par ailleurs, le retard dans le remboursement des frais par l'Etat et la non-prise en charge des consultations pédiatriques et autres coûts du continuum de soins post-opératoires, contraindraient les professionnels de la santé à la délivrance effective d'ordonnances.

Nombre d'usagers dénoncent les pratiques dont ils sont victimes et qui seraient aggravées par la gratuité.

« On a reçu un carton de médicaments et les agents de santé ont dit qu'on ne va pas payer pour ça. Mais ils ont pris encore tous ces médicaments. Ils nous ont prescrit des ordonnances. Dans les 42 000 FCFA qu'on a amenés, il ne reste plus rien. S'ils te prescrivent tout de suite de sérum, ils vont encore te le prendre et te le vendre. Alors que ma femme est en souffrance, j'ai dit que je vais aller me plaindre à leur patron ; et ma femme a dit que si je dis ça, ils vont lui injecter des produits et elle va mourir, de ne rien dire (...)»(Époux de femme césarisée, hôpital de zone, Abomey-Calavi).

En réaction à ces diverses pratiques, les femmes et leurs parents développent des stratégies allant de la résignation au courtage (Olivier de Sardan, 1995) de peur de se mettre à dos des personnes en position de pouvoir médical. Le courtage désigne la pratique consistant à rechercher au sein du personnel de santé, un « protecteur » moyennant une rétribution en nature ou en espèce. Celui-ci a une fonction d'interface ponctuelle, de soutien moral et d'appui-conseil. Le patient gagne en temps, en attention et en qualité de soins.

Par ailleurs, les usagers des services de maternité insistent également sur le fait que la mesure de la gratuité a provoqué l'augmentation de la fréquence des accouchements par césarienne. Il s'agit, selon ces derniers, d'une pratique fantaisiste induite par les enjeux financiers importants qui lui sont liés.

« Ce que moi j'ai constaté, c'est qu'aujourd'hui, avec la gratuité, presque tout le monde est césarisé. Ça m'étonne. Dieu fera, je ne vais pas connaître ce sort. Et c'est 100 000 F que l'État leur donne quand ils césarisent une femme. Donc ils doivent avoir leur part dedans, c'est pourquoi ils césarisent tout le monde.» (Femme enceinte, hôpital de zone, Abomey-Calavi).

Les statistiques sanitaires confirment la perception des acteurs sociaux relative à l'évolution de la fréquence de la césarienne dans cet établissement hospitalier, mais si les raisons qui conduisent à la césarienne sont différemment perçues selon que l'on est prestataire ou destinataire de soins.

Tableau III : Évolution des types d'accouchements à l'hôpital de zone d'Abomey-Calavi

Types d'accouchement	Années			Évolution (de 2008 à 2010)
	2008	2009	2010	
Accouchements par voie eutocique	92	188	526	571%
Accouchements par césarienne	58	701	841	1 450 %
Total des accouchements	290	889 (dont 634 du 1 ^{er} avril au 31 décembre)	1 367	471,4 %
Fréquence des césariennes	20 %	80 %	62 %	

Source : Hôpital de zone d'Abomey-Calavi, 2016

L'année 2009 est une date charnière dans l'opérationnalisation de la mesure de la gratuité de la césarienne à l'hôpital de zone d'Abomey-Calavi. La mise en œuvre de cette mesure a effectivement démarré le 1^{er} avril 2009. De ce fait, 634 accouchements par césarienne ont été enregistrés du 1^{er} avril au 31 décembre 2009 (en neuf mois), soit environ 90,4% des opérations effectuées au cours de l'année. D'une part, les chiffres recueillis au niveau des registres de l'hôpital de 2008 à 2010 témoignent d'une forte augmentation aussi bien des accouchements par voie eutocique (571%) que des accouchements par césarienne (1 450 %). D'autre part, la proportion des accouchements par césarienne sur le nombre total d'accouchements est de 20 % en 2008 et de 62 % en 2010. Ces données révèlent cependant une tendance baissière entre 2009 et 2010, en raison certainement des grèves répétées qui ont affecté le secteur de la santé, notamment les services de gynécologie-obstétrique et autres départements nécessitant des interventions spécialisées en 2010. Ainsi, l'introduction de la politique de la gratuité de la césarienne a conduit à l'augmentation de l'utilisation des services de santé, même si des doutes persistent sur la qualité des soins.

Enfin, la mise en œuvre de la gratuité de la césarienne suppose de surmonter les réticences liées à la perception du gratuit. En effet, la portée symbolique du « gratuit » fait référence à des cadres socialement construits qui s'inscrivent non seulement dans les expériences individuelles et collectives, mais aussi dans les valeurs éducatives. Pour les usagers, la gratuité implique une exonération intégrale du paiement des frais, en tant qu'acte de reconnaissance financière ou matérielle de l'État, donc sans une contrepartie. Ainsi, la déception apparaît dès que les femmes se trouvent confrontées aux dépenses dont elles croyaient être dispensées.

«Il n'y a pas de gratuité. Avant de venir ici, moi, j'ai appris que l'État est en train d'aider. Mais ça me surprend encore qu'on nous demande tout cela. Tout n'est pas gratuit, mais c'est au moins différent qu'avant. Avant, tant que tu ne déposes pas de l'argent, on ne touche pas ta femme. Mais maintenant, les agents commencent d'abord les soins en attendant qu'on achète le reste des produits. » (Époux de femme césarisée, hôpital de zone, Abomey-Calavi).

La mesure de renonciation au paiement des frais de la césarienne a induit un degré diversifié de compréhension de l'offre de soins. Le déficit d'information ou la détention d'informations parcellaires erronées semblent être une contrainte majeure à une adhésion des populations à la stratégie de la gratuité. Dépitées par les controverses générées par la mesure, les sages-femmes se voient obligées de libérer des bribes d'informations au gré de leur humeur, avant l'entrée de la femme au bloc opératoire. Il s'agit là de préparer les parents à une césarienne « subventionnée » et donc à l'acceptation des dépenses postopératoires. Ainsi se posent des interrogations sur le fondement de la gratuité qui structure un autre niveau de discussion, notamment le regard de la population sur le gratuit.

Dans ces conditions, le recours à la césarienne gratuite est lié au statut socio-économique des femmes, notamment en raison des pratiques en vigueur à l'hôpital de zone d'Abomey-Calavi où s'est développée une sorte de paiement direct des frais. Les catégories d'individus qui sollicitent la gratuité de la césarienne se recrutent prioritairement parmi celles qui ont des conditions sociales défavorisées, un faible pouvoir d'achat et un niveau d'instruction limité : conducteurs de taxi, travailleurs du secteur primaire (agriculteurs et pêcheurs), pratiquantes de « petits boulots » (coiffeuses, couturières, commerçantes de détail...) L'impossibilité de payer les frais supplémentaires amène de nombreuses femmes à recourir aux services sociaux de l'hôpital de zone d'Abomey-Calavi.

« Tout le monde n'arrive pas à payer. Beaucoup de femmes disent : mon mari n'a pas d'argent. Si c'est à la consultation prénatale, le paiement est obligatoire. Mais si c'est à l'urgence, on les laisse et le service social rembourse après. Parfois, les sages-femmes viennent signaler les cas d'indigence. Parfois, nous-mêmes, on constate quand on va pour la visite de terrain. Lorsqu'on leur prescrit des ordonnances, et qu'ils n'arrivent pas à payer, nous, nous intervenons. Nous faisons d'abord des enquêtes sociales et des entretiens avec les personnes qui sont autour d'eux. » (Assistante sociale, hôpital de zone, Abomey-Calavi).

Au total, les bénéficiaires de la mesure de la gratuité de la césarienne sont confrontées à des difficultés récurrentes, et les enthousiasmes de départ ont tôt fait de céder la place à la déception et à l'amertume. En somme, les coûts des prestations même exemptées n'ont pas toujours baissé, limitant d'autant l'accès des populations démunies aux soins (V. Ridde, E. Robert et B. Meessen, 2010).

5. La gratuité de la césarienne, un enjeu financier important

L'une des réticences générées au niveau des professionnels de la santé par la gratuité de la césarienne est la perception d'une remise en cause des principes de l'Initiative de Bamako (1987). Ces principes supposent un modèle usuel de financement des systèmes de santé en Afrique basé sur le recouvrement des coûts. Ils ont été appréhendés, depuis les années 1980, comme une réponse aux difficultés de financement des dispositifs biomédicaux de soins et une solution optimale permettant aux centres de santé de disposer de revenus propres (V. Ridde et J. E. Girard, 2004). Dans ce contexte, la gratuité de la césarienne suppose un important déficit financier lié à l'absence de cession des médicaments, un produit de santé qui a acquis une grande portée financière. Par exemple, en 2011, les médicaments à eux seuls représentaient plus de 56 % des recettes totales de la zone sanitaire d'Abomey-Calavi (95 millions sur 169 millions FCFA), alors qu'ils ne représentent que 42 % des dépenses totales (59 millions sur 141 millions FCFA) (Ministère de la Santé, 2012). À ce déficit, s'ajoute celui généré par la gratuité des soins au profit des enfants de moins de cinq ans.

Ces déficits sont compensés au moyen de nombreuses stratégies mises en place par les hôpitaux engagés dans la gratuité de la césarienne. À cet effet, le remboursement des frais plafonné à 100 000 FCFA par femme prise en charge est très motivant pour l'inscription sur la liste des centres accrédités. Il explique les nombreuses demandes d'agrément enregistrées. De quarante centres hospitaliers accrédités au début, on en compte aujourd'hui quarante-cinq, aussi bien publics, privés, confessionnels qu'associatifs.

En plus de la subvention monétaire, l'ANGC met à la disposition de chaque hôpital, une « dotation de lancement » composée de médicaments et de kits complets de césarienne, à titre de mesure d'accompagnement. Maints acteurs insistent sur le grand écart entre les remboursements sollicités auprès de l'ANGC et les dépenses effectivement consenties par les centres agréés. En effet, toutes les femmes césarisées ne sont pas transportées par l'ambulance (pour un montant de 40 000 FCFA); de même, tous les médicaments du kit ne sont pas utilisés, alors même que ces frais sont systématiquement facturés. Tandis que les hôpitaux continuent de se plaindre de l'insuffisance de ressources financières et matérielles, l'ANGC souligne le caractère largement suffisant de la subvention qui ne saurait expliquer une rupture de stock en kits de césarienne.

« L'ANGC est en relation directe avec l'hôpital ; elle est un tiers payant. L'agence représente les mères césarisées pour le paiement des factures. Et nous recevons de l'hôpital des dossiers selon une périodicité mensuelle. Je ne sais pas ce qu'ils font, pour qu'il y ait autant de ruptures. On a donné des médicaments et on a même maximisé les stocks » (Responsable, ANGC, Cotonou).

Au total, les frais de transport par ambulance et des médicaments sont révélateurs de la gestion peu transparente qui entoure l'offre et qui justifie les enjeux financiers qui gravitent autour de la gratuité de la césarienne au Bénin.

Conclusion

Dans la pratique, les politiques d'accès gratuit aux soins n'ont pas pris en compte une multiplicité de paramètres de nature économique, administrative, socioculturelle, médicale et communicationnelle. Presque partout en Afrique, elles sont marquées par des faiblesses liées à la pénurie de médicaments, l'accumulation des retards dans le remboursement des formations sanitaires, les difficultés de gestion administrative, mais aussi et surtout de trésorerie². Si des fonds supplémentaires ont parfois été alloués pour faciliter la mise en œuvre de l'exemption, la pérennité des subventions n'a pas été assurée, impliquant de nombreux effets indésirables. Parmi ces effets, on peut rappeler le retour en arrière au Kenya où le paiement des soins a été rétabli en 1992.

Sur seize pays qui ont mis en place des politiques d'exemption des paiements des soins en Afrique, dix ont préféré une « approche sélective », qui touche soit les femmes enceintes, soit les enfants de moins de cinq ans, voire les deux (Bénin, Burkina-Faso, Burundi, Ghana, Mali, Niger, Sénégal, Sierra-Leone, Tanzanie et Togo). L'« approche universaliste » a été implantée dans quatre pays (Liberia, Madagascar, Ouganda et Zambie). Seuls deux pays, l'Afrique du Sud et le Kenya ont opté pour une « approche mixte », combinant à la fois l'exemption pour une partie de la population et l'exemption pour certains types de services à l'ensemble de la population. À ce jour, il est encore difficile de dégager des tendances spécifiques à ces différentes modalités d'exemption concernant leurs effets potentiels sur les systèmes de santé.

Au Bénin, les conditions de mise en œuvre de la gratuité de la césarienne sont porteuses de conséquences diverses observées à travers la gestion de l'offre à l'hôpital de zone d'Abomey-Calavi. La recherche a permis d'analyser les perturbations spécifiques induites par la gratuité de la césarienne dans cet établissement hospitalier. La démarche adoptée n'admet pas une généralisation des résultats à l'ensemble des centres agréés du Bénin, même si la problématique semble identique partout. La mesure d'exemption des frais a pris naissance dans un contexte de crises au plan social, politique et économique, avec des

² Au Niger par exemple, sur la période 2006-2010, l'Etat n'a pu rembourser que 49 % des factures transmises par l'ensemble des districts sanitaires. A la fin de l'année 2010, le cumul des arriérés s'élevait à plus de 11 milliards de francs CFA (soit 18,5 millions d'euros) (Médecins du monde, 2011)

centres de santé qui n'ont pas été préparés pour la mise en œuvre d'une telle politique. Au plan social, la gratuité de la césarienne a induit une amélioration de la fréquentation, parce qu'il y a « gratuité », mais cette forte utilisation est pleine de défis, notamment budgétaires ; et des stratégies doivent être dégagées pour assurer un contrôle plus rigoureux des bénéficiaires et faire respecter la référence entre les centres de santé et les hôpitaux. Le renforcement de la participation communautaire et une stratégie adéquate de communication pourront améliorer les indicateurs. Enfin, les initiatives devront permettre de développer un rapport de cohabitation et de cogestion entre les structures de contrôle, d'intermédiation ou d'interface et les services de santé.

Références bibliographiques

DAVID Pierre-Marie, 2011, « La santé : un enjeu de plus en plus central dans les politiques publiques de développement international? », *Socio-logos. Revue de l'Association française de sociologie* [En ligne], 6 |2011, mis en ligne le 18 mai 2011, Consulté le 28 mars 2014. URL : <http://socio-logos.revues.org/2550>

DELANNE Philippe et GUINGNIDO Gayes, 2003, *Rapport National sur l'État et le devenir de la population du Bénin. La santé de la reproduction au Bénin : défis et Perspectives*, Cotonou.

FOUCAULT Michel, 1971, *L'ordre et le discours*, Paris, Gallimard.

HÔPITAL DE ZONE D'ABOMEY-CALAVI, 2012, *Annuaire des statistiques sanitaires 2011*, Abomey-Calavi.

HOUNGNIHIN Roch, TINGBE-AZALOU Albert et FOURN E., 2013, « Participation communautaire et gestion des services de santé : perceptions et stratégies des acteurs dans la zone sanitaire de Comè (Bénin) », *Perspectives & Sociétés*, 5 (1et 2) : 228 - 245.

INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DE L'ANALYSE ÉCONOMIQUE, 2013. *Recensement général de la population et de l'habitat*, Cotonou.

JAMES C., MORRIS S.S., KEITH R. ET TAYLOR A., 2005, "Impact on child mortality of removing user fees: stimulation model", *British Journal*, 331 (7519): 747-749.

LE PAYS EMERGENT (QUOTIDIEN INDÉPENDANT BENINOIS), du 24 avril 2009, *Yayi Boni lance la gratuité de la césarienne au Bénin*, Cotonou.

MÉDECINS DU MONDE, 2011, *Gratuité des soins au Niger : une option payante à consolider*, Niamey.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ, 2012, *Annuaire des statistiques sanitaires 2011*, Cotonou.

NADEAU Marc-André, 1998, *L'évaluation de programme, théorie et pratique*, Sainte-Foy, Presses de l'Université Laval, 2^e éd.

OLIVIER DE SARDAN Jean-Pierre, 1995, *Anthropologie et développement : essai en sociologie du changement social*, Paris, APAD-Karthala.

RIDDE Valery et GIRARD J.-E., 2004, « Douze ans après l’initiative de Bamako : constats et implications politiques pour l’équité d’accès aux services de santé des indigents africains », *Santé Publique*, 15 (1) : 37-51.

RIDDE Valery et BLANCHET Karl, 2008, « Vers la gratuité des soins en Afrique ? », *Humanitaire* [en ligne], URL : <http://humanitaire.revues.org/480>.

RIDDE Valery, ROBERT E. ET MEESEN B., 2010, « Les pressions exercées par l’abolition du paiement des soins sur les systèmes de santé », *World Health Report, Background Paper*, n°18, Geneva, World Health Organisation.

RIDDE Valery, 2012, *L’accès aux soins de santé en Afrique de l’Ouest : au-delà des idéologies et des idées reçues*, Montréal, Les Presses de l’Université de Montréal.

TAVERNE Bernard, 2014, « La gratuité des médicaments antirétroviraux au Sénégal. Biographie d’une décision de santé publique », A. Desclaux, M. Egrot (dir.), *La pharmaceuticalisation au Sud. Anthropologie du médicament à ses marges*, Éditions de l’IRD.

UNICEF, 2012, *Progrès pour les enfants : un bilan sur les adolescents*, Rapport n°10, New York.

**LA SANTÉ DU NOUVEAU-NÉ : ENTRE DÉPRESSION MATERNELLE ET
RETARD DE CROISSANCE INTRA-UTÉRIN**

YAO Esther Doris Ghislaine
Université Alassane Ouattara
Centre de Recherche et de Développement (CRD)
gdoriskra@gmail.com

Résumé

La problématique de la santé mère-enfant a fait l'objet de plusieurs études. Certaines études ont porté sur les causes physiologiques et d'autres par contre se sont intéressées essentiellement à l'impact de la dépression maternelle sur le développement de l'enfant. Les rares études sur le lien entre cette dépression et la santé physique de l'enfant ont pris en compte seulement quelques variables physiologiques telles que : détresse respiratoire, syndrome hémorragique, souffrance cérébrale, infections néonatales à la naissance. Notre étude vise à analyser la relation entre la dépression de la mère pendant la grossesse et la taille et la circonférence de la tête de l'enfant à la naissance. La méthodologie se fonde sur une approche quantitative. La collecte des données a été faite au moyen du Patient Health Questionnaire (PHQ-9) et de l'observation documentaire. Les données ont été collectées auprès d'un échantillon pair de 200 sujets (les mères et leurs enfants) puis analysées avec le coefficient de corrélation linéaire de Pearson. La corrélation recherchée est significative et revêt un caractère négatif. Nous pouvons conclure que plus la dépression maternelle prénatale est grave, moins haute est la taille des enfants à la naissance d'une part. D'autre part, une petite tête à la naissance est le contrecoup d'une dépression maternelle prénatale élevée.

Mots clés : Dépression maternelle, taille, santé, circonférence de la tête.

Abstract

The issue of mother-child health has been the subject of several studies. Some studies have focused on physiological causes and others have focused on the impact of maternal depression on child development. The few studies on the relationship between this depression and the physical health of the child have taken into account only a few physiological variables such as respiratory distress, hemorrhagic syndrome, cerebral pain, neonatal infections at birth. Our study aims to analyze the relationship between depression of the mother during pregnancy and the size and circumference of the child's head at birth. The methodology is based on a quantitative approach. Data collection was done using the Patient Health Questionnaire (PHQ-9) and documentary observation. The data were collected from an even sample of 200 subjects (mothers and their children) and analyzed with the Pearson linear correlation coefficient. The correlation sought is significant and has a negative character. We can conclude that the more severe the prenatal maternal depression is, the lower the height of children at birth on the one hand. On the other hand, a small head at birth is the backlash of a high maternal prenatal depression.

Keywords: maternal depression, height, health, head circumference.

Introduction

La morbidité et la mortalité néonatale restent élevées et préoccupantes en Côte d'Ivoire. La mortalité néonatale se situait à 38 pour 1000 naissances vivantes en 2012 (ESD-MICS) contre 41 en 2005. Les différentes études réalisées montrent que certaines maladies au cours de la grossesse constituent des facteurs de risques pour la survie du nouveau-né et du nourrisson. Il s'agit de la malnutrition, les infections respiratoires aiguës (IRA), le paludisme et les anémies. Les incidences de ces quatre pathologies demeurent encore importantes avec 291,79 pour 1000 pour le paludisme, 202,35 pour 1000 pour les IRA, 88,86 pour 1000 pour la diarrhée, 133,08 pour 1000 pour les anémies (RASS, 2015).

Pour pallier ces insuffisances, des actions en faveur de l'amélioration de la santé infantile ont été réalisées par le pays. La vaccination demeure l'une des initiatives importantes de lutte contre la mortalité infantile. La couverture vaccinale des enfants de 0 à 11 mois pour la 3ème dose du vaccin pentavalent est très élevée et varie de 79 % à 107 % dans les régions sanitaires (Rapport de la revue du Programme Elargi de Vaccination (PEV, 2006)). Aussi note-t-on la mise en œuvre de la mesure de prise en charge de la mère et de l'enfant avec la gratuité des soins, de la césarienne et des médicaments.

D'importants progrès ont été accomplis par rapport aux objectifs relatifs à la santé ; une réduction de la mortalité des enfants de moins de 5 ans de 181 pour 1000 en 1998 à 108 pour 1000 en 2012 mais qui reste encore insuffisante. Ce taux pourrait être amélioré par des interventions visant à enrayer la mortalité néonatale dont le taux représente le tiers des décès d'enfants de moins de 5 ans. Ces données montrent que beaucoup d'efforts restent à faire par le pays pour améliorer l'état de santé des enfants de moins de 5 ans.

En dépit des actions du gouvernement ivoirien, la santé du nouveau-né demeure un problème majeur. Problème posé essentiellement de façon biologique avec des réponses tout aussi biomédicales. On pourrait l'envisager sous un angle non exclusivement biologique. D'où l'approche biopsychologique que nous utilisons pour comprendre le lien entre la dépression maternelle et les caractéristiques biométriques du nouveau-né.

Le lien entre le pré et le post natal est un concept à la fois reconnu et pourtant négligé tant par les institutions que par les parents et la dyade. La naissance est une continuité avec la grossesse et les désirs de conception des parents. Elle laisse place à l'enfant réel, et les fantasmes et rêveries inhérents à la grossesse décrite par Bydlowsky (1997) sont relégués au niveau inconscient des parents. Or ce lien existe, et a un impact réel sur le vécu dans la

relation parents-enfants avec les conséquences connues à présent sur le développement ultérieur de l'enfant (Zeanah, Klaus, Kenell, & Minde, 2000).

Le nourrisson est dans un état de totale dépendance de son environnement. Comme Winnicott l'a souligné, un bébé tout seul, cela n'existe pas. Il est dépendant de sa mère physiquement et psychologiquement. Il a besoin de sa présence physique et de son investissement psychique pour se sentir exister. Au départ, il est dans un état de non-intégration ; il vit de multiples expériences sensorielles, somatiques et émotionnelles éclatées, non liées entre elles. Ses premiers éprouvés émotionnels sont d'ailleurs très proches de sensations corporelles et s'expriment principalement à travers des manifestations somatiques.

Chez un nouveau-né en bonne santé, les interactions qui vont faciliter un développement harmonieux sont caractérisées par une disponibilité affective de la mère, une souplesse des réponses de celle-ci, de la stabilité, une continuité et une cohérence dans le temps. Lorsque ces conditions ne sont pas remplies, les interactions seront perturbées dans leurs différents niveaux d'expression. On verra apparaître des symptômes cliniques chez le nourrisson (troubles psychologiques à expression somatique, dépression du nourrisson....) pouvant signifier soit : une insuffisance dans l'attachement avec carence affective, un défaut de protection avec envahissement de la relation par les angoisses de la mère, etc. (Savelon, 2011).

Les études scientifiques portant sur la santé des enfants de 0 à 3 ans se sont accrues ces dernières années. Certains facteurs obstétricaux ont été incriminés dans la genèse du retard de croissance staturo-pondéral dont l'impact sur la morbidité et la mortalité infantile est reconnu : le jeune âge de la mère, le statut nutritionnel avant et pendant la grossesse (Allen, 2000; Rush, 2000 ; Rutstein, 2000) ; les maladies infectieuses et parasitaires (Rush, 2000) ; le style de vie et le travail de la mère (Kabore et al, 2007 ; Kim, et al, 2010; Kwak, et al, 1996). D'autres facteurs infectieux et traumatiques (la conjonction de facteurs génétiques, périnataux, les anomalies du développement cortical, et des lésions acquises du cortex cérébral) ont été associés pour expliquer la prévalence élevée de l'épilepsie chez l'enfant (Callixte, et al 2014).

Cependant, nous notons une insuffisance de contrôle des facteurs psychologiques et une faible prise en compte de certaines variables psychopathologiques de la mère (stress, anxiété, dépression) en lien avec le développement de l'enfant. En effet, dans sa description de "la préoccupation maternelle primaire", Winnicott (1969) révèle que, grâce à son état émotionnel maternel particulier, la mère peut répondre aux besoins de l'enfant de manière

efficace. Cependant, il soulève deux problèmes pouvant apparaître dans la mise en fonctionnement de cette relation originaire, et pouvant mettre en péril le processus de développement de l'enfant. D'une part, un narcissisme maternel trop centré sur sa personne et ses intérêts, au point de négliger complètement son propre enfant, et d'autre part, son état opposé, à savoir : la compulsion maternelle à être absorbée totalement par l'enfant jusqu'à faire de ses demandes et besoins une préoccupation pathologique. Dès lors, la psychopathologie de la mère peut constituer un facteur de risque important dans le développement de l'enfant, par rapport à l'apparition, dans les premières années de vie, de troubles du comportement et émotifs (Ammaniti, et al 2004 ; Goodman, 2007 ; Cummings, 2009; Sherryl, 2010 ; Turney, 2011; Gérardin, 2011). Puis, les habiletés parentales et le stress pendant la grossesse (Goodman, 2009; Cummings, 2009 ; Schneider, 2000; Welberg, 2001) peuvent constituer un facteur de risque dans la croissance de l'enfant.

En somme, nous constatons que ces études sont peu nombreuses et celles concernant la santé des nouveau-nés (0-28 jours) en relation avec la détresse psychologique de la mère pendant la grossesse sont encore rares. Or les études épidémiologiques sont d'une importance primordiale pour la connaissance, la compréhension des troubles psychopathologiques précoces et pour proposer des traitements pouvant améliorer le développement physique et psychologique des nourrissons et jeunes enfants et réduisant ainsi le taux de mortalité néonatale. C'est dans cette optique que nous nous sommes intéressés au retard de croissance du nouveau-né et à l'humeur dépressive de la mère ; en analysant particulièrement les données biométriques du nouveau-né en lien avec le degré de dépression vécu par la mère au cours de la grossesse.

Selon la littérature, la santé du nouveau-né à la naissance dépend en partie de sa croissance en taille, en poids et du périmètre crânien. Elle est aussi conditionnée par la qualité et l'hygiène des soins per-partum, et l'investissement de la mère auprès de l'enfant. Le bien-être d'un nouveau-né dépend de manière considérable de la santé mentale de sa mère et de l'interaction avec celle-ci. Le bon développement physique et psychologique d'un enfant est étroitement lié à la santé de la mère. Ainsi, une mère émotionnellement épanouie pendant la grossesse entretiendra des relations de qualité avec l'enfant qu'elle porte. La nature de cette relation et l'investissement psychologique fait pendant la période prénatale sont susceptibles de conditionner la bonne croissance de l'enfant.

Notre conception du nouveau-né n'est pas la conception classique (du premier jour de naissance au 28 jours après la naissance), elle est dans les minutes qui suivent

l'accouchement. Par conséquent, nous nous sommes intéressées à la croissance de l'enfant in utero. La croissance est un processus biologique quantitatif qui correspond à l'augmentation des dimensions, du poids ou du volume corporels. Elle fait partie d'un schéma ontogénique normal propre à chaque espèce dans le développement des êtres vivants (Feillet, 2005) et normalement sur la taille, le poids, et le périmètre crânien de la naissance de l'enfant jusqu'à trois (3) ans. La croissance normale de l'enfant peut rencontrer des retards au niveau des dimensions ou du volume corporel si le système neuroendocrinien de la mère présente des anomalies (par exemple une augmentation des hormones du stress ou une réduction du flux sanguin vers le fœtus) susceptibles de conduire à un dysfonctionnement des mécanismes neurorégulateurs chez les nourrissons et d'augmenter ainsi, chez eux, le risque de dépression ou d'autres troubles notamment le retard de croissance à la naissance (Modèle théorique de l'intégratif de la transmission du risque de psychopathologie de Goodman et Gotlib (1999)).

Le retard de croissance peut être le premier signe d'un processus pathologique qui peut mettre en jeu le pronostic vital ou fonctionnel de l'enfant (Feillet, idem). Environ 10 à 15% des enfants nés avec un retard de croissance intra-utérine (RCIU) important ne présentent pas de rattrapage statural et ont un retard de croissance qui persiste même après l'âge de deux ans selon le guide d'accompagnement du patient (2009).

Dans cet article, l'étude de la taille et du périmètre crânien de l'enfant se fera en lien avec la dépression maternelle périnatale. Ce terme a été proposé par Gaynes (2005) pour « définir tout épisode de dépression majeure ou mineure ayant lieu durant la grossesse ou au cours des 12 mois suivants la naissance de l'enfant ». La dépression périnatale constitue un problème de santé publique majeur en raison de sa prévalence (environ 15%) ; une femme sur sept présente un épisode dépressif entravant de manière significative son rôle maternel (Gaynes, idem). Ce qui donne un caractère particulier à la dépression périnatale c'est le contexte dans lequel elle se produit et les effets qu'elle a sur le fœtus, le jeune enfant et les autres membres de la famille (Goodman, 2005).

Pourquoi la croissance de l'enfant à la naissance est influencée par le degré de dépression vécue par la mère pendant la période prénatale? Plus précisément, quel lien existe-t-il entre la taille, la circonférence de la tête de l'enfant et la dépression prénatale ?

Cet article vise un triple objectif à savoir : i) déterminer le niveau de dépression des mères pendant la période prénatale ; ii) mesurer la taille et le « tour de tête » à la naissance des enfants des mères dépressives ; et iii) montrer que la taille et le périmètre crânien des enfants à la naissance varient selon le degré de dépression vécue par leurs mères pendant la période

prénatale. Cette étude admet deux hypothèses : i) la taille des enfants à la naissance est négativement corrélée avec le niveau de dépression de leur mère durant la période prénatale ; ii) plus la dépression de la mère est grave, moins élevé est le tour de tête de l'enfant à la naissance.

1. Méthodologie

1.1 Terrain d'étude

Notre étude s'est déroulée dans la commune d'Abobo. Abobo fait partie des 13 communes qui comptent le district Abidjan, capitale économique de la Côte d'Ivoire. Abobo est située dans le nord d'Abidjan. Elle est la commune la plus peuplée d'Abidjan avec plus d'un million d'habitants et est essentiellement habitée par des familles à revenu modeste et intermédiaire. L'Hôpital Général d'Abobo est l'unique hôpital de référence du district sanitaire d'Abobo Nord. L'aire sanitaire de ce centre de santé couvre une population cosmopolite, économiquement défavorisée, estimée en 1998 à 638 237 habitants (Institut National de Statistique, 1998).

Le service de pédiatrie a une capacité d'accueil de 25 lits et ne dispose pas d'unité de néonatalogie. Il reçoit une moyenne annuelle de 13 000 enfants en consultation/urgences et 2500 en hospitalisation. L'intérêt porté à ce centre de santé « Hôpital Général d'Abobo Nord » communément appelé « Hôpital Félix Houphouët-Boigny d'Abobo » se justifie par le fait qu'il accueille près de la majorité de la population de cette commune avec un taux de fréquentation élevé de 50 femmes en soin prénatal par jour. Il dispose d'un service de soin prénatal et d'un service de pédiatrie bien équipé. Ces services, grâce à la collaboration du personnel soignant, semblent présenter toutes les commodités pour la réussite de cette étude.

1.2 Échantillon

L'échantillon sur lequel porte l'article est constitué des femmes enceintes qui ont accouché à l'hôpital général d'Abobo Nord de 2010 à 2012. Sa taille est de 9112 femmes. Cette population de femmes est hétérogène. Elle regroupe les mères, d'âges variables, de différentes situations socioéconomiques et sociodémographiques. Elles ont des antécédents médicaux et personnels et sont de situation matrimoniale différente. Elles n'ont pas nécessairement le même niveau d'étude, les mêmes charges familiales, proviennent de milieux socioculturels et socioéconomiques différents, et sont de confessions religieuses diverses. Une telle hétérogénéité de la population d'étude rend impérieux le choix d'un échantillon homogène susceptible de recueillir des données pertinentes.

Nous avons constitué un échantillon de 200 sujets tiré de l'échantillon de base du projet CDS/CI (Impact des maladies infectieuses et parasitaires sur le développement physique et mental chez les enfants africains : Côte d'Ivoire) tiré lui également de la population mère.

Le projet CDS/CI comprend un échantillon de 300 enfants. 300 enfants nés à l'hôpital général d'Abobo Nord ont été sélectionnés sur une période de 6 mois après consentement éclairé écrit par la mère. Cette taille peut être détectée avec une puissance de $> 80\%$. Elle admet une erreur alpha de 0,05 sous l'hypothèse que la proportion d'enfants présentant des déficiences développementales au cours des 24 premiers mois est de 30%. Ce calcul est basé sur les données disponibles sur la prévalence et l'incidence prévue du poids insuffisant (Ehrhardt et al, 2006; Grantham-McGregor et al, 2007).

Il s'agit d'un échantillon pair composé de deux sous-groupes : les mères et leurs enfants. Les mères sont âgées de 18 ans (âge de la majorité civile) à 35 ans (âge limite pour avoir un enfant sans risque pour la mère et l'enfant) et habitent la commune d'Abobo. Elles fréquentent cet hôpital pour des consultations prénatales et habitent plus précisément à moins de 5 km de « l'Hôpital Félix Houphouët Boigny ». Elles ont été sélectionnées de la première semaine du huitième mois de grossesse jusqu'au dernier jour du neuvième mois. Cette période se caractérise par l'anxiété et l'angoisse ressentit par la femme enceinte devant l'inconnu et la crainte de la douleur physique.

Sont exclues les femmes enceintes qui présentent quelques problèmes de santé, notamment le diabète de type I, le syndrome HELLP et les grossesses gémellaires. Ces différents problèmes de santé peuvent impacter la croissance des enfants in utero et déclencher l'accouchement avant terme.

Quant aux enfants, ils sont nés vivants à l'hôpital général d'Abobo Nord et à terme (le terme gestationnel est compris entre 38 et 41 semaines d'aménorrhée complètes). Sont exclus les enfants qui présentent un attardement mental, les enfants mort-nés et ceux qui souffrent de malformations congénitales à la naissance.

Ainsi la taille de l'échantillon d'enquête est de 200 sujets pairs (200 mères et 200 enfants nés de ces mères).

La technique non probabiliste (échantillonnage par variation systématique) a été mobilisée. C'est une méthode itérative qui permet de contrôler progressivement les effets indésirables des variables parasites (Chauchat, 1985).

1.3 Variables et outils de collecte

Les données collectées sur cet échantillon sont relatives aux trois (3) variables qui se dégagent des hypothèses : la dépression maternelle prénatale, le périmètre crânien et la taille de l'enfant à la naissance. La dépression maternelle est une affliction vécue à divers degrés par les mères pouvant se traduire par l'expression de tristesse, des sentiments de désespoir et d'impuissance, de l'irritabilité et de la confusion de longue durée et associée à d'autres modifications psychiques et physiques. Elle peut conduire à une réduction de la croissance fœtale et à un accroissement du taux d'infection chez le nouveau-né et l'enfant.

La dépression maternelle prénatale est une variable indépendante de nature quantitative. Elle est exprimée par des scores allant de 0 à 27 points. Le score 0 signifie que la mère n'éprouve aucun symptôme de la dépression durant la grossesse. Le score 27 signifie que tous les symptômes de la dépression maternelle sont présents presque tous les jours au cours de la grossesse.

L'évaluation de cette dépression a été faite au moyen du Patient Health Questionnaire (PHQ-9). Le Patient Health Questionnaire (PHQ-9) développé par Spitzer (1999) « permet d'identifier selon les critères du DSM-IV les principaux troubles psychiatriques rencontrés en médecine générale (troubles dépressifs, anxieux, du sommeil, des conduites alimentaires) ». Il a été validé en soins primaires aux États-Unis (sensibilité, 75%; spécificité, 90%) (Spitzer, idem). Seuls les modules sur la dépression (Gilbody, 2007) et le trouble panique (Lowe, 2003) ont été utilisés en soins primaires en Europe (Anseau, 2004).

Cet instrument quantitatif a été administré dans les services de consultation prénatale pour collecter des données relatives à l'évaluation psychologique des femmes enceintes. L'administration du PHQ-9 s'est faite de façon individuelle pour toutes les femmes échantillonnées dans un bureau fermé. La durée de la passation varie de 10 à 15 minutes pour chaque femme enceinte.

La croissance en taille appelée aussi croissance staturale et le périmètre crânien ou la mesure du "tour de tête" du nouveau-né sont des variables dépendantes de la présente étude. Ils sont des indicateurs du développement fœtal. Ils sont utilisés depuis longtemps dans les statistiques comparatives et sont des indicateurs indirects d'une amélioration de la santé périnatale.

Le périmètre crânien du nouveau-né est une variable dépendante de nature quantitative qui s'évalue en centimètre (cm). Les données sur le tour de tête des enfants à la naissance ont été collectées en salle de naissance à partir d'un ruban gradué et enregistrées dans le carnet de

santé mère-enfant. Ces données ont fait l'objet d'une recherche documentaire à l'aide d'une fiche d'observation documentaire.

La taille de l'enfant à la naissance est une variable dépendante de nature quantitative qui se mesure en centimètre (cm). Les données sur la taille des enfants à la naissance ont été recueillies en salle d'accouchement à partir d'un ruban gradué et consignées dans le carnet de santé mère-enfant. Ces données ont fait l'objet d'une recherche documentaire à l'aide d'une fiche d'observation documentaire.

1.4 Analyse des données

Les hypothèses énoncées dans la première partie de ce travail sont formulées en termes de corrélation entre une variable indépendante (dépression maternelle) et deux (2) variables dépendantes (le périmètre crânien et la taille de l'enfant). Ces hypothèses inclinent donc à établir une corrélation entre les sujets appareillés ou équivalents rassemblés dans les différents groupes expérimentaux établis. Le test de corrélation de Person (r) se révèle, dans ces conditions, le plus approprié parmi les techniques statistiques utilisables. Le choix de ce Test tient aussi au fait que les variables dépendantes et indépendantes sont de nature quantitative et se distribuent suivant la loi normale.

2. Résultats

Les résultats de la recherche sont présentés dans les tableaux ci-dessous. Ils renseignent : i) le niveau de dépression des mères pendant la période prénatale ; ii) la circonférence de la tête ; iii) la taille à la naissance des enfants des mères dépressives ; iv) la corrélation entre le niveau de dépression des mères, le périmètre crânien et la taille des enfants.

Tableau I : Dépression maternelle prénatale et périmètre crânien l'enfant

Données \ Variables	Dépression maternelle prénatale	périmètre crânien de l'enfant
Moyenne (M)	9,690	32,460
Écart type (δ)	4,169	1,389
Effectif (N)	200	200
r	-0,155	

La moyenne de la dépression maternelle de toutes les mères interrogées est de 9,690 points. Ce chiffre représente le niveau moyen de dépression des mères pendant la période prénatale.

La moyenne du périmètre crânien de tous les enfants examinés est de 32,460 cm. Ce chiffre traduit le tour de tête moyen à la naissance des enfants de mères dépressives.

L'écart type de la dépression maternelle est de 4,169 contre 1,389 pour le périmètre crânien.

Le coefficient de corrélation linéaire (r) appliqué à l'étude de la relation entre la dépression maternelle prénatale et le périmètre crânien de l'enfant est de **-0,155**.

Au seuil de probabilité .05, nous notons une valeur de **-0,155**. La corrélation recherchée est donc significative et revêt un caractère négatif. Nous pouvons conclure que plus la dépression maternelle prénatale est forte moins grand est le tour de tête des enfants à la naissance.

Tableau II : Dépression maternelle prénatale et taille de l'enfant à la naissance

Variables	Dépression maternelle prénatale	Taille de l'enfant
Données		
Moyenne (M)	9,690	49,013
Écart type (δ)	4,169	2,183
Effectif (N)	200	200
r	-0,265	

La moyenne de la dépression maternelle de toutes les mères interrogées est de 9,690 points. Ce chiffre représente le niveau moyen de dépression des mères pendant la période prénatale.

La moyenne de la taille de tous les enfants examinés est 49,013 cm. Ce chiffre traduit la taille moyenne à la naissance des enfants de mères dépressives.

L'écart type de la dépression maternelle est de 4,169 contre 2,183 pour la taille

Le coefficient de corrélation linéaire (r) appliqué à l'étude de la relation entre la dépression maternelle prénatale et la taille de l'enfant est de **-0,265**.

Au seuil de probabilité .05, nous notons une valeur de **-0,265**. La corrélation recherchée est donc significative et revêt un caractère négatif. Nous pouvons conclure que plus la dépression maternelle prénatale est grave moins haute est la taille des enfants à la naissance.

3. Discussion

Cette recherche est menée dans le but d'expliquer le lien entre la dépression maternelle prénatale et la croissance staturale (taille) de l'enfant à la naissance d'une part. D'autre part, de décrire la relation entre l'humeur dépressive de la mère pendant la grossesse et le périmètre crânien du nouveau-né à la naissance. Les résultats obtenus confirment nos hypothèses de travail émises précédemment. Ils indiquent que : i) une petite taille de l'enfant à la naissance est tributaire au degré élevé de la dépression de la mère pendant la grossesse ; ii) une petite tête à la naissance est le contrecoup d'une dépression maternelle prénatale élevée.

L'explication de ces résultats tient au fait que, pour une bonne croissance du fœtus, la mère doit être en bonne santé mentale avant et pendant la grossesse. La santé mentale est considérée comme un facteur très important de la santé physique pour les effets qu'elle produit sur les fonctions corporelles (OMS, 2014). Le développement physique et psychologique de l'enfant dépend de l'état psychologique de sa mère. Le développement de l'enfant se faisant dans une dynamique relationnelle avec la mère, la santé de celui-ci résulte de celle de sa mère. En effet, l'état psychique maternel évolue depuis les dernières semaines de la grossesse jusqu'à la naissance pour permettre l'installation de ce que Winnicott (1956) a nommé « la préoccupation maternelle primaire » c'est-à-dire une hypersensibilité transitoire de la mère à son nouveau-né et une attention toute particulière de celle-ci aux besoins de l'enfant. Cet état physiologique et transitoire permet d'assurer au nouveau-né un sentiment de continuité psychique et aux liens mère-bébé de s'établir, ce qui est essentiel pour le devenir psychique et physique du bébé.

Le bien-être psychique, émotionnel et cognitif de la mère au cours de la grossesse conditionnera donc le développement physique de l'enfant à naître. Par conséquent, un retard de croissance du nouveau-né à la naissance peut être considéré comme une difficulté de l'ajustement réciproque de la dyade mère-enfant. Mais les difficultés peuvent commencer bien avant la naissance, car le désir d'enfant, nécessairement ambivalent, s'accompagne d'un bouleversement psychique pouvant influencer la fécondité et le déroulement de la grossesse.

Une mère dépressive est d'humeur triste ; elle éprouve une asthénie constante (fatigue générale ou incapacité maternelle) et a des troubles alimentaires (anorexie ou boulimie). Cette souffrance psychologique ressentie par la mère influence significativement la croissance de l'enfant qu'elle porte, car plus elle est déprimée pendant la grossesse plus son système neuroendocrinien est défaillant. Cela se traduit par une augmentation des hormones du stress ou la réduction du flux sanguin vers le fœtus (Goodman et Gotlib, 1999). L'anomalie du système neuroendocrinien est susceptible de conduire à un dysfonctionnement des mécanismes neurorégulateurs chez l'enfant et augmenter ainsi, chez lui le risque de retard de

croissance intra-utérin (Goodman et Gotlib, idem). Ce retard peut entraîner une défaillance au niveau de la taille de l'enfant (49,013 cm qui correspond à la moyenne de taille des enfants de mères dépressives comparer à 50 cm la moyenne de taille normale selon l'OMS). Par conséquent, à la naissance les nouveau-nés de petite taille accusent le contrecoup du degré de dépression élevée de leurs mères pendant la grossesse.

Autrement dit, il existerait une transmission de la psychopathologie de la mère (état dépressif) à l'enfant (Goodman et Gotlib, idem) d'où la dimension transgénérationnelle de la dépression périnatale selon Bydlowsky (2008). Kreisler définit la dépression du bébé comme "un désordre thymique d'évolution subaiguë, dont le déterminisme est une rupture prolongée du lien maternel et la composante affective qui prive le bébé de ses appétences vitales". La dépression du bébé est liée à la dépression de la mère. Si la mère, atone, ne sollicite guère son enfant ni le sécurise, le bébé ne peut pas à son tour maternaliser sa mère. Il y a absence de fixation entre le bébé et sa mère, car les liens d'attachement sont rompus. Et quand le nouveau-né est déprimé, il l'exprime à travers le corps d'où la psychosomatisme (petite taille et petit tour de tête). Aussi l'étude de Villar et al (2014) révèle-t-elle que l'origine ethnique n'a aucune influence sur la taille des nouveau-nés à la naissance. Quel que soit le continent de naissance, les bébés ont les mêmes chances de développement à partir du moment où la mère est en bonne santé.

Les difficultés de croissance de l'enfant intra-utérin peuvent être aussi favorisées, selon Goodman, et Gotlib (idem), par l'interaction entre les influences génétiques et biologiques et le stress ressenti par la mère. Il existe une forte corrélation entre la dépression, l'anxiété et le stress selon la littérature scientifique. C'est dire qu'une mère déprimée peut être à la fois anxieuse et stressée. Ainsi plusieurs mères déprimées pendant la période prénatale sont sujettes au stress. Il s'agit soit du stress psychologique lié à leurs conditions d'existence, soit du stress lié à la grossesse, soit encore du stress résultant d'infections ou de certains comportements comme le tabagisme ou la consommation d'alcool. Chacun de ces facteurs de stress peut nuire à l'état nutritionnel de la mère dépressive et compromettent les chances du fœtus de croître et de se développer normalement (OMS, 2006).

Pour Vignalou et Guedeney (2007) les interactions conflictuelles ont des conséquences sur la santé de l'enfant, avec un risque de troubles de retard de croissance staturo-pondérale surtout lorsque la mère souffre d'anorexie pendant la grossesse. De plus, d'après l'étude de Stein et al (1999), le poids de l'enfant serait inversement proportionnel au niveau de conflit pendant les repas. Or, selon l'étude de Sepou (2000) il existe une corrélation entre les différentes mesures anthropométriques notamment entre le poids, la taille et le périmètre crânien à la naissance et pendant les 28 premiers jours de la vie du nourrisson. C'est dire que

le petit tour de tête à la naissance des enfants des mères déprimées serait aussi corrélé à leur poids de naissance (Sepou, idem).

Le tour de tête moyen à la naissance des enfants de mères dépressives est 32,460 cm dans notre étude comparée à la moyenne 35cm selon l’OMS. Le retard de croissance du périmètre crânien des enfants à la naissance traduit un dysfonctionnement des mécanismes neurorégulateurs chez l’enfant qui est la conséquence du degré élevé de l’humeur dépressive chez la mère. En effet, de récentes recherches sur le développement du cerveau, rapportées en 1998 dans la brochure de l’Institut de la santé infantile, mettent en évidence que le cerveau fonctionne selon le principe " on perd ce qu’on n’utilise pas ". Si l’enfant ne reçoit pas les stimulations nécessaires de la part de sa mère déprimée, certaines zones de son cerveau demeureront sous-développées, les circuits non utilisés devenant inopérants après une période critique située dans les toutes premières années de vie.

Le périmètre crânien est, avec la taille et le poids, l’un des trois paramètres qui est régulièrement noté dans le carnet de santé, tout au moins dans la petite enfance dans les hôpitaux publics et privés dans nos pays. Les éléments qui déterminent le périmètre crânien pour chaque nouveau-né sont l’épaisseur et la vitesse de croissance osseuse du crâne ainsi que le volume intracrânien. Si un de ces paramètres varie à la baisse comme le cas des nouveau-nés issus des mères dépressives, il peut y avoir une modification du périmètre crânien qui entraverait la croissance et le fonctionnement normal du cerveau. La prise en compte de la corrélation entre la dépression maternelle et le périmètre crânien du bébé à la naissance peut être un bon outil de dépistage, et sa variation peut être un signe clinique aidant dans la démarche diagnostique.

Par ailleurs, Kammerer (2006) a effectué une étude sur l’axe HPA et la dépression périnatale. Il observe que les enfants de mères dépressives prénatales peuvent acquérir très tôt une prédisposition à la dépression ou à d’autres problèmes de santé physique qui surgiront plus tard. La dépression pendant la grossesse peut non seulement modifier le développement des systèmes biologiques associés au stress chez le fœtus, mais aussi accroître le risque de complications pendant la grossesse et l’accouchement. Aussi les bébés des mères déprimées subissant un fort stress social ou psychologique au cours de leur grossesse courent-ils un risque plus élevé que la moyenne de naître prématurément et de présenter un problème de croissance de naissance.

Les facteurs de stress présents tôt dans la vie, comme ceux qui sont liés à la dépression prénatale, peuvent avoir une incidence sur le périmètre crânien et sur la croissance staturale de l’enfant selon Chugani (1986). Pendant la dépression maternelle, les relations mère-enfants sont appauvries, le bébé présente une plus grande irritabilité et plus de pleurs, sa croissance pourra également en être affectée (Diego, 2005). Les cris paroxystiques et le reflux gastro-

œsophagien sont aussi une réponse du bébé à un excès d'excitation dû à un hyper investissement anxieux de la mère déprimée pour Rosine et Rose-Angéline (2011). Cet hyper investissement peut avoir pour conséquence une hyper vigilance du bébé responsable des troubles du sommeil et des troubles de croissances. L'expression somatique chez l'enfant cède la place à l'expression psychique au fur et à mesure du développement selon Marinopoulos (2007).

Les enfants de mère dépressive sont de deux à trois fois plus à risque de connaître des troubles de l'humeur, de mal fonctionner dans de multiples domaines, notamment sur les plans cognitif, social et scolaire, et d'être en mauvaise santé physique selon Cummings, et al (2009). Ils sont plus capricieux et inactifs, répondent moins aux expressions du visage et de la voix et ont un taux d'hormones de stress plus élevé que les enfants de mères non dépressives (Field, 2002).

Conclusion

La dépression périnatale est considérée comme un facteur de risque pour la santé de l'enfant. Ce trouble est lié à divers problèmes touchant de nombreux aspects du fonctionnement des nouveau-nés et des jeunes enfants, ce qui accroît chez eux le risque de dépression ou / et de troubles de croissance. Ce constat a conduit à une question de recherche axée sur le lien entre le niveau de dépression de la mère pendant la grossesse et la taille et le périmètre crânien de l'enfant à la naissance. Pour y répondre, l'approche quantitative a été mobilisée. Cette approche a privilégié le Patient Health Questionnaire (PHQ-9) et la recherche documentaire comme instruments de collecte des données. Celles-ci ont été analysées au moyen du test de corrélation linéaire de Pearson (r). Les résultats ainsi obtenus montrent qu'il existe une corrélation significative entre le tour de tête du nouveau-né et la dépression maternelle d'une part. D'autre part, la taille de l'enfant à la naissance est significativement corrélée au degré de dépression de la mère pendant la grossesse. Ces résultats confirment l'hypothèse de l'étude.

Les résultats présentés sont importants pour les parents, car ils peuvent les aider à comprendre que la dépression prénatale doit être prise au sérieux, diagnostiquée et soignée. Les mères qui ont des antécédents de dépression pourraient bénéficier d'interventions préventives lorsqu'elles contractent une grossesse ou envisageraient de le devenir, ce qui pourrait réduire les taux de mortalité ou de morbidité infantiles. Les membres de la famille peuvent aider en reconnaissant les premiers signes de la dépression prénatale et en réduisant au minimum les obstacles qui empêchent de recevoir des soins, y compris ceux d'ordre pratique. Les prestataires de services qui travaillent auprès de femmes enceintes jouent un rôle

clé, non seulement parce qu'ils peuvent aider à dépister la dépression prénatale, mais aussi parce qu'ils peuvent faciliter l'accès rapide à des soins efficaces ou les référer.

Références bibliographiques

ALLEN Lindsay, 2000, « Anemia and iron deficiency : effects on pregnancy outcomes » *American Journal of Clinical Nutrition* 71, p. 84-1280.

AMMANITI Massimo, LUCARELLI Loredana, CIMINO Sylvia, D'OLIMPIO Francesca, 2004, « Transmission intergénérationnelle: troubles alimentaires de l'enfance et psychopathologie maternelle », *Devenir*, 16(3), p.173-198.

BYDLOWSKI Monique, 2008, *La dette de vie: itinéraire psychanalytique de la maternité*, Paris, Presses Universitaires de France.

KUATE-TEGUEU Callixte, TSINKOU Huguette Charlie, KOUEMENI Lysette, NGUEFACK-TSAGUE Georges, KAPTUE Lazare, TAKOUGANG Innocent, 2014, « Facteurs obstétricaux, infectieux et traumatiques associés à l'épilepsie dans la zone rurale de Bangoua (Ouest, Cameroun) », *the Pan African Medical Journal*, 19, p.389.

CHUGANI Harry, PHELPS Michael, 1986, « Maturational changes in cerebral function in infants determined by 18FDG positron emission tomography », In *Science*, 231(4740), p.840-843.

CUMMINGS Mark, KOUROS Chrystyna, 2009, « La dépression de la mère et sa relation avec le développement et l'adaptation des enfants », In encyclopédie sur le développement des jeunes enfants, États-Unis.

DIEGO Miguel, FIELD Tiffany, HERNANDEZ-REI Maria, 2005, «Prepartum, postpartum and chronic depression effects on neonatal behavior», In *Infant Behavior & Development*, 28(2), p.155-164.

FEILLET François, 2005, « Retard de croissance staturo-pondéral », *La revue du praticien*, p.55.

FIELD Tiffany, 2002, « Prenatal effects of maternal depression. In: Goodman Sherryl, Gotlib Ian, eds. Children of depressed parents: Mechanisms of risk and implications for treatment », Washington, DC, *American Psychological Association*, p.59-88.

GAYNES, et al 2005, «Perinatal depression: prevalence, screening accuracy, and screening outcomes», In *Evid Rep Technol Assess*, (119), p.1-8.

GERARDIN Priscille, WENDLAND Jacqueline, BODEAU Nicolas, GALIN Armelle, BIALOBOS Stephanie, TORDJMAN Sylvie, COHEN David, 2011, « Depression during pregnancy: is the developmental impact earlier in boys? A prospective case-control study », *Journal of clinical psychiatry*, 72(3), p.378.

GILBODY Simon, RICHARDS David, BARKHAM Michael, 2007, « Diagnosing depression in primary care using self-completed instruments: a UK validation of the PHQ9 and CORE-OM », *British Journal General Practice*, 57(541), p.65-652.

GOODMAN Sherryl, BRAND Sarah, 2009, «Infants of depressed mothers», *Handbook of infant mental health*, p.153-170.

GOODMAN Sherryl, 2007, «Depression in mothers», In *Annu Rev Clin Psychol*, 3, p. 35-107.

GOODMAN Sherryl, GOTLIB Ian, (1999), «Risk for psychopathology in the children of depressed mothers: A developmental model for understanding mechanisms of transmission», in *Psychological Review*, 106(3), p.458-490.

GRANTHAM-MCGREGOR Sally, FERNALD Lia, SETHURAMAN Kavita, 1999, Effects of health and nutrition on cognitive and behavioral development in the first 3 years of life. Part 2. Infections and micronutrient deficiencies: iodine, iron and zinc. *Rapport de recherche*.

KABORE Patrick, DONNEN Philipe, DRAMAIX Michèle, 2007, « Facteurs de risque obstétricaux du petit poids de naissance à terme en milieu rural sahélien », *santé publique*, 19(6), p.489-497.

KAMMERER Pierre et al, 2006, «The HPA axis and perinatal depression: A hypothesis», In *Archives of Women's Mental Health*, 9(4),p.187-196.

KIM Eun Hee, LEE Eunjoo, KIM Mi-Jo, PARK Dong Young, LEE Sung Hee, 2010, «Effects of an educational program of pregnancy and delivery on pregnancy related knowledge, newborn care knowledge, and postpartum care self-efficacy of marriage immigrant women», *Journal of Korean Academy of Nursing*, 40(1), p.78-87.

KREISLER Léon, 1987, *Le nouvel enfant du désordre psychosomatique*, Toulouse, Privat.

KWAK Youn-Hee, LEE Mi-La, 1996, «The effects of education on knowledge and confidence in postpartal self-care and newborn baby care», *Journal of Korean Academy of Women's Health Nursing*, 2(2), p.246-256.

LOWE Bernd, SPITZER Robert, GRAFE Kerstin, et al, 2004, «Comparative validity of three screening questionnaires for DSM-IV depressive disorders and physicians' diagnoses», *Journal Affective Disorders*, 78, p.131–40.

MARINOPOULOS Sophie, 2007, *Le corps bavard*, Paris, Fayard.

ORGANISATION MONDIALE SANTÉ, 2014, *La santé mentale: renforcer notre action*, Aide-mémoire, N°220.

ORGANISATION MONDIALE SANTÉ, 2006, *Pour un développement optimal du fœtus*, Rapport d'une consultation technique, Genève.

RUSH David, 2000, « Nutrition and maternal mortality in the developing world », *American Journal of Clinical Nutrition*, 72, p. 40-212.

SAVELON Sylvie Viaux, 2011, « Recherche clinique en périnatalité: Impact du prénatal sur la psychopathologie du bébé et de la dyade mère-enfant », *Neurosciences*, Université Pierre et Marie Curie - Paris VI, France.

SCHNEIDER Marie, MOORE Colleen, 2000, « Effect of prenatal stress on development: A nonhuman primate model », In *Minnesota Symposium on Child Psychology*, 31, p. 201-244.

SEPOU Angela et al, 2000, « Importance des mesures anthropométriques dans la pratique centrafricaine des soins de santé primaire », *Médecine d'Afrique noire*, 7(47), p.328-332.

SHEA Rutstein, 2000, « Effects of birthspacing on mortality and health : multivariate cross-country analysis », présentation par MACRO International, Inc, à l'Agence des Etats-Unis pour le développement international, et B P Zhu et al, « Effect of the interval between pregnancies on perinatal outcomes», *New England Journal of Medicine*, 340, p. 589-94.

GOODMAN Sherryl, ROUSE Matthew, 2010, *Incidence de la dépression périnatale sur le développement des enfants: une perspective développementale*, In encyclopédie sur développement des jeunes enfants, Université Emory, États-Unis.

SPITZER Robert, KROENKE Kurt, WILLIAMS Janet, 1999, « Validation et l'utilité d'une version auto-évaluation du programme PRIME-MD: l'étude PHQ soins de santé primaires », *Journal de l'American Medical Association*, 282, p.1737-1744.

STEIN Alan, WOOLLEY Helen, MCPHERSON Klim, 1999, « Conflict between mothers with eating disorders and their infants during mealtimes », *British Journal of Psychiatry*, p.175.

TURNERY Kristin, 2011, « Maternal Depression and Childhood Health Inequalities», *Journal of Health and Social Behavior*, 52, 3, p. 314-332.

VIGNALOU Julie, GUEDENEY Nicole, 2006, « Les enfants de mères anorexiques », *Archives de pédiatrie*, p.13.

VILLAR José et al, 2014, « Les normes internationales pour le poids du nouveau - né, la longueur et la circonférence de la tête par l'âge gestationnel et le sexe: l'étude transversale du nouveau - né de l'Intercroissance-21 projet », *The Lancet*, volume 384, 9946, 6-12, p. 833-835.

WELBERG Léonie et al, (2001), « Prenatal glucocorticoid programming of brain corticosteroid receptors and corticotrophin-releasing hormone: possible implications for behaviour», *Neuroscience*, 104 (1), 71-79.

WINNICOTT Donald, 1947, 1969, *La haine dans le contre-transfert*, Payot , Paris.

WINNICOTT Donald, 1969, *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Editions Payot, Paris.

ZEANAH Charles et al, 2000, « Prematurity and serious medical conditions in infancy : implications for development, behavior and intervention», In Z. CH (Ed.), *Handbook of Infant Mental Health*, p. 176-194.

**PRATIQUES SOCIALES ET ITINÉRAIRES THÉRAPEUTIQUES, POUR UNE
ANALYSE SOCIO-ANTHROPOLOGIQUE DES MOBILES DE CHOIX DES
POPULATIONS DE DIVO EN CÔTE-D'IVOIRE**

AGOBE Ablakpa Jacob

Université Félix Houphouet-Boigny

Institut d'Ethno-Sociologie (IES)

jacobagob@yahoo.fr

KPATTA N'Cho Jérôme

Université Félix Houphouet-Boigny

Institut des Sciences Anthropologiques de Développement (ISAD)

kpattajerome@gmail.com

KOFFI Koffi Gnamien Jean-Claude

Université Félix Houphouet-Boigny

Institut des Sciences Anthropologiques de Développement (ISAD)

nanankofie@yahoo.fr

Résumé

Cet article met en exergue quelques supports idéologiques et les pratiques sociales associées à la prévention et à la guérison d'une maladie contagieuse (exemple de Gbamion¹) chez le peuple Dida. Pour parvenir à cet objectif, une méthodologie fondée sur deux techniques de recueils de données a été mobilisée. Il s'agit de l'entretien semi-directif et de la recension documentaire. Ce qui nous a permis d'obtenir les résultats suivants : D'évidence, le postulat de rationalité fondé sur l'intelligibilité ou la compréhension de l'individu à évaluer la nosologie, à faire l'inventaire des ressources disponibles et un choix éclairé d'un itinéraire thérapeutique n'est qu'un construit socioculturel. Les idéologies et les pratiques symboliques légitiment aussi la position des individus à prévenir et à faire un choix raisonné sur la thérapie de la varicelle.

Mots clés : Pratiques sociales, Itinéraires thérapeutiques, analyse socio-anthropologique, mobiles de choix

Abstract

This article highlights some ideological supports and social practices associated with the prevention and cure of diseases among the Dida people. To achieve this objective, a methodology based on two data collection techniques was mobilized. These are the semi-directive interview and the documentary review. This has enabled us to obtain the following results: Obviously, the postulate of rationality based on the intelligibility or the understanding of the individual to evaluate nosology, to make an inventory of available resources and an informed choice of A therapeutic itinerary is only a socio-cultural construct. Ideologies and symbolic practices also legitimize the position of individuals to prevent and make a clarified choice about therapy.

Keywords: Social practices, therapeutic itineraries, socio-anthropological analysis, mobile choice

¹**Gbamion** : est l'appellation de la maladie de varicelle en Dida.

Introduction

L'une des stratégies utilisées par les anthropologues pour mettre en évidence la logique des croyances et la rationalité des pratiques ethno médicales fut de montrer que la cohérence et la signification de ces dernières s'imposent lorsqu'on les considère, non plus comme un ramassis déstructuré de croyances, mais plutôt comme un « système » culturel. La cohérence de ces savoirs s'exprimerait à travers la systématisation des liens unissant les diverses composantes de la maladie et des soins (croyances liées à la nature ou aux causes, traitements, thérapeutes, etc.), (Massé, 1997).

Hahn affirme que l'une des particularités de la perspective anthropologique est de regarder les systèmes de croyances et de pratiques reliés à la santé et à la maladie comme des systèmes culturels « That is, organized patterns of thinking, judging, and behaving shared by members of a society ». (Hahn 1995, P. 2). Cette position n'est que l'écho d'une imposante littérature anthropologique qui traite des *lay health systems*, *popular health systems* ou des *folk health systems*. Young parlera de « systèmes de croyances médicales » qu'il définit comme « un ensemble de prémisses et d'idées qui permettent aux individus d'organiser leurs perceptions et expériences des événements médicaux et d'organiser leurs interventions afin d'affecter et de contrôler ces événements » (Young 1983, p.1205). Pour sa part, Fabrega (1977) se réfère, à la notion de '*medical care systems*' qui repose sur un système de classification des maladies (une taxonomie), mais surtout sur un savoir populaire c'est-à-dire un corpus de connaissances plus ou moins codifiées portant sur la nature des maladies, les facteurs causaux, les traitements appropriés de même que sur les comportements attendus des malades et de leur entourage. Le tout résulterait, selon Fabrega, en une « théorie populaire des maladies et des traitements » qui offre aux individus une explication logique des causes de la maladie et un cadre rationnel pour choisir les pratiques thérapeutiques appropriées. Même le savoir de sens commun devrait pour certains, être considéré comme un système culturel (Geertz, 1983).

Or, sans nier l'existence d'un niveau de structuration des savoirs ethno-médicaux, il faut être prudent lorsqu'on leur attribue des vertus de systématisme, de cohérence et de validité expérimentale que revendique le savoir biomédical (Blumhagen, 1981). La métaphore organiciste et mécaniste du savoir comme système occulte l'illogisme et l'incohérence qui font partie des répertoires, collectifs et individuels, de liens qui structurent les diverses composantes de l'expérience de la maladie. Une telle réification de la « nature » systémique des ethnomédecines alimente à son tour le mirage de la rationalité (Massé, 1997).

Le mirage de la systématique découle du postulat selon lequel les individus véhiculent une conception du monde cohérente, systématique et exhaustive. Or, en réalité les conceptions du monde reconstruites par les anthropologues à partir des données ethnographiques sont des construits qui ne trouvent pas automatiquement de contreparties dans la pensée populaire. La structuration du savoir ethno-médical résulte à la fois de l'effort de formalisation a posteriori généré chez l'informateur par les questions du chercheur et d'un exercice de modélisation qui conduit le chercheur à donner une cohérence à un ensemble de croyances pas nécessairement partagées par tous. Non seulement l'anthropologue procède à partir d'une traduction du sens des croyances rapportées, mais, comme on le sait, à l'intérieur d'une même culture, tous les individus n'attribuent pas la même signification à tous les événements ou objets.

Dans son analyse de la constitution des savoirs étiologiques à Dakar, Fassin, par exemple, met en évidence les limites des classifications formelles des causes de la maladie en montrant que « *ces nosologies d'ethnologues font croire que l'énoncé d'une classification est indépendant de celui qui l'énonce* » (Fassin 1993, p.191). Pourtant, l'analyse du discours de divers informateurs, voire d'un même informateur sur divers épisodes de sa maladie, montre que les explications varient selon les contextes et les circonstances. Les modèles théoriques élaborés par les ethnologues ne reposent, au mieux, que sur un échantillon limité des constructions nosologiques produites par les thérapeutes et les patients d'une culture donnée. Ces nosologies, comme toutes les formalisations des savoirs populaires, ne peuvent être que des constructions savantes formalisées d'un savoir pluriel non formalisé (Massé, *idem*).

Cette notion de cohérence est centrale dans le modèle parsonien de « rôle de malade », celui de *illness behavior* (Mechanic, 1986) et autres modèles sociologiques d'analyse des processus de recherche d'aide (Massé, 1995, P.313-365) qui, tous, postulent que l'individu est un être rationnel dédié à la maximisation des rendements de ses comportements et que le recouvrement de la santé est le but ultime du comportement humain. Elle fonde aussi l'ensemble des modèles psychosociaux de prédiction de « comportements préventifs ² », comportements qui sont censés reposer sur des calculs de probabilités quant au succès d'une action. Une telle approche relève d'une conception limitée de la culture et du comportement humain et d'un « utilitarisme subjectif » (Sahlins, 1976) qui réduit la culture à un outil, répondant d'une logique économique, utilisé pour des fins utilitaires par un homme rationnel et libre de ses choix.

² **Les comportements préventifs** : Le port du condom, la vaccination, l'examen de dépistage, etc.

En effet, l'Anthropologie met en évidence la notion de cohérence entre les moyens et les buts visés comme critère de définition de la rationalité, et ce à travers la remise en question de trois postulats. Le premier postulat³ est appuyé par Tylor (1983) qui fait de « l'inconsistance logique » entre les buts visés par l'individu et les moyens utilisés ultimes critère de définition de l'irrationalité. Il reconnaît pourtant l'existence d'une pluralité de standards de définition de la rationalité, incommensurables d'une culture à l'autre, en particulier à cause de la propension différentielle de chaque culture à la « compréhension théorique » qui permet une analyse désengagée, objective et décontextualisée des événements. Il n'en soutient pas moins qu'une condition universelle de la rationalité est la cohérence ou l'absence de violation des critères fondamentaux qui gouvernent l'articulation des buts et moyens dans sa propre culture (Tylor 1983, P.105).

Le fait de juger de la rationalité des comportements reliés à la maladie en fonction de la cohérence entre les croyances, les désirs et les actions fut critiqué par Tambiah (1990). Ce dernier rappelle que l'intentionnalité des comportements est un critère nécessaire, mais non suffisant pour définir la rationalité. Les « bonnes raisons » d'agir ne sont pas construites à partir des seules croyances personnelles, des désirs et des préférences individuels. Une telle approche psychologisante évacue la question de la construction de ces préférences et de ces désirs et, surtout, évacue l'influence des rapports sociaux et des structures de pouvoir sur les « choix de l'acteur ». Elle suppose que ces comportements répondent d'intentions clairement définies et explicites chez un individu insensible aux pressions (et intentions) sociales. Bref, elle ignore la question de la construction socioculturelle de cette intentionnalité et des objectifs visés par les comportements. La cohérence entre comportements reliés à la maladie et objectifs définis en fonction des intentions et préférences individuelles est donc une condition pertinente, mais ni nécessaire ni suffisante pour définir la rationalité des comportements sanitaires.

Deuxièmement, le postulat de cohérence⁴ s'arrime à une conception utilitariste du comportement humain qui subordonne ce dernier aux impératifs d'une raison pratique (Sahlins, 1976). Or, selon Sahlins, l'objectif de l'anthropologie n'est pas de mettre à jour l'éventail des fonctions utilitaristes possibles remplies par les comportements et de réduire la culture à une « *codification des actions pragmatiques et intentionnelles de l'homme* »

³**Le premier postulat** : Celui selon lequel tous les comportements visent un but et que la logique des comportements se résume à une logique d'atteinte d'objectifs pré-identifiés, consciemment et volontairement, par l'individu

⁴**Le postulat de cohérence** : Celui de l'universalité des finalités utilitaristes du comportement humain

(Sahlins, 1976, P.55). La prévalence de processus décisionnels à efficacité maximale et d'identifier les facteurs qui affectent la rationalité des choix, l'anthropologie devrait révéler les processus décisionnels qui ne respectent généralement pas la logique utilitariste. Ici encore, il nous faut dépasser la position relativiste selon laquelle un comportement est considéré comme rationnel dès que l'individu croit qu'il s'agit du comportement le plus efficace pour atteindre un but, ou, selon un certain fonctionnalisme écologique (Foster et Anderson 1978, McElroy et Townsend 1985), une stratégie d'adaptation aux pressions de l'environnement. On subordonne ici la rationalité d'abord à l'efficacité puis à la quête d'un but. Or, l'utilisation de seringues souillées par le toxicomane, les relations sexuelles non protégées de l'adolescent ou toute transgression volontaire de tabous sanitaires constituent des comportements à risque pour la santé qui répondent d'une logique irréductible à des critères d'efficacité ou à la quête d'un but, ce but fût-il le plaisir. Invoquer l'influence d'objectifs inconscients ne fait que ramener sous une autre forme le critère de cohérence. Or, la cohérence entre but et pratique n'est peut-être pas un objectif universel et invariable de l'agir humain. Elle suppose un niveau d'analyse de la situation souvent étranger au sens commun qui guide les pratiques quotidiennes (Massé, 1997).

S'agissant du troisième postulat⁵ lié à la rationalité des choix faits par le malade, Boudon suggère que l'opposition tranchée établie entre rationalité et irrationalité vient

de ce que l'on s'en tient à une conception trop étroite de la rationalité, celle qui suppose l'acteur complètement sûr de ses préférences, parfaitement informée de la liste des moyens permettant de les atteindre, ainsi que des caractéristiques de ces moyens, par exemple de leur accessibilité, des coûts qu'ils impliquent, etc. (Boudon 1990, p.877)

D'évidence, ce modèle de rationalité fondé sur la capacité de l'individu à évaluer ses symptômes, à faire l'inventaire des ressources disponibles et un choix éclairé de thérapeute et de thérapie (modèle endossé implicitement par les gestionnaires des programmes internationaux de santé) n'est qu'un construit socioculturel, un mythe alimenté par l'idéologie dominante occidentale (Good 1994, p.44-45). Les conditions d'une décision parfaitement rationnelle ne pouvant jamais être réunies, le choix d'un comportement sera toujours fonction d'une rationalité limitée et partielle (Lukes, 1986) et ne pourra jamais être parfaitement ni prédit ni expliqué. D'ailleurs, comme l'a montré Shweder (1981), l'ambiguïté et l'inconsistance ne sont pas nécessairement des lacunes à corriger et traduisent parfois une

⁵**Le troisième postulat** : La considération des comportements liés à la maladie en tant que stratégies comportementales adaptatives découlant de « choix »rationnels, calculés, volontaires et délibérés

forme d'intelligence dans la mesure où il existe, dans diverses circonstances, des avantages certains à maintenir un minimum d'ambiguïté dans les buts visés. Montrer que les choix de thérapie sont des construits socioculturels (Rapp, 1993) implique plus qu'une analyse relativiste de la construction socioculturelle des « bonnes raisons » d'agir dans telle culture ; cela invoque la possibilité de logiques différentes. En fait, le but visé par de tels comportements « efficaces » est peut-être moins la résolution d'un problème de santé que l'atteinte d'objectifs étrangers à la guérison ou à l'efficacité thérapeutique. La rationalité qui fonde, par exemple, le refus de porter le condom chez certains homosexuels s'explique peut-être mieux par une logique symbolique qui en fait un geste emblématique de protestation contre le contrôle sanitaire ou la stigmatisation sociale des gays, un geste visant à « symboliser leur identité » (Frankenberg, 1993). Le débat sur les finalités divergentes qui a mobilisé les défenseurs du relativisme doit déboucher sur celui des rationalités divergentes.

La logique économiste coûts-bénéfices des choix rationnels doit donc être relue à la lumière d'une réflexion sur la notion de risque. D'abord, si le comportement adopté n'est pas celui qui présente le plus faible niveau de risque pour la santé, ce n'est pas simplement à cause d'un manque d'information ou d'une incompetence à en faire l'analyse ; il peut s'agir d'un choix délibéré, intentionnel de prise de risque. Douglas (1992) remet ainsi en question les théories économistes des choix rationnels qui supposent des individus naturellement rebutés par des risques qui menacent leurs intérêts personnels. Se référant à la population des homosexuels, elle propose que leur refus d'abandonner des pratiques sexuelles à risque est une « préférence » qui ne peut être expliquée que par une théorie culturelle qui exprime les négociations établies entre l'individu et la communauté quant aux conditions d'exercice et de tolérance du « préférable ».

Même si, dans les discours dominants, les concepts déculturalisés de risque, de pratiques préventives et facteurs de risque remplacent ceux de danger, de tabous et de forces surnaturelles, tant dans les sociétés occidentales que traditionnelles l'analyse de la rationalité des choix devrait être recentrée sur l'étude des différences culturelles dans la distribution du blâme et l'attribution des responsabilités (Douglas, 1992) envers les comportements à risque. Elle devra aussi considérer les différents usages sociaux du risque, dont celui de compenser, en mettant du sel dans la quotidienneté, l'incapacité de l'ordre symbolique à donner un sens à la vie sociale et personnelle des Occidentaux contemporains (Le Breton, 1995). Enfin, la réflexion sur les choix devra dépasser une vision épidémio-statistique pour considérer le risque comme un construit issu de la confrontation de constructions populaire et

professionnelle divergentes du risque (Kaufert et O'Neil, 1993) qui répondent de logiques (politiques) divergentes (Frankenberg, 1993).

En Côte d'Ivoire, une étude réalisée par Yao (1991), nous renseigne sur la typologie de la maladie mentale chez le peuple baoulé. En effet, les critères de définition de la pathologie mentale et les conceptions que l'on s'en fait sont fonction du milieu géographique, des mœurs de chaque culture ou civilisation à un moment donné de son évolution. Le *Satikran* perçoit la maladie mentale comme une pathologie relevant du sacré, qui ne peut être éclairci que par la détermination des interactions socioculturelles. La représentation de la maladie chez le *satikran* est fondée sur le sacré. Ce qui confirme l'explication selon laquelle la découverte de la cause du mal n'est pas l'individu malade, mais dans la société. Ainsi, la maladie mentale chez le *Satikran* est significative de l'ensemble culturel qui la détermine. Par ailleurs, le *Satikran* distingue le normal du pathologique, identifie la maladie mentale et adopte des attitudes différentes vis-à-vis du malade en se référant aux fonctions sociales du délirant. Les termes utilisés pour caractériser le malade mental en témoignent. Pour le baoulé, le garçon (*yasua*) est synonyme de violence, d'agression, d'où l'expression'' *fia-yasua*'' pour désigner le fou très agité. Par contre la femme (*bla*) c'est la douceur, la faiblesse, le sérieux. C'est pourquoi, la folie tranquille est exprimée en baoulé par le terme'' *fia-bla*'' . Il ressort de cet exemple de la perception de la pathologie mentale chez le Baoulé que les critères distinctifs de la maladie mentale se fondent sur l'extériorité de la maladie.

Par ailleurs, chez le peuple Dida l'attitude de la maladie contagieuse appelée '' Gbamion'' à l'égard des ordonnances délivrées par les professionnels de la santé émane d'un ensemble de valeurs concernant la gestion symbolique des malades de leurs santés et de la maladie. Le fait de gérer soi-même sa santé et de prendre part aux décisions concernant sa santé est d'autant plus important chez les patients au cours de cette étude. En effet, le cadre culturel dida apparaît aussi comme un cadre clinique. Les comportements des Dida au recours des services notamment le rôle du malade et les comportements y afférents reposent sur des paradigmes behavioristes des processus de décision de même qu'aux modèles psychosociaux de prédiction du comportement⁶. De ce fait, la prise en charge des malades dans la culture

⁶ Ici, nous reprenons le modèle de l'action raisonnée de la théorie du comportement planifié d'Ajzen, théorie qui fonde le cadre méthodologique de cette étude. Qui, tous, supposent une logique économiste coût-bénéfice axée sur le choix éclairé des solutions les plus performantes. La position hégémonique d'une logique fondée sur une pensée explicite, cohérente et exempte d'ambiguïtés sert d'assise à une rationalité instrumentale insensible aux considérations humanistes. Or, comme le rappelle Taylor, « une société fondée sur la seule raison instrumentale menace les libertés, tant individuelles que collectives... » (1992 : 20). Qui, tous, supposent une logique économiste coût-bénéfice axée sur le choix éclairé des solutions les plus performantes. La position hégémonique d'une logique fondée sur une pensée explicite, cohérente et exempte d'ambiguïtés sert d'assise à une rationalité

didida découle de la perception que ce peuple se fait de la maladie. Ainsi dans le cadre de cette étude, il s'agit de mettre en relief les idéologies et les pratiques sociales qui légitiment le choix thérapeutique des Dida face à une pathologie de "Gbamion".

1. Matériel et méthode

1.1 . Site, temps et échantillon :

Une enquête a été menée dans la région Lôh Djiboua principalement à Divo. Elle a été essentiellement qualitative. Elle s'est échelonnée du 20 septembre 2016 au 19 octobre 2016. Nous avons interviewé 21 personnes. De fait, le critère d'inclusion ou d'éligibilité des personnes interrogées est d'être d'origine Dida et de maîtriser la langue maternelle dida.

1.2.Approche et techniques de recueil :

Pour atteindre l'objectif, une méthodologie fondée sur deux techniques de recueil des informations a été mobilisée. D'une part, nous avons utilisé l'entretien semi-directif et la recension bibliographique de l'autre. De cette approche qualitative, deux idéologies pourraient être cernées : les pratiques symboliques de prévention de la maladie d'une part et les choix éclairés de thérapeutes et de thérapies de l'autre.

1.3.Théorie de référence :

Par ailleurs, nous sommes appuyés sur la théorie du comportement planifié(TCP) d'AJZEN⁷(1991) pour comprendre les comportements des Dida à prévenir et à guérir les maladies. D'évidence, ce modèle de rationalité fondé sur la capacité de l'individu malade à évaluer la nosologie des maladies, à faire l'inventaire des ressources disponibles et un choix éclairé de thérapeute et de thérapie n'est qu'un construit socioculturel.

instrumentale insensible aux considérations humanistes. Or, comme le rappelle Taylor, « une société fondée sur la seule raison instrumentale menace les libertés, tant individuelles que collectives... » (1992 : 20).

⁷**La théorie du comportement planifié d' Ajzen (1991)** a plusieurs fois montré son efficacité pour prédire l'intention d'adopter divers comportements à la santé (GODIN, et KOK, 1996). La TCP est un prolongement de la théorie de l'action raisonnée de Tischbein et AJZEN (1975). Suite aux travaux effectués avec TISCHBEIN, AJZEN a proposé d'ajouter à ce modèle comportement le concept de perception du contrôle comportement afin de prédire des comportements qui ne sont pas entièrement régis par le contrôle volontaire de l'individu. Selon la TCP, l'intention et la perception du comportement constituent les deux principaux déterminants du comportement. En effet, une étude de GODIN et KOK (1996), indique que ces deux déterminants expliquent, en moyenne, 34% de la variance du comportement. Elle est déterminée par trois variables directes, soient, l'attitude, la norme subjective et la perception du contrôle. L'attitude désigne l'évaluation plus ou moins favorable de l'adoption du comportement. La norme subjective réfère à la perception du répondant que les personnes importantes pour lui pensent qu'il devrait adopter ou non le comportement.

2. Résultats et discussion

2.1. La cohérence dans un choix thérapeutique objectif

Cette notion de cohérence est centrale dans le modèle parsonien de « rôle de malade », celui de *illness behavior* (Mechanic, 1986) et autres modèles sociologiques d'analyse des processus de recherche d'aide (Massé 1995, P.313-365) qui, tous, postulent que l'individu est un être rationnel dédié à la maximisation des rendements de ses comportements et que le recouvrement de la santé est le but ultime du comportement humain. Elle fonde aussi l'ensemble des modèles psychosociaux de prédiction de « comportements préventifs » (port du condom, vaccination, examen de dépistage, etc.), comportements qui sont censés reposer sur des calculs de probabilités quant au succès d'une action. Une telle approche relève d'une conception limitée de la culture et du comportement humain et d'un « utilitarisme subjectif » (Sahlins, 1976) qui réduit la culture à un outil, répondant d'une logique économique, utilisée pour des fins utilitaires par un homme rationnel et libre de ses choix.

Pour illustrer cette idéologie de l'individu à son choix thérapeutique objectif, A.M, répond à ces mots : *« La nature nous offre assez de moyens thérapeutiques. Il s'agit ici, des plantes qui ont une vertu médicale. Nous devons à mon sens, avant d'utiliser ou bien d'emprunter l'itinéraire thérapeutique moderne fait usage de ce que la nature nous offre comme soins. C'est pour cela, j'ai toujours en cas de maladie utilisé les plantes pour me soigner. C'est vrai qu'avec le mode de vie actuel ; consommation très chimique de la nourriture, l'air pollué par faute de la disparition de la forêt, nous sommes très exposés à des maladies que je qualifierais de « modernes » dont l'Africain en particulier le villageois n'en connaît pas les symptômes donc difficile à soigner. C'est le cas des cancers dont souffrent aujourd'hui de nombreuses femmes. Dans ce cas, le choix thérapeutique pourrait être l'hôpital moderne ».*

Pour le Dida, la varicelle connue sous l'appellation "Gbamion" n'est pas exclusive de la médecine, car cette maladie a une part du social et du culturel. De ce fait, le Dida légitime la réflexion autour de la maladie de "Gbamion" par un système d'interaction social en tenant compte de la dimension positionnelle et symbolique. C'est en cela que L.T répond en ces expressions : *« Le Gbamion est connue dans notre culture comme une maladie contagieuse parce qu'il se transmet d'un individu à un autre d'une part, mais surtout le fait qu'il est une maladie qu'on soigne en apportant les soins nécessaires à l'ensemble de la population d'autre part. Les personnes qui n'ont pas encore contracté la maladie, peuvent à titre préventif faire des pratiques de prévention en ceinturant les maisons par la poudre de sandre. Une manière symbolique de prévenir la maladie. »*

2.2. Les pratiques symboliques comme création de sens de prévention de la maladie de ‘Gbamion’

L'anthropologie interprétativiste a bien montré que le savoir est le domaine du sens et non de la seule connaissance, celui de la signification et non de la seule information « possédée ». Les significations attribuées aux divers objets du savoir ethno médical (symptômes, thérapeutes, traitements, etc.) ne peuvent être interprétées en dehors des réseaux sémantiques (Good et Delvecchio-Good, 1980) et des modèles explicatifs (Kleinman, 1980) dans lesquels elles s'inscrivent.

Toutefois, les savoirs ne sont réductibles ni à des réseaux réifiés de significations ni à des modèles explicatifs vus comme des théories explicites formalisées. Nous avons déjà proposé (Massé, 1995) que les approches cognitivistes et empiricistes doivent faire place à une approche processuelle qui aborde les savoirs comme lieux d'un processus de signification qui recouvre lui-même deux dynamiques. C'est tout comme un processus d'interprétation du sens que prend la maladie dans le contexte biographique et de l'environnement social de l'individu d'une part, et un processus d'explication de l'étiologie de la maladie d'autre part. L'épisode de maladie n'est plus le point de convergence des explications données de tel épisode de maladie, mais le point de départ, le facteur déclencheur des pratiques symboliques de signification enracinée dans l'histoire de vie de l'individu malade. Pour sa part, D.J affirme en ces propos : « *Le regard du Dida du Gbamion se justifie à partir deux approches ; la contraction du Gbamion et sa guérison dans la société Dida relève d'un vécu subjectif dans la mesure où ce sont les perceptions sociales qui expliquent le ‘gbamion’.* »

Les pratiques symboliques ne sont donc pas un produit, mais la résultante d'un potentiel, un schème de sens activé. Les réseaux de signification et les postulats explicatifs ne doivent pas être associés à des règles réifiées qui construisent et structurent le sens, mais à des entités virtuelles qui expriment la somme des possibles. De plus, ces modèles explicatifs de la maladie ne sont jamais des modèles achevés ; ils ne sont que des modèles fragmentaires, incomplets, non systématiques relevant d'une rationalité contextuelle qui conjuguent plusieurs formes de logiques symboliques, consensuelles et de participation sociale. En fait, le processus de signification mis en évidence au cours d'un épisode donné de maladie repose sur une multiplicité de formes ou de niveaux de savoirs (empirique, théorique, intersubjectif, de sens commun, rationalisé, etc.) plus ou moins fondés sur des structures cognitives, des

expériences « prototypes » ou des émotions et au sein desquelles la rationalité formelle n'occupe qu'une importance toute relative (Young, 1981). Les modèles explicatifs populaires ne répondent donc que partiellement d'une logique linéaire cause-effet, demeurent largement indépendants des explications rationnelles et ne conditionnent jamais de façon mécanique les comportements et les pratiques sociales reliées à la maladie.

Le débat sur la rationalité doit donc passer par une analyse des divers niveaux de savoirs qui, chacun présentant un degré de formalisation et de structuration cognitive différent, appellent un niveau de rationalisation différent (Massé, 1997). Pour ce faire, G.L s'exprime en ces mots : « *La diarrhée chez le nourrisson est le fait que les parents ont eu souvent des rapports sexuels* ». Pour sa part, A.M témoigne que : « *La diarrhée chez un nourrisson serait due à la consommation d'un aliment interdit par la culture* ». En effet, la cohabitation de pratiques logiques, et non logiques au sein de chaque ethno-médecine détermine le choix éclairé de la thérapie. C'est la logique régissant le processus lui-même de production de signification de la maladie qui détermine les pratiques thérapeutiques. De là, il est illusoire de concevoir les modèles explicatifs de la maladie et les réseaux de significations qui leur sont associés comme des logiques globales unifiées. Comme le souligne Lambek : « *Instead of fully laborated systems of thought, there are fragments drawn from various traditions and reproduced in various disciplines, fragments that are brought together rhetorically in moments of narration or conversation* » (Lambek 1993, p.391). Le discours ne peut donc constituer la seule voie d'accès aux savoirs, et la pratique des savoirs inscrite dans les cheminements thérapeutiques s'impose comme objet central de recherche. « *Le savoir n'existe pas en tant qu'abstraction ; il ne se donne à lire que dans les pratiques où il intervient, et souvent même dans le décalage entre le discours sur le savoir (discours populaire ou discours savant) et la mise en pratique du savoir qu'il s'agisse du guérisseur, du marabout ou du médecin.* » (Fassin 1992, p.210)

Conclusion

Au total, ce texte se veut un apport à une sociologie des savoirs ethno-médicaux en Côte d'Ivoire. En effet, l'enjeu scientifique de cette étude est de montrer que dans le contexte postmoderne, la sociologie des savoirs ethno-médicaux réfute les discours uniformisants qui nivellent la réalité et marginalisent les discours divergents. Les frontières qui démarquent chacun des savoirs ethno-médicaux et leur homogénéité interne sont remis en évidence. L'accent est désormais placé sur l'analyse des pluralismes médicaux (Benoist, 1996), sur la cohabitation de diverses formes d'ethnomédecines, de savoirs et de pratiques ou sur les cheminements thérapeutiques qui traduisent le recours à ces divers systèmes de soins en

autant que sur la complexité et le pluralisme de chacun de ces savoirs locaux. Toute entreprise de généralisation et de découpage du savoir en formes explicites et indépendantes devra faire place à une analyse phénoménologique de l'usage circonstancié des savoirs et du cheminement thérapeutique ancré dans les pratiques quotidiennes d'interprétation et de gestion de la maladie soit à une analyse de « *subtleshifting of perspective on a daily basis* » (Lambek 1993, P.62)

Références bibliographiques

AJZEN Icek, 1985, *From Intentions to Actions: A Therapy of Planned Behavior*: 11-39, in J. Kuhlet J. Geckmann (dir.), *Action-Control: From Cognition to Behavior*. Heidelberg, Springer.

AUGÉ Marc, 1984, *Ordre biologique, ordre social : la maladie, forme élémentaire de l'événement* : 36-91, in M. Augé et C. Herzlich (dir.), *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*. Paris, Éditions des Archives contemporaines.

BENOIST Jean, 1996, *Soigner au pluriel : Essais sur le pluralisme médical*. Éditions Karthala, Paris. [Livre disponible dans *Les Classiques des sciences sociales*.]

BENOIST Jean, 1996, *Singularités du pluriel ? Introduction* : 5-16 in J. Benoist (dir.), *Soigner au pluriel. Essais sur le pluralisme médical*. Éditions Karthala, Paris. [Texte disponible dans *Les Classiques des sciences sociales*.]

BOUDON Raymond, 1990, *La rationalité du sujet social*, Paris, EncyclopediaUniversalis.

BYRON JOSEPH GOOD et DELVECCHIO-GOOD Mary-jo, 1980, The Meanings of Symptoms: A Cultural Hermeneutic Model for Clinical Practice : 165-96, in L. Eisenberg et A. Kleinman (dir.), *The Relevance of Social Science for Medicine*. Dordrecht (Pays-Bas), D. Reidel.

BYRON Joseph Good, 1994, *Medicine, Rationality and Experience: An Anthropological Perspective*. Cambridge, Cambridge University Press.

COOMBE Rosemary, 1991, *Beyond Modernity's Meanings: Engaging the Postmodern in Cultural Anthropology*, *Culture*, XI, 1-2: 111-124.

CSORDAS Thomas(dir.), 1994 *Embodiment and Experience: The Existential ground of culture and self*. Cambridge, Cambridge University Press. Raymond MASSÉ, “*Les mirages de la rationalité des savoirs ethno-médicaux.*” (1997)

DELVECCHIO-GOOD Mary-jo., et al. (dir.), 1992, *Pain as Human Experience : An Anthropological Perspective*. Berkeley, University of California Press. Raymond MASSÉ, “*Les mirages de la rationalité des savoirs ethno-médicaux.*” (1997) 30

DOUGLAS Mary, 1992, *The Self as Risk-Taker: A Cultural Theory of Contagion in Relation to AIDS*: 102-124, in M. Douglas (dir.), *Risk and Blame: Essays in Cultural Theory*. Londres, Routledge.

FABREG Aharacio, 1977, *The Scope of Ethnomedical Science, Culture, Medicine and Psychiatrie*, I: 201-228.

FASSIN Didier, 1992, *Pouvoir et maladie en Afrique*. Paris, Presses Universitaires de France, Collection Les champs de la santé.

FOSTER George McClelland et al. 1978, *Medical Anthropology*. New York, John Wiley and Sons.

GEERTZ Clifford, 1983, Common Sense as a Cultural System: 73-93, in C. Geertz (dir.), *Local Knowledge : Further Essays in Interpretative Anthropology*. New York, Basic Books.

GOODY Jack, 1977, *The Domestication of Savage Mind* Cambridge, Cambridge University Press.

HABERMAS Jurgen, 1987, *Théorie de l'agir communicationnel. Tome 1. Rationalité de l'agir et rationalisation de la société*. Paris, Fayard.

HAHN Robert, 1995, *Sickness and Healing. An Anthropological Perspective*. New Haven et Londres, Yale University Press.

HOLLIS Martin et LUKES Steven (dir.), 1982, *Rationality and Relativism*. Oxford, Basil Blackwell.

HORTON Edward, 1970, African Traditional 'nought and Western Science: 131-171, in B. R. Wilson (dir.), *Rationality*. Oxford, Basil Blackwell.

IZARD Michel et PIERRE Smith, 1979, *La fonction symbolique*. Paris, Gallimard.

JANZEN John, 1996, *La quête de la thérapie au Bas-Zaïre*, Paris Karthala. Traduit de *The Quest for therapy in lower Zaïre*. Berkeley, University of California Press, 1979.

KLEINMAN Arthur, 1980, *Patients and Healers in the Context of Culture. An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine and Psychiatry*. Berkeley, University of California Press.

O'NEIL William et al. 1993, Analysis of a Dialogue on Risks in Childbirth: Clinicians, Epidemiologists, and Inuit Women: 32-44, in S. Lindenbaum et M. Lock (dir.) *Knowledge, Power and Practice: The Anthropology of Medicine and Everyday Life*. Los Angeles, University of California Press.

**ACTIVITÉS ÉCONOMIQUES ET STRUCTURATION DE L'ESPACE DANS LA VILLE
FRONTALIÈRE DE OUANGOLODOUGOU (CÔTE-D'IVOIRE)**

ASSI-KAUDJHIS Narcisse

Université Alassane Ouattara
Département de Géographie
narcissekaudjhis@gmail.com

Résumé

Cet article analyse l'organisation des activités économiques et leur structuration spatiale à Ouangolodougou. La situation géographique de cette localité constitue un atout pour le développement d'activités économiques diverses. Ces activités sont exercées en grande partie par une population analphabète d'origine ivoirienne. Elles se résument essentiellement aux secteurs de distribution, de transformation et de service. Les opérateurs économiques œuvrent en majorité dans le secteur de la distribution. Le marché et les trottoirs des quartiers anciens sont les lieux privilégiés pour l'exercice de ces activités.

Mots-clés : Activités, structuration spatiale, distribution, transformation, service, Ouangolodougou

Abstract

This article analyzes the organization of economic activities and their spatial structuring in Ouangolodougou. The geographical situation of this locality is an asset for the development of various economic activities. These activities are largely carried out by an illiterate population of Ivorian origin. They are essentially limited to the distribution, processing and service sectors. The majority of operators are in the distribution sector. The market and the sidewalks of the old districts are the privileged places for the exercise of these activities.

Keywords: Activities, spatial structuring, distribution, transformation, service, Ouangolodougou

Introduction

Au lendemain des indépendances, les autorités ivoiriennes ont mis en œuvre une politique volontariste d'aménagement du territoire centrée sur l'équipement en infrastructures afin de réduire les disparités régionales. Parmi les actions entreprises figure la mise en place d'un réseau routier pour faciliter les échanges intra et interrégionaux afin de développer les activités économiques. La ville de Ouangolodougou de par sa position aux frontières du Mali et du Burkina Faso, bénéficie d'un certain nombre d'avantages économiques. La présence de la gare ferroviaire et le bitumage des axes Ouangolodougou - Mali et Ouangolodougou - Burkina Faso

sont des atouts économiques indéniables. Cette ville constitue aujourd'hui un nœud de flux de biens de marchandises et de personnes. Sa population est passée de 5 405 habitants en 1975 à 18 015 habitants en 1998. La localité bénéficie également de conditions favorables à l'élevage et l'agriculture. Dans quelle mesure les activités économiques ont contribué à la structuration de l'espace à Ouangolodougou Comment l'activité économique est-elle organisée dans la ville frontalière de Ouangolodougou ? Quel est le profil socio-démographique des acteurs économiques ? Quelle est la distribution spatiale des activités économiques de la ville ? Les résultats obtenus se structurent autour de trois parties. La première analyse les différentes activités économiques. La seconde étudie le profil socio-démographique des acteurs. La troisième partie enfin examine la structuration spatiale de ces activités à l'échelle de la ville Ouangolodougou.

Matériel et méthode

Elle s'appuie sur une recherche documentaire qui a permis de faire l'inventaire des différents documents afférents aux activités économiques. Ces données ont été complétées par une enquête de terrain menée d'août à septembre 2013 auprès des acteurs. Dans le cadre de cette étude, 150 acteurs repartis dans les différents quartiers de la ville ont constitué notre échantillon. La collecte des données s'est appuyée sur un ensemble d'outils géographiques et socio-anthropologiques. Le choix des îlots enquêtés a été effectué à partir d'un système de numérotage sur une carte. La méthode d'enquête est l'échantillonnage aléatoire simple qui a consisté à choisir d'abord le premier acteur économique au début de chaque îlot sélectionné, les suivants étant retenus selon un pas de sondage de 3 installations jusqu'à ce que l'effectif de l'échantillon cible soit atteint dans chaque quartier. Le questionnaire était administré aux acteurs économiques considérés comme les répondants de l'enquête. Les questionnaires administrés aux acteurs économiques comportent entre autres variables : la typologie des activités économiques et les caractéristiques sociodémographiques. Les différentes approches méthodologiques utilisées ont permis d'obtenir des résultats qui, du coup, ont fait l'objet d'analyse.

Résultats et analyse

1. Types d'activités économiques exercées à Ouangolodougou

À Ouangolodougou, le secteur industriel est quasi-inexistant. Les activités économiques se résument essentiellement aux secteurs de la distribution, de la transformation et des services (tableau 1).

Tableau 1 : Répartition par secteur d'activité

Secteurs d'activités	Effectifs	Taux %
Distribution	77	51,37
Service	32	21,33
Transformation	41	27,33
Total	150	100

Source: Nos enquêtes, 2013

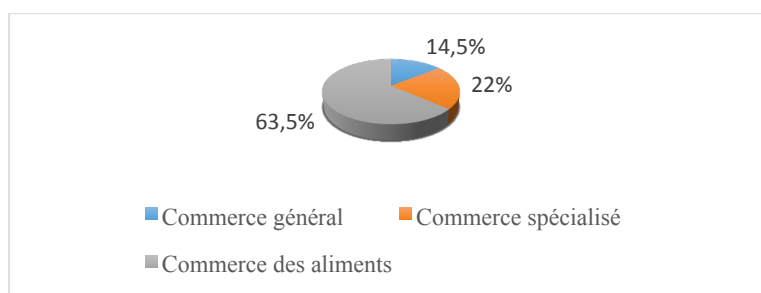
Les trois secteurs d'activités sont repartis de manière inégale à Ouangolodougou. Les activités de distribution constituent 51,33% et demeurent les plus importantes. Le secteur de transformation représente 27,33% et enfin les services occupent 21,33%.

1.1 Les activités de distribution et de transport

1.1.1 Les activités de distribution

Il s'agit de produits de toutes origines, agricoles ou non, achetés et vendus à l'état brut par l'opérateur économique. Elles regroupent le commerce alimentaire, le commerce général et le commerce spécialisé (Figure 1).

Figure 1 : Branches d'activités du secteur de distribution



Source: Nos enquêtes 2013

Le commerce des aliments prédomine les autres branches d'activités commerciales. Il représente 63,50% et comprend la vente de céréales, des protéines, des légumes, des fruits et des oléagineux. La zone de ouangolodougou, une grande entité de production céréalière pourrait expliquer cette situation.

Le commerce spécialisé, qui occupe 22% de l'activité économique, regroupe plusieurs acteurs : les vendeurs de médicaments, de produits vestimentaires tels que la friperie, de pièces automobiles et cycle, d'huile de moteur et de l'essence, etc.

Le commerce général (boutiques) occupe 14,50% des acteurs (grossistes et détaillants) et des « tabliers ». Les tabliers sont des opérateurs économiques identifiés au bas du circuit de distribution. Ils vendent des produits tels que la cigarette, des bonbons, des biscuits, etc., sur des étals. Ils occupent les carrefours et les trottoirs des principales artères de la ville.

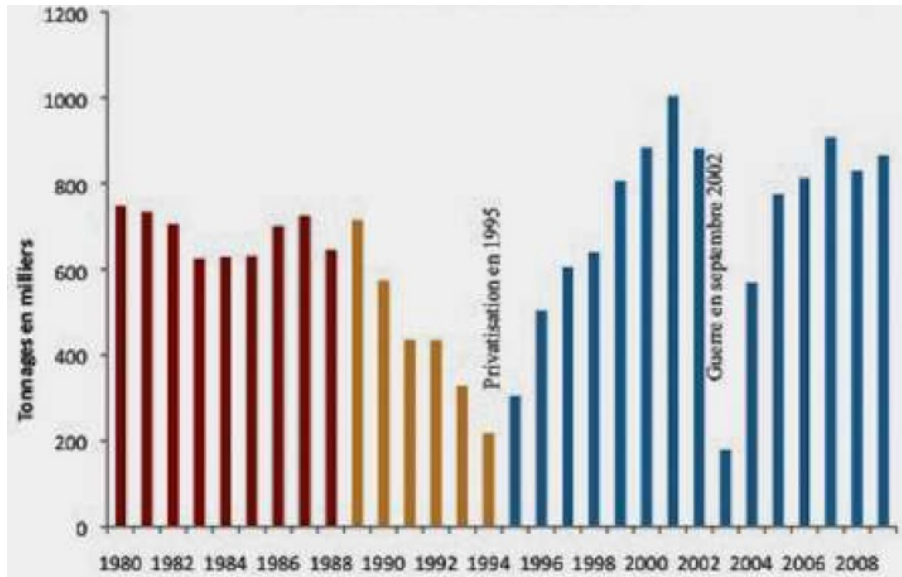
1.1.2 Le transport au centre du dynamisme économique de la ville frontalière de Ouangolodougou

- **Le transport ferroviaire**

Le transport ferroviaire était assuré à l'origine par la RAN (Régie-Abidjan-Niger). À partir de 1989, on a assisté à une gestion partagée entre la Côte d'Ivoire et le Burkina Faso suite à des problèmes de gestion et de désaccord. Deux sociétés d'État, l'une Ivoirienne SICF (Société Ivoirienne de Chemin de fer) et l'autre Burkinabé SCFB (Société de Chemin de fer Burkinabé) se substituent à la RAN. Toutefois, cette solution n'a pu résoudre les nombreux problèmes qui minent la gestion des rails. La figure 3 indique une baisse du flux de marchandise entre 1989 et 1994 L'exploitation du tronçon ivoirien est confiée à la SITARAIL¹. Cette société privée est créée depuis le 20 août 1995. Malgré toutes ces restructurations, l'activité ferroviaire connaît des difficultés.

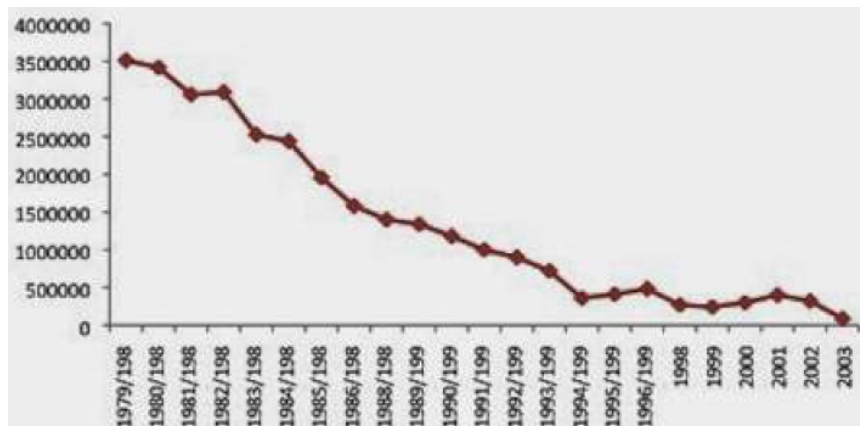
¹Société de Transport de Personnel et de Marchandises.

Figure 2 : Évolution du trafic marchandise



Source : Bilan de la SITARAIL, 2009

Figure 3 : Évolution du trafic voyageur



Source : Plan transport, 1988, Données RAN et SITARAIL, 2003

Le trafic des personnes est en baisse en raison de la forte concurrence du transport routier (Figure 3). Par contre, celui des marchandises connaît une croissance ininterrompue depuis la privatisation. Ces fluctuations s'expliquent par trois facteurs (économique, temporel, fréquentiel). Le facteur économique se rapporte au coût du transport en train relativement élevé (12.500 FCFA en première et 9 500 FCFA en deuxième classe) pour relier Abidjan. Par contre, en autocar il faut déboursier 10 000F CFA.

La seconde est relative à la durée du voyage (20 heures environ en train et 11 heures en autocar). Enfin, la fréquence des voyages pour le trafic des trains est assurée trois fois par

semaine (mardi-mercredi-jeudi) avec un départ par jour. À l’opposé, les autocars offrent plusieurs départs par jour. Le trafic des marchandises est assuré à plus de 60% par la SITARAIL. Depuis la privatisation du chemin de fer, elle s’est spécialisée dans le trafic de marchandises en transit. Ce trafic constitue en moyenne 80 % de son chiffre d’affaires (22 à 27 milliards de Francs CFA pour le fret entre 2006 et 2009). Les principales marchandises transportées de la Côte d’Ivoire vers le Burkina Faso sont les conteneurs, les hydrocarbures, le ciment, les céréales, l’engrais, etc. En retour, les marchandises convoyées sont des animaux vivants, des ressources minières (manganèse) et des produits d’exportation (coton, noix de karité, légumes, fruits).

Le développement du réseau routier facilite désormais le transport des marchandises par voie terrestre.

- **Le transport terrestre**

Il joue un rôle capital dans le tissu économique de Ouangolodougou. La bonne qualité des infrastructures routières favorise le transport national et international des personnes et des biens. Des compagnies de transport (SITO, CTM, STP, SABE, SEGEBAF, UTRAFER, OUANGOLO-BOBO, OUANGOLO-MALI, OUANGOLO-BOUAKE) permettent de relier certaines villes (Ferkessédougou, Korhogo, Bouake, Abidjan, San Pedro) et les pays limitrophes (Burkina, Mali).

1.3 Les activités de transformation

Une activité de transformation est susceptible de transformer un article en vue d’obtenir un produit nouveau (FAURE, 1991). Dans la ville de Ouangolodougou, les différentes branches d’activités de transformation ont été classées en six (6) grandes catégories (Tableau 2).

Tableau 2 : **Branche d’activités du secteur de transformation**

BRANCHES D’ACTIVITÉS	EFFECTIFS	Taux %
Travail des métaux	4	12,5
Textile	10	31,25
Travail de bois+ matériel de construction	8	25
Minoterie	6	18,75
Travail de cuir	3	9,37
Bijouterie	1	3,12
Total	32	100

Source: Nos enquêtes, 2013

Le textile (31,25) regroupe exclusivement des couturiers. Leur forte présence s’explique par l’existence d’un marché de tissus très développé. La florescence de ce marché est favorisée par le nœud que constitue cette ville frontalière avec le Mali (pays du pagne bazin) et le Burkina Faso. Le métier du bois et du matériel de construction (25%) est assuré par les menuisiers, les quincailliers, etc. La minoterie (18,20 %) occupe les meuniers et les boulangers. Les secteurs de la bijouterie et de la maroquinerie (travail du cuir) représentent respectivement 3,12% et 9,37%.

1.4 Le secteur de services

Un bien immatériel (secteur de service) est une activité du tertiaire. La restauration et l’hôtellerie, le transport, la réparation, la communication et les prestations de service (téléphonie mobile, assurance, traitement de texte...), sont autant de branches d’activités que renferme le secteur de service. Le tableau illustre les différents secteurs de service.

Tableau 3 : **Branches d’activités du secteur de service**

Branches d’activités	Effectifs	Taux %
Hôtellerie /Restauration	27	56,10
Transports urbains	2	4,08
Réparation	16	33,65
Service personnel	3	6,12
Service médical	1	2,04
Total	49	100

Source: Nos enquêtes 2013

L’hôtellerie et la restauration représentent 56,10% des activités de service. Cette branche comprend l’hébergement et la gastronomie. Le service de réparation (33,65 %) est assuré par les mécaniciens d’engins à moteur ou de cycle. Il prend en compte les vulcanisateurs, les chargeurs de batterie, etc. Ces deux branches représentent plus des trois quarts (83,7%) du secteur de service. Les services : personnel, transport urbain et médical représentent respectivement 6,12%, 4,08% et 2,04%.

2. Le profil socio-démographique des acteurs économiques

2.1 Un secteur économique dominé par les Ivoiriens

Les activités économiques sont exercées aussi bien par les nationaux que par les étrangers. À Ouangolodougou, 10 nationalités se répartissent les activités économiques (tableau 1).

Tableau 4 : **Nationalité des artisans et commerçants**

Nationalité	Effectif	Taux (%)
Ivoirienne	101	67,33
Burkinabé	19	12,67
Maliennne	12	8
Guinéenne	6	4
Nigérienne	4	2,66
Nigériane	3	2
Togolaise	2	1,33
Sénégalaise	1	0,66
Mauritanienne	1	0,66
Libanaise	1	0,66
Total	150	100

Source: Nos enquêtes, 2013

L'activité économique est prédominée par les ivoiriens (67,33%). Le cas de cette ville infirme l'idée selon laquelle les Ivoiriens s'investissent très peu dans les activités (Loovoet, 1988). Les étrangers constituent 32,67%. Ces acteurs non nationaux sont dominés par les Burkinabés (12,67%), les Maliens (8%) du fait de leur proximité et suivis par les Guinéens (4%). Les autres nationalités (Nigérien, Nigérian, Togolais, Sénégalais, Mauritanien et Libanais) sont en minorité.

Les activités économiques urbaines sont tenues essentiellement par les hommes (57,2%) contre 42,8% pour les femmes. Les principaux groupes ethniques de la Côte d'Ivoire sont représentés dans ces activités (tableau 2).

Tableau 5 : Répartition des Ivoiriens par groupes ethniques et par sexe

Groupe ethnique	Sexe					
	Homme		Femme		Total	
	effectif	Taux (%)	effectif	Taux (%)	effectif	Taux (%)
Gour	34	59,66	17	38,63	51	50,49
Mandé Nord	20	35,08	21	47,72	41	40,58
Akan	2	3,50	4	9,09	6	5,94
Krou	1	1,76	2	4,56	3	2,98
Total	57	100	44	100	101	100

Source : Nos enquêtes, 2013

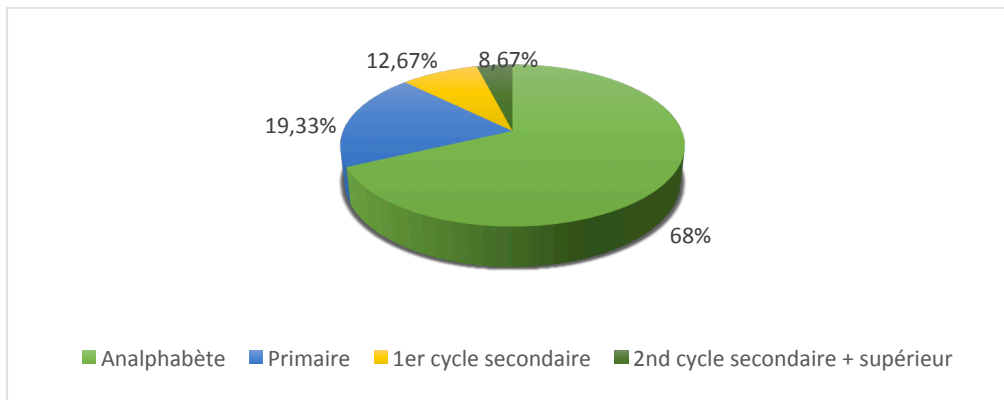
Les autochtones Gours et Mandé du nord représentent respectivement 50,49% et 40,58% soit les deux tiers des acteurs. Les autres groupes ethniques sont les Akans (5,94%) et les Krou (2,98%). Le commerce est un trait culturel, contrairement aux autres régions où les autochtones

sont peu impliqués. Ce secteur est dominé à 70% par les adultes contre 26,66% de jeunes. Cette dernière frange de la population regroupe en général des jeunes filles déscolarisées. Les personnes du troisième âge constituent 3,33%. Elles sont constituées en général de femmes œuvrant dans le petit commerce.

2.2 Répartition des acteurs selon le niveau d'instruction

Les acteurs sont en majorité analphabètes et exercent plusieurs activités. Cette figure permet de mieux comprendre le niveau d'étude des opérateurs économiques de Ouangolodougou.

Figure 1: Niveau d'instruction des acteurs



Source: Nos enquêtes, 2013

Les analphabètes sont les plus nombreux avec 68% des acteurs de l'activité économique locale. Ce taux élevé reflète le faible taux de scolarisation de cette zone. Les acteurs de niveau primaire constituent 19,33% contre 12,67% pour le cycle secondaire. Une frange non négligeable des opérateurs (47,3%) exercent cette activité à mi-temps. Elle comprend les cultivateurs (20,5%), les élèves (13,8%), les ménagères (10,7%) et les fonctionnaires (2,5%).

3. Distribution spatiale des activités économiques de la ville frontalière de Ouangolodougou

3.1 La localisation des activités économiques par quartier

La ville de Ouangolodougou est subdivisée en trois quartiers : Ouangolosso, Diedougou et Résidentiel. Les différentes activités sont réparties dans ces quartiers avec une forte concentration à Diedougou (Tableau 6).

Tableau 6 : Répartition des secteurs d'activités par quartier

Quartiers	Secteurs d'activités							Total	Taux (%)
	Transformation	Taux (%)	Distribution	Taux (%)	Service	Taux (%)			
Ouangolodougou	16	39,03	14	18,18	25	78,12	55	36,66	
Diedougou	25	60,97	61	79,23	5	15,63	91	60,67	
Résidentiel	0	0	2	2,59	2	6,25	4	2,67	
Total	41	100	77	100	32	100	150	100	

Source: Nos enquêtes, 2013

3.1.1 Le quartier Ouangolosso

Le quartier Ouangolosso est situé au sud de la ville. Il est bâti sur une superficie de 111,25 ha. Sa population est estimée à 7301 habitants, dont 3750 hommes et 3551 femmes (RGPH, 1998). Ouangolosso est le premier noyau villageois de Ouangolodougou. Avec l'évolution de la ville, il connaît une extension et regroupe aujourd'hui plusieurs sous-quartiers que sont carrefour, Barrage, Mossibougou. Ce quartier concentre 36,5% des activités économiques. Les activités des services représentent 56,8%, la distribution, 25,3% et 17,9% pour la transformation.

Les activités sont exercées sur les trottoirs et dans les gares routières. L'unique pharmacie se trouve dans ce quartier. Il comporte aussi une alimentation, un magasin grossiste et demi-grossiste de la CFCI (Compagnie Française de commerce en Côte d'Ivoire). On y trouve les gares de plusieurs compagnies de transport (CTO, la SOGEBAF, la CTM, la SITO, etc.). Ce quartier abrite les principaux complexes hôteliers de la ville (l'hôtel Tenin, l'hôtel DKC, l'hôtel Carrefour et l'hôtel le Barrage). Les trois quarts des garages auto sont implantés à Ouangolosso.

3.1.2 Le quartier Diédougou

Il se localise dans la partie Nord de la ville. Il s'étend sur une superficie de 108 ha, avec une population de 7271 habitants dont 3715 hommes et 3 502 femmes (RGPH, 1998). Les activités économiques (60,50%) se déroulent dans le marché, sur les trottoirs et autres espaces aménagés. Ce quartier abrite aussi le marché de bétail, l'abattoir ainsi que des boutiques, un magasin grossiste et demi-grossiste, des quincailleries, des moulins, des réparateurs de cycles.

3.1.3 Le quartier Résidentiel

Localisé dans la partie ouest de la ville, il comprend trois sous-quartiers bâtis sur une superficie de 147,25 ha. Sa population est de 3473 habitants, dont 1763 hommes et 1739 femmes

(RGPH, 1998). Les activités économiques sont très peu représentées (2,66 %). Les services et la distribution constituent l'essentiel de ces activités. Elles s'exercent en bordure des principales voies de communication. On y trouve un magasin grossiste et demi-grossiste, une alimentation, l'unique librairie, la boulangerie « Strages » et la gare STP.

3.2. Les activités à l'assaut du marché et des trottoirs

Les activités économiques s'exercent dans les marchés, sur les trottoirs et les espaces aménagés (Tableau 7).

Tableau 7 : Secteur d'activité et emplacement de l'activité

Secteur d'activité	Emplacement			
	Marché	Taux (%)	Trottoirs et espaces aménagés	Taux (%)
Transformations	6	9,4	18	22,5
Distribution	57	83,4	20	24,3
Service	5	7,2	44	53,2
Total	68	100	82	100
Pourcentage (%)	45,2		54,8	

Source: Nos enquêtes, 2013

Les activités économiques exercées sur les trottoirs et les espaces aménagés représentent 54,8% contre 45,20% dans les marchés. L'occupation de ces différents points de vente est fonction de la clientèle et des lieux de fréquentation. Le marché abrite des activités économiques bien souvent différentes de celles des trottoirs. Il est l'espace de convergence de toute la population. On constate une prédominance du secteur de distribution (83,4%). Le marché est un espace indispensable pour la population de Ouangolodougou. La localisation des points d'activités à proximité de la clientèle explique l'émergence des activités de la rue. Certaines activités (tablier, boutique, ferronnier, menuisier, restauration, réparation...) prennent d'assaut les gares routières et les trottoirs. Ces activités sont directement accessibles à tous ceux qui circulent notamment les voyageurs et les transporteurs qui transitent par Ouangolodougou.

Conclusion

Le tissu économique de Ouangolodougou présente une configuration de type rural. Cette localité n'a pas de zone industrielle. Elle est dépendante de ses petites activités économiques :

l'artisanat, le petit commerce et des activités peu rémunératrices. Les recettes fiscales générées par ces activités sont insignifiantes. Elles ne peuvent pas supporter les ambitions de développement de cette localité. La gestion efficiente de l'espace face à la prolifération des activités économiques informelles reste un défi majeur que la municipalité de Ouangolodougou doit relever afin d'envisager un développement durable.

Références bibliographiques

ABDOU Touré, 1985, *Les métiers d'Abidjan*, Paris, Karthala, 453p.

AKINDES Francis, 2002, *Société civile et participation au développement local : des concepts à la réalité*, Université de Bouaké, 60p

ATTA Koffi, 2001, *Décentralisation et développement local*, Abidjan-GRES, IGT, 34p

BAMBA Cheik Daniel, 2007, *États généraux de la décentralisation et développement local*, Ministère de l'Administration du territoire, pp16-21.

BILLON Jean-Louis., 2013, *Commerce, Artisanat, PME : Quel rôle dans la relance économique ?* Les rendez-vous du gouvernement, conférence de presse, Côte d'Ivoire, p.80-81.

Conseil de l'entente, 1992, *Atelier sur l'environnement*, Yamoussoukro, 431p.

DUBRESSON Alain, 1989, *Villes et industries en Côte d'Ivoire*, Paris, Karthala, 845p.

FAURE Yves André, 1991, *Les petites entreprises de Côte d'Ivoire*, Paris, Karthala, pp81-82.

LOOVOET Benoit, 1988, *L'artisanat et le petit commerce dans l'économie ivoirienne*, thèse de 3^{ème} cycle, Paris ORSTOM, 418p.

KOUASSI Konan, 2012, *Insalubrité, gestion des déchets ménagers et risque sanitaire infanto-Juvenile à Adjamé*, Thèse Unique de doctorat, Université de Cocody- Abidjan, 597p.

Ministère de l'Intérieur et de l'intégration nationale, 1996, *Département de Ferkessédougou rapport annuel*, 35p.

Ministère des Finances et de l'Économie, 1996, *Rapport annuel sur Ouangolodougou*, 40p.

ORI Boizo, 1994, *Crise, gestion municipale, participation populaire et rapport de pouvoirs dans la ville*, ORSTOM, GIDIS, pp32-39.

PNUE, 2006, *L'avenir de l'environnement en Afrique*, pp 5-10.

SITARAIL, 1997, *Bilan de la SITARAIL*, Abidjan, 2p.

**VARIABILITÉ CLIMATIQUE ET SANTÉ DES POPULATIONS
DANS LA COMMUNE DE DIMBOKRO EN CÔTE D'IVOIRE**

DIOMANDÉ Béh Ibrahim

Université Alassane Ouattara
UFR Communication, Milieu et Société
Laboratoire d'Hydro-Climatologie,
Télédétection et d'Environnement (LHCTE)
beh.ibrahimdiomande@gmail.com

GBEDJO Gbédjo Jean-Marie Vianney

Université Alassane Ouattara
UFR Communication, Milieu et Société
Laboratoire d'Hydro-Climatologie,
Télédétection et d'Environnement (LHCTE)
vianneyjeanmarie10@gmail.com

Résumé

Les impacts de la variation rapide du climat sur la santé humaine en Afrique sont probablement très négatifs (GIEC, 2001). La situation géographique de la ville de Dimbokro pose en partie des problèmes sanitaires et constitue une zone de transition épidémiologique où persisteraient les épidémies anciennes. S'adapter donc au nouveau contexte climatique constitue un enjeu majeur pour les populations de la localité. La présente étude montre l'impact de la variabilité climatique sur la santé des populations de Dimbokro. Des méthodes statistiques comme le coefficient pluviométrique mensuel, l'indice pluviométrique de Nicholson, la méthode d'analyse des ruptures de PETTITT et la méthode d'analyse de corrélation Khi-carré ont été utilisées pour l'analyse. Elles ont respectivement permis de caractériser l'évolution de la pluviométrie entre 1980 et 2013, détecter les ruptures dans la série pluviométrique étudiée et d'évaluer l'impact sur la santé des populations à Dimbokro. Des résultats obtenus indiquent qu'au cours de la période d'étude considérée, le climat de la commune de Dimbokro présente des fluctuations dans son évolution. Cette situation a des impacts négatifs sur la santé des populations. Les stratégies et moyens de lutte contre l'émergence des maladies liées au climat développées par les acteurs nationaux et locaux de la santé restent variés.

Mots-clés : Dimbokro, variabilité, climat, santé, populations

Abstract

The geographical situation of the city of Dimbokro is partly due to the health problems but also constitutes an epidemiological transition zone where the old epidemics persist. The impacts of rapid climate change on human health in Africa are likely to be very negative (IPCC, 2001). Adapting to the new climate context is therefore a major challenge for the local population. This study shows the impact of climate variability on the health of Dimbokro's population. Statistical methods such as the monthly rainfall coefficient, the Nicholson pluviometric index, the PETTITT breakdown method and the Chi-square correlation analysis method were used for the analysis. They were used to characterize the evolution of rainfall between 1980 and 2013, to detect breaks in the time series studied and to assess the health

impact of populations in Dimbokro. Results indicate that during the study period, the climate of the municipality of Dimbokro shows fluctuations in its evolution. This situation has negative impacts on the health of populations. The strategies and means to combat the emergence of climate diseases developed by national and local health actors remain varied.

Keywords: Dimbokro, climatic, climate, health, populations

Introduction

En Côte-d'Ivoire, la commune de Dimbokro apparaît comme l'une des localités où les températures sont constamment élevées. Cette situation s'explique par sa localisation dans une zone de transition climatique et par son relief. En effet, elle est située à la limite sud du "V Baoulé" entre 6° et 4° N (DIOMANDE et al., 2014) et appartient à la zone de contraste climatique (figure 1). Aussi, la ville est-elle logée dans une vaste dépression géologique appelée cuvette. L'engouffrement des masses d'air dans cette cuvette qui peinent à ressortir et à être renouvelées traduit un empilement de couches d'air. Ce phénomène de subsidence a pour conséquence le réchauffement du climat local. Dimbokro à l'instar des autres villes africaines et du monde n'est pas en marge de l'évolution du climat. La présente étude vise principalement à montrer l'impact de la variabilité climatique dans la fréquence des épidémies à Dimbokro. Trois objectifs spécifiques structurent l'étude. Il s'agit d'analyser la situation sanitaire et les paramètres climatiques, évaluer leurs impacts sur la santé des populations à Dimbokro et enfin d'identifier les stratégies et les moyens de lutte contre l'émergence des maladies liées au climat.

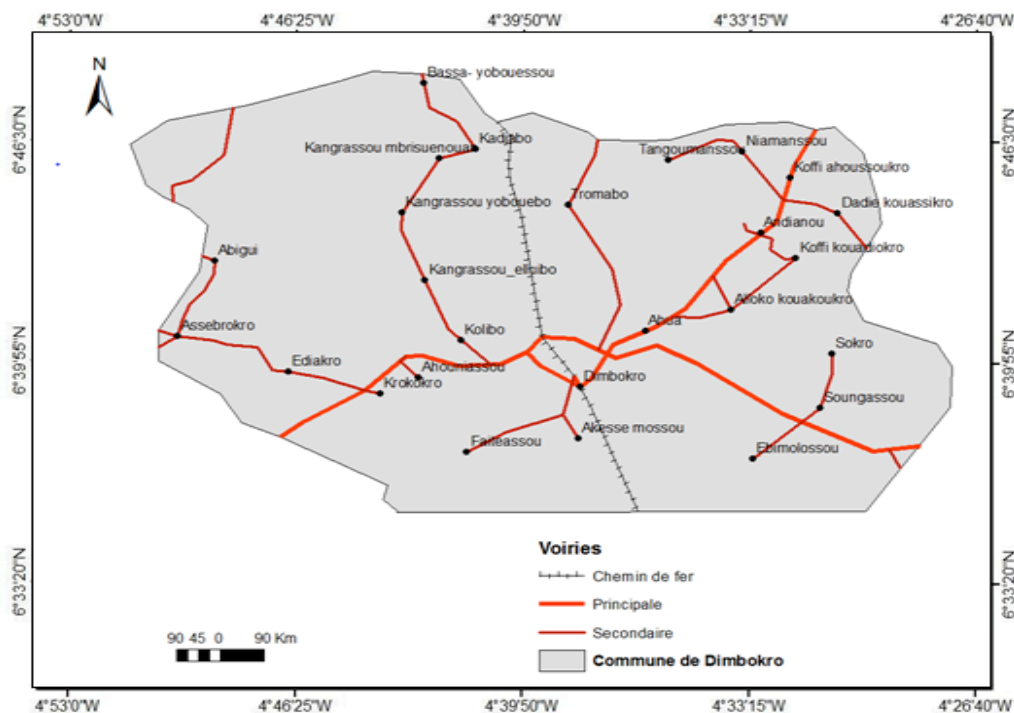


Figure 1 : Localisation de la commune de Dimbokro

1. méthodes et Outils

1.1. Collecte des données

La phase de la collecte des données a été primordiale dans cette étude. Elle s'est faite auprès de la direction du district sanitaire de Dimbokro et de la Société de Développement et d'Exploitation Aéroportuaire, Aéronautique et Météorologique (SODEXAM) afin d'obtenir des informations relatives à la santé et aux paramètres climatiques tels la pluviométrie, la température et l'insolation. L'acquisition des données s'est faite dans une phase pratique par l'enquête de terrain à travers l'observation directe, l'entretien et l'enquête par questionnaire

1.1.1. Les données climatologiques et sanitaires

Les données climatiques (pluviométrie, insolation et température) ont été fournies par la station synoptique de Dimbokro/ SODEXAM.

Ces données climatiques se subdivisent en deux grandes périodes à savoir :

- la période allant de 1971 à 2000 pour la température et l'insolation et ;
- la période allant de 1980 à 2013 pour la pluviométrie

Quant aux données sanitaires, elles s'inscrivent dans la période de 2010 à 2014 et proviennent de la direction du district sanitaire de Dimbokro.

Notons que les données de température et d'insolation nous ont permis de mettre en exergue et de justifier le réchauffement du climat local qui prévaut dans cette localité.

1.1.2. L'enquête de terrain

Elle s'est déroulée en deux grandes phases. La première renferme l'observation directe et l'entretien. Cette phase a permis d'observer et de cibler les structures sanitaires et les endroits de la commune où les gîtes de moustiques prolifèrent. La deuxième phase est celle de l'enquête par questionnaire. Elle a permis d'interroger des structures de santé et des patients afin d'avoir des informations et surtout d'apporter des réponses aux différentes interrogations du guide de l'étude. Elle a servi à la collecte des données qualitatives et quantitatives au sein de l'échantillon choisi sur le terrain. Le mode d'échantillonnage utilisé est celui d'une méthode empirique. Elle se base sur la définition d'un choix raisonné des individus ou ménages à interroger au sein de la commune en fonction de la répartition de la population par aire sanitaire (tableau 1). À partir de cette méthode, un double échantillonnage a été effectué. Dans cette perspective, nous avons interrogé 52 ménages à l'aide d'un questionnaire dans le souci d'obtenir plus d'informations.

Tableau 1 : Répartition des populations enquêtées par localité dans la commune

Aires sanitaires	Répartition de la population par aire sanitaire (%)	Ménages
Dimbokro	62 %	40
Djangokro	7 %	3
Nofou	5 %	2
Soungassou	9 %	7
Total	83 %	52

Source : enquêtes, 2015

1.1.3. Traitement des données

Plusieurs méthodes ont été utilisées pour l'analyse des paramètres. D'abord la méthode d'analyse saisonnière des données climatologiques. La détermination des régimes pluviométriques s'est faite grâce au coefficient pluviométrique mensuel donné par la formule suivante : **$C_m = K \cdot P_m / P$** .

Avec : C_m = coefficient pluviométrique ; P_m = hauteur de pluviométrie mensuelle en mm ; P = hauteur pluviométrique annuelle en mm et K = l'inverse du nombre de jours dans le mois sur le nombre de jour dans l'année.

Pour un mois de 31 jours $C_m = 11,76 P_m / P$ avec $K = 1 / (31/365)$

Pour un mois de 30 jours $C_m = 12,19 P_m / P$ avec $K = 1 / (30/365)$

Pour un mois de 29 jours $C_m = 12,58 P_m / P$ avec $K = 1 / (29/366)$

Pour un mois de 28 jours $C_m = 12,99 P_m / P$ avec $K = 1 / (28/365)$

L'analyse annuelle des températures s'est faite à partir des données de température (maximale, minimale et moyenne) et de l'insolation de la station d'observation de Dimbokro afin d'aboutir à la forte présence de la chaleur dans la zone étudiée. La température et l'insolation de la commune de Dimbokro ont été analysées à partir des données statistiques descriptives et de représentations graphiques. Quant à la détermination des années humides et sèches, elle s'est faite par l'indice pluviométrique de Nicholson et al. (1998) avec la formule :

$$I = (x_i - X) / S$$

Avec x_i : pluviométrie de l'année i ; X : pluviométrie moyenne interannuelle sur la période de référence ; S : écart-type de la pluviométrie interannuelle sur la période de référence.

Enfin, l'analyse de la corrélation entre les facteurs climatiques et l'émergence des maladies a été réalisée par le test statistique de Khi-carré. Il s'agit de vérifier l'hypothèse d'indépendance entre les saisons et les maladies. Si deux variables dépendent l'une de l'autre, il s'établira entre elles une inter-variation. Ce test renferme 5 étapes (tableau 2).

Tableau 2 : Données sanitaires brutes du District sanitaire de Dimbokro

Saisons Maladies	SAISON HUMIDE	SAISON SECHE	TOTAL
IRA (Infections Respiratoires Aiguës)	10 063	11 479	24 542
PALUDISME	17 069	22 189	39 258
FIEVRE TYPHOÏDE	2 345	2 336	4 681
TOTAL	29 477	39 004	68 481

Source : DDS-Dimbokro, 2014

Le tableau 2 présente des données brutes des malades en fonction des saisons à analyser. Ce tableau représente également l'échantillon d'étude. Soit l'hypothèse H0 ; l'absence de lien entre les maladies et les saisons ; soit l'hypothèse H1, l'existence de lien entre les maladies et les saisons. Deux grandes classes sont à distinguer à savoir les maladies et les saisons contenant chacune des sous-classes. Pour les maladies, les sous-classes sont : Ira, Paludisme et Fièvre typhoïde tandis que pour les saisons, on a la saison humide et la saison sèche.

La détermination du coefficient de corrélation entre la variabilité climatique et l'émergence des maladies étudiées permet d'évaluer la force de l'association entre les maladies et les saisons par le coefficient de Cramer dont la formule est la suivante :

$$C = \sqrt{\text{cal} / N \times m} \text{ avec } m = [k - 1 ; P - 1] \text{ d'où } C = 0,06$$

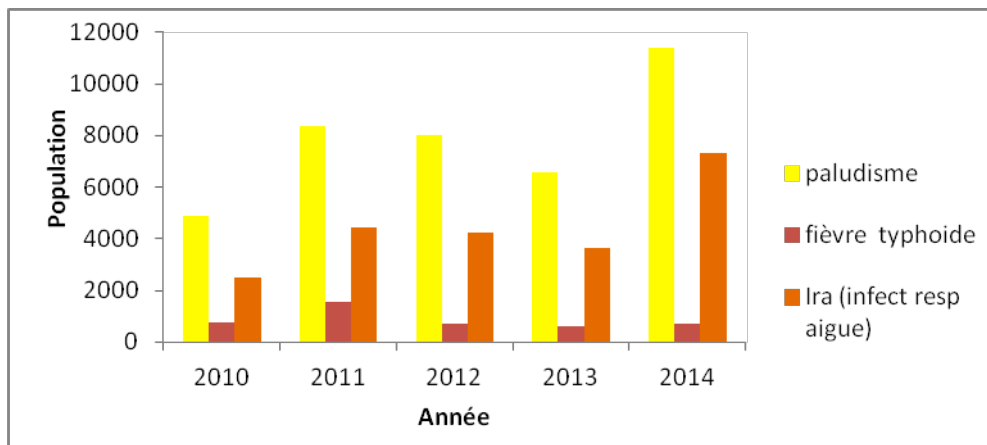
C'est une mesure basée sur la statistique Khi-2. Cette mesure d'association est valable pour tous les tableaux plus grands que 2x2. Le résultat de ce test se situe entre 0 et 1. Ainsi, la valeur de ces coefficients s'interprète suivant le tableau 3.

Autour de 0,10	Effet de petite taille	Corrélation faible
Autour de 0,30	Effet de taille moyenne	Corrélation moyenne
Plus de 0,50	Effet de grande taille	Corrélation forte

2. Résultats de l'étude

2.1. Evolution comparative des données sanitaires

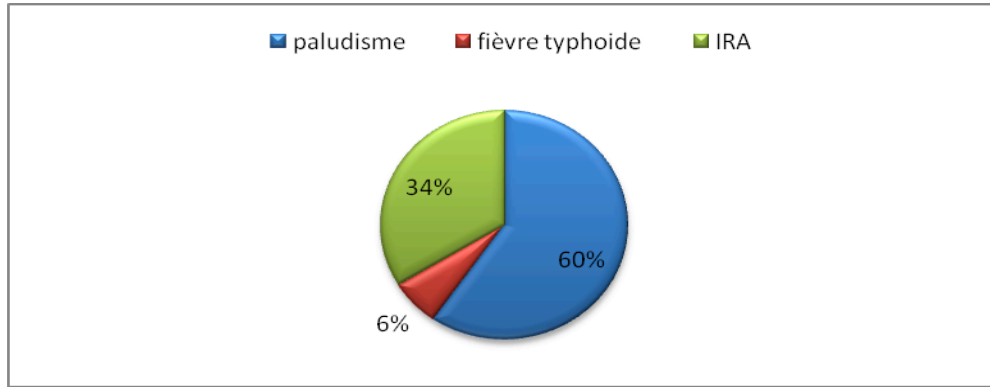
Les principales maladies telles que mentionnées à la figure 2 sont celles potentiellement influencées par l'état climatique de la commune de Dimbokro. Le paludisme, l'Ira et la fièvre typhoïde présentent dans l'ensemble la même configuration dans leur évolution. Ces maladies présentent une allure croissance de 2010 à 2011 et évoluent sous la forme d'un plateau comportant un seuil de personnes atteintes compris entre 6000 et 8000. De 2011 à 2013, la figure présente une évolution régulière avant d'amorcer une hausse en 2014. Dans cette évolution sous la forme d'un plateau, le seuil atteint par le paludisme avoisine les 8000 personnes atteintes tandis que celui des IRA s'évalue à 4000 malades. De façon spécifique, nous remarquons que le Paludisme et les infections respiratoires aiguës présentent la même allure dans leur évolution. La période 2010 - 2011 marque une phase croissante. Quant à celle de 2011- 2010, elle indique une évolution presque régulière. La période 2013-2014 se distingue par une croissance accélérée où ils atteignent leur maximum. La fièvre typhoïde, quant à elle, ne présente pas de variation significative sur les 5 ans à part une légère évolution en 2011.



Source : DDS-Dimbokro, 2014

Figure 1: Evolution des maladies liées au climat de 2010 à 2014 à Dimbokro

Un constat montre que sur les cinq dernières années, le paludisme occupe la première place avec une proportion de 60 % des consultations médicales dans les centres de santé de Dimbokro. Il est suivi dans cet ordre par l'Ira avec 34% et enfin la maladie de la fièvre typhoïde qui occupe la troisième position avec 6%.



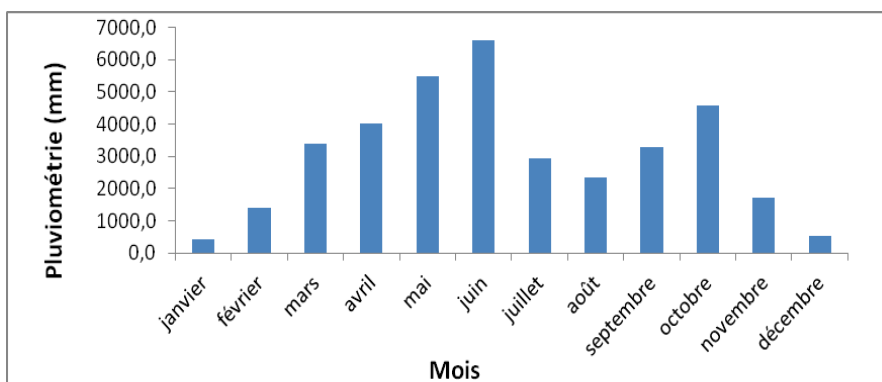
Source : DDS-Dimbokro, 2014

Figure 3 : Taux de consultation par pathologie à Dimbokro (2010-2014)

2.2. Analyse de l'évolution des paramètres du climat à Dimbokro

2.2.1. Analyse de l'évolution annuelle de la pluviométrie à Dimbokro

Sur les différents mois de l'année, la pluviométrie évolue de façon discontinue. Cette évolution est marquée par deux maxima et deux minima. Elle indique un régime pluviométrique de type bimodal. Cette évolution est caractérisée par des mois secs allant des périodes de décembre à février et de juillet à août tandis que les mois pluvieux s'inscrivent dans les périodes de mars à juin et de septembre à octobre. Les mois les plus secs sont les mois de décembre et janvier tandis que les mois les plus pluvieux sont les mois de juin et d'octobre. En se référant au régime bimodal de cette localité, il apparaît une alternance de saisons que sont : la petite saison de pluie de septembre à octobre, la petite saison sèche de juillet à août, la grande saison de pluie de mars à juillet et la grande saison sèche de novembre à février. Ces différentes saisons attestent la forme définitive du régime pluviométrique de la commune de Dimbokro. Ainsi, le régime climatique de la commune présente-t-il quatre saisons alternées de deux saisons sèches et deux saisons pluvieuses.

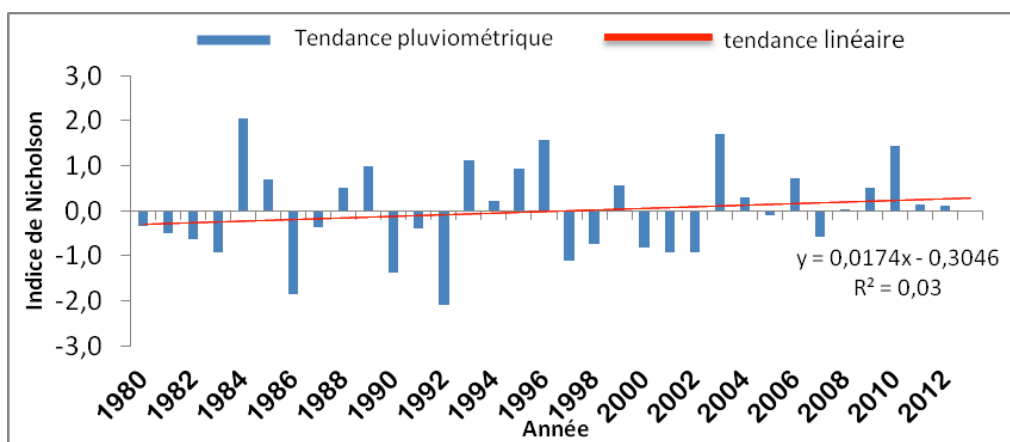


Source : SODEXAM-Dimbokro, 2013

Figure 4 : Evolution annuelle de la pluviométrie à Dimbokro (1980-2013)

2.2.2. Analyse de l'évolution interannuelle de la pluviométrie à Dimbokro

L'analyse de l'évolution interannuelle selon l'indice pluviométrique de Nicholson a permis d'observer les fluctuations. Ces oscillations sont sanctionnées par des années déficitaires et excédentaires. La figure 5 montre l'existence de deux grandes phases à partir de la tendance linéaire sur la période 1980-2013. On observe une phase sèche de 1980 à 1997 et une phase humide de 1998 à 2013. Dans ladite phase, des années déficitaires se distinguent. Ce sont par exemple 1986, 1990, 1992 et la séquence 2000-2002. Parmi les années excédentaires, on cite par exemple 1984, 1996 et 2003.

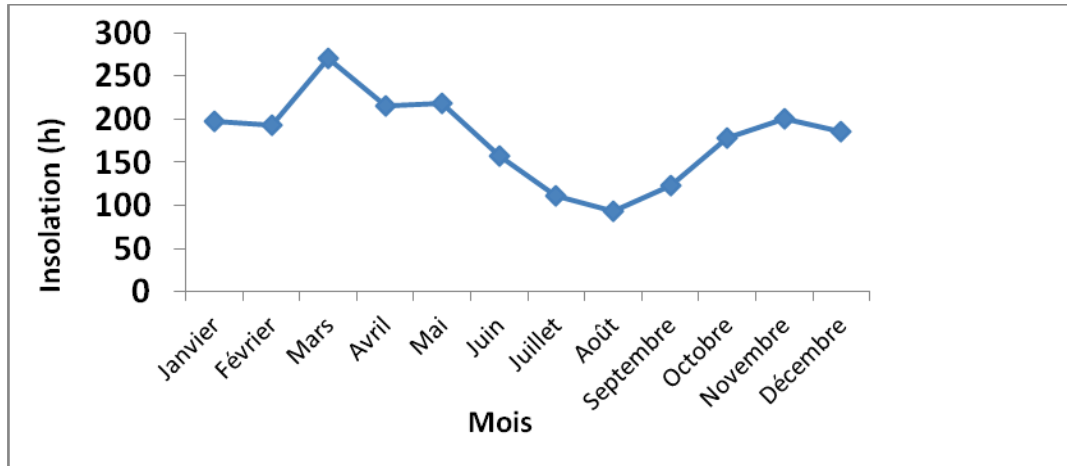


Source : SODEXAM-DIMBOKRO, 2013

Figure 5 : Evolution interannuelle de la pluviométrie à Dimbokro (1980-2013)

2.2.3. Analyse de la variabilité annuelle de l'insolation et de la température

L'analyse de la courbe de l'insolation indique une tendance à deux phases dans son évolution. Une première phase part de janvier à août et a pour maximum le mois de mars avec 270 heures. La deuxième phase va du mois d'août à décembre avec novembre comme maximum (200,7 heures). Au total par an, on a en moyenne 173 heures d'insolation dans la commune de Dimbokro. Cette quantité moyenne d'insolation reste élevée à l'échelle de la Côte d'Ivoire. Le mois de mars avec 270 heures apparaît comme le mois le plus ensoleillé tandis que le mois d'août (92,7 heures) reste le moins ensoleillé de l'année (figure 5).

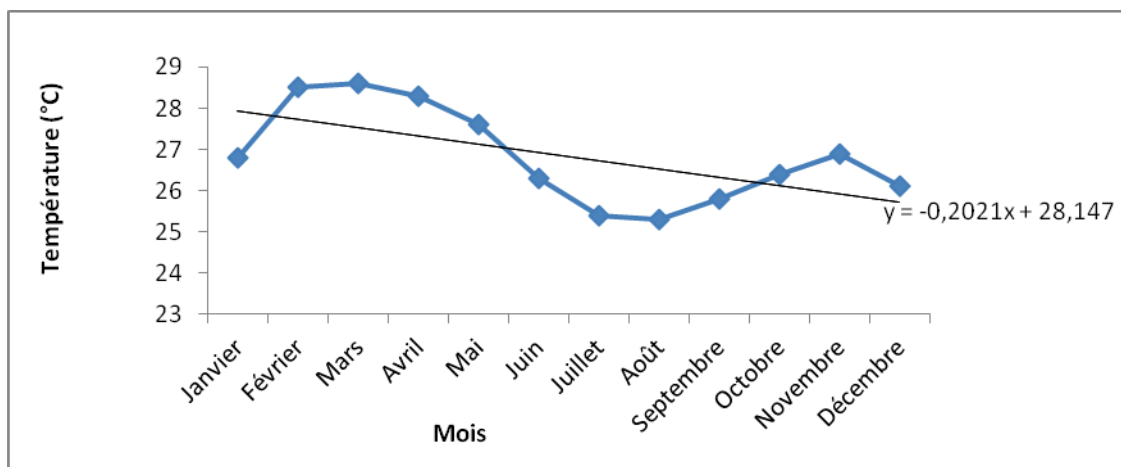


Source : SODEXAM-Dimbokro, 2000

Figure 6 : Evolution annuelle de l'insolation à Dimbokro (1971-2000)

2.2.4. Analyse de l'évolution annuelle des températures à Dimbokro

Dans cette commune, les mois les plus chauds sont janvier, février, mars, avril, mai et novembre. Au cours de ces mois, la moyenne des températures est supérieure à la moyenne annuelle qui est de 26,4°C. Le maximum thermique de cette série chronologique correspond au mois de mars avec une température de 28,6°C tandis que le minimum est celui du mois d'août avec 25,3°C sur la chronologie considérée. Cette courbe de la figure 6 permet de suivre l'évolution mensuelle dans l'année du régime thermique au niveau de la commune de Dimbokro. Dans l'ensemble, les températures restent élevées. Sur les 12 mois de l'année, 9 ont une température supérieure à 26°C soit 75% des mois dans cette zone sont dits mois chauds.



Source : SODEXAM-Dimbokro, 2000

Figure 7 : Evolution annuelle des températures à Dimbokro de 1971 à 2000

2.4. Analyse des impacts de la variabilité du climat sur la santé des populations dans la commune de Dimbokro

2.4.1. Analyse de corrélation entre la variabilité pluviométrique et les maladies par le test du khi-carré

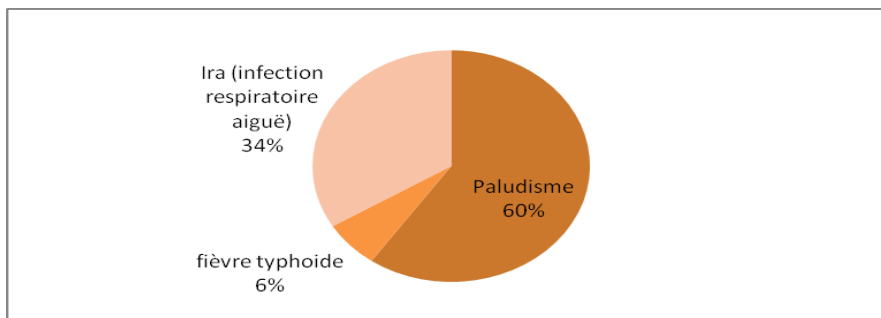
Dans cette partie, il s'agit de mettre en rapport les nombres de cas des maladies avec les variations saisonnières de la pluviométrie déterminées à partir de l'indice pluviométrique de Nicholson et al. (1998). Pour mieux comprendre ces rapports et vérifier l'intensité des liens entre la pluviométrie, facteur déterminant du climat dans le monde intertropical, et les maladies favorisées par le climat, nous avons eu recours à l'utilisation du test statistique de Khi-carré. La détermination du coefficient de corrélation (r) à partir du coefficient de Cramer permet d'expliquer le degré de dépendance entre les variables explicatives (les saisons) et les variables à expliquer (les maladies)

La Comparaison de X^2 calculé et X^2 lu dans la table de khi-carré permet de résumer que X^2 calculé dont la valeur est de 568,53 est supérieur au X^2 lu (5,99) dans la table. Par conséquent, cela implique qu'au seuil de confiance de 95%, l'hypothèse H1 - l'existence de lien entre les maladies et les saisons - est vérifiée. Il existe alors une relation entre maladie et saison pluviométrique. Il ressort cependant de ce résultat que la mise en corrélation de la variabilité climatique et les maladies telles que le paludisme, les infections respiratoires aiguës et la fièvre typhoïde sur la période 2010-2014 indique que la modification du climat a un impact sur la santé des populations à Dimbokro. Cela montre que les fluctuations saisonnières constatées durant ces dernières années affectent la santé des populations. Par exemple en 2014, on a enregistré 11387 cas de paludisme soit 59% des personnes touchées par cette maladie et 7311 cas d'Ira (38%) dans les structures sanitaires de la commune.

Par conséquent, le coefficient de corrélation entre la variabilité climatique et les maladies est de 0,06. Cela traduit son effet moins significatif car il se situe autour de 0,10 matérialisant ainsi une corrélation faible. Cette situation indique que le degré de dépendance entre la variabilité climatique et les maladies est faible. En d'autres termes, la santé des populations est certes influencée par le dérèglement climatique mais certains paramètres non climatiques influencent également ces maladies telles que les facteurs environnementaux, infrastructurels mais aussi le non respect des normes d'urbanisation.

2.4.2. Emergence des maladies favorisées par le climat dans la commune de Dimbokro

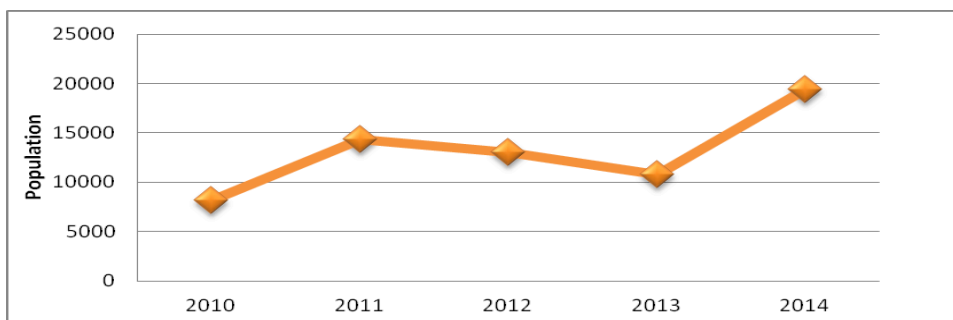
La relation de dépendance entre la dégradation des facteurs climatiques et les maladies du climat indique une recrudescence de celles-ci. Selon les données issues du District Sanitaire de Dimbokro couvrant la période de 2010 à 2014, le diagramme ci-dessous exprime un cumul du taux d'évolution des maladies dans le temps. Ainsi, le paludisme présente une prépondérance avec un taux de 60% suivi des infections respiratoires aiguës (34%). La fièvre typhoïde quant à elle occupe le troisième rang dans la classification des maladies étudiées avec un taux de 6%.



Source : DDS-Dimbokro, 2014

Figure 7 : Taux d'évolution des maladies à Dimbokro (2010-2014)

La courbe de la figure 8 évolue de façon discontinue. On peut y observer deux maximas en 2011 et 2014. Ces maximas indiquent une évolution remarquable des cas de malades dans le temps. Cette évolution met en exergue une hausse de nouveaux cas de maladie avec respectivement en 2011 et en 2014. Une régression s'amorce dès l'année 2011 et se poursuit jusqu'en 2013. Le fait le plus marquant durant cette période d'étude est la hausse spectaculaire constatée en 2014. L'évolution accrue de la période 2013-2014 est très significative et traduit surtout la recrudescence des maladies liées au climat dans cette zone.



Source : DDS-Dimbokro, 2014

Figure 8 : Evolution annuelle des maladies du climat à Dimbokro (2010-2014)

2.5. Identification des stratégies et moyens de lutte contre l'émergence des maladies du climat à Dimbokro

2.5.1. Au niveau Communautaire

Les stratégies de lutte utilisées par les populations de Dimbokro contre la prolifération des maladies comme l'IRA, paludisme et fièvre typhoïde sont multiples. Pour faire face à la prolifération des maladies liées au climat, les populations font recours à des moyens spécifiques que sont la médecine moderne, la pharmacopée africaine et asiatique (photo 2), les insecticides ou dormir sous des moustiquaires imprégnées (photo 1). Mais il s'agit là aussi d'un ensemble de mesures sommaires. Elles ne parviennent pas à freiner ou à éradiquer complètement l'émergence de ces maladies.



Photo 1 : Utilisation des moustiquaires imprégnées dans les ménages

Photo 2 : Utilisation de la pharmacopée africaine et asiatique

2.5.2. Au niveau des acteurs sanitaires

A ce stade, les stratégies s'inscrivent dans la structuration des programmes sanitaires. Les acteurs de la santé procèdent à une compilation et à une transmission des résultats sanitaires chaque trimestre en vue de coordonner les programmes et les activités à mener. Cette collaboration avec les autres secteurs, organismes et partenaires concernés a permis d'atténuer les risques de prolifération des maladies favorisées par le climat. Les stratégies adoptées sont le renforcement de la prévention à travers une lutte solide contre les réservoirs et les vecteurs, la mobilisation de la société pour leur engagement et leur participation effective dans toutes les activités de prévention et de lutte.

Le renforcement de la collaboration, la coordination multisectorielle et pluridisciplinaire permet la prise en charge des cas les plus extrêmes. C'est par exemple le cas des personnes atteintes de tuberculose (IRA). Les stratégies mises en place à ce niveau se

soldent par le contrôle de l'extension et la maîtrise des épidémies. Ces mesures sont efficaces et favorisent surtout un bon suivi de la gestion sanitaire.

2.5.3. Les mesures étatiques de lutte contre les maladies du climat à Dimbokro

A ce stade, elles se résument aux campagnes de sensibilisation et de prévention entreprises par les structures étatiques et sanitaires. Ces mesures nécessitent d'être renforcées. A celles-ci s'ajoutent les campagnes de dénombrement, de distribution et de suivi d'installation des moustiquaires imprégnées à longue durée d'action (MILDA).

Conclusion

De par sa situation dans une zone de transition forêt-savane ivoirienne, la commune de Dimbokro se situe dans une région de contraste climatique. Cette situation dénote une variabilité du climat dans cette circonscription administrative. La forte température, l'insolation ainsi que l'irrégularité pluviométrique ont des effets sur la santé des populations résidentes. Les pathologies liées au climat comme le paludisme, les infections respiratoires aiguës et la fièvre typhoïde connaissent une réelle émergence dans cette commune avec la dégradation progressive des facteurs climatiques analysés. Pour faire face à cette réalité, plusieurs stratégies de lutte ont été développées par les populations locales. Ces stratégies sont appuyées par des organisations gouvernementales et non gouvernementales.

Références bibliographiques

BESANCENOT Jean-Pierre, 2007, Changement climatique et impacts sanitaires : une évolution déjà observable ? *Air Pur* 72 pp.13-15

DIOMANDÉ Béh Ibrahim et KOUASSI Kouamé Félicien, 2014, Situation pluviométrique et sécurité alimentaire dans le département de Dimbokro dans le centre-est de la côte d'Ivoire, *Revue de géographie du laboratoire Leïdi*, n°12, Sénégal, pp. 82-99

GIEC, 2007, *Bilan des changements climatiques : les bases scientifiques physiques*. Groupe de travail I, Quatrième Rapport d'évaluation, Résumé à l'intention des décideurs, 2 février, Paris, 184p.

OUATTARA Lhaur-Yaigaiba Annette, BETSI Alain Nicolas, YAPI Brou Richard,

N'GORAN Eliezer et SÉRI Dédy, 2007, Renforcement des capacités face aux effets néfastes des changements climatiques sur la santé des populations défavorisées en milieu urbains et périurbains en Côte d'Ivoire, *Revue électronique sur l'environnement*, 8 p.

POUPART Ariane Adam, LABRECHE France, SMARGIASSI Audrey, DUGUAY Patrice, BUSQUE Marc-Antoine, GAGNE Charles et ZAYED Joseph, 2012, Impacts des changements climatiques sur la santé et la sécurité des travailleurs. Projets spéciaux, Etudes et Recherches, Rapport R-733, pp.1-4

QUENAULT Béatrice., 2013, Retour critique sur la mobilisation du concept de résilience en lien avec l'adaptation des systèmes urbains au changement climatique », *EchoGéo*, 24 | 2013, mis en ligne le 10 juillet 2013, 10.4000/echogeo.13403.

PATON Douglas et JOHNSTON David, 2001, Disasters and communities: vulnerabilities, resilience, and preparedness. *Disaster Prevention and Management*, vol. 10, n° 4, pp. 270-277.

ZAMBLE Tra Bi Armand, 2004, Variabilité pluviométrique et mutation socio-économique et agricole dans la région des savanes de Côte d'Ivoire, mémoire de maîtrise, Université de Cocody d'Abidjan, 112 p.

**LE MONASTÈRE DE L'INCARNATION D'AGBANG : REFUGE D'UNE DES
RARES FORÊTS DENSES SÈCHES ENCORE PRÉSENTE DANS LA ZONE
ÉCOLOGIQUE 2 DU TOGO**

Tatongueba SOUSSOU
Université de Kara (Togo)
Département de Géographie
denis.soussou@gmail.com

Résumé

Le Monastère de l'Incarnation du village d'Agbang est localisé dans le canton de Kpinzindè de la préfecture de la Kozah au nord du Togo. Il a été fondé le 06 août 1985 et est situé à 20 km de la principale route nationale, Lomé-Cinkassé, reliant le nord et le sud de ce pays. Ce Monastère est aujourd'hui, un petit laboratoire de vie chrétienne, une maison de Dieu, un village chrétien où l'accueil et l'hospitalité sont très importants et que chacun y trouve sa place en allant prier, se reposer, faire une retraite spirituelle, se ressourcer ou demander un accompagnement spirituel. L'intérêt de cette étude, est de comprendre la transformation, par les moines, de ce domaine de savane en un lambeau de forêt dense sèche de 24 ha. Dans ce contexte, quelle est la stratégie mise en place par ces moines pour créer cette forêt ? Pour ce faire, les enquêtes ethnobotaniques, déclinées en entretiens ou interviews des moines, montrent que ces derniers ont procédé, à la première étape, à la délimitation de l'espace. L'étape suivante a été de conserver en en l'état cet espace en laissant régénérer les espèces locales. La dernière étape a été le suivi et la mise en place des pare-feu pour la protection de cette forêt, avec l'appui et la participation inclusive des autorités locales (Chefs canton et notables) pour la répression. L'inventaire floristique indique l'abondance des espèces locales avec la dominance, au niveau de la strate arborescente, de *Isobertinia doka*.

Mots-clés : Monastère de l'Incarnation, Agbang, Forêt dense sèche, Mesures de conservation

Abstract

The Agbang Village Incarnation Monastery is located in the Kpinzindè township of Kozah prefecture in northern Togo. It was founded on August 6, 1985 and is located 20 km from the main national road, Lomé-Cinkassé, connecting the north and south of this country. This Monastery is today a small laboratory of Christian life, a house of God, a Christian village where hospitality and hospitality are very important and everyone can find their place by going to pray, to rest, to make a retreat spiritual, relax or ask for spiritual accompaniment. The interest of this study, is to understand the transformation, by the monks, of this area of savannah into a shred of dense dry forest of 24 ha. In this context, what is the strategy put in place by these monks to create this forest? To do this, the ethnobotanical surveys, broken down into interviews or interviews with the monks, show that the latter proceeded, at the first stage, to the delimitation of space. The next step was to keep this space in the state by allowing the local species to regenerate. The last step was the monitoring and setting up of firewalls for the protection of this forest, with the support and inclusive participation of local authorities (canton chiefs and notables) for the repression. The floristic inventory indicates the abundance of local species with the dominance, at the level of the tree layer, of *Isobertinia doka*.

Keywords: Monastery of the Incarnation, Agbang, Dry Dense Forest, Conservation Measures

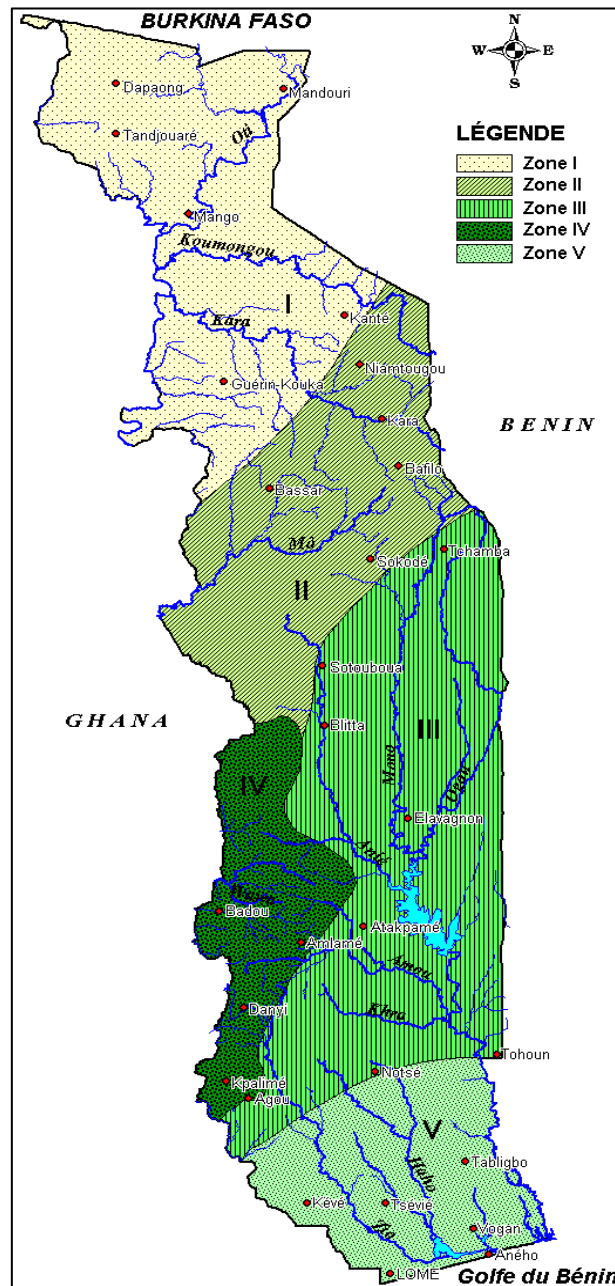
Introduction

L'idée de la construction d'une communauté monastique est une idée originale qui a commencé à germer dans la tête du Frère Boniface depuis 1984 (www.agbang.org). Ce Frère, un moine africain assez jeune (26 ans) à l'époque, était sans aucun sou dans la poche, sans aide ni secours et n'avait pas encore terminé sa formation. Personne ne le comprenait ni le prenait au sérieux. Il essayait des critiques de tout genre. C'est avec les outils aratoires et rudimentaires (coupe-coupe, houes et pioches) que le Monastère de l'Incarnation d'Agbang a commencé à voir le jour sous les manguiers du haut de la colline d'Agbang (www.agbang.org). Cette colline était, au départ, broussailleuse. L'on y trouvait aussi des arbustes rabougris qui peinaient à tenir sur un substrat rocailleux régulièrement parcouru de feux de végétations, œuvre des populations voisines qui y chassaient et prélevaient constamment du bois pour le chauffage.

L'objectif premier de la construction du Monastère est de faire de ce haut de colline, un lieu d'accueil, d'hospitalité, de repos, de retraite où, toute personne pourra se ressourcer ou demander un accompagnement spirituel. Le pari a été relevé. Le substrat étant constitué de dalles rocheuses, l'idée a été de transformer le reste des 24 ha en forêt. Il a fallu délimiter l'espace et laisser pousser les essences naturelles locales présentes. La suite a été de mettre en place un protocole de conservation qui se décline en la mise en place d'une garde forestière composée des frères moines eux-mêmes avec la participation inclusive des responsables locaux du village d'Agbang à savoir le chef canton et les notables.

Le village d'Agbang est l'un des villages du canton de Kpinzindè dans la préfecture de la Kozah. Cette préfecture fait partie intégrante dans la zone écologique II du Togo telle que définie par H. Ern, 1979 (Figure n°1).

Figure n°1 : Les cinq zones écologiques du Togo



Source : H. Ern, 1979.

La figure n° 1, ci-dessus énoncée, est la subdivision du Togo en cinq zones floristiques faites par H. Ern, 1979. Les caractéristiques physiques et humaines de chacune de ces zones sont décrites et consignées dans le tableau n° 1, ci-dessous, par T. Soussou, 2009.

Tableau n° 1 : Caractéristiques physiques et humaines de chacune des zones floristiques du Togo

Zones écologiques	Relief	Précipitations moyennes annuelles en mm	Types de végétation et espèces dominantes.	Activités agricoles
Zone I	Plaine d'inondation	1100 mm	Savanes à <i>Acacia</i> sp., <i>Terminalia</i> sp., <i>Combretum</i> sp. Forêts galeries et prairies à <i>Hygrophila</i> sp., <i>Oryza longistaminata</i> , <i>Nymphaea lotus</i> , <i>Nymphaea guineensis</i> . Forêts sèches à <i>Anogeissus</i> sp. Agroforêts à <i>Vitellaria paradoxa</i> (karité) ou à <i>Parkia biglobosa</i> (nééré), à <i>Adansonia digitata</i> (baobab) ou à <i>Borassus aethiopum</i> (rônier).	Sorgho, mil, haricot, arachide, riz, coton, élevage extensif
Zone II	Monts, Chaînes de montagnes et pénéplaines	1300 mm	Forêt dense sèche à <i>Uapaca togoensis</i> , <i>Anogeissus leiocarpus</i> , <i>Monotes kertingii</i> . Forêts claires à <i>Isobertinia doka</i> et <i>Isobertinia tomentosa</i> . Il y existe aussi des agroforêts et des forêts-galeries comme dans la zone I	Sorgho, mil, maïs, igname, manioc, coton, élevage
Zone III	Plaine orientale	1300 mm	Savane dominée par les Combretaceae. Forêts sèches à <i>Anogeissus leiocarpus</i> , Forêts galeries à <i>Pterocarpus santalinoides</i> , <i>Cynometra megalophylla</i> , <i>Parinari congensis</i> .	Maïs, manioc, igname, coton, élevage
Zone IV	Plateaux, vallon, escarpements	1500 mm	Forêts denses semi-décidues à <i>Antiaris africana</i> , <i>Terminalia superba</i> , <i>Parinari glabra</i> , <i>Milicia excelsa</i> , <i>Khaya grandifoliola</i> , <i>Erythrophleum suaveolens</i> . Savanes sommitales à <i>Crossopteryx febrifuga</i> , <i>Faurea speciosa</i> , <i>Vitex doniana</i> , <i>Lophira lanceolata</i> , <i>Terminalia glaucescens</i> , <i>Pterocarpus erinaceus</i> , <i>Hymenocardia acida</i> .	Café/cacao, palmiers à huile, arbres fruitiers, bananes plantains, gingembre, maïs, manioc, igname
Zone V	Plateau de « Terre de Barre » entrecoupé de plaines alluviales	1100 mm	Mosaïque d'îlots forestiers disparates à <i>Milicia excelsa</i> , <i>Antiaris africana</i> , Reliques de forêts-galeries à <i>Cynometra megalophylla</i> , <i>Pterocarpus santalinoides</i> , <i>Cola gigantea</i> , forêts sacrées, savanes anthropisées, fourrés littoraux, prairies halophiles ou marécageuses, mangroves et jachères.	Maïs, haricot, manioc, cultures maraîchères, cocoteraies, pêches

Source : T. Soussou, 2009.

Dans le tableau n° 1, ci-dessus, l'on identifie dans chacune des cinq zones floristiques du Togo, le type de relief, la hauteur maximale des précipitations, les types de formations végétales et les espèces dominantes présentes, et les principales activités agricoles.

La zone écologique II, dont fait partie notre secteur d'étude, est caractérisée par une alternance de saison sèche et pluvieuse. C'est une zone caractérisée par une saison sèche bien prononcée qui dure entre 5 et 6 mois dans l'année et une pluviosité comprise entre 1000 et 1500 mm de pluies par an. Elle abrite un couvert forestier de type « tropophile » qui est une forêt dense et sèche très sensible aux feux de végétation (J-C. Menaut, 1983). Avec la forte occupation humaine et les activités agricoles qui l'accompagnent, ces espaces forestiers ont progressivement laissé place à la savane (H. Puig, 2001 ;T. Soussou, 2016).

C'est dans ce contexte qu'a été créé le Monastère de l'Incarnation du village d'Agbang. Ce Monastère, localisé dans le canton de Kpinzindè de la préfecture de la Kozah au nord du Togo, est un village chrétien hospitalier occupant un vaste domaine de savane. Ce dernier est, aujourd'hui, transformé en forêt dense sèche où viennent se ressourcer les personnes en quête d'un accompagnement spirituel. De ce qui précède, une question centrale se dégage. Quelle est la stratégie mise en place par ces moines pour transformer ce milieu savanicole en un paisible lieu de retraite spirituelle couvert de forêt dense sèche ? De cette question centrale découlent des questions subsidiaires suivantes :

- Quelle est la technique de conservation de cette forêt ?
- Comment protègent-ils cette forêt contre les feux de végétation et divers défrichements ou prélèvements ?
- Cette forêt est-elle composée uniquement d'espèces spontanées ou autochtones ?
- Existe-t-il dans la flore de cette forêt des espèces naturalisées ?

L'objectif principal de cette étude est d'expliquer la présence de la forêt dense sèche du Monastère d'Agbang dans cette zone de savane perpétuellement soumise au stress climatique et aux activités néfastes de l'Homme.

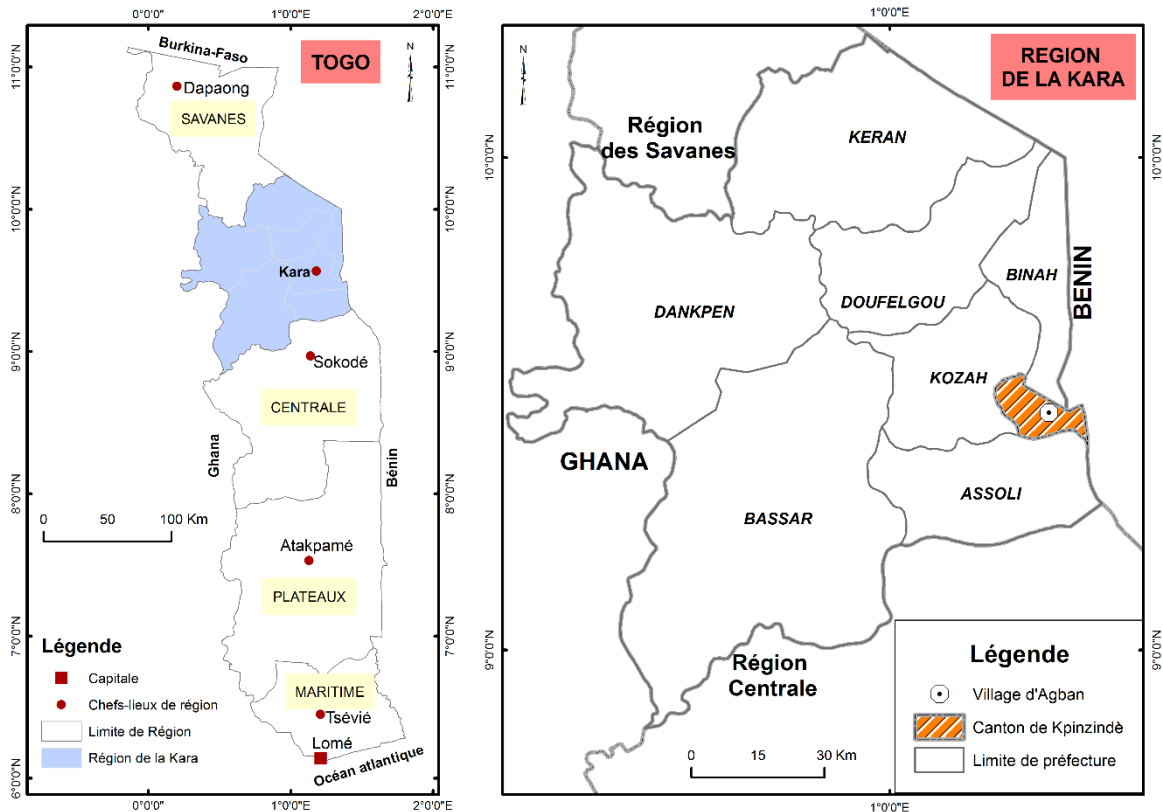
Spécifiquement, il s'agit (i) de relever, grâce aux entretiens et interviews, les différentes actions ayant conduit à la mise en place de la forêt dense sèche du Monastère de l'Incarnation d'Agbang, (ii) d'inventorier la flore de cette forêt pour avoir la liste des espèces qui la composent et (iii) enfin de proposer d'autres perspectives en vue la conservation durable de cette forêt.

1. Matériel et méthodes

1.1. Présentation de la zone d'étude

Le village d'Agbang est l'un des villages du canton de Kpinzindè de la préfecture de la Kozah (Région de Kara) au nord du Togo (figure n°2).

Figure n°2 : Situation du Monastère de l'Incarnation dans le village d'Agbang



Source : Fond de carte modifié par l'auteur.

La figure n° 2, ci-dessus, présente la localisation du village d'Agbang qui se trouve être logé dans le canton de Kpinzindè. Les données météorologiques de ce village sont pratiquement les mêmes que celles enregistrées dans la préfecture de la Kozah qui a pour chef-lieu, la ville de Kara. En somme, le climat dominant est celui de type tropical, plus précisément soudano-guinéen. Le cumul des précipitations est élevé en saison des pluies qui va d'avril à octobre. Le mois de janvier est le mois le plus sec de l'année avec un cumul de précipitations avoisinant 1 mm à Kara. Le mois d'août est le mois le plus arrosé, avec une moyenne annuelle de précipitations avoisinant 252 mm. Le mois le plus chaud de l'année est celui de mars avec une température moyenne de 29,7 °C alors que le mois d'août est le plus froid avec une température moyenne de 24,8 °C. La variation des précipitations entre le mois

le plus sec et le mois le plus humide est de 251 mm. Entre la température la plus basse et la plus élevée de l'année, la différence est de 4,9 °C.

En somme, la préfecture de la Kozah en général et la zone d'étude en particulier, affichent une température moyenne annuelle de 27,2 °C. Sur l'année, la précipitation moyenne est de 1298 mm. La combinaison de ces données météorologiques et les actions de l'homme (activités agricoles, extension urbaine, mise en place des logements et infrastructures routières) régissent la dynamique du couvert forestier de la zone écologique 2 dans laquelle se trouve la zone d'étude, le Monastère d'Agbang. Qu'est-ce qui explique la présence de la forêt dense sèche dans ce Monastère censé, *a priori*, être dans une zone de savane ?

1.2. Démarche méthodologique

Le site d'étude est une localité à part entière de la zone écologique 2 du Togo, dont les caractéristiques bioclimatiques et les activités humaines compliquent la dynamique et le développement des forêts. Cependant, il existe bel et bien une forêt dense sèche au Monastère de l'Incarnation d'Agbang.

La méthodologie adoptée, dans cette étude, a permis d'expliquer la présence de la forêt dense sèche dans ce Monastère. Il s'agit des entretiens ou interviews, de la recherche bibliographique et de l'inventaire floristique.

1.2.1. Entretiens de terrain ou interviews

La population ciblée est essentiellement composée des frères moines. Les informations relatives à l'histoire du Monastère, les premières activités liées à sa construction, la stratégie de création et de conservation de l'espace forestier ont été abordées.

1.2.2. L'inventaire floristique

La méthode de surface qui consiste à collecter les espèces présentes sur le site a été privilégiée afin d'inventorier la flore de la forêt du Monastère. À la fin, une liste des espèces a été dressée ; ce qui a permis d'évaluer la composition floristique et d'apprécier son caractère naturel ou artificiel. Les flores du Togo de J-F. Brunel et *al.* (1984), d'A. Akoégninou et *al.* (2006) et les ouvrages de M. Arbonnier (2002) puis de J. Berhaut (1988), ont permis l'identification complète des espèces inventoriées.

1.2.3. Recherche documentaire

Il s'agit principalement de la collecte des données relatives à l'histoire de la construction du Monastère de l'Incarnation d'Agbang. Pour ce faire, le site web de ce Monastère a été visité.

2. Résultats

2.1. Stratégie de mise en place et de conservation de la forêt du Monastère d'Agbang

Après l'appropriation du site, les frères moines l'ont délimité et construit le Monastère au sommet d'une colline (Planche n°1).

Planche n°1 : Photos de la façade, de l'intérieur du temple et d'autres parties du Monastère



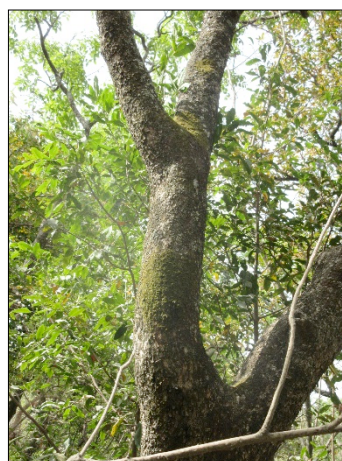
Source : Clichés de l'auteur.

Le reste du site rocailleux a été affecté à la mise en place de la forêt. Selon le témoignage d'un frère moine, l'idée a été de laisser pousser naturellement les espèces sans rien y ajouter ni rétracter. La phase suivante a été de mettre en place une stratégie de surveillance et de conservation basée sur la constitution d'une garde forestière inclusive qui regroupe d'une part, les moines et d'autre part, les responsables traditionnels locaux dont les chefs canton et les notables.

2.2. La forêt d'Agbang, une formation aux caractéristiques forestières

La forêt dense sèche d'Agbang est une formation à strates où les individus à *Isobertinia doka* dominant la strate arborescente. L'on y rencontre aussi des épiphytes et bryophytes telles les mousses (Planche n°2) ; ce qui témoigne de la présence plus ou moins de l'humidité.

Planche n°2 : Photos de mousses colonisant quelques troncs d'arbres



Source : Clichés de l'auteur

L'on y observe aussi la présence de quelques espèces de lianes qui sont aussi des arbustes sarmenteux à *Jasminum dichotomum* et à *Opilia amentacea* (Planche n°3).

Planche n°3 : Photographies d'arbustes sarmenteux à *Jasminum dichotomum* et à *Opilia amentacea*



Source : Clichés de l'auteur.

2.3. Composition floristique de la forêt du Monastère de l'Incarnation d'Agbang

Les espèces spontanées ou indigènes dominent la composition floristique de la forêt du Monastère de l'Incarnation. Les espèces naturalisées ou introduites sont moins présentes (Cf. Annexe).

2.4. Stratégie de conservation de la forêt d'Agbang

Les principales stratégies de conservation et protection de la forêt mises en place par les moines, sont de deux ordres :

- premier ordre : mise en place des pare-feu pour protéger la forêt des départs de feux de végétations (Planche n°4) ;

Planche n°4 : Photographies des pare-feu.



Source : Clichés de l'auteur.

- Deuxième ordre : constitution d'une police forestière composée des frères moines avec la participation inclusive des responsables locaux traditionnels (Chefs canton et notables) pour lutter contre les feux de végétations.

L'efficacité de cette stratégie se justifie, dans un premier temps, par la nature du substrat dont on observe une litière épaisse, faite de feuilles et de branches mortes, et dans un second temps par l'absence presque totale de noirceur sur les troncs des arbres et arbustes, preuve du passage des feux (Planche n°5).

Planche n°5 : Photographies du substrat composé d'une épaisse litière de feuilles et branches mortes



Source : Clichés de l'auteur.

La fraction organique du sol (substrat) est la litière constituée de débris végétaux de feuilles et branches mortes. Sous l'action complexe des micro-organismes, bactéries, champignons et microfaunes, ces débris se transforment en humus, bases échangeables de la solution du sol qui nourrissent les plantes. La présence de feuilles mortes et l'absence de noirceur sur les troncs des arbres et arbustes indiquent l'efficacité de la protection de cette forêt contre le passage des feux de végétations.

3. Discussion

En Afrique, les forêts denses sèches sont généralement représentées par les vestiges de peuplements dégradés (P. Delporte, 1995). Elles se différencient de la forêt dense humide par des caractères qui ne sont pas toujours réunis : faible hauteur des arbres, structure simple de la végétation, affirmation du rythme saisonnier, et alternance saison sèche saison humide bien marquée (A. Aubreville, 1944). La durée de la saison sèche les rend sensibles aux feux de végétations (D. Louppe et *al*, 1995). La plupart des arbres sont décidus et le sous-bois est soit sempervirent soit décadu et le tapis herbacé sciaphile est discontinu. Les arbres les plus élevés sont à feuilles caduques et l'enracinement est souvent profond sous un climat dont la saison sèche commence en novembre et termine en avril, avec une forte irrégularité des précipitations (A. Letouzey, 1982).

La couverture forestière de la zone écologique 2 du Togo telle que définie par H. Ern (1979), présente des caractéristiques similaires (T. Soussou, 2009). La saison sèche dans cette zone est bien marquée. C'est une saison au cours de laquelle, le passage des feux de végétation est récurrent et retarde le développement des forêts (T. Soussou, 2016).

Le site d'étude, qui appartient à la zone floristique 2, hérite des mêmes aspects bioclimatiques et humains. Selon le témoignage du Frère Grégoire, « le milieu sans doute rural était déjà fortement déboisé avant la construction du Monastère ». Cette situation a motivé le Frère Boniface, Fondateur du Monastère de l'Incarnation d'Agbang, à envisager la mise en place d'une forêt composée d'essences locales, pour atténuer l'austérité du climat pendant la saison sèche. L'idée a été de laisser pousser naturellement les espèces spontanées ou indigènes déjà présentes sur le site. Cela a eu pour effet, l'abondance des espèces spontanées par rapport aux espèces naturalisées (Cf. Annexe). Aujourd'hui, le développement de cette forêt est effectif grâce aux mesures de conservation et de protection adoptées par les moines. Il s'agit de la construction des pare-feu (Planche n° 4) et de la mise en place d'une surveillance impliquant non seulement les frères moines, mais aussi, la participation et la collaboration inclusives des personnes ressources du village d'Agbang, entre autres le chef canton et ses notables. La nature du substrat, fait d'une épaisse litière de feuilles et branches mortes (Planche n° 5), témoigne de l'efficacité de ces mesures pour la protection de cette forêt contre les feux de végétations (D. Louppe et *al.*, 1995).

Cette forêt crée un microclimat local, dont l'humidité ambiante permet l'installation des épiphytes (mousses, lichens) sur certains troncs d'arbres (Planche n° 2). Elle rehausse de par ses caractéristiques bioclimatiques, la qualité de cette aire de retraite spirituelle qu'est le Monastère de l'Incarnation d'Agbang, perché du haut de sa colline.

Conclusion et suggestions

La présente étude a porté sur la mise en place de la forêt dense sèche dans le Monastère de l'Incarnation d'Agbang. En effet, ce Monastère est créé par les moines, dans la zone écologique 2 du Togo, subit depuis un certain temps, une savanisation avancée liée aux activités humaines. Les moines, pour rendre paisible ce domaine de retraite et d'accompagnement spirituel, ont réussi à mettre en place une forêt dense sèche malgré la rigidité des caractéristiques du milieu. L'objectif général de cette étude a été de comprendre les mécanismes qui ont favorisé l'établissement d'une forêt dense sèche dans une zone savanicole. Après avoir délimité le site, les moines ont laissé pousser les espèces locales spontanées en prenant des dispositions contre les pyromanes ou ceux qui ont une conduite répréhensible à l'égard de la forêt. Pour ce faire, ils ont mis en place une police forestière avec la participation inclusive du chef canton et des notables. Aujourd'hui, cette forêt est une valeur ajoutée pour le Monastère de l'Incarnation d'Agbang, qui est un lieu de retraite pour quiconque désirant un accompagnement spirituel.

Pour une gestion durable de cette forêt, des suggestions suivantes sont faites à l'endroit des frères moines. Il s'agit de :

- l'introduction des animaux dans cette forêt pour rendre cet écosystème beaucoup plus fonctionnel et harmonieux ;
- la mise en place d'une clôture faite de barbelés pour contenir ces animaux et lutter contre les peulhs transhumants ;
- l'implémentation de ce système sylvicole dans d'autres localités peu favorables aux activités agricoles (zones rocailleuses).

Références bibliographiques

AKOEGNINOU Akpovi, VON DER BURG W. J., VON DER MAESER L. J. G., 2006, *Flore Analytique au Bénin*, Barckhuys Publishers.

ARBONNIER Michel, 2002, *Arbres, arbustes et lianes des zones sèches d'Afrique de l'Ouest*. Montpellier ; Paris : CIRAD ; Muséum national d'histoire naturelle (MNHN).

AUBREVILLE André, 1944, *Les Combretum des savanes boisées de l'Afrique-Occidentale française*, Imprimerie Nationale.

BERHAUT Johan, 1988a, *Flore illustrée du Sénégal*. T9. Ed. Clair Afrique, Dakar.

BRUNEL Jean-François, SCHOLZ H. & HIEPKO P., 1984, *Flore analytique du TOGO. Phanérogames*. GTZ, Eschorn.

DELEPORTE Paul, 1995, *Aménagement de la forêt de Morondava. Côte Ouest de Madagascar*. CIRAD-Forêt.

ERN Henri, 1979, « Die Vegetation Togos. Gliederrung, Gefährdung, Erhaltung ». In: *Willdenowia*, 9, pp. 295-312.

LEPRUN Jean-Claude. ; OLIVIER DA SILVEIRA C., 1992, « Analogies et particularités des sols et des eaux de deux régions semi-arides: le Sahel de l'Afrique de l'Ouest et le Nordeste brésilien ». *L'aridité, une contrainte au développement*. Didactiques/ORSTOM Editions, pp. 13 -151.

LETOUZEY Ane, 1982, *Manuel de botanique forestière. Afrique tropicale*. CTFT, 3 vol.

LOUPPE Dominique, OUATTARA N'klo, COULLBALY A., 1995, « Effet des feux de brousse sur la végétation ». *Bois et forêts des Tropiques*. (245), pp. 59-74.

MENAUT Jean-Claude, 1983, « The vegetation of african savannas ». In: F. Bourlière (ed.), *Tropical savannas*, Elsevier, Amsterdam, pp. 109- 149.

PUIG Henri, 2001, *La forêt tropicale humide*, Berlin.

SOUSSOU Tatongueba, 2009, *Dynamique forestière dans la plaine du Litimé sous pression anthropique au Togo*. Thèse de Doctorat, Université de Lomé (UL) & Université Paul Cézanne Aix-Marseille 3 (UPCAM).

SOUSSOU Tatongueba, 2016, « Régionalisation des paysages végétaux naturels au Togo : Etat des lieux et évolution diachronique des paysages ». *GERMIVOIRE*, pp. 38-51.

www.germivoire.net

<http://germivoire.net/?ivoire=detailart&idart=467&rub=179>

Sitiologie

www.agbang.org

Annexe : Composition floristique de la forêt du Monastère de l'Incarnation d'Agbang.

Genre	Espèces	Origines
<i>Acacia</i>	<i>kirkii</i>	Naturalisée ou Introduite
<i>Azelia</i>	<i>africana</i>	Spontanée ou Indigène
<i>Anacardium</i>	<i>occidentale</i>	Naturalisée ou Introduite
<i>Andropogon</i>	<i>gayanus</i>	Spontanée ou Indigène
<i>Annona</i>	<i>senegalensis</i>	Spontanée ou Indigène
<i>Anogeissus</i>	<i>leiocarpus</i>	Spontanée ou Indigène
<i>Bombax</i>	<i>buonopozenze</i>	Spontanée ou Indigène
<i>Bridelia</i>	<i>ferruginia</i>	Spontanée ou Indigène
<i>Burkea</i>	<i>africana</i>	Spontanée ou Indigène
<i>Byrsocarpus</i>	<i>coccineus</i>	Spontanée ou Indigène
<i>Carica</i>	<i>papaya</i>	Naturalisée ou Introduite
<i>Cissus</i>	<i>populnea</i>	Spontanée ou Indigène
<i>Cochlospermum</i>	<i>planchonii</i>	Spontanée ou Indigène
<i>Cussonia</i>	<i>kirkii</i>	Spontanée ou Indigène
<i>Daniellia</i>	<i>oliveri</i>	Spontanée ou Indigène
<i>Delonix</i>	<i>regia</i>	Naturalisée ou Introduite
<i>Detarium</i>	<i>microcarpa</i>	Spontanée ou Indigène
<i>Diospyros</i>	<i>microcarpa</i>	Spontanée ou Indigène
<i>Entada</i>	<i>abyssinica</i>	Spontanée ou Indigène
<i>Ficus</i>	<i>sur</i>	Spontanée ou Indigène
<i>Ficus</i>	<i>étrangleur</i>	Spontanée ou Indigène
<i>Flacourtia</i>	<i>flavescens</i>	Spontanée ou Indigène

<i>Gardenia</i>	<i>medicalis</i>	Spontanée ou Indigène
<i>Gmelina</i>	<i>arborea</i>	Spontanée ou Indigène
<i>Grewia</i>	<i>mollis</i>	Spontanée ou Indigène
<i>Hannoa</i>	<i>undulata</i>	Spontanée ou Indigène
<i>Isoberlinia</i>	<i>doka</i>	Spontanée ou Indigène
<i>Jasminum</i>	<i>dichotomum</i>	Spontanée ou Indigène
<i>Khaya</i>	<i>senegalensis</i>	Spontanée ou Indigène
<i>Lannea</i>	<i>kerstingi</i>	Spontanée ou Indigène
<i>Lophira</i>	<i>lanceolata</i>	Spontanée ou Indigène
<i>Mangifera</i>	<i>indica</i>	Naturalisée ou Introduite
<i>Melicia</i>	<i>excelsa</i>	Spontanée ou Indigène
<i>Nauclea</i>	<i>latifolia</i>	Spontanée ou Indigène
<i>Opilia</i>	<i>amentacea</i>	Spontanée ou Indigène
<i>Parkia</i>	<i>biglobosa</i>	Spontanée ou Indigène
<i>Pericopsis</i>	<i>laxiflora</i>	Spontanée ou Indigène
<i>Phyllanthus</i>	<i>reticulatus</i>	Spontanée ou Indigène
<i>Piliostigma</i>	<i>rufescens</i>	Spontanée ou Indigène
<i>Polyathia</i>	<i>longifolia</i>	Naturalisée ou Introduite
<i>Prosopis</i>	<i>africana</i>	Spontanée ou Indigène
<i>Pterocarpus</i>	<i>erinaceus</i>	Spontanée ou Indigène
<i>Rourea</i>	<i>sp.</i>	Spontanée ou Indigène
<i>Strychnos</i>	<i>spinosa</i>	Spontanée ou Indigène
<i>Tamarindus</i>	<i>indica</i>	Naturalisée ou Introduite
<i>Tapinanthus</i>	<i>pentagonia</i>	Spontanée ou Indigène
<i>Terminalia</i>	<i>glaucescens</i>	Spontanée ou Indigène
<i>Terminalia</i>	<i>laxiflora</i>	Spontanée ou Indigène
<i>Tricalysia</i>	<i>chevalieri</i>	Spontanée ou Indigène
<i>Uapaca</i>	<i>heudelotii</i>	Spontanée ou Indigène
<i>Vitellaria</i>	<i>paradoxa</i>	Spontanée ou Indigène
<i>Vitex</i>	<i>Doniana</i>	Spontanée ou Indigène
<i>Ximenia</i>	<i>americana</i>	Spontanée ou Indigène

**UNE INCURSION DANS L'UNIVERS DES "AGENTS IMMOBILIERS" DE
L'AGGLOMÉRATION BOUAKOISE (CÔTE D'IVOIRE)**

BOHOUSSOU N'Guessan Séraphin

Université Alassane Ouattara

UFR Communication, Milieu et Société

Département de Géographie

Labo VST

bohounse@yahoo.fr

Résumé

L'accès effectif aux logements de la population de la ville de Bouaké reste problématique. La croissance démographique dédoublée de la destruction de biens immobiliers lors de la crise armée de septembre 2002 a entraîné un besoin accru de logement. Dans ces conditions, certains demandeurs se tournent vers des agents immobiliers dans le but de faciliter leur recherche. L'objectif poursuivi par cet article est d'étudier le fonctionnement de l'activité des "agents immobiliers" dans l'agglomération bouakoise. La synthèse de la littérature consacrée aux agents immobiliers, les textes et lois relatifs à leur activité, des entretiens avec ceux-ci et avec d'autres acteurs (agences immobilières agréées, chefs de ménage, etc), des observations sur le terrain, constituent la démarche méthodologique adoptée dans ce travail. Le traitement surtout qualitatif des données a permis d'aboutir à des résultats. En Côte d'Ivoire, l'activité d'agent immobilier est canalisée par la loi n°75-352 du 23 mai 1975 et du décret n°79-718 du 2 octobre 1979. En dépit de l'existence de cette réglementation en vigueur, plusieurs personnes l'exercent sans aucune autorisation préalable. Des facteurs institutionnels et économiques peuvent donner des explications au caractère informel qui découle de l'exercice de cette activité à Bouaké. Bien qu'exerçant à leur compte, ces "agents immobiliers" fonctionnent généralement en réseau. Les commissions et les frais de visite versés à ceux-ci sont des coûts supplémentaires, difficiles à supporter par une marge importante de cette population.

Mots-clés : Côte d'Ivoire – Bouaké – agents immobiliers – demandeurs de logement – propriétaires de biens immobiliers

Abstract

The effective access to accommodation of the population of Bouaké remains problematic. The demographic growth split from the destruction of real assets during the army crisis of September 2002 has dragged an increased need of accommodation. In these conditions, some claimants turn toward the real estate agents in order to make easier their research. The objective strived towards by this article is to study the functioning of the estate agents' activities in greater Bouaké. The synthesis of literature devoted to real estate agents, texts and laws relating to their activity, some interviews between these ones and other actors (authorized real-estate office, chief of household), some observers on the ground, carry on the methodological procedure adopted in this work. The qualifying treatment of data has permitted to get some results. In Cote d'Ivoire, the activity of the real estate agents is channeled by the law n°75-352 from May, 23rd of 1975 and from the decree n°79-718 from October, 2nd of 1979. In spite of the existence of this regulations in force, many people practice it without any preliminary permission. Some institutional and economic factors can give explanations to the informal character which follows the practice of this activity in Bouaké. Although they work for their own, "real estate agents" generally work in network.

The shopping and the visit note payed to these ones are additional price, difficult to support by an important number of the population.

Key words: Côte d’Ivoire – Bouaké – real estate agents – claimants of accommodations – owners of real assets

Introduction

La Côte d’Ivoire, à l’instar des pays d’Afrique, connaît une croissance urbaine accélérée. Cette urbanisation résulte de l’expansion spatiale et démographique observée à l’échelle de ce continent. L’explosion de la population quant à elle, découle à la fois d’un taux élevé de natalité et d’une baisse significative de la mortalité, résultant de l’amélioration des conditions sanitaires générales (Le Bris, 2001).

Deuxième ville ivoirienne et chef-lieu de la région de Gkêkê (Figure 1), Bouaké affiche une évolution démographique sans précédent. De 171 000 habitants en 1975, sa population est passée à 461 618 habitants en 1998 et 536 189 habitants en 2014 selon les chiffres de l’Institut National de la Statistique. Cette croissance relativement rapide de la population bouakoise a pour effet de stimuler davantage, un besoin accru de logement. Sa demande est caractérisée par l’inadéquation avec l’offre puisque le déficit annuel est estimé à 20 000 unités pour les villes de l’intérieur de la Côte d’Ivoire, selon le Ministère en charge de la question. Pour ce qui est du cas de Bouaké, outre la dynamique démographique, la crise militaro-politique de septembre 2002 demeure une autre explication du déficit. Capitale de la rébellion ivoirienne, la ville a payé un lourd tribut. La crise armée a en effet entraîné la mise hors d’usage d’une part importante du parc immobilier moderne existant (Ministère de la Construction, du Logement, de l’Assainissement et de l’Urbanisme, 2014). En plus, dans le cadre de la sortie de crise avec le redéploiement de l’administration devant consacrer le retour des fonctionnaires et le reste de la population, leur accès à l’habitation devient une question essentielle.

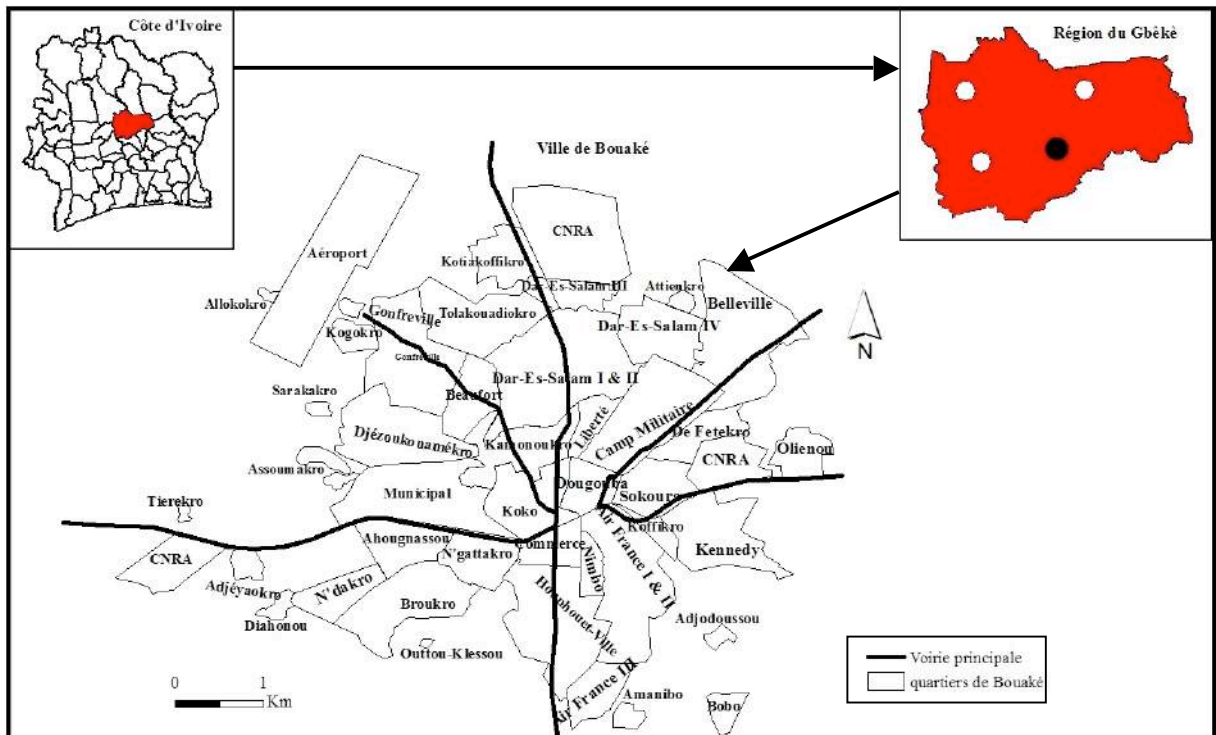
Dans ces conditions, trouver un logement décent devient problématique et relève d’un véritable parcours du combattant. Ainsi, si certaines personnes conduisent de façon exclusive elles-mêmes la recherche, d’autres par contre, s’attachent les services d’un agent immobilier. Selon l’Association Pour l’Emploi des Cadres (APEC, 2013), un agent immobilier est « celui qui établit, entretient une relation entre un propriétaire de biens immobiliers (bâti ou non) et le client. Il accompagne aussi le client et le propriétaire jusqu’à la signature finale du contrat et rédige un diagnostic immobilier ». Sur cette base, l’agent immobilier joue le rôle d’intermédiaire ou de démarcheur dans l’optique d’une hypothétique facilitation d’obtention

d'un logement. Les propriétaires y ont recours afin de trouver des demandeurs et ces derniers s'adressent aussi à eux pour trouver des logements correspondant à leurs préférences en vente ou en location (Ministère de l'Économie et des Finances, 2012).

Pour toutes ces raisons évoquées, cette activité connaît un essor remarquable dans les villes de la Côte d'Ivoire, tant à Abidjan qu'à Bouaké. Comme toute activité humaine, celle de l'agent immobilier est encadrée par des textes de loi pris par les législateurs. Ces dispositions judiciaires déterminent surtout les conditions requises et le profil de l'agent immobilier. C'est dire que dans les normes, toute personne ne peut pas l'être systématiquement en considération des balises prévues.

En dépit de l'existence de cette réglementation juridique, plusieurs personnes exercent l'activité d'agent immobilier dans l'illégalité totale à Bouaké. Dès lors, on peut se poser les questions suivantes : pourquoi une telle illégalité ? Comment s'y prennent-elles pour mener à bien leur activité ? Telles sont quelques préoccupations substantielles qui nous poussent à étudier le fonctionnement de l'activité des agents immobiliers dans la ville de Bouaké.

Figure 1 : localisation de la ville de Bouaké



Source : Urbaplan-TRANSITEC, 2014

Dessin : Bohoussou, 2017

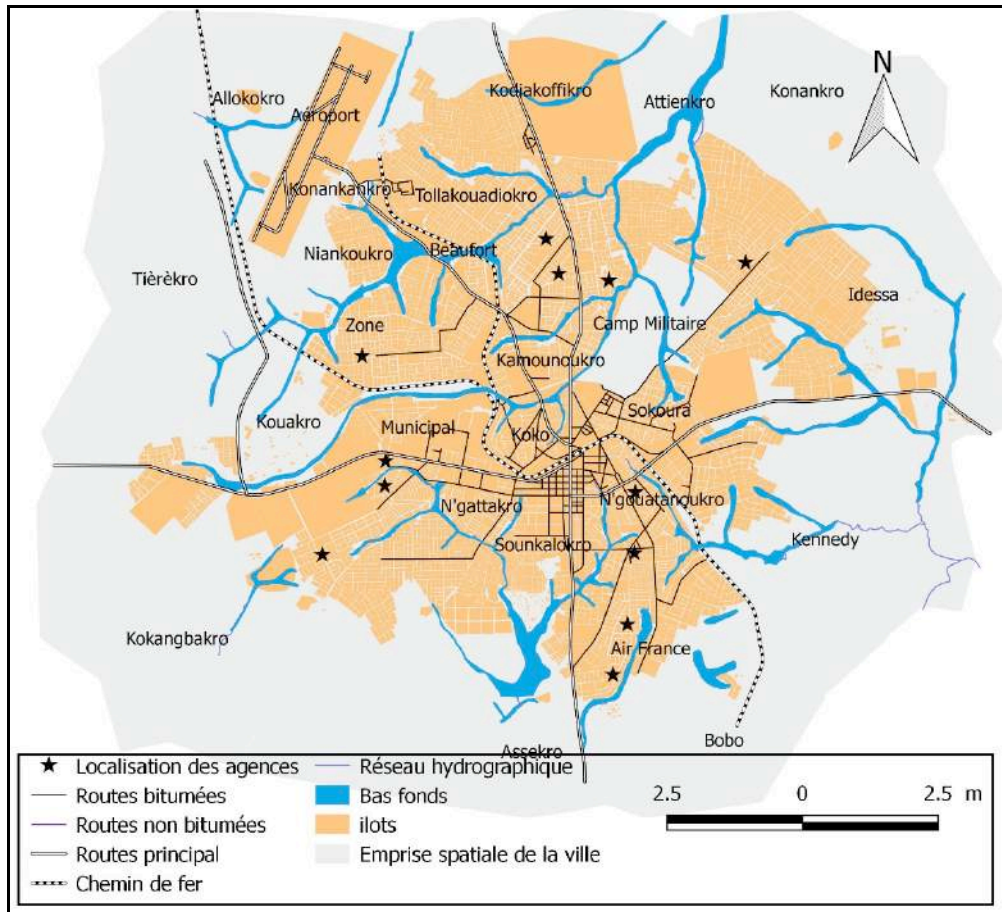
Outre l'introduction, le travail décrit la démarche méthodologique, donne les résultats suivis d'une discussion.

Méthodologie de recherche

Nous avons eu recours à deux principales sources de données : primaire et secondaire. La recherche documentaire a consisté à exploiter les ressources documentaires physiques et en ligne, à travers des thèses, des ouvrages, des rapports. Nos lectures ont été orientées spécifiquement vers les acteurs de l'immobilier, et ce, ailleurs dans le monde ainsi qu'en Côte d'Ivoire. En plus des lectures, des données cartographiques ont permis de réaliser une carte de présentation de la ville de Bouaké et une carte de situation géographique des agents immobiliers. Des textes de loi ont été également consultés afin de comprendre les dispositions et les conditions qui sous-tendent l'exercice de l'activité de l'agent immobilier.

Une fois cette première étape utile à la compréhension accomplie, nous avons conduit un travail exploratoire sur le terrain afin d'identifier les agents immobiliers concernés par l'étude. L'investigation préalable des quartiers (Air France 1 et 3, Ahougnansou, N'gattakro) a permis de positionner sur une carte du plan parcellaire de la ville de Bouaké, cette frange d'acteurs de l'immobilier (Figure 2).

Figure 2 : distribution spatiale des agents immobiliers informels



Source : Urbaplan-TRANSITEC, 2014

Dessin : Bohoussou, 2017

Par la suite, nous avons réalisé quelques observations sur des agents immobiliers en situation réelle d'activité en les y accompagnant. L'objectif visé à travers cette démarche était de mieux cerner leur quotidien tout en les mettant davantage en confiance par le brisement de la méfiance.

Enfin, un guide d'entretien a été élaboré et administré à ces agents immobiliers exerçant dans l'informel. Le choix de ceux-ci a été guidé par leur réceptivité. En effet, ceux qui se sont montrés ouverts lors de la période d'enquête propre après la pré-enquête ont été systématiquement retenus. Les entretiens ont porté entre autres, sur le fonctionnement de leur activité, leurs pratiques, leur connaissance des textes de loi portant réglementation de l'activité. Quelques propriétaires de biens immobiliers et demandeurs de logements ont été également interrogés.

Les données ainsi recueillies ont connu un traitement surtout qualitatif puisque notre objectif est de comprendre le fonctionnement de l'activité des agents immobiliers et les facteurs qui les maintiennent "hors la loi". Les résultats obtenus du traitement de données sont présentés en trois points.

Résultats

1. Agence immobilière : une activité réglementée en Côte d'Ivoire

L'exercice de l'activité d'agent immobilier est réglementé par deux principaux textes de loi. Il s'agit de la loi n°75-352¹ du 23 mai 1975, relative aux agents d'affaires et du décret n°79-718² du 2 octobre 1979 portant réglementation de la profession d'agent immobilier, d'administrateur de biens et de mandataire en vente ou location de fonds de commerce. Ces textes juridiques définissent le profil et les conditions requises pour exercer en tant qu'agent immobilier. En effet, il doit être âgé de 21 ans révolus à moins qu'il soit un mineur émancipé autorisé à faire le commerce, être de nationalité ivoirienne, justifier de son aptitude professionnelle. Même lorsque cette activité est exercée par une personne morale, les exigences sont identiques pour la ou les personnes ayant qualité pour la représenter. Justifier de l'aptitude professionnelle, c'est être titulaire de la capacité en droit ou d'un diplôme sanctionnant des études juridiques, économiques ou commerciales d'un niveau égal ou supérieur, d'un Diplôme Universitaire de Technologie (DUT) ou du Brevet de Technicien Supérieur (BTS) pour ces mêmes disciplines.

Bien entendu, l'expérience professionnelle de l'individu est prise en compte par les dispositions juridiques. En effet, pour les titulaires d'un diplôme d'État sanctionnant des études d'un niveau égal ou supérieur au baccalauréat, il faut avoir occupé pendant trois ans minimum, un emploi de responsabilité dans le cabinet d'un officier public ou ministériel ou dans un organisme de gestion immobilière. Cette exigence passe à dix ans au moins pour ceux

¹ Journal officiel de la République de Côte d'Ivoire n°41 du jeudi 21 août 1975

² Journal officiel de la République de Côte d'Ivoire n°30 du jeudi 26 juin 1980

justifiant des études d'un niveau égal ou supérieur au premier cycle de l'enseignement secondaire.

Outre les années d'expérience en la matière, une garantie financière est également nécessaire et exigée. Laquelle garantie renvoie à un cautionnement déposé chez un comptable du Trésor affecté au remboursement de fonds ou à un engagement écrit de caution pris par une banque agréée ou encore à une assurance contractée par un syndicat professionnel d'agents immobiliers auprès d'une société d'assurance ou d'un assureur agréé.

L'exercice de la profession d'agent immobilier est soumis à la délivrance d'une carte professionnelle et d'une autorisation préalablement délivrée par le ministre chargé de la construction et de l'urbanisme. La procédure à proprement dite commence après une enquête administrative portée sur la moralité du requérant. Par la suite, le dossier du postulant est soumis à une commission interministérielle composée des ministres de la construction et de l'Urbanisme, du garde des sceaux et de la Justice, de l'économie et des finances et enfin du Commerce. Ces ministres sus-cités doivent tous donner un avis favorable consigné dans un procès-verbal, ce qui permet à leur homologue de la construction et de l'urbanisme de prendre un arrêté d'autorisation pour le requérant (personne physique ou morale). Mais, en cas d'infraction au règlement et aux dispositions en vigueur, le retrait d'autorisation d'exercer la profession d'agent immobilier est prononcé par arrêté du même ministre.

Sur la base de la loi et de son décret d'application visés plus haut, des agences immobilières agréées existent à Bouaké. On peut citer : Réveil immobilier de Gbêkê, Thymis agence immobilière SARL, SICOGERE, Juris bail. À l'inverse, plusieurs personnes physiques (les plus nombreuses d'ailleurs) exercent généralement sans agrément. Quelles peuvent être les raisons qui commandent cette pratique ?

2. Les facteurs à l'origine du caractère informel de cette activité

L'activité d'agent immobilier ou d'intermédiaire entre le propriétaire de biens immobiliers et des personnes en quête d'un toit, occupe un nombre important de jeunes, qu'ils soient diplômés ou non et à la recherche d'un emploi dans la ville de Bouaké.

La demande en logement étant de plus en plus forte dans la ville, la nécessité de se tourner vers ces intermédiaires se fait ressentir, à telle enseigne que même des individus font de cette activité, une profession principale. Cependant, au lieu de se doter d'outils et matériels réglementaires (statut et agrément), ces agents immobiliers exercent dans l'informel. Le caractère informel qui découle de l'exercice de cette activité peut être imputable à plusieurs facteurs : institutionnels, socio-économiques.

2.1. Des facteurs d'ordre institutionnel

Du point de vue organisationnel, l'encadrement de cette activité est assujéti à un ensemble de textes qui, de par leur rigidité, contrarie l'accès à la formalisation de celle-ci. Cette rigidité des textes constitue une des causes majeures, du fonctionnement informel de l'activité à Bouaké. En effet, les textes définissant le profil, les conditions d'installation et d'exercice de l'activité stipulent qu'une tierce personne peut exercer la fonction d'agent immobilier que si elle est en conformité avec la réglementation établie. L'une des exigences demeure la qualification préalable basée sur le diplôme. Les résultats de nos enquêtes ont montré que 60% des agents rencontrés ont, soit un niveau troisième de l'enseignement secondaire, soit le BEPC contre seulement 40% disposant d'un diplôme supérieur ou égal au baccalauréat (Tableau 1).

Tableau 1 : répartition des agents immobiliers selon le diplôme

	DIPLÔMES	
	BEPC ou niveau 3 ^{ème}	BAC et plus
% des Agents immobiliers	60	40

Source : nos enquêtes, mai-juin 2017

Parmi ceux qui sont titulaires du baccalauréat et de diplômes universitaires, 50% le sont dans les disciplines retenues, c'est-à-dire le Droit, l'Économie et le Commerce. L'autre moitié dispose d'un diplôme dans divers domaines d'étude tels que la Philosophie, l'Anglais, l'Histoire.

La dernière disposition de la réglementation en matière d'aptitude professionnelle est le nombre d'années d'expérience à observer qui est de 3 ans pour certains et 10 ans pour d'autres, selon qu'on satisfait ou non à la condition du domaine et du diplôme requis. Cette durée minimale d'expérience exigée avant d'exercer comme agent immobilier peut constituer en quelque sorte, un frein à la légalisation de l'activité.

Par ailleurs, l'ignorance des textes de loi constitue à n'en point douter, un aspect important dans l'explication du caractère informel qui entoure la profession d'agent immobilier. Près de 70% de ces acteurs de l'immobilier n'ont aucune idée de l'existence des textes relatifs à la profession. Parmi ceux qui savent qu'il y a une réglementation en vigueur, plusieurs ignorent le contenu réel de ces textes. Néanmoins, ceux qui ont connaissance des textes préfèrent exercer de façon expressive dans l'informel parce qu'ils ne remplissent pas les conditions de formalisation, notamment le diplôme requis et les années d'expérience

nécessaire. Au-delà des fondements juridiques qui constituent un réel frein à la formalisation de l'exercice de l'activité à Bouaké, on rencontre également d'autres facteurs.

2.2. Des facteurs d'ordre économique : un obstacle majeur

D'un point de vue économique, les textes de loi comportent des dispositions qui sont de nature à favoriser le caractère informel de l'activité d'agent immobilier. Il s'agit de la garantie financière exigée aux personnes qui souhaitent exercer une telle activité. Ces dispositions financières sont assez exclusives pour un nombre important de jeunes qui dans la majorité des cas sont à la recherche d'un premier emploi. Ils sont donc dans l'incapacité d'honorer cet engagement financier assez excessif. En plus, le fait que ces jeunes ne remplissent pas les conditions en termes de diplôme et d'expérience professionnelle annihile toute possibilité d'obtention d'un engagement écrit de caution pris par une banque ou une maison d'assurance. Conscients de ne pas pouvoir disposer d'une telle assurance, plusieurs agents à Bouaké n'ont d'autres choix que d'exercer dans l'informel. D'autre part, la formalisation suppose la satisfaction des exigences en matière de taxes ou impôts. Pourtant, ces taxes et impôts, assez prohibitifs, ne sont pas en phase avec la prospérité économique de ces agents.

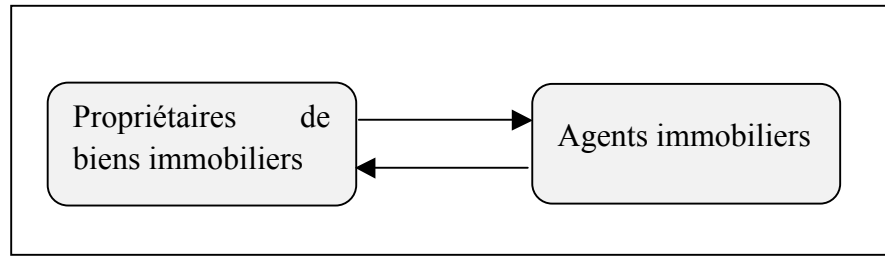
L'ensemble de ces agents immobiliers trouve ces sommes élevées d'autant plus que la prospérité de l'activité est périodique dans la ville pour certains d'entre eux. L'affluence dans la quête de logement s'exprime plus pendant les périodes de rentrées et vacances scolaires et universitaires. Si les facteurs institutionnels et économiques permettent d'expliquer d'une certaine façon pourquoi les agents immobiliers exercent dans l'informel à Bouaké, il importe d'étudier le fonctionnement d'une telle activité.

3. Le fonctionnement de l'activité d'agent immobilier

3.1. L'acquisition des biens immobiliers à travers la ville

En tant qu'intermédiaires, le rôle joué par les agents immobiliers est de mettre en contact, les demandeurs (physique et moral) et les propriétaires de biens immobiliers. Lesquels biens peuvent être constitués de maisons à usage d'habitation ou de commerce et de terrains nus ou bâtis, en vente ou en location. Pour disposer de ces biens, il existe une sorte de dialectique entre propriétaires et agents immobiliers (figure 3).

Figure 3 : dialectique propriétaire-agent immobilier



Source : Bohoussou, 2017

Sur la base de la confiance, des propriétaires de biens immobiliers peuvent approcher de façon directe, des agents dans le but de leur trouver des clients. Cependant, dans la majorité des cas, ce sont les agents immobiliers qui effectuent des recherches auprès des propriétaires. Pour ce faire, des recherches régulières sont conduites depuis l'ouverture des chantiers jusqu'à l'achèvement des travaux de construction des maisons. Outre les nouvelles constructions, les anciens logements sont également concernés par cette recherche. Les résultats de nos enquêtes ont montré qu'il n'existe pas de contrat formellement établi entre les propriétaires immobiliers et ces agents. L'accord agent immobilier-propriétaire demeure plutôt verbal. Nonobstant la précarité de l'accord, chaque partie s'engage tout de même à respecter les clauses.

3.2. Une activité conduite surtout en réseau

En matière de recherche de logement, la disponibilité des informations demeure capitale pour les clients (les demandeurs). Généralement, le système d'information est basé sur l'affichage à travers des pancartes placées à des endroits stratégiques de la ville de Bouaké. Ces endroits sont entre autres, les abords des voies régulièrement fréquentées, les carrefours.

Les pancartes permettent d'identifier géographiquement l'agent immobilier tout en apportant d'autres importantes informations. Il s'agit du type de logement, de la situation géographique, du coût du loyer, des conditions financières (nombre de mois de caution et d'avance) et les contacts de l'agent immobilier en question (photo 1). Les numéros de téléphone inscrits permettent aux demandeurs de logement de rentrer en contact avec l'agent titulaire de la pancarte.

Photo 1 : une pancarte d'agent immobilier

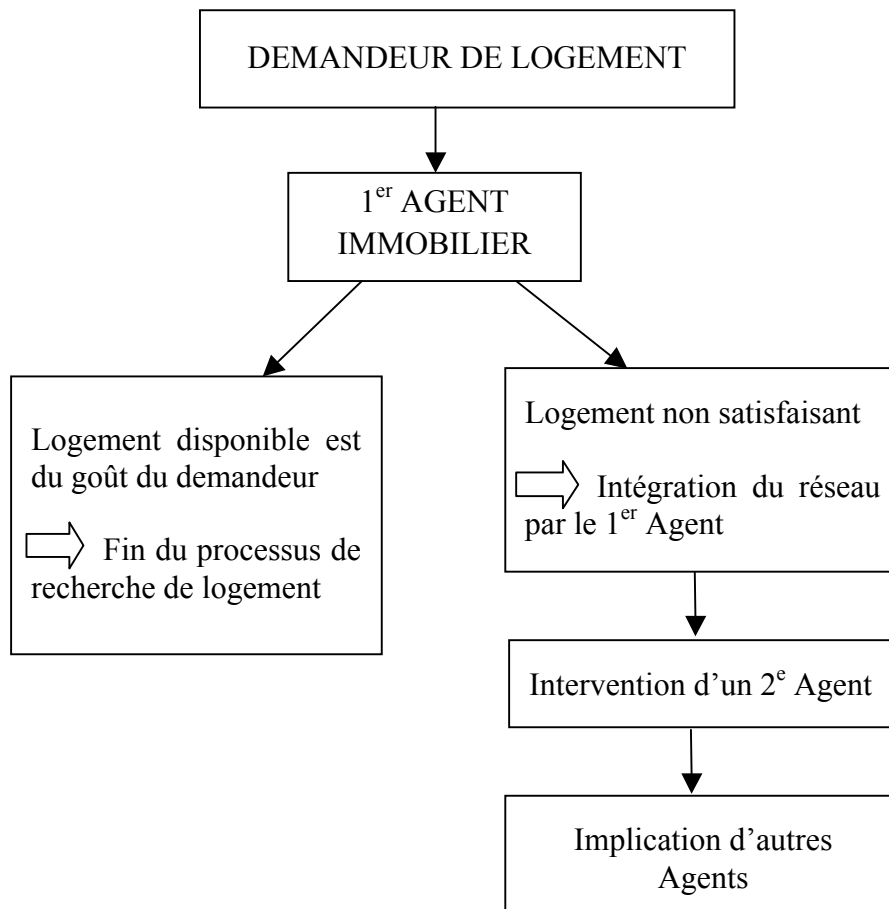


Cette pancarte située à Air France 3, donne des informations relatives aux offres de logements. Marqueuse d'espace, elle montre à quel point ces agents travaillent dans l'informel.

Cliché : Bohoussou, Juin 2017

Par ailleurs, le fonctionnement de l'activité d'agence immobilière semble décrire un réseau auquel tous les agents de la ville de Bouaké intègrent. Il existe une relation entre ces agents d'intermédiation. En effet, chaque jour, les membres du réseau entrent en contact avec les uns et les autres par le biais d'un message téléphonique, dans lequel ils s'informent de la disponibilité des maisons en leur possession, leur caractéristique, leur localisation géographique et leur coût. En observant de près le processus de recherche d'un logement par le canal d'un agent immobilier, on peut le schématiser suivant la figure 4.

Figure 4 : schéma du processus de recherche d'un logement



Source : Bohoussou, 2017

Lorsqu'un demandeur s'attache les services d'un agent immobilier, le dernier lui fait visiter les maisons qu'il a en sa possession. Si le logement est du goût du demandeur, il s'acquiesce des exigences financières, soit auprès de l'agent, soit auprès du propriétaire du bien immobilier. Dans ce cas, le processus de recherche de la maison prend ainsi fin. À l'inverse, quand le logement demandé est indisponible chez le premier agent ou ne répond pas aux attentes du demandeur, ce dernier intègre le réseau. Il informe d'abord un premier collègue avec lequel il a le plus de contact, de la présence d'un potentiel client à la recherche d'un logement avec les différents critères demandés. À partir de ce moment, le processus peut s'arrêter au second agent contacté ou suivre son cours avec d'autres agents jusqu'à ce que le demandeur soit satisfait. Chacun de ces intervenants du réseau des agents immobiliers de Bouaké perçoit une rémunération en fonction de son niveau d'implication dans la recherche du logement.

3.3. Un mode rémunérateur basé sur des commissions et des frais de visite

De façon générale, les agents immobiliers de Bouaké sont rémunérés suivant deux principaux modes : les commissions et les frais de visite. Les frais de visite sont constitués de sommes exigées à un demandeur de logement par l'agent immobilier. À l'échelle de la ville, les frais de visite s'élèvent à 3 000 FCFA. Ils servent à couvrir les dépenses dues aux déplacements et appels téléphoniques, ce qui donne droit aux visites du bien immobilier. Cette somme permet de garantir deux ou trois visites de logement selon l'agent et la localisation des biens immobiliers. Mais, il existe une certaine flexibilité autour de ce montant. La proximité des agents des demandeurs est un élément important qui est à la fois à l'avantage des deux acteurs. En effet, quand un demandeur s'oriente vers un agent, il a la possibilité de négocier les frais de visite. La négociation peut aboutir à la réduction jusqu'au tiers de son coût, soit 1 000 FCFA. À l'inverse, il est presque impossible de bénéficier d'un quelconque abattement sur ces frais, lorsqu'il s'agit d'une agence légalement constituée.

Les agents immobiliers perçoivent également des commissions sur des transactions pour service rendu. En général, la commission est équivalente à un mois de loyer. Si le loyer mensuel est par exemple de 80 000 FCFA, l'agent perçoit la même somme au moment du versement de la caution par le client (le demandeur). Ce montant peut être revu à la baisse dans les mêmes conditions que celles des frais de visite.

Par ailleurs, lorsque le premier agent permet l'obtention de la maison, il perçoit tout seul cette commission. Les choses changent avec l'intervention d'autres agents immobiliers dans la recherche du logement. Si le processus s'arrête au second agent, la somme est répartie en part égale entre les deux. Dans le cas où plusieurs agents sont impliqués, le dernier par qui la maison est trouvée empoche la moitié de la commission et l'autre moitié est divisée en parts égales entre les autres agents. Pour cette raison, certains agents immobiliers font échouer le projet quand il y a l'implication de plusieurs de leurs collègues.

En plus de la recherche de biens immobiliers aux demandeurs, les propriétaires peuvent confier la gestion des logements à des agents. Ces derniers perçoivent également une commission en fonction des loyers encaissés aux locataires pour le compte du propriétaire. Près de 80% de nos enquêtés nous ont révélé leur rôle de gérant de propriétés immobilières. Le revenu moyen mensuel d'un agent immobilier s'établit autour de 150 000 FCFA à 250 000 FCFA voire plus. C'est à juste titre que Théo, l'un des enquêtés s'est exprimé ainsi : *« l'activité que nous menons nourrit son homme »*.

Discussion

L'activité d'agent immobilier en Côte d'Ivoire est réglementée par des textes de loi. Pour ce faire, il faut justifier d'une aptitude professionnelle et d'une garantie financière. Le caractère informel qui découle de l'exercice de cette activité à Bouaké peut être imputable aux facteurs institutionnels et économiques. Ces agents immobiliers entretiennent une dialectique avec des propriétaires de logements. Le travail se fait généralement en réseau dans le but de satisfaire les attentes des demandeurs. Les commissions sur toutes les transactions et les frais de visite constituent principalement, le mode rémunérateur de ceux-ci. Leurs clients sont aussi bien les demandeurs que les propriétaires de biens immobiliers.

Ces résultats issus des enquêtes suscitent des observations. La législation ivoirienne en matière d'exercice de l'activité d'agent immobilier est calquée sur la loi française. En effet, la loi n°1970-9 du 2 janvier 1970 dite loi Hoguet modifiée par une ordonnance de 2004, situe les activités visées, leurs conditions d'exercice et les conventions qui y sont propres (Bonneval, 2008). Les travaux de Bonneval ont montré que cette loi est la plus contraignante en Europe, en matière d'agent immobilier. Notre travail ouvre également une brèche sur cette rigidité de la législation. En outre, d'autres études comme celles de Divoux (2016) nous permettent d'établir quelques comparaisons. En France, lorsqu'une personne est titulaire de diplôme requis, point besoin d'expérience professionnelle ce qui n'est pas le cas en Côte d'Ivoire où il faut 3 ans au moins de pratique. L'État ivoirien se soucierait certainement de la maîtrise des pratiques eu égard à la délicatesse de l'activité. De plus, si les non-nationaux peuvent exercer officiellement en France, en Côte d'Ivoire par contre, seuls les Ivoiriens peuvent être agents immobiliers. Il apparaît clairement une sorte de discrimination alors que nous sommes ici dans le domaine des affaires. Enfin, toute personne exerçant l'activité sans une carte professionnelle est passible d'un emprisonnement allant de 2 mois à 2 ans et d'une amende de 36 000 à 2 000 000 de FCFA ou de l'une de ces deux peines uniquement, contre une peine de 6 mois de prison en France.

En dépit de toutes ces dispositions juridiques, des agents immobiliers exercent sans carte professionnelle dans la ville de Bouaké. En plus de l'absence de ce sésame, d'autres agents s'érigent même en administrateurs de biens immobiliers, car ils encaissent des loyers pour le compte de propriétaires. Cette situation est imputable au laxisme des autorités ivoiriennes puisque ces personnes ne subissent aucun châtement prévu par la loi. À voir les choses sous un autre angle, ces agents immobiliers de Bouaké, pour ceux qui sont informés de l'existence de la réglementation, développent des stratégies en vue de contourner la loi.

Le plus souvent, ils travaillent en collaboration avec les quelques agences immobilières agréées de la place et des études d'huissiers. Non seulement ils s'échangent la clientèle, mais ces structures reconnues de l'administration leur offrent le gîte et le couvert judiciaire.

En outre, l'Étude monographique sur les services immobiliers du logement à Dakar (EMSILD), commandée en 2012 par le Ministère de l'économie et des finances du Sénégal ouvre une lucarne sur les commissions. En effet, si l'intervention des agents immobiliers permet de trouver un logement aux demandeurs, les commissions et les frais de visite qu'ils perçoivent constituent à n'en point douter, des coûts supplémentaires. Cela suppose qu'il faut mobiliser des ressources plus que la normale pour espérer obtenir un logement. C'est à juste titre que certains chefs de ménage rencontrés à Bouaké ont dénoncé ces entraves à l'accès au logement.

Enfin, conformément à la réglementation en vigueur, il conviendrait de désigner ces personnes, "démarcheurs", "intermédiaires" et non "agents immobiliers" car un agent immobilier est obligatoirement titulaire d'un agrément.

Conclusion

L'activité des agents immobiliers est régie par des textes de loi en Côte d'Ivoire. Mais, plusieurs personnes travaillent en marge de cette réglementation dans la ville de Bouaké. La rigidité de ces textes (aptitude professionnelle requise, disposition d'une garantie financière), leur méconnaissance des acteurs et le laxisme de l'État semblent donner des éléments d'explication à ces pratiques en cours. Ces « agents immobiliers », bien qu'exerçant à leur propre compte, fonctionnent en réseau. Leur collaboration avec les structures agréées répond à un double objectif dont le principal est la jouissance d'une légitimité juridique. Le mode rémunérateur de ces "agents immobiliers" est basé sur des commissions et des frais de visites qui du reste, constituent une contrainte majeure à l'accès au logement d'une frange importante de la population de Bouaké.

Références bibliographiques

ANTOINE Philippe, 1996, « La crise et l'accès au logement dans les villes africaines », in *Crise et population en Afrique*, Coussy J. et Vallin J. (Dir.), Les études du CEPED n°13, pp. 273-290.

ANTOINE Philippe, DUBRESSON Alain, MANOU-SAVINA Annie, 1987, *Abidjan « Côté cours »*, Paris, Editions Karthala-ORSTOM, 279 p.

Association Pour l'Emploi des Cadres (APEC), 2013, *Les métiers du secteur de l'immobilier, les référentiels des métiers cadres*, Département d'Étude et Recherche, 152 p.

ATTA Koffi, 1978, *Dynamique de l'occupation de l'espace urbain et péri-urbain de Bouaké*, Thèse de Doctorat 3^e Cycle (Côte d'Ivoire), 309 p.

BOHOUSSOU Séraphin et Al, 2016, « Le paysage urbain à Bouaké après la crise militaro-politique de 2002 (Côte d'Ivoire) : Processus de réhabilitation des logements détruits durant la crise », *Germivoire* 4/2016, pp. 256-269.

BONNEVAL Loïc, 2008, *Les agents immobiliers : place et rôle des intermédiaires sur le marché du logement dans l'agglomération lyonnaise, 1990-2006*, Thèse de Doctorat en Sociologie, Université Lumière-Lyon 2, 748 p.

DIVOUX Jean Pierre, 2016, *La fonction de l'agent immobilier dans la vente d'immeuble achevé*, Thèse de Doctorat d'État en droit, Université de Lorraine, Ecole doctorale SJPEG, 357 p.

KOFFI Emile, 2008, « Les stratégies des populations de Dabou face à la crise du logement dans la cité ». In : *Revue Ivoirienne des Lettres, Arts et Sciences Humaines*, n°11, pp. 5-22.

Ministère de l'économie et des finances, 2012, *Étude monographique sur les services immobiliers du logement à Dakar (EMSILD)*, Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD), 83 p.

Ministère de la construction, du logement, de l'assainissement et de l'urbanisme (MCLAU), 2014, *Schéma directeur d'urbanisme Bouaké 2030 - Phase 1 : Diagnostic stratégique*, Urbaplan-Transitec-Ioa, 202 p.

**LES ENJEUX DU FOISONNEMENT DES INITIATIVES INDIVIDUELLES DE
L'USAGE DES SOURCES D'ÉNERGIES ALTERNATIVES DANS UN CONTEXTE
POST-CRISE DANS LA SOUS-PRÉFECTURE DE DANIA (CENTRE OUEST DE LA
CÔTE D'IVOIRE)**

DONGO Kouassi Arsène
Université Alassane Ouattara
Département de Géographie
dongoarsene4@gmail.com

KOFFI Guy Roger Yoboué
Université Alassane Ouattara
Département de Géographie
kgryoboue@gmail.com

KOUASSI Konan,
Université Alassane Ouattara
Département de Géographie
kouassikonan50@yahoo.fr

Résumé

La Côte d'Ivoire a fait de l'accès des populations à l'électricité une des composantes essentielles de sa stratégie de lutte contre la pauvreté. Longtemps restée en marge des politiques d'électrification rurale, la sous-préfecture de Dania dispose d'un taux de couverture de 9,09 %. Les infrastructures sociales de base, principalement les centres de santé sont insuffisamment alimentés en énergie électrique, faisant courir aux populations le risque d'insécurité sanitaire. Si la décennie de crise militaro-politique de Septembre 2002 explique en partie l'électrification retardée de cette localité, il n'en demeure pas moins que les critères d'électrification rurale sont une contrainte à la satisfaction des besoins d'une population rurale à tendance urbaine et à forte croissance. La prédominance de l'habitat traditionnel associée à la contribution financière incertaine des populations déjà victimes de la crise sont aujourd'hui deux défis majeurs liés au déficit d'accès à l'électricité dans les villages. Face à ce déficit, la résilience des ménages réside dans l'usage de moyens alternatifs tels que les panneaux solaires, utilisés par 57 % de la population et des groupes électrogènes employés au compte de certaines activités économiques. À partir d'une approche hypothético-déductive, cette étude analyse dans un contexte post crise, les enjeux sociaux et économiques d'accès à l'énergie électrique en milieu rural.

Mots clés : Dania ; électrification ; habitat traditionnel ; moyens alternatifs ; population rurale

Abstract

Ivory Coast has made people's access to electricity one of the essential components of its poverty reduction strategy. The Dania sub-prefecture, for a long time on the fringes of rural electrification policies, has a coverage rate of 9.09%. The basic social infrastructure, mainly the health centers, is insufficiently supplied with electricity, causing people to run the risk of health insecurity. Although the decade of political crisis in September 2002 partly explains the delayed electrification of this locality, the fact remains that the criteria for rural electrification are a

constraint to meeting the needs of a rural population with a tendency Urban and high growth. The predominance of the traditional habitat associated with the uncertain financial contribution of the populations already victims of the crisis are today two major challenges linked to the lack of access to electricity in the villages. Faced with this shortfall, household resilience resides in the use of alternative means such as solar panels, used by 57% of the population and generators used for certain economic activities. Using a hypothetical-deductive approach, this study analyzes in a post-crisis context the social and economic issues of access to electricity in rural areas.

Key words: Dania; Electrification; Traditional house; Alternative means; Rural population

Introduction

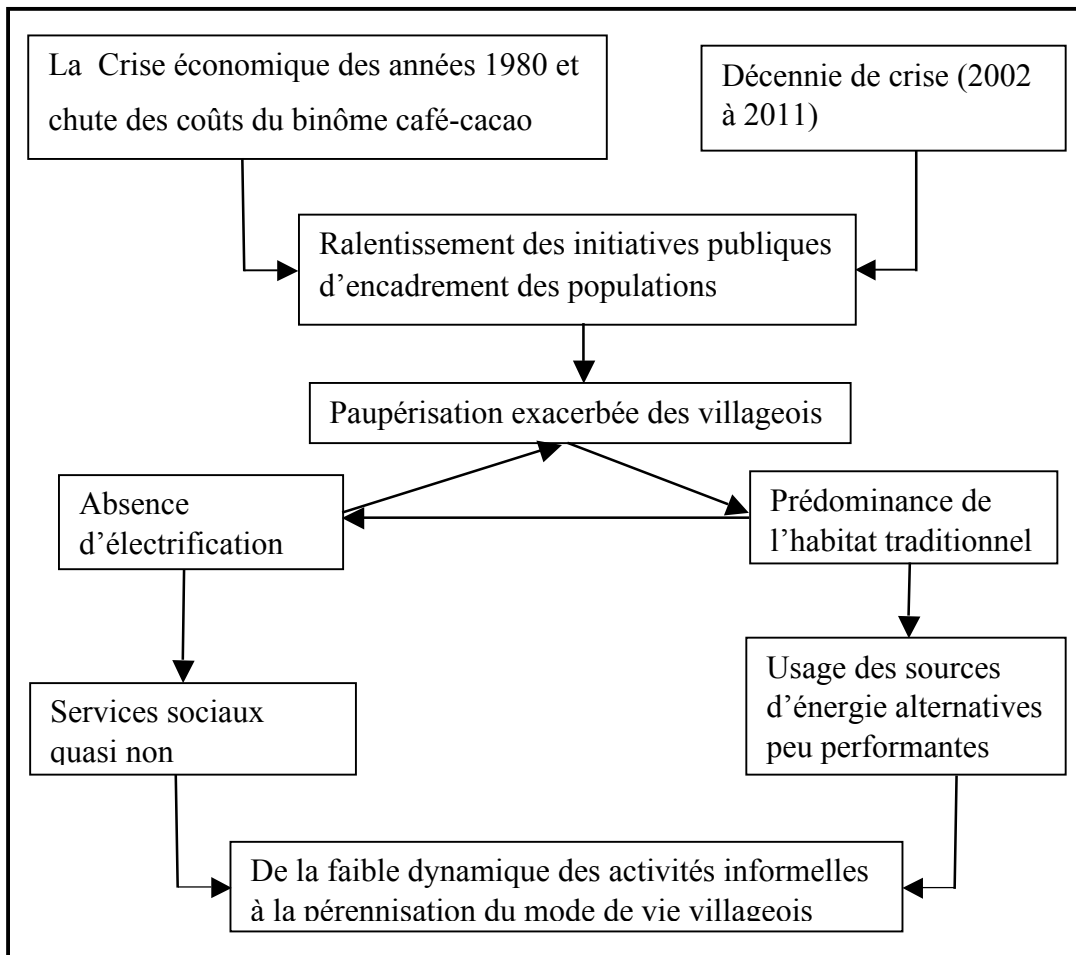
Dans les pays en développement qui connaissent ces dernières décennies une forte urbanisation, des mutations socio-spatiales à l'échelle des espaces ruraux traduisent leur rurbanisation accélérée. Des modes de vie citadins sont en effet de plus en plus épousés par les populations rurales. L'exercice d'activités économiques autres qu'agricoles notamment l'informel, la mise en place des infrastructures socio-économiques de base et la révolution de l'habitat moderne sont l'expression de ces modes de vie dans les espaces villageois. Certains équipements comme ceux de l'électricité préfigurent cette dynamique rurale. Sur la période 1960 à 2008, le nombre de localités rurales électrifiées en Côte d'Ivoire est passé de 12 à 2686 ; soit une augmentation de 150% portant le taux d'électrification rurale à 72,9% (Boto E, 2009). Cependant, le secteur de l'électricité est handicapé par l'accès limité des populations vivant dans plusieurs localités rurales et en milieu périurbain (PND, 2012-2015). Même si la technique d'électrification par prolongement est très onéreuse, l'électrification décentralisée offre la possibilité de desservir souvent les localités éloignées et enclavées.

Depuis la réforme du secteur de l'électricité en 1990 qui a adopté une politique d'électrification, une attention particulière est accordée à l'éclairage des espaces ruraux. Malgré ces réformes, la sous-préfecture de Dania est en marge de l'électrification. Ainsi, dans un contexte de reconstruction post-crise, les initiatives individuelles d'usage des sources d'énergie alternatives y foisonnent. Quels sont les enjeux du foisonnement de ces initiatives individuelles d'usages des sources d'énergie alternatives ? Pour répondre à cette préoccupation, il s'agira d'abord de faire l'état des lieux de l'électrification à l'échelle de la sous-préfecture de Dania, ensuite d'analyser les principaux facteurs contraignants de l'électrification retardée des différentes localités de la Sous-préfecture de Dania, et enfin de montrer la résilience villageoise face au déficit d'électricité.

1- Méthode et matériels

Cette étude se veut une contribution aux initiatives de reconstruction et de développement post-crise en Côte d'Ivoire. La reconstitution du tissu socio-économique dans les localités fortement touchées par la crise préoccupe certes le gouvernement ivoirien, mais les efforts semblent tardivement s'étendre jusqu'aux localités rurales très reculées dans l'ouest du pays. Le choix de la sous-préfecture de Dania vise à montrer l'ampleur du déficit d'électrification dans les espaces ruraux. Les investigations menées dans des villages appuyées par la littérature ont permis de faire une approche conceptuelle de la problématique de l'électrification de ladite sous-préfecture.

Figure 1 : Approche systémique du déficit d'électricité dans la sous-préfecture de Dania



Source : DONGO K Arsène, 2017

La crise des années 1980 qui a frappé de plein fouet les pays dont l'économie était fondée sur la primo-exportation du café et du cacao comme la Côte d'Ivoire a évidemment eu des conséquences sur le niveau de vie des populations rurales. La baisse des revenus des ménages ruraux est en effet l'un des effets de la dépréciation des coûts des matières premières agricoles. Les politiques de développement de bien d'autres secteurs agricoles ont permis d'amortir les effets sociaux induits. Mais la décennie de crise politico-militaire a profondément bouleversé les initiatives visant à relever la vie socio-économique. La partition du pays par le conflit armé a accentué la pauvreté dans la sous-préfecture de Dania. La pérennisation du mode de vie villageois par la stagnation de l'habitat traditionnel est l'expression spatiale de la paupérisation accrue des populations. Cette pauvreté accentuée reste fortement dépendante du manque d'électricité dans les villages surtout dans les centres de santé et établissements scolaires. Aussi, le caractère quasi traditionnel de l'habitat a sans doute longtemps été un critère d'inéligibilité des villages à l'électrification.

Face à une pauvreté née de l'impact des crises sur la dynamique agricole, les populations affichent une réelle volonté d'exercer d'autres activités économiques qui reflètent plus ou moins les modes de vie citadins. Outre le besoin de l'éclairage à domicile, l'usage indispensable de l'électricité dans l'exercice de ces activités informelles, explique les efforts financiers des certains ruraux à se doter de panneaux solaires ou groupes électrogènes. La faible performance de ces moyens alternatifs annihile la dynamique socio-économique de la sous-préfecture de Dania en pérennisant ainsi le mode de vie villageois.

Une telle appréhension des enjeux de l'électrification des espaces ruraux résulte d'une combinaison des informations tirées de la littérature et surtout d'une enquête socio-économique et démographique menée à l'échelle des villages de Dania, Monoko-Zohi, Pélézi et Vaou. L'enquête a permis d'évaluer le niveau d'électrification et d'accès à l'électricité dans ces villages. Cette étude repose alors à la fois sur une approche quantitative et qualitative. L'approche quantitative a permis une expression cartographique et graphique des résultats de l'enquête menée auprès de 30 chefs de ménage dans chacun des quatre principaux villages ; soit un total de 120 ménages enquêtés. L'approche qualitative repose sur des observations directes, des guides d'entretien adressés à des personnes ressources notamment les chefs de villages. Nos observations ont également porté sur l'organisation des espaces villageois notamment la

typologie de l'habitat, les équipements sociaux de base existants et leur mode d'alimentation en électricité. Les faits observés sont étayés par les photographies et autres illustrations présentées.

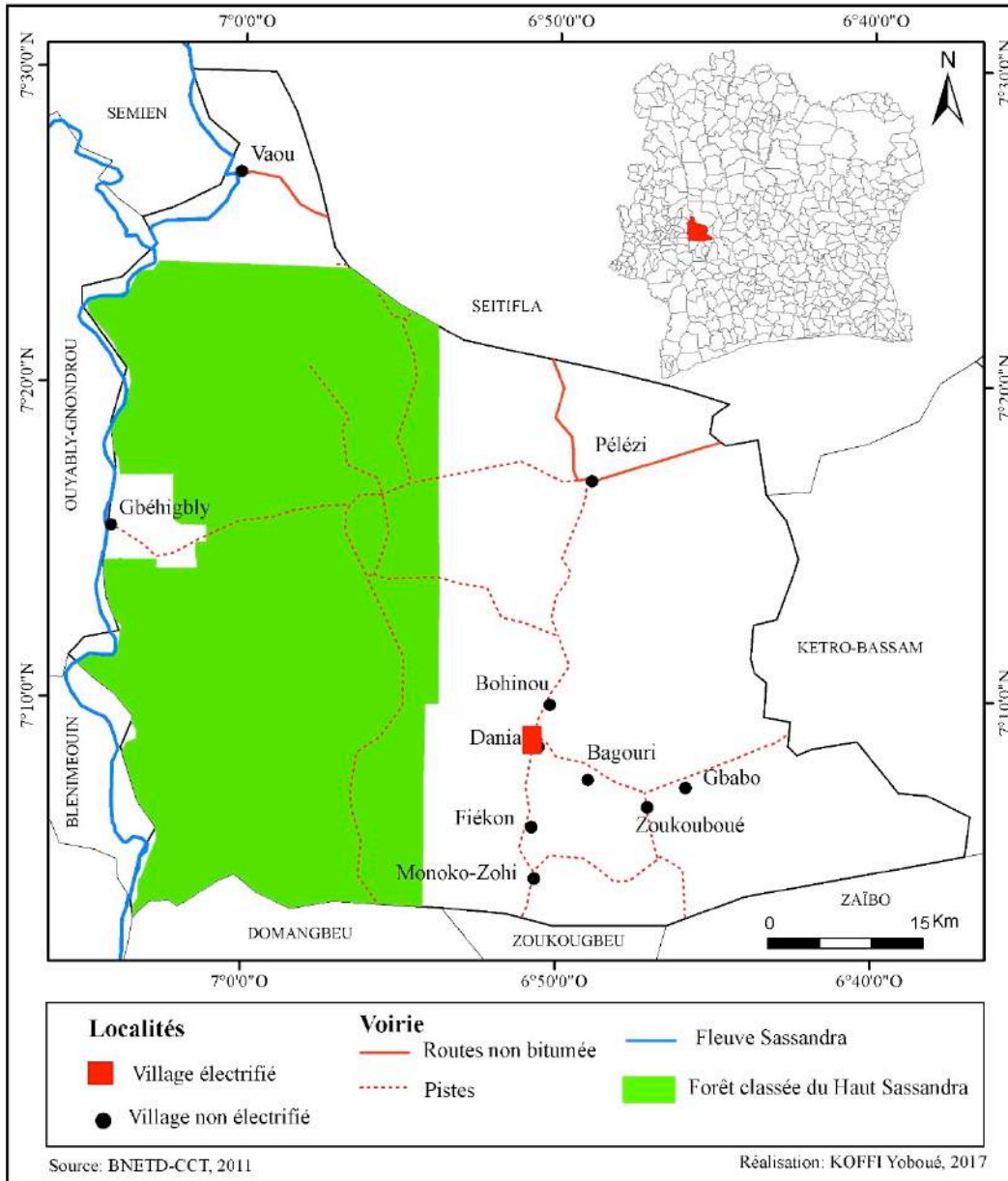
2- Résultats

2.1- État des lieux de l'électrification dans la sous-préfecture de Dania

2.1.1- Une absence d'électricité dans les ménages

Dans un contexte d'aménagement du territoire ivoirien, l'accélération du développement local a inspiré aux politiques la déconcentration administrative. Les sous-préfectures sont les derniers maillons de cette forme de gouvernance du territoire. De par sa superficie et sa ruralité, Dania est une petite sous-préfecture créée par le décret n° 97 - 18 du 15 Janvier 1997. Les actions de développement à y mener sont énormes, car elle est essentiellement composée de villages et hameaux. Le manque d'équipements de base comme l'électricité handicape la volonté politique d'apporter le bien-être à cette population rurale. Dania connaît un important retard eu égard à la non-électrification des villages. À l'exclusion du chef-lieu de sous-préfecture (Dania), les autres villages ne sont pas électrifiés. Cette sous-préfecture est évidemment l'une des localités qui accusent dans le pays un retard au niveau de son équipement en électricité. Même si le village Dania fait plus ou moins l'exception, des efforts restent encore à faire, car le but ultime de l'électrification rurale est l'accès à l'électricité dans les ménages. L'existence des moyens collectifs pour l'éclairage public à Dania n'est pas cependant en adéquation avec l'usage de l'électricité dans les domiciles. L'électrification du seul chef de sous-préfecture est récente (Mai 2016) et la plupart des ménages n'ont pas encore accès à l'électricité. La carte suivante montre un très faible niveau d'électrification dans cette sous-préfecture.

Figure 2 : Localités électrifiées et non électrifiées dans la sous-préfecture de Dania



Localement, le taux d'électrification est de 9.09%, alors qu'il atteignait à l'échelle nationale 72,9% déjà en 2008 et plus de 80% en 2015. En effet, seulement 25 ménages sur les 838 que compte le village disposent d'un compteur. Cette situation s'explique par le coût élevé du branchement qui est de 150 000 FCFA en moyenne, mais aussi par l'inadaptation de la plupart des maisons aux normes d'installation d'électricité domestique. Les crises et la pauvreté sont souvent des facteurs importants d'exode rural ou de dépeuplement des villages. Malgré cette

conjoncture défavorable, Dania maintient sa dynamique démographique augmentant ainsi le nombre de ménages en attente d'électricité. Le tableau suivant montre un important nombre de ménages à desservir en électricité à l'échelle de cette sous-préfecture.

Tableau 1 : Nombre de ménages dans les villages de la sous-préfecture de Dania en 2014

Villages	Nombre de ménage
Dania	838
Vaou	1136
Monoko-Zohi	1813
Pélézi	1710

Source : RGPH, 2014

En Côte d'Ivoire, les localités de 600 ménages en moyenne ont été la cible des récents projets d'accès aux services énergétiques au cours de la période 2013 à 2015 (BOTO E, 2009). Le tableau ci-dessus révèle bien que le poids des ménages dans chacun des villages est représentatif pour leur desserte en électricité. Selon N'GUESSAN M (2012), malgré le programme ambitieux du gouvernement d'électrifier, à partir de 2012, 200 localités rurales par an en les connectant au réseau national d'électricité, certaines localités ne le seront pas du fait de leur éloignement au réseau électrique et donc du coût que cela pourrait engendrer.

De ce fait, si la sous-préfecture de Dania est restée physiquement enclavée du fait de la crise, le véritable problème de son électrification est d'ordre politico-technique. En effet, l'approvisionnement des villages en énergie électrique par le réseau public d'électricité reste la seule initiative en vigueur des pouvoirs publics. L'intérêt et l'efficacité de la technique d'électrification à l'aide des moyens autonomes, semblent pour le moment être relégués au second plan plutôt que d'être priorisée. La légitimité de l'action à y mener en matière d'électricité réside dans la nécessité d'assurer l'éclairage et bien d'autres services dans les centres de santé et établissements scolaires existants. À cela s'ajoute une forte population rurale unanimement en attente du minimum de bien-être que procure évidemment l'électricité.

1.2- Les infrastructures sociales de base sans électricité suffisante

L'électricité n'est rien si elle n'est pas transformée en service (ARÈNE, 2007). Autrement dit l'importance de l'électricité réside dans les services sociaux qu'elle permet d'assurer. En milieu rural en effet, les établissements sanitaires doivent en partie leur efficacité et qualité à l'électricité. Cependant les conditions sanitaires des populations de la sous-préfecture de Dania

sont quasiment défavorables en raison du manque d'électricité dans les centres de santé. De même, il faut noter une insuffisance d'énergie pour assurer pleinement les services de soins. La photo ci-dessous montre le moyen d'éclairage dans les différents centres de santé.

Photo 1: Utilisation de plaques solaires pour l'éclairage du dispensaire de Monoko-Zohi



Cliché : Koffi Yoboué

Les panneaux solaires mis à disposition ne sont pas suffisamment puissants pour alimenter permanemment les récepteurs électriques du dispensaire. Le déficit d'éclairage rend difficiles les interventions de nuit dans les dispensaires notamment dans les salles d'accouchement. Le mode de conservation des médicaments surtout les vaccins se fait de manière archaïque. Les différents villages disposent de centres de santé et d'écoles primaires, mais la mise en place des équipements électriques se heurte à des contraintes socio-économiques majeures.

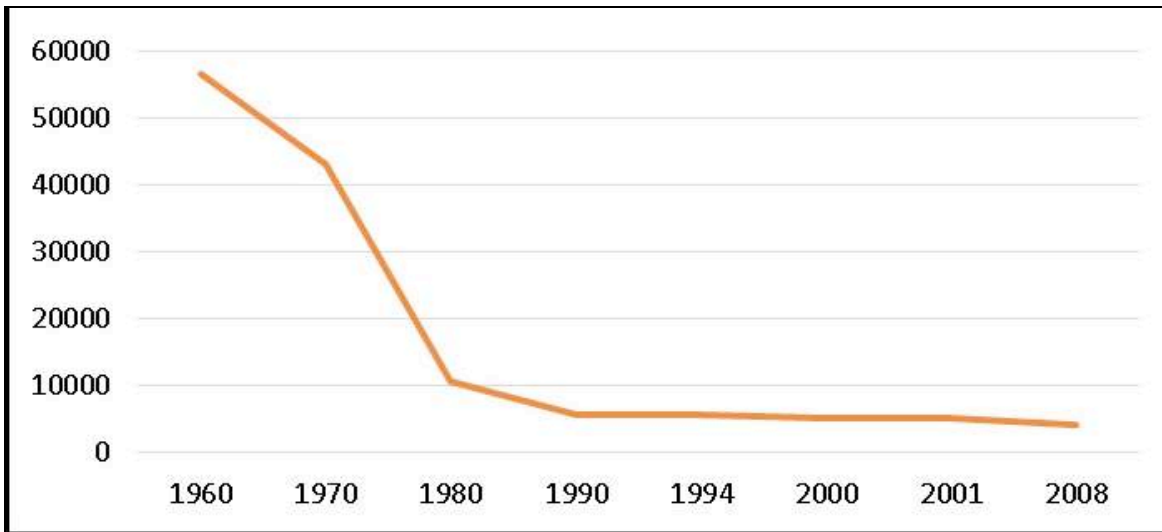
2- Les contraintes d'électrification des villages de la sous-préfecture de Dania

2.1- Une politique nationale d'électrification restrictive

Depuis 1990, la privatisation du secteur de l'électricité a suscité une réorganisation par la répartition des tâches entre acteurs publics et privés. La planification de l'offre et de la demande en énergie électrique incombe aux acteurs publics précisément la société d'opération ivoirienne d'électricité (SOPIE) actuellement représentée par Côte d'Ivoire-Energie (CI-Énergie). Cette structure étatique est le maître d'œuvre des investissements publics en électricité. L'électrification rurale se fait sur la base d'un plan directeur élaboré depuis 1996 et régulièrement actualisé. Ce plan directeur présente un certain nombre de critères à remplir avant l'électrification du village. La taille de la population est l'un des premiers critères, mais sa représentativité varie d'un projet annuel à un autre. Cette stratégie vise à électrifier les villages par ordre décroissant de

la taille de leurs populations donnant ainsi la possibilité à une majorité de ruraux d’avoir accès à l’électricité. Le graphique suivant montre la priorité accordée aux localités les plus peuplées depuis l’indépendance de la Côte d’Ivoire.

Figure 3 : Évolution du nombre moyen d’habitants par villages électrifiés de 1960 à 2008



Source : BOTO E, 2009

L’analyse de la figure montre une régression significative du nombre moyen d’habitants considéré par village lors des projets d’électrification rurale lancés depuis l’indépendance. Les villages électrifiés ces dernières années concentrent des populations de tailles relativement moins importantes contrairement au passé. À l’orée des années 1980, les villages électrifiés ont des tailles moyennes en dessous de 10000 habitants voire moins de 5000 habitants depuis 2008. Si en considérant le critère population, les localités de la sous-préfecture de Dania sont éligibles, d’autres critères plus restrictifs aident à comprendre leur inéligibilité. Il s’agit prioritairement d’un plan de lotissement approuvé par les populations et les autorités permettant l’ouverture des voies et la libération des emprises des équipements électriques futurs. À cela s’ajoute l’existence de maisons adaptées et sécuritaires. Ainsi, la politique ivoirienne d’électrification rurale, bien que très ambitieuse du fait de la volonté politique d’électrifier tous les villages, devient partiellement réaliste lorsque la technique d’électrification par l’extension du réseau électrique sur de longues distances exige au préalable un aménagement aussi onéreux dans les localités rurales. Les critères relatifs à l’habitat et au plan de lotissement pour les démolitions et le traçage des voies constituent une contrainte majeure à l’électrification des villages de la sous-préfecture de Dania.

Les photos ci-dessous montrent le type d'habitat prédominant et son organisation dans ces espaces villageois en majorité non lotis.

Photo 2 : Un logement traditionnel à Dania **Photo 3 : Un logement tradi-moderne en état de précarité à Vaou**



Cliché : KOFFI Yoboué, 2016



Cliché : KOFFI Yoboué, 2016

Ces différents clichés présentent l'aspect profondément rural des villages de la sous-préfecture de Dania. Les constructions qui prédominent sont caractérisées par une architecture traditionnelle. À côté de ce type de logement, nous observons des habitations faites de briques en terre au mur crépi à sable malaxé de peu de ciment. L'état de dégradation que présentent ces logements, indique leur faible résistance au temps et le risque de les équiper en accessoires électriques. Mais à l'évidence, les conditions de vie saines et confortables sont des aspirations profondes de ces ruraux en quête d'urbanité. Les matériaux de construction notamment la tôle servant de toiture et le crépissage du logement de la photo 3 justifient bien la volonté exprimée de ces ruraux à accéder à des matériaux modernes. Quelques rares paysans qui parviennent à économiser une part de leurs revenus annuels tentent de se soustraire de la catégorie des habitants de ces types de logements villageois en optant pour des logements à architectures modernes et faits de matériaux plus résistants. Mais, si l'habitat traditionnel observé prédomine dans ces espaces villageois, il est certain que la pauvreté ne peut être exclue des significations sociales que dégage le caractère traditionnel des habitations humaines en état de dégradation.

2.2- La décennie de crise, un facteur limitant de l'électrification des villages

La partition du pays suite à l'éclatement de la crise politico-militaire en 2002 a eu des impacts socio-économiques négatifs dans les zones Centres, Nord et Ouest (CNO) de la Côte d'Ivoire. Dania et ses environs ont été fortement touchés du fait de leur situation par rapport à la zone qui n'était pas sous contrôle gouvernemental.

Malgré la perte de vitesse de l'économie ivoirienne durant la crise, plusieurs projets d'électrification rurale ont été réalisés. Mais la porosité de la frontière séparant ces deux zones antagonistes a favorisé l'insécurité à l'échelle des localités qui y sont proches. Cette situation a accentué leur enclavement en les mettant en marge des actions gouvernementales de développement. En outre, la crise explique la forte paupérisation de ces populations à économie essentiellement agricole en ce sens que les paysans ont subi les assauts répétés des personnes armées qui les contraignent à céder leurs productions ou encore parfois tous leurs domaines agricoles (forêt et plantations) à des populations locales qu'ils contrôlaient et avec qui ils auraient des affinités ou encore celles qui leur ont réservé bon accueil. Face au risque d'agression, certains villageois abandonnent cette principale source de revenus au profit des cultures vivrières sur de petites surfaces pour leur autoconsommation. La dynamique de l'activité vivrière est tout de même dans une tendance baissière en raison de la recrudescence des problèmes fonciers nés de l'expropriation des parcelles dans un environnement insécurisé où des personnes étrangères parfois armées dictent leurs lois.

Toutes ces incidences de la crise et principalement la situation de pauvreté des populations ont contribué au maintien de l'habitat traditionnel qui est aujourd'hui, le principal marqueur spatial de l'inéligibilité des villages de la sous-préfecture de Dania au projet d'électrification. Ainsi, plongée dans les déboires de la crise, la réaction de ces populations rurales s'exprime par leur recours à des sources d'énergie alternatives pour assouvir leur besoin en électricité.

3- L'usage des sources d'énergie alternatives, un mode d'adaptation au manque d'électrification dans la sous-préfecture de Dania

3.1- Les panneaux solaires comme moyens prépondérants d'accès à l'électricité

Les panneaux solaires font partie des technologies vertes en cours de vulgarisation pour faire face aux défis environnementaux et énergétiques actuels de la planète. Dans les zones ensoleillées et à faible potentiel hydrographique et énergétique, la technique d'électrification à l'aide de moyens autonomes vient souvent en appoint à l'électrification par réseau classique nécessitant une connexion à distance. Les critères définis par la politique ivoirienne d'électrification rurale sont certes peu réunis à l'échelle de la sous-préfecture de Dania, mais les conditions climatiques sont plus ou moins favorables à l'usage permanent des panneaux solaires. La volonté politique de promouvoir les panneaux solaires en Côte d'Ivoire est encore à l'étape embryonnaire, d'où leur cherté. Mais il convient de noter que ces moyens alternatifs ont déjà

intégré cette localité pendant la crise par l'intermédiaire des commerçants et trafiquants qui avaient la possibilité de franchir la frontière ivoiro-malienne et ivoiro-guinéenne sans contraintes douanières majeures. Ainsi, malgré la faible capacité financière des populations, la plupart ont pu se procurer ce type de générateur électrique pour avoir de l'éclairage à domicile et/ou entreprendre une activité lucrative liée à l'électricité. La photo suivante montre un lieu de vente de panneaux solaires.

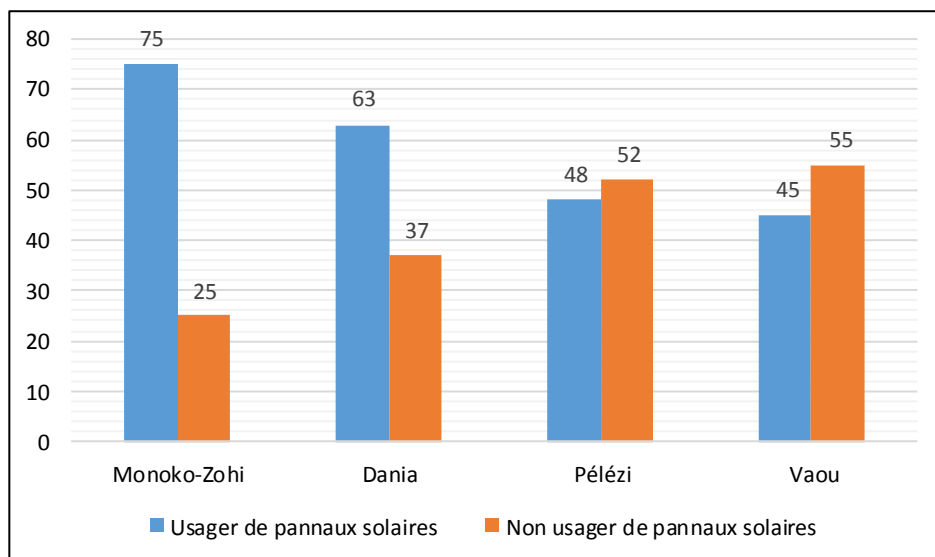
Photo 4: Marché de vente de panneaux solaires à Pélézi



Cliché : KOFFI Yoboué

Ces commerces ont été mis en place suite à une forte demande locale. L'approvisionnement des villageois était au départ assuré par des trafiquants itinérants. Perçus comme une bonne opportunité d'affaires, certains villageois ont progressivement intégré ce type de commerce pour en faire une activité permanente en s'installant dans les villages. La proximité du marché de vente est certes avantageuse, mais les frais d'acheminement depuis les pays voisins influent sur les différents prix par une hausse sensible. Le marché local offre désormais des plaques solaires dont les prix varient entre 40 000 FCFA et 200 000 FCFA. Cette variation des prix donne la possibilité aux ménages de se doter de plaques solaires à la puissance diversifiée. Cependant, des ménages n'ont pas accès à ce moyen alternatif en raison de leur faible capacité financière. La figure suivant montre des proportions importantes de ménages ayant recours aux panneaux solaires dans les différents villages.

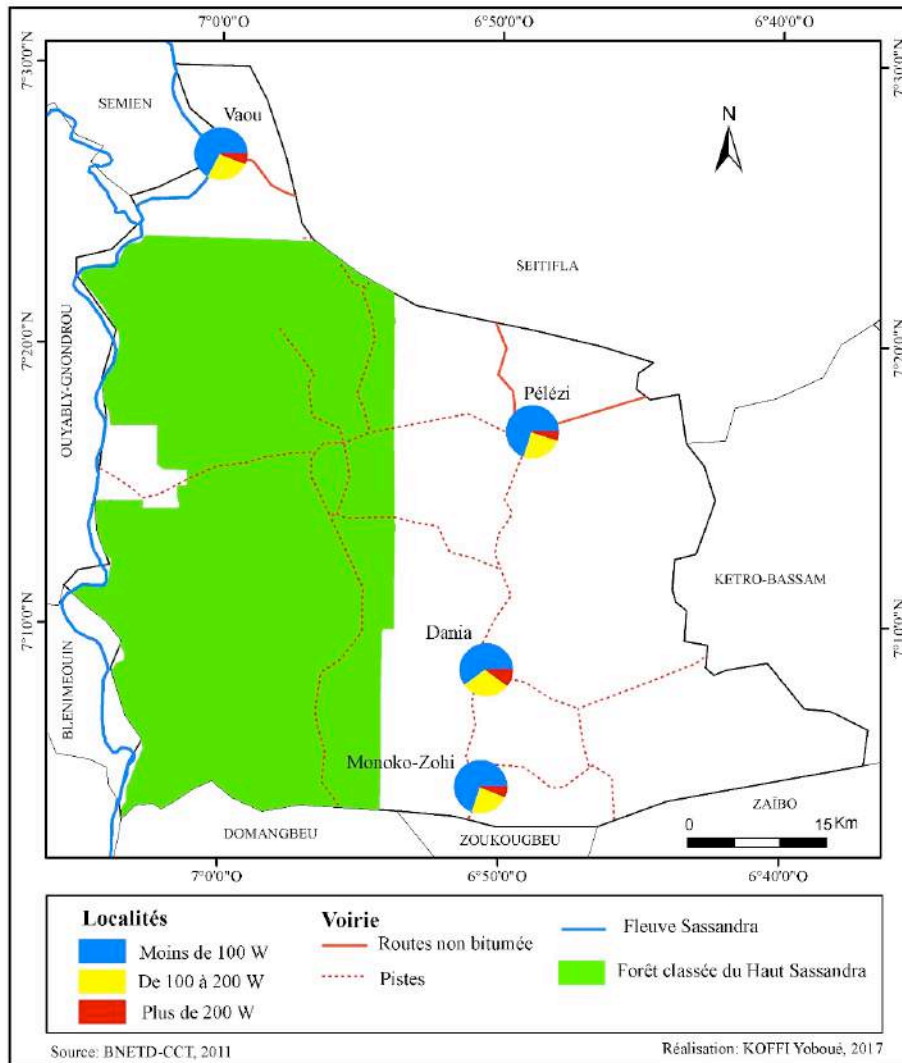
Figure 4 : Proportions d’usagers de panneaux solaires dans chacun des villages



Source : Nos enquêtes, septembre 2016

L’alternative que constitue l’usage des panneaux solaires ne s’offre qu’à 57,75% des ménages à l’échelle de toute la sous-préfecture. Cependant, 42,25% des ménages éprouvent des difficultés à s’en procurer. La puissance des plaques solaires varie d’un usager à un autre selon les appareils utilisés. Cela nous a permis de faire une catégorisation des puissances utilisées dans chacun des villages investigués. La répartition des proportions de ménages selon la puissance du panneau solaire utilisé est représentée sur la carte ci-dessous.

Figure 5 : Répartition des usagers de panneaux solaires selon la puissance



Les performances des panneaux utilisés sont réparties en trois catégories. Cette catégorisation donne des panneaux solaires de puissances de moins de 100 KW, de 100 à 200 KW et de plus de 200 KW. La carte montre que les panneaux solaires de faible puissance (moins de 100 KW) sont les plus utilisés par les ménages. Ces moyens alternatifs de faible puissance sont utilisés par 70 % des ménages à Monoko-Zohi et Pélézi, 60 % à Dania et 67 % à Vaou. À l’opposé, les panneaux à puissance élevée (plus de 200W) sont utilisés par une part infime de ménage qui représente moins de 10 % dans chacune des localités. Toutefois, l’amenuisement du patrimoine foncier des populations rurales contraint de plus en plus les jeunes et certains chefs de ménages à utiliser les panneaux solaires pour faire fonctionner leurs appareils électriques surtout pour des besoins économiques.

3.2- Les panneaux solaires, comme moyens autonomes d'exercice d'activités économiques et d'accès aux commodités urbaines dans les villages

L'intégration des nouvelles formes d'activités économiques dans les villages tend à donner des traits communs entre milieu rural et urbain. Les activités économiques liées à l'électricité sont souvent développées en ville, car leur exercice est aisé en raison d'une offre d'électricité en quantité plus ou moins suffisante pour alimenter les appareils à forte consommation d'énergie. Ces activités se développent aussi de manière progressive dans les villages électrifiés contrairement à ceux non électrifiés malgré la volonté des populations d'en faire leurs sources de revenus. L'électricité reste alors le socle de la modernisation, l'efficacité et la forte productivité des petites activités comme la coiffure, la couture, la conservation et la vente des produits de rafraîchissement (eau, sucrerie, alcool, jus, lait, glace, etc.). Dans la sous-préfecture de Dania, les populations, en majorité les jeunes tentent d'assurer leur autonomie financière par l'exercice de ces petites activités, mais ceux-ci peinent à avoir des revenus conséquents. En effet, la possibilité de recourir aux panneaux solaires a semé les germes de l'initiative privée et de l'entrepreneuriat dans l'esprit d'une frange de la population. Si l'alternative de ces moyens autonomes paraît ainsi incitative, la cherté des plaques performantes ou la faible performance des plaques solaires à portée de main, constitue un véritable carcan pour certains usagers. En période de faible ensoleillement, les tenanciers d'ateliers de coiffure, de couture et de réfrigérateurs ayant des panneaux solaires de faibles performances deviennent peu productifs à cause de la baisse de la capacité d'alimentation de leurs appareils en énergie électrique. Le groupe électrogène peut servir parfois de relais. Pour contourner leur difficulté à se doter des panneaux performants, d'autres procèdent par une association de plusieurs batteries. Mais cela reste toujours un palliatif face à la nécessité d'accélérer le dynamisme de leurs activités. Les photos qui suivent illustrent ces différentes situations.

Photo 5 : Usage relayé entre groupe électrogène et panneau solaire



Cliché : KOFFI Yoboué, 2016

Photo 6 : Association de batteries pour augmenter la capacité d'un panneau solaire



Cliclé : KOFFI Yoboué, 2016

Sans pourtant garantir la vie économique des ruraux, ces moyens alternatifs leur permettent d'accéder à des commodités urbaines comme le montre la photo ci-dessous.

Photo 7 : Une antenne parabolique, exemple de commodité urbaine



Cliché : KOFFI Yoboué, Septembre, 2016

Dans ces différentes localités rurales, le moindre confort dans les domiciles est aussi marqué par une rareté de commodités urbaines notamment les antennes à chaînes de télévision multiples. Vu leur accès fortement dépendant de l'électricité, certains ruraux n'ont pas la possibilité d'utiliser ce type de bien passif en dehors des téléphones portables. Les villageois affluent vers les écrans de télévision afin de pouvoir suivre certains événementiels ou émissions télévisées. Le manque d'électricité est de ce fait un déterminant de l'enclavement informatif

d'une frange de ménages dans la sous-préfecture de Dania. Par ailleurs, des outils TIC notamment des antennes d'information (CANAL) dans quelques domiciles (voir photo 6), sont perçus par des ruraux comme des moyens d'affirmation et d'adaptation au mode de vie citadin. Cependant, le recours exclusif aux sources d'énergie alternatives peu performantes et difficilement accessibles pérennise un mode de vie traditionnel à l'échelle de ladite sous-préfecture.

Discussion

Les enjeux liés à l'accès à l'énergie en milieu rural ont fait l'objet de réflexions et d'analyses dans la littérature scientifique. Celle traitant de l'électrification rurale prête à discussion.

La sous-préfecture de Dania connaît-elle réellement un problème d'électrification ? Selon ATTA K. et al (2013), « l'électrification est un procédé qui permet de fournir de l'électricité aux populations. C'est l'ensemble des moyens permettant de fournir de l'électricité aux usagers ». Cette appréhension de la notion suggère une réponse à cette question par la négative avant d'argumenter un point de vue d'accord partiel à partir des résultats de cette étude. En effet, la fourniture de l'électricité par branchement au réseau à distance est un procédé classique. Ce procédé est de plus en plus relayé par des moyens autonomes notamment les technologies vertes dont les plus vulgarisées sont les panneaux solaires.

C'est cette nouvelle source d'énergie électrique qui intègre les villages enclavés et reculés de la sous-préfecture de Dania. Si en considérant le but ultime de l'électrification rurale qui est l'accès des ménages ruraux à l'énergie électrique, ladite localité est alors exempte d'une absence d'électrification. Ainsi, la définition conciliante serait d'appréhender l'électrification à partir des enjeux sociaux et économiques de l'électricité. L'électrification consiste en clair à doter soit une unité spatiale de moyens collectifs, soit une unité sociale de moyens autonomes afin de fournir de l'électricité aux usagers et accroître leur niveau de sécurité, de confort et de productivité. Que ce soit par la technique classique ou par l'usage des moyens autonomes, l'électrification renvoie aux actions préalables des acteurs publics dans une mosaïque de domaines. Ces acteurs ont en effet des rôles d'ordre institutionnel, organisationnel, technique et financier à jouer (ARÈNE, 2007). En Côte d'Ivoire, l'unicité de la technique d'électrification suscite davantage des difficultés de

financement et impose des critères qui discriminent les localités rurales en matière d'accès à l'électricité des populations.

Ce facteur primordial conjugué à la crise militaro-politique qu'à traverser le pays, sont à l'origine de l'usage des groupes électrogènes surtout les panneaux solaires. La possibilité d'usage de ces moyens en milieu rural ressort dans une étude au Lesotho. Quoilin S (2010) écrit ceci : «Aujourd'hui, la question n'est plus de savoir si les logements ruraux seront électrifiés ou non, mais plutôt de savoir quand ils le seront, et surtout à l'aide de quelle technologie». À l'échelle de la sous-préfecture de Dania, cette technologie alternative d'accès à l'énergie électrique se révèle comme un palliatif lorsqu'elle ne permet pas aux populations de relever les défis liés aux enjeux socio-économiques de l'électricité. Sachant que le développement économique et social de tout espace habité reste tributaire de la mise en place des infrastructures de base, la logique de développement exige une définition des liens de dépendance entre celles-ci et les équipements électriques. Ainsi, les conditions précaires d'accès à l'électricité dans les services de santé sont des défis qui, accentués par la crise sont susceptibles d'entraver les meilleures conditions de vie socio-économiques des populations de la sous-préfecture de Dania.

En somme, « les défis inhérents aux projets d'électrification rurale sont nombreux: faible densité de population, distances importantes, faible consommation d'électricité, coûts d'investissement élevés, etc. À cela s'ajoutent les revenus généralement bas des populations rurales. Ce qui ne leur permet pas d'assumer à elles seules le coût de l'extension du réseau électrique ou de l'installation d'un système décentralisé » (Quoilin S, 2010). Or, l'électricité se révèle comme un moteur du progrès économique et social en ce sens que la volonté de poursuivre le développement et lutter contre la pauvreté dans les pays d'Afrique subsaharienne passe par des politiques volontaristes favorisant l'accès à l'électricité (Ministère des Mines, du Pétrole et de l'énergie, 2012). Par ailleurs, la dynamique actuelle des espaces ruraux n'est plus seulement le fait de la seule agriculture de type traditionnel, mais elle résulte de l'introduction de diverses autres activités réputées pour les espaces urbains. La démultiplication de l'économie rurale reste fortement dépendante d'une absence d'électrification ; car au niveau de la sous-préfecture de Dania, en plus d'un faible taux d'électrification classique (25%), la forte proportion de 42,25% des ménages sans un minimum de moyens alternatifs et en état de pauvreté éclairent notre compréhension sur l'idée selon laquelle le développement rural constitue un enjeu majeur de l'énergie locale (ARÈNE, 2007). Les panneaux solaires déjà utilisés par une frange de la

population rurale de Dania ont un rôle décisif à jouer. C'est dans cette optique qu'en 2016, les Nations Unies ont inscrit l'accès de tous à des services énergétiques fiables, durables, modernes et à des coûts abordables, au septième chapitre du développement durable. Cela dit, pour garantir le développement économique et social dans cette localité rurale, la promotion et la facilitation de cette technologie nouvelle s'imposent à une nécessaire et urgente action d'électrification au bénéfice d'une population rurale en proie à une décennie de crise qu'a traversée la Côte d'Ivoire.

Conclusion

Les résultats de cette réflexion ont été structurés autour de trois axes majeurs. L'état des lieux de l'électrification a permis de révéler une absence d'équipements électriques dans les villages Monoko-zohi, Pelezi et Vaou. Dania, la seule exception, n'occulte pas le non-branchement des ménages au réseau électrique ; encore moins une insuffisance de l'énergie électrique dans les services de santé. Ensuite, à la compréhension de l'électrification retardée dans cette localité, le caractère traditionnel de l'habitat et le manque de projet de lotissement des villages, sont des facteurs de leur inéligibilité au projet d'électrification. Enfin, même si les populations tentent de trouver des mesures d'adaptation en ayant recours à des sources d'énergie alternatives à des frais onéreux, leur faible capacité financière ne leur permet pas de satisfaire leurs besoins en énergie. Face leur victimisation pendant la décennie de crise accentuant les contraintes d'accès à l'énergie électrique, notre réflexion nous a amené à discuter de la notion même de l'électrification beaucoup perçue en Côte d'Ivoire sur le modèle classique. L'appropriation des panneaux solaires par les populations rurales de Dania peut dès lors être une forme d'électrification si les pouvoirs publics s'investissent à promouvoir et garantir leur accès de façon fiable, durable, plus moderne et à des coûts abordables afin d'améliorer les conditions de vie socio-économique de ces populations.

Références bibliographiques

AMIDOU Traoré, 2013, « La production privée de l'électricité : le modèle ivoirien » in *secteur privé et développement*, revue de proparco, n° 18, pp 6-8.

ARÈNE, 2007, *Énergie locale et développement rural*, Ile, fondation énergies pour le monde, 32p.

ATTA Koffi et al., 2013, *L'impact de l'électrification en milieu rural dans la région de l'Agneby*, Abidjan, european scientific journal, volume 9, n° 35, 21p.

BOTO Eugène, 2009, *La politique de l'électrification en milieu rural de la Côte d'Ivoire*, atelier des praticiens sur l'initiative africaine pour l'électrification (AEI), 26p.

MINISTÈRE DES MINES DU PÉTROLE ET DE L'ÉNERGIE., (2012), *Défis et enjeux du secteur de l'énergie en Côte d'Ivoire : mesures d'urgence et plans à moyens et long termes*, séminaire national sur l'énergie, Abidjan, 34p.

N'GUESSAN M'Gbra, 2012, *Programme d'investissement pour l'accès aux services énergétiques en Côte d'Ivoire*, rapport final du comité multisectoriel national pour l'accès aux services énergétiques, 99p.

ONU, 2016, *rapport sur les objectifs de développement durable*, New York, 56p.

Plan National de Développement 2012-2015, Côte d'Ivoire, 26p.

QUOILIN Sylvain, 2010, « Énergie et développement : quels enjeux ? » in *analyse et enjeux d'un projet d'électrification par microcentrale solaire au Lesotho*, Liège, Université de Liège, pp 10-27.