



**INSTITUT NATIONAL DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE  
LOME (TOGO)**

# **ETUDES TOGOLAISES**

**Revue Togolaise  
des  
Sciences**

**Vol 17, n°2 Juillet - Décembre 2023 - ISSN 0531- 2051**

*Publication Semestrielle*

# ETUDES TOGOLAISES

**Revue Togolaise des Sciences**

Vol 17, n°2– Juillet – Décembre 2023 - ISSN 0531 - 2051



**Publication semestrielle**

Institut National de la Recherche Scientifique (INRS)

BP 2240 LOME – TOGO

Tél (228) 22 21 01 39 / (228) 22 21 39 94

Email: [inrsdrst-tg.com](mailto:inrsdrst-tg.com) ; [inrstogo@yahoo.fr](mailto:inrstogo@yahoo.fr)

Site web: <https://inrsdrst-tg.org>

## ETUDES TOGOLAISES

**Revue publiée sous le haut patronage du Ministre de  
l'Enseignement Supérieur et de la Recherche**

**Directeur de Publication : Prof. Kouami KOKOU**

**Rédacteur en chef : Dr. Sénamé Dodzi KOSSI**

**Responsable Administratif et Financier : M. Wakilou BONFOH**

**Comité scientifique de lecture**

- Pr. Kouami KOKOU, Lomé – Togo
- Pr. Fidèle Messan NUBUKPO, Lomé – Togo
- Pr. Mireille PRINCE-DAVID, Lomé – Togo
- Pr. Kossi KOUMAGLO, Lomé – Togo
- Pr. Moustapha KASSE, Dakar – Sénégal
- Pr. Adolé GLITHO, Lomé –Togo
- Pr. Kossi NAPO, Lomé – Togo
- Pr. Comla de SOUZA, Lomé – Togo
- Pr. Akuetey SANTOS, Lomé – Togo
- Pr. Nandedjo BIGOU-LARE, Lomé – Togo
- Pr. Taladidia THIOMBIANO, Ouagadougou – Burkina Faso
- Pr. Koffisa BEDJA, Lomé - Togo
- Pr. Mawuena GUMEDZOE, Lomé – Togo
- Pr. Koffi NDAKENA, Lomé – Togo
- Pr. Koffi AKPAGANA, Lomé – Togo
- Pr. Komla SANDA, Lomé – Togo
- Pr. Komi TCHAKPELE, Lomé – Togo
- Pr. Maurille AGBOBLI, Lomé –Togo
- Pr. Aimé GOGUE, Lomé –Togo
- Pr. Egnonto M. KOFFI-TESSIO, Lomé – Togo
- Pr. Gauthier BIAOU, Cotonou – Bénin
- Pr. Koffi AHADZI-NONOU, Lomé – Togo
- Pr. Badjow TCHAM, Lomé – Togo
- Pr. Edinam KOLA, Lomé – Togo
- Pr. Kokou Folly Lolowou HETCHELI, Lomé – Togo
- Pr. Pépévi KPAKPO (MC), Lomé – Togo
- Pr. Adzo Dzifa KOKOUTSÈ, Lomé – Togo
- Pr. Adou YAO, Abidjan – Côte d'Ivoire
- Pr. Essohanam BATCHANA, Lomé– Togo
- Pr. Nutéfé Koffi TSIGBE, Lomé – Togo
- Pr. Gbati NAPO (MC), Lomé– Togo
- Pr. Kaoum BOULAMA, Niamey– Niger
- Pr. Komi Beguedou (MC), Lomé–Togo

**- Prix du numéro : 2 500 Fcfa**

**- Abonnement : 4 500 Fcfa / An**

Toute correspondance concernant la revue doit être adressée à :  
Etudes Togolaise « Revue Togolaise des Sciences », BP 2240 LOME – TOGO ;  
Tél. (228) 22 21 01 39 / (228) 22 21 39 94  
Email: [inrsdrst-tg.com](mailto:inrsdrst-tg.com) ; [inrstogo@yahoo.fr](mailto:inrstogo@yahoo.fr)  
Site web : <https://inrsdrst-tg.org>

**SOMMAIRE**

1. Politiques et stratégies du Togo en matière de développement de l'économie bleue : analyse et recommandations, **Yao SIMTAGNA**, Université de Kara, Togo, **Kossi AGBEYADZI**, Université de Kara, Togo.....5

2. Portrait du médecin spécialiste de la gestion des systèmes de sante, **Kossivi Agbélénko AFANVI** Université de Lomé, Togo, **Koffi Vovolité AGBETIAFA**, Société Togolaise des Managers Médicaux, Lomé, Togo, **Tchaa KADJANTA**, Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, Togo, **Yao KASSANKOGNO**, Université de Lomé, Togo, **Nadedjo BIGOU-LARE**, Université de Lomé, Togo, **Bayaki SAKA**, Université de Lomé, Togo, **Didier Koumavi EKOUEVI**, Université de Lomé, Togo, **Tchin DARRE**, Université de Lomé, Togo.....20

3.Aspects épidémiologiques et thérapeutiques de l'anémie pendant la grossesse a la clinique de gynécologie –obstétrique du centre hospitalier universitaire sylvanus Olympio, **Ameyo Ayoko KETEVI**, Université de Lomé, Togo, **Komlan Alessi ANDELE**, Université de Lomé, Togo, **Djima Patrice DANGBEMEY**, Université d'Abomey-Calavi, Bénin, **Edem LOGBOH-AKEY**, Université de Kara, Togo, **Bingo M'BORTCHE**, Clinique de l'Association Togolaise pour le Bien-Etre Familial, Abdoul **Samadou ABOUBAKARI**, Université de Kara, Togo.....35

4. Perception du diabète et estime de soi des diabétiques suivis en ambulatoire au chu sylvanus olympio a Lomé (Togo), **Kossi KODJO**, CHU Sylvanus Olympio, Lomé, Togo, **Agbeko Kodjo DJAGADOU**, CHU Sylvanus Olympio, Lomé, Togo, **Toyi TCHAMDJA**, CHU KARA, Kara, Togo, **Lihanimpo DJALOGUE**, CHU KARA, Kara, Togo, **Murielle KOUTCHAKPO**, CHU Sylvanus Olympio, Lomé, Togo, **Sodjehoun APETI**, CHU CAMPUS, Lomé, Togo, **Abou Bakari TCHALA**, CHU Sylvanus Olympio, Lomé, Togo, **Koffi KLOUVI**, CHU Sylvanus Olympio, Lomé, Togo, **Sosso TOVIGNIKOU**, CHU Sylvanus Olympio, Lomé, Togo, **Kodjo NTSOUKPOE**, CHU Sylvanus Olympio, Lomé, Togo, **Abago BALAKA**, CHU CAMPUS, Lomé, Togo, **Mohaman DJIBRIL**, CHU Sylvanus Olympio, Lomé, Togo.....44

5. Apport de la dinoprostone gel dans le déclenchement artificiel du travail accouchement a la maternité du centre hospitalier universitaire Sylvanus Olympio, **Akila BASSOWA**, Université de Lomé, Togo, **Raoul Sedjro ATADE**, Université de Parakou, Benin, **Edem LOGBO-AKEY Akuele**, Université de Kara, Togo, **Ameyo Ayoko KETEVI**, Université de Lomé, Togo, **DJOBOKOU**, Université de Lomé, Togo, **Baguilane DOUAGUIBE**, Université de Lomé, Togo, **Samadou ABOUBAKARI**, Université de Kara, Togo.....55

6. Le profil des réparateurs d'automobiles dans le grand-Lomé au Togo : les défis face aux innovations technologiques, **Koffi Mawulé KPODJRATO**, Université de Lomé, Togo, **Kossi LODONOU**, ENS d'Atakpamé, Togo, **Sena Yawo AKAKPO-NUMADO**, Université de Lomé, Togo.....75

7. La posture réflexive du personnel d'encadrement au Togo : quels acquis professionnels d'une initiation à la recherche-action ?, **Amévor AMOUZOU-GLIKPA**, Université de Lomé, Togo, **Brian BEGUE**, Odecol, France, **Thierry HUG**, Odecol, France.....90

8. Les déterminants des choix thérapeutiques des malades des hémorroïdes dans le district sanitaire Lomé-commune, **Kodjo Messan APETI**, Université de Lomé, Togo, **Essè Aziagbede AMOUZOU**, Université de Lomé, Togo.....108

9. « Ahmadou Kourouma et le thème de l'enfant-soldat comme prétexte d'un discours politique », **Komlavi DOUSSIMÉLÉ**, Université de Lomé, Togo.....124

10. La femme dans l'imaginaire collectif mexicain et ivoirien, **Kouakou Laurent LALEKOU**, Université Felix Houphouët Boigny, Côte d'Ivoire.....139

11. La fiscalité de l'activité sportive au Togo, **Koffi Edem AVEGNON**, Université de Lomé, Togo.....150

12. Implication des femmes dans les initiatives de reboisement a Agouegan, **Kodjo Akakpo AMOUZOU**, Université de Lomé, Togo, **Essè Aziagbede AMOUZOU**, Université de Lomé, Togo.....163

13. Prise en charge des gestantes et parturientes atteintes de covid-19 à la clinique de gynécologie-obstétrique du chu-so, **Ameyo Ayoko KETevi**, Université de Lomé, Togo, **Komlan Alessi ANDELE**, Université de Lomé, Togo, **Edem LOGBOH-AKEY**, Université de Kara, Togo, **Djima Patrice DANGBEMEY**, Université d'Abomey-Calavi, Bénin, **Akila BASSOWA**, Université de Lomé, Togo, **Yandja Pounipo LAMBONI**, Université de Lomé, Togo, **Abdoul Samadou ABOUBAKARI**, Université de Kara, **Koffi AKPADZA** Université de Lomé, Togo.....182

14. Dynamiques migratoires et enjeux socio-spatiaux dans la commune de Lebamba au Sud du Gabon, **Christian WALI WALI**, Université Omar Bongo, Gabon.....193

15 Aspects bactériologiques du liquide amniotique méconial prélevé au cours des césariennes et pronostic infectieux materno-foetal dans le post partum au chu Sylvanus Olympio, **Akila BASSOWA**, Université de Lomé, Togo, **Ameyo Ayoko KETevi**, Université de Lomé, Togo, **Raoul Sedjro ATADE**, Université de Parakou, Benin, **Akuele DJOBOKOU**, Université de Lomé, Togo, **Baguilane DOUAGUIBE**, Université de Lomé, Togo, **Samadou ABOUBAKARI**, Univrsité de Kara, Togo.....215

16. Vécu et qualité de vie des patients présentant une hypothyroïdie en milieu hospitalier au CHU Sylvanus Olympio à Lomé, **Kossi KODJO**, Université de Lomé, **Agbeko Kodjo DJAGADOU**, CHU Sylvanus Olympio, Lomé, Togo, **Toyi TCHAMDJA**, CHU KARA, Kara, Togo, **Sodjehoun APETI**, CHU CAMPUS, Lomé, Togo, **Lihanimpou DJALOGUE**, CHU KARA, Kara, Togo, **Abou Bakari TCHALA**, CHU Sylvanus Olympio, Lomé, Togo, **Koffi KLOUVI**, CHU Sylvanus Olympio, Lomé, Togo, **Sosso TOVIGNIKOU**, CHU Sylvanus Olympio, Lomé, Togo, **Kodjo NTSOUKPOE**, CHU Sylvanus Olympio, Lomé, Togo, **Abago BALAKA**, CHU CAMPUS, Lomé, Togo, **Mohaman DJIBRIL**, CHU Sylvanus Olympio, Lomé, Togo.....231

17. Crise vaso-occlusive drépanocytaire sévère : aspects cliniques, étiologiques et thérapeutiques au CHU Sylvanus Olympio de Lomé, **Koffi Mawuse GUEDENON**, Université de Lomé, Togo, **Djatougbe Ayaovi Elie AKOLLY<sup>1</sup>**, Université de Lomé, Togo, **Mawouto FIAWOO<sup>1</sup>**, Université de Lomé, Togo, **Fidèle Comlan DOSSOU<sup>1</sup>**, Université de Lomé, Togo, **Ounoo Elom TAKASSI<sup>1</sup>**, Université de Lomé, Togo, **Koffi Edem DJADOU<sup>1</sup>**, Université de Lomé, Togo, **Yawo Dzayissè ATAKOUMA<sup>1</sup>**, Université de Lomé, Togo, **Adama Dodji GBADOE<sup>1</sup>**, Université de Lomé, Togo, .....242

# POLITIQUES ET STRATÉGIES DU TOGO EN MATIÈRE DE DÉVELOPPEMENT DE L'ÉCONOMIE BLEUE : ANALYSE ET RECOMMANDATIONS

Yao SIMTAGNA<sup>1</sup>

Université de Kara, Togo

[yaosimtagna1@gmail.com](mailto:yaosimtagna1@gmail.com)

Kossi AGBEYADZI<sup>2</sup>, Université de Kara, Togo

[agbeyadzik@gmail.com](mailto:agbeyadzik@gmail.com)

---

## Résumé

Les pays côtiers du monde entier font des politiques, stratégies ou des plans maritimes une priorité pour répondre à de multiples objectifs écologiques, économiques et sociaux face à un océan de plus en plus encombré. Le Togo, l'un des 38 Etats côtiers ou insulaires d'Afrique a mis en œuvre des programmes pour propulser l'économie bleue du pays. Il s'agit de l'élaboration de la Stratégie Nationale pour la Mer et le Littoral (SNPML) en 2016 et le Cadre Stratégique pour le Développement de l'Economie Maritime et Côtière (CSDEMC) en 2017. Force est de constater qu'après plus de cinq ans d'exercice, il n'y a pas de résultats probants. L'objectif de cet article est d'analyser les politiques et stratégies du Togo en matière de développement de l'économie bleue. La démarche méthodologique s'appuie sur des données documentaires, d'observation de terrain et des entretiens avec les acteurs de l'espace maritime togolais. Les renseignements recueillis de ces investigations ont été dépouillés et traités manuellement. Le croisement des informations secondaires avec celles des entretiens ont permis d'obtenir des résultats objectifs. Ces résultats obtenus à travers le modèle SWOT, sont en lien avec les forces, les faiblesses, les opportunités et les menaces, nées du plan national de développement de l'économie bleue. On retient principalement que ces stratégies élaborées, présentent des lacunes tant dans leurs conceptions, mise en œuvre et leurs suivi-évaluations que dans leurs gouvernances. Des recommandations ont été formulées face à ces insuffisances afin de développer durablement l'économie bleue du Togo.

**Mots-clés** : espace maritime, Togo, économie bleue, politiques, stratégies.

## Abstract

Coastal countries around the world are making maritime policies, strategies or plans a priority to meet multiple ecological, economic and social objectives in the face of an increasingly congested ocean. Togo, one of the 38 coastal or island states in Africa has implemented programs to propel the country's blue economy. This is the development of the National Strategy for the Sea and the Coast (SNPML) in 2016

---

<sup>1</sup> Expert en planification maritime. Laboratoire de Recherche en Sciences Economiques et de Gestion, Université de Kara-Togo [yaosimtagna1@gmail.com](mailto:yaosimtagna1@gmail.com)

<sup>2</sup> Enseignant-Chercheur, Département de Géographie, Université de Kara-Togo, Laboratoire Pôle de Recherche et d'Expertise sur la dynamique des Espaces et des Sociétés, [agbeyadzik@gmail.com](mailto:agbeyadzik@gmail.com)

and the Strategic Framework for the Development of the Maritime and Coastal Economy (CSDEMC) in 2017. It is clear that after five years of practice, there are no convincing results. The objective of this article is to analyze Togo's policies and strategies for the development of the blue economy. The methodological approach is based on documentary data, field observation and interviews with actors in the Togolese maritime space. The information gathered from these investigations was stripped and processed manually. The cross-referencing of secondary information with that of the interviews made it possible to obtain objective results. These results, obtained through the SWOT model, are linked to the strengths, weaknesses, opportunities and threats arising from the national plan for the development of the blue economy. It is mainly noted that these strategies developed have shortcomings in their design, implementation and monitoring-evaluations as well as in their governance. Recommendations were made to address these shortcomings in order to sustainably develop Togo's blue economy.

**Keywords:** Maritime space, Togo, blue economy, policies, strategies.

## Introduction

Au cours de la dernière décennie, plusieurs pays ont initié des politiques, stratégies ou des plans maritimes pour répondre à des défis écologiques, économiques et sociaux parallèlement à des océans en voie de saturation. Ces programmes parfois d'envergure régionale constituent un cadre de gouvernance au niveau national ou local. C'est le cas par exemple de la politique maritime intégrée de l'Union Européenne, la stratégie maritime intégrée de l'Union Africaine.

Ces plans de gestion visent à établir une sécurité juridique et une prévisibilité pour les investissements publics et privés, tout en protégeant les ressources naturelles et halieutiques. Au moins huit pays (notamment Belgique, Pays-Bas, Allemagne, Royaume-Uni, Norvège, Mexique, Australie et Chine), une province canadienne (Québec), trois états américains (Massachusetts, Rhodes Island, et Oregon) et deux länder (états fédéraux) allemands ont mis en place des stratégies pour leurs juridictions marines. Dans le cas de la Norvège et des Pays-Bas, la planification de l'espace maritime (PEM) en est déjà à sa deuxième ou troisième génération. Au moins trois autres pays (singulièrement le Royaume-Uni, Portugal et la Suède) ont pour projet d'appliquer des plans pour gérer leurs eaux maritimes au cours des prochaines années. Dans la prochaine décennie, près de 50 pays auront produit environ 70-80 plans de l'espace marin au niveau national (ZEE), sous-national (mer territoriale), et provincial ou au niveau d'un état fédéral. L'économie maritime, qualifiée d'*économie bleue* en Europe, est de ce fait devenue un maillon de plus en plus important pour certains pays, et son développement est progressivement apparu comme un enjeu stratégique majeur pour nombre d'Etats côtiers de la planète.

En Afrique, le secteur maritime occupe une place importante dans le développement des Etats côtiers. Parmi les 54 pays africains, 38 sont des Etats côtiers ou insulaires occupant un espace maritime qui couvre des Zones Economiques Exclusives (ZEE) d'une superficie de 13 millions de km<sup>2</sup> avec un plateau continental de près de 6,5 millions de km<sup>2</sup> (Side Events, 2016, p. 25). Ces espaces supportent les activités

maritimes du continent à travers l'exportation des matières premières vers l'Occident et l'importation des produits manufacturés de l'Occident vers les pays d'Afrique. Ces échanges commerciaux entre l'Afrique et le reste du monde représentent 92 à 97 % du commerce international (A. Harding *et al.*, 2007, p. 9).

Au Togo, la volonté de l'Etat de planifier et de gérer son espace maritime date de l'indépendance, avec la construction du Port Automne de Lomé qui participe aux échanges internationaux en Afrique occidentale grâce à sa situation géographique régionale exceptionnelle (Y. Kombaté, 2011, p. 5). Il concrétisera ainsi ce projet en 2016 avec l'élaboration de la Stratégie Nationale pour la Mer et le Littoral (SNPML) et le Cadre Stratégique pour le Développement de l'Economie Maritime et Côtière (CSDEMC). La mise en œuvre de ces deux politiques et stratégies est sensée améliorer l'exploitation maritime du pays, mais force est de constater qu'après plus cinq ans d'exercice, les résultats escomptés n'ont pas été atteints (besoin en produits halieutiques toujours déficitaires, conflits d'usage de l'espace, l'érosion côtière continue, la pêche illégale toujours signalée, trafic du carburant frelaté, etc). Alors, comment expliquer cet échec ? C'est à cette question que cet article tente de répondre. Son but est d'analyser les politiques et stratégies du Togo en matière de développement de l'économie maritime avant de proposer des recommandations susceptibles d'améliorer durablement le niveau d'exploitation des espaces marins du pays.

## **1. Zone d'étude et méthodologie de recherche**

Cette rubrique présente la zone d'étude et la méthodologie de recherche.

### **1.1. Méthodologie de recherche**

L'approche méthodologique de cette étude intègre l'observation du terrain, la recherche documentaire et les entretiens. L'observation a permis d'apprécier l'espace maritime et les mouvements qui s'y déroulent et de prendre des photos. La recherche documentaire quant à elle, a aidé à la consultation des études et travaux antérieurs sur l'espace maritime (Y. Kombaté, 2011 ; K. Fiagan, 2014 ; ONAEM, 2016 ; H. M. Bakaï, 2017 ; C. Dupont, 2021 ; P. Adjoussi, 2022 ; Y. Simtagna, 2022, etc). A l'aide d'un guide, les entretiens ont privilégié les pêcheurs, les agents du ministère de l'économie maritime, en charge de l'environnement et de la pêche. Les données collectées ont été dépouillées manuellement et traitées conformément aux objectifs de l'étude suivant le modèle SWOT (Strength, Weaknesses, Oportunities and Threats) encore appelé FFOM (c'est-à-dire Forces, Faiblesses, Opportunités et Menaces). Ce modèle d'analyse a permis de faire un diagnostic stratégique et cohérent des deux politiques et stratégies mises en œuvre par le Togo en matière de développement de son économie maritime.

### **1.2. Zone d'étude**

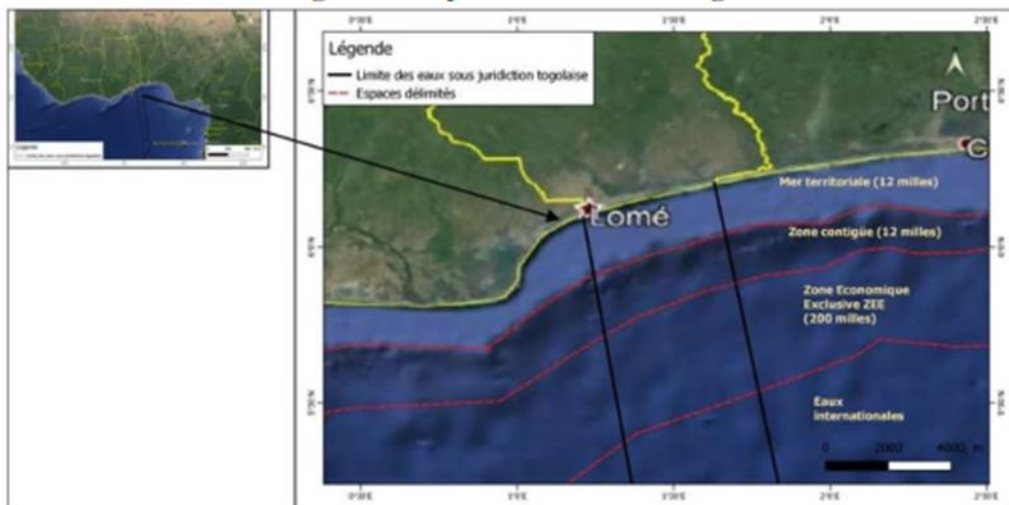
Situé au cœur du golfe de Guinée, le Togo bénéficie d'un littoral d'une longueur modeste de 56 Km, s'étendant de la frontière du Ghana Aflaou ou frontière Ouest à la frontière du Bénin Savikondji ou frontière Est). Ce littoral pénètre le continent sur environ 50 Km du Sud au Nord, soit entre 6°11 et 6°23 de latitude Nord, et entre



1°20 et 1°60 de longitude est. Le littoral offre un espace maritime togolais de 20780 Km<sup>2</sup>, soit environ 36% de la superficie terrestre (C. Degbe, 2009, p. 14). Mais la zone active de l'étude couvre le domaine public maritime jusqu'à la limite des eaux continentales c'est-à-dire à 350M ou 630Km (1M = 1,8km).

L'espace maritime du Togo (figure 1) est très petit comparé à celui du Bénin ou du Ghana. Il couvre les eaux territoriales (la zone voisine au territoire riverain et s'étend jusqu'à la limite maximale de 12 milles), la zone contigüe (d'une largeur de 12 milles), la zone économique exclusive, située au-delà de la mer territoriale, qui s'étend à 200 milles nautiques des lignes de base et la haute mer qui est la partie des mers et océans qui n'est pas soumise à la juridiction des Etats côtiers. Malgré cette étroitesse, les eaux maritimes du pays disposent d'un certain nombre de richesses traduites par des conditions climatiques favorables à leur évolution et à leurs exploitations économiques.

**Figure 1 : Espace Maritime du Togo**



*Source : A. RIOLS, 2010, figure réactualisée par R. ALI MALOUA, 2016.*

Avec 50 km de longueur, le plateau continental togolais est moins large que les plateaux continentaux de certains pays du Golfe de Guinée à l'instar de la Côte d'Ivoire, du Ghana et du Nigéria. La composition des sédiments qui composent son plateau continental laisse apparaître des fonds de natures diverses, caractérisés par une certaine homogénéité.

La côte du plateau continental togolais est très abrupte. Elle se limite à l'isobathe 100 mètres et est peu étendue. Sa largeur varie entre 12 et 13 milles marins de Lomé à Ouidah alors qu'elle évolue de 13 à 40 milles au Ghana et de 18 à 35 milles au Nigeria. Le plateau continental qui abrite les eaux territoriales togolaises et dans lesquelles se pratique la pêche artisanale, présente divers fonds (K. Fiagan, 2014, p. 8), regroupés en quatre types:

- les fonds de 10 mètres situés près de la côte ;

- les fonds de 10 à 35 mètres qui descendent naturellement en pente douce vers le large ;

- les fonds de 35 à 45 mètres. On y note à partir de 35 mètres, une légère rupture de pente qui reprend ensuite jusqu'à une barrière de corail située presque partout entre 52 et 56 m de profondeur ;

- au-delà de cette barrière et jusqu'à la chute du plateau continental (100 m), la pente devient à nouveau régulière dans l'ensemble.

Ces différents types de fonds précédemment décrits présentent diverses natures qui, d'après Crosnier *et al.* (1966) cité par K. Fiagan (2014, p. 8), sont de quatre types à savoir : les fonds durs, les fonds de sable vaseux, les fonds de sable et les fonds vaso-sableux profonds.

Parmi eux, seuls les fonds de sable vaseux et vaso-sableux sont riches en poissons pélagiques et démersaux (sardinelle, anchois, thon, dorade, sole). Le rendement en poisson y est élevé et les espèces sont de belles tailles (entre 35 et 55 cm). La diversité des fonds du plateau continental permet de distinguer dans les eaux territoriales du pays, les espèces pélagiques offrant des possibilités de pêche aussi bien autorisée qu'illégale.

## 2. Résultats

Cette section fait l'analyse SWOT (FFOM) des deux politiques et stratégies du Togo en matière de développement de l'économie bleue. Il s'agit de la Stratégie Nationale Pour la Mer et le Littoral (SNPML) et le Cadre Stratégique pour le Développement de l'Economie Maritime et Côtière (CSEDMC).

### 2.1. Analyse SWOT de la Stratégie Nationale Pour la Mer et le Littoral (SNPML)

Forces	Faiblesses
<p style="text-align: center;"><b>• Forces au niveau de la conception</b></p> <p>La vision bien que très ambitieuse mais réaliste ; Définition de l'objectif général, notamment la fixation des objectifs spécifiques,</p> <p>Définition des axes stratégiques clairs déclinés en des actions prioritaires,</p> <p>Un mécanisme de mise en œuvre montrant les structures en charge de mise en œuvre,</p>	<p style="text-align: center;"><b>• Faiblesse au niveau de la conception</b></p> <p>La phase du diagnostic présente des lacunes. Le FFOM réalisé ne montre pas les opportunités et menaces. Aussi, fait-elle ressortir des forces et faiblesses de l'organisation maritime et non de l'ensemble du secteur. Elle est plus axée sur le cadre juridique et l'organisation institutionnelle, ce qui ne permet pas d'avoir une vue d'ensemble des forces et des faiblesses du secteur,</p>

<p>Un mécanisme de suivi-évaluation et un plan de mise en œuvre et d’actions,</p> <p><b>Pertinence :</b> De tous les problèmes environnementaux et socio-économiques auxquels le Togo est confronté, ceux liés au littoral et à la mer restent les plus préoccupants et demeurent la priorité numéro 1 du Gouvernement togolais. Outre ce problème, on note un problème de gouvernance et de sécurité,</p> <p><b>Cohérence :</b> La SNPML fait partie intégrante des dispositions prises par l’Etat dans sa politique de mise en œuvre du XIVème Objectif du Développement Durable (ODD) c’est-à-dire « conserver et exploiter de manière durable, les océans, les mers et les ressources marines aux fins du développement durable »,</p> <p>La SNPML s’inscrit dans la droite lignée de la stratégie de croissance accélérée et de promotion de l’emploi (SCAPE) à travers les axes 2,4 et 5,</p> <p>La stratégie s’inscrit dans la lignée de la stratégie africaine intégrée pour les mers et les océans (AIM- Horizon 2050); la stratégie intégrée de la CEDEAO ; la stratégie de l’Union Européenne sur le Golfe de Guinée,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Forces dans la mise en œuvre de la SNPML</b></li> </ul> <p>Construction du troisième quai et le renforcement des infrastructures surtout numériques du Port Autonome de Lomé,</p>	<p>L’organe chargé de l’élaboration, de la mise en œuvre et du suivi-évaluation de la stratégie (ONAEM) ne dispose pas d’une cellule ou d’une division chargée de la planification et suivi-évaluation, ne maîtrise pas les frontières maritimes du pays et problème de gouvernance,</p> <p>Au niveau de la phase d’orientation stratégique, il y a une incohérence entre la vision, l’objectif général, les objectifs spécifiques et les axes stratégiques,</p> <p>L’objectif général et certains objectifs spécifiques ne sont pas Spécifiques Mesurable Atteignable Réaliste et Temporellement défini (SMART). Certains objectifs spécifiques n’ont aucun lien avec l’objectif général ce qui pose le problème de clarté et de performance. Ceci démontre une évidence de saupoudrage des activités et de la dispersion d’énergie,</p> <p>Les axes stratégiques couvrent la vision mais débordent l’étendue de l’objectif général,</p> <p>Le tableau de mise en œuvre et de l’évaluation dans la SNPML révèle des lacunes : pas d’échéancier, les indicateurs sont mal formulés et ne permettent pas de faire l’évaluation. <b>On ne savait pas où on était et où on va.</b> Plusieurs résultats prioritaires attendus pour un seul objectif (pas de cohérence),</p> <p>La responsabilité partagée pour le suivi et l’évaluation peut entraîner de graves lacunes dans l’exécution des activités et l’évaluation,</p>
--	--

<p>Construction du nouveau port de pêche,</p> <p>L'adoption de la loi n°2021-011 du 25 mai 2021 relative à l'aménagement, à la protection et à la mise en valeur du littoral togolais,</p> <p>Amélioration du cadre juridique et institutionnel,</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Limite dans la mise en œuvre de la SNPML</b></li> </ul> <p>Faible implication de l'ensemble des acteurs fait que plusieurs activités ne sont pas réalisées selon les objectifs de la stratégie,</p> <p>Absence d'un mécanisme de financement clair par activité de la stratégie,</p> <p>Insuffisance de la stratégie de mise en œuvre claire favorisant le suivi-évaluation,</p> <p>Insuffisance des moyens financiers pour la mise en œuvre de la stratégie,</p> <p>Non évaluation environnementale et sociale des effets effectifs de l'aménagement portuaire sur le côté Est du Port Autonome de Lomé (érosion),</p>
<p><b>Opportunités</b></p>	<p><b>Menaces</b></p>
<p>Présence des spécialistes en planifications formés par le gouvernement,</p> <p>Présence d'une pluralité d'investisseurs dans le secteur maritime ; possibilité de mettre en place un mécanisme de financement des projets de la stratégie par ces investisseurs,</p>	<p>Mise en cause de la qualité de la stratégie par les organisations sous régionales, régionales et internationales,</p> <p>Doutes des investisseurs sur la cohérence, la transparence, l'efficacité, la prévisibilité et la stabilité des actions de la stratégie,</p>

**2.2. Analyse SWOT du Cadre Stratégique pour le Développement de l’Economie Maritime et Côtière (CSDEMC)**

<b>Forces</b>	<b>Faiblesse</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Forces au niveau de la conception</b></li> </ul> <p>Un diagnostic FFOM bien élaboré et bien détaillé par secteur ;                      Définition de l’objectif général ;                      Un plan d’action ;                      Les recommandations par les sous-secteurs ;                      Une présentation d’expérience de quarte pays en matière de croissance de l’économie bleue.                      Approche participative</p> <p><b>Pertinence</b></p> <p>Un problème de gouvernance et de sécurité ce qui ne favorise pas le développement du secteur de l’économie bleue.</p> <p>L’enjeu majeur du développement en matière de gestion durable de l’exploitation des ressources de la zone maritime. À l’instar d’autres pays côtiers, le Togo est confronté à une forte érosion côtière.</p> <p><b>Cohérence</b></p> <p>Une approche transversale englobant les diverses politiques nationales de développement et de gouvernance (PND) tout en s’alignant sur les politiques régionales, continentales (par ex., <b>Agenda 2063 de l’Union africaine</b>).</p> <p>Au niveau international, le CSDEMC intègre le XIVème ODD. Cet objectif appelle à rester attentif aux évolutions du domaine maritime, qu’elles soient de nature sécuritaire, environnementale, économique ou institutionnelle.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Faiblesse au niveau de la conception</li> </ul> <p>Pas de l’échéancier sur la durée de couverture de ce cadre stratégique ;</p> <p>L’objectif général n’est pas accompagné des objectifs spécifiques ;</p> <p>Le plan d’action montre plusieurs résultats attendus sans objectifs spécifiques ;</p> <p>Il y’a une confusion totale entre la définition des résultats attendus et les actions ;</p> <p>Les résultats attendus sont formulés de la même manière que les actions à mener ; Ce qui ne peut pas favoriser un suivi des actions planifiées. Cette lacune ne va pas favoriser également l’atteinte des résultats ;</p> <p>Il n’existe pas d’un mécanisme de la mise en œuvre, du suivi et de l’évaluation ;</p> <p>Dans le plan d’action, on n’a pas défini un échéancier de manière à permettre un suivi et plus tard à une évaluation (à court, moyen et long terme)</p> <p>Absence d’un mécanisme de financement claire par activité de la stratégie ;</p>

	Insuffisance de la stratégie de mise en œuvre claire favorisant le suivi-évaluation.
<b>Opportunité</b>	<b>Menaces</b>
Présence des spécialistes en planification formés par le gouvernement ;  Présence d'une pluralité d'investisseurs dans le secteur maritime ; possibilité de mettre en place un mécanisme de financement des projets de la stratégie par ces investisseurs.	Mise en cause de la qualité de la stratégie par les organisations sous-régionales, régionales et internationales ;  Doutes des investisseurs sur la cohérence, la transparence, l'efficacité, la prévisibilité et la stabilité des actions de la stratégie.

### 2.3. Recommandations

Deux types de recommandations ont été formulés pour la planification et la gestion de l'économie maritime du Togo. Il s'agit des directives à l'endroit des pays du Golfe de Guinée et des autorités en charge de la conception et réalisation des politiques maritimes du pays.

#### 2.3.1. A l'endroit des pays du golfe de Guinée

A l'endroit des pays du golfe de Guinée, suivant l'analyse SWOT, les recommandations suivantes ont été formulées dans une approche intégrée de développement régional durable :

- sensibiliser les décideurs et les élus nationaux et locaux sur l'importance de la planification de l'économie maritime (PEM) dans le contexte d'un développement durable afin de favoriser le dialogue et la coopération sur la PEM transfrontalière et permettre par conséquent la croissance bleue dans le bassin du golfe de la guinée ;
- mettre en place un fonds ou une banque maritime entre ces pays, visant à financer les projets de la PEM et d'autres politiques maritimes ;
- mettre en place une feuille de route sur l'élaboration d'une directive cadre pour la PEM et l'économie bleue durable dans le bassin maritime du golfe de la guinée ;
- élaborer des études conjointes de connaissances du fond maritime de l'ensemble du bassin du golfe de la guinée ;
- promouvoir une approche intégrée et multi-échelle de la gouvernance. Dans chaque pays, une coordination est nécessaire au sein des différents niveaux de gouvernement mais aussi entre eux (de l'échelle nationale à l'échelle locale) avec une planification qui prendrait en compte les variations locales. À l'échelle régionale,

des mécanismes d'engagement supranationaux sont nécessaires ; ces derniers devraient être facilités par des plateformes régionales reconnues (conventions internationales/régionales existantes).

- conformément aux lois nationales, aux dispositions de la Convention des Nations Unies sur le droit de la mer et aux accords multilatéraux/bilatéraux pertinents en place, les approches transfrontalières de la PEM doivent promouvoir l'espace maritime en tant que « mer commune » et le concept de « biens communs », à travers une gestion partagée et coordonnée des zones sous juridiction nationale et des ressources dépassant les frontières.

- mettre en place des mécanismes de collaboration basés sur la consultation et le partage d'informations entre les institutions dotées de compétences maritimes en vue d'intégrer la PEM dans les politiques publiques ayant un impact sur l'utilisation et la gestion de l'espace maritime national.

- la participation et la communication sont importantes pour une adhésion de tous. A cet effet, il faut mettre en place un mécanisme de la diffusion des connaissances sur la PEM et participation des parties prenantes et du public. Le niveau de la participation du public à l'échelle régionale doit être aligné sur le niveau de coopération établi aux échelles techniques et administratives. Dans un contexte transfrontalier, cela peut nécessiter des mécanismes de participation spécifiques pour partager le savoir-faire et l'expertise entre les pays et devrait être abordé au cas par cas. Rendre les informations générales sur la PEM et l'économie bleue accessibles au public à différentes étapes du processus, dans un « langage » compréhensible et un format attractif, en assurant un équilibre entre les différentes parties prenantes représentées. Des efforts doivent être investis pour (i) mettre en place des mécanismes d'une participation active des utilisateurs de l'espace maritime et (ii) leur informer (ainsi que le public), des avantages de la PEM et du rôle des parties prenantes dans le processus d'exécution de ladite planification à travers des initiatives telles que les sciences collaboratives, aires marines éducatives, activités de protection de la nature, etc.

### **2.3.2. À l'endroit des autorités en charge de la conception des politiques maritimes et de la gestion maritime**

Au regard de l'analyse diagnostique des deux politiques et stratégies du Togo pour le développement économique de l'espace maritime, les recommandations suivantes ont été formulées :

- Il est souhaitable de mettre en place une cellule chargée de la planification et du suivi-évaluation pour encadrer au mieux toute activité de planification surtout dans le contexte actuel des réformes gouvernementales visant l'adoption du budget-programme dans les politiques, stratégie et programmes/projets publics. La mise en place d'une cellule ou division de la planification corrigerait les lacunes relevées dans les documents stratégiques élaborés, et permettra une meilleure gestion de la mise en œuvre et de suivi de ces stratégies ;

- La question de gouvernance maritime est importante pour la gestion de l'espace maritime togolais. Avec, la création du Ministère de l'Economie Maritime, de la Pêche et de la Protection Côtière du nouveau gouvernement en 2020, il serait souhaitable de clarifier les rôles (qui fait quoi) afin d'élucider les champs d'action de ces structures aux acteurs ;
- La question des frontières maritimes juridiques du Togo avec les pays voisins reste préoccupante. Pour mieux réussir la planification de l'espace maritime togolais, il serait souhaitable que l'Etat accentue le processus de négociation avec les pays voisins pour donner accès à sa ZEE, au Plateau Continental et aux eaux internationales ;
- Il serait préférable également que l'état renforce les systèmes juridiques maritimes pour se conformer aux exigences internationales et nationales. Cela peut contribuer à rassurer et attirer les investisseurs ;
- le processus de la PEM ayant démarré avec le choix de l'autorité chargée de son élaboration, s'assurer des moyens et éléments nécessaires à son élaboration afin d'éviter un plan qui ne contribuerait pas véritablement au développement de l'économie bleue ;
- faire une évaluation environnementale de l'espace maritime pour savoir si les activités affectées à une zone quelconque n'entraîneront pas des impacts négatifs au milieu marin et à la population riveraine ;
- La PEM peut promouvoir des stratégies d'économie bleue durable en allouant un espace à des secteurs spécifiques (par exemple les énergies renouvelables). Ces stratégies doivent être guidées par le concept de bon état écologique, les évaluations d'impact sur l'environnement et les principes de consultation ouverte et d'acceptabilité (à la fois avec l'administration et les parties prenantes) ;
- La contribution de la PEM à la réalisation des objectifs socioéconomiques et écologiques doit figurer dans ces stratégies d'économie bleue. Donc, prendre en compte la PEM dans les politiques et stratégies maritimes. Aussi est-il question dans un premier temps, que l'approche écosystémique soit intégrée au cadre juridique de la PEM, de sorte que les objectifs de l'approche écosystémique soient juridiquement reconnus. Par la suite, des lignes directrices sont nécessaires pour rendre opérationnelle cette approche dans l'espace maritime national afin de protéger les biens et services des écosystèmes marins ;
- promouvoir une meilleure connaissance (inventaires) sur les espèces, les habitats et leurs interactions ainsi que, sur les conséquences des impacts cumulatifs sur le milieu marin ;
- mettre en place une entité nationale chargée de la mobilisation des fonds pour financer les projets de développement maritime ;
- créer un centre de Recherche, du développement, de l'innovation et de la formation sur la connaissance, les techniques, les données et des produits à



l'appui de l'élaboration de plans de l'espace marin et du renforcement des capacités des parties prenantes au cours du processus ;

- promouvoir et financer la collecte et l'échange des données, qui, en plus de guider la prise de décisions pour la conception des plans, seront nécessaires pour évaluer et orienter les améliorations futures des plans ;
- encourager la recherche, l'innovation et le développement des capacités dans le domaine marin et maritime, en particulier la planification et le management maritimes, l'économie bleue, la biotechnologie, l'océanographie ; la cartographie sous-marine, la géologie marine les interactions terre-mer et les effets du changement climatique. La connaissance de l'espace maritime par les recherches dans ces domaines. Il serait souhaitable que l'état Togolais, à travers le ministère de l'enseignement supérieur, finance les recherches dans ces secteurs même si des efforts dans ce sens existent déjà sur la protection côtière. Etendre cependant ces initiatives, surtout sur la connaissance du milieu marin en mettant en place un projet sur les recherches marines (c'est l'exemple de l'Irlande, l'UE et le Sénégal). Pour ce faire, il faudra structurer les recommandations de ces recherches dans le contexte de la Décennie des Nations Unies pour les sciences océaniques au service du développement durable (2021-2030) ;
- la participation et la communication sont importantes pour une adhésion de tous. A cet effet, la diffusion des connaissances sur la planification de l'espace marin et participation des parties prenantes et du public. Le niveau de participation du public à l'échelle régionale doit être aligné sur le niveau de coopération établi aux échelles technique et administrative. Dans un contexte transfrontalier, cela peut nécessiter des mécanismes d'intervention spécifique en vue de partager le savoir-faire et l'expertise entre les pays.

### 3. Discussion

Les forces, les faiblesses, les opportunités, les menaces des politiques et stratégies du Togo en matière de développement de l'économie maritime et les recom

La majorité des critiques adressées à la PEM dans le cadre de cette littérature ne sont en réalité pas spécifiques à elle. De nombreux équivalents existent dans les écrits consacrés à l'aménagement du territoire, et plus généralement aux politiques publiques. Des travaux sur les notions de pouvoir et de gouvernance produits dans la seconde moitié du XXème siècle dans les domaines des sciences politiques, de la sociologie et de la philosophie, en font cas également. L'un des premiers constats dressés par les chercheurs prônant cette approche critique est que la question du pouvoir ait été insuffisamment problématisée dans la conception théorique de la PEM alors qu'elle apparaît incontournable en pratique : « une mise en œuvre réussie ne peut se faire qu'en reconnaissant et en traitant les relations de pouvoir inégales ». En effet, en dépit du caractère *intégré* de la PEM, impliquant la participation de l'ensemble des parties prenantes concernées au long du processus, de nombreux

auteurs ont, en écho aux résultats de l'enquête, souligné les déséquilibres dont cette participation peut faire état (C. Dupont, 2021, p. 171).

Plusieurs auteurs ont en effet illustré la tendance des processus de gouvernance participatifs, collaboratifs ou intégrés à renforcer le statu quo et à reproduire les dynamiques de pouvoirs qu'elle visait justement à lisser, voire à consolider la position de force des intérêts puissants, du fait d'une représentation et de ressources inadéquates et inégales. Dans ce contexte, certains décrivent la gouvernance participative comme un leurre ne faisant « guère plus que mettre en œuvre le statu quo » ou « légitimer les programmes des acteurs dominants ». A l'évidence, la PEM française n'est pas épargnée par ces constats, tant elle apparaît contrainte dans sa capacité à favoriser l'élaboration d'une vision commune et partagée ainsi qu'à résister au pouvoir d'influence de certains groupes d'acteurs (C. Dupont, 2021, p. 172)

Selon Gaudin (2014 repris par C. Dupont, 2021), c'est la diversité des acteurs et intérêts représentés dans le cadre de la gouvernance moderne (i.e. participative) qui est à l'origine des contradictions majeures qui affectent sa capacité à produire et servir une vision partagée, d'autant plus dans des « sociétés complexes », « où l'action publique se déroule dans des contextes de plus en plus mouvant ».

Le contraste avec la situation française apparaît de manière saisissante. En effet, bien que certains aient pris le soin de rappeler qu'en France, « la mer, c'est l'État », les entretiens ont plutôt souligné le -trop- faible investissement de ce dernier dans la phase stratégique de la planification, parfois qualifié de manque d'« ambition » voire de « courage ». A ce titre, le constat d'une planification descendante et centralisée ne semble pas approprié au Français. Au contraire, la PEM française semble plutôt souffrir des limites de son « impératif participatif », la réduisant à une négociation ne faisant que reproduire l'ordre établi au profit de la « paix sociale » (C. Dupont, 2021 ; p. 174).

Finalement, si une dominance apparaît à travers l'enquête, c'est bien celle du secteur de la pêche, du fait de son pouvoir d'influence auprès, mais aussi au sein de l'État. Le maintien du statu quo (c'est-à-dire la non-remise en cause des zones d'activités) apparaît en effet à son avantage dans ce contexte (C. Dupont, 2021 ; p. 174). Ceci se confirme au Togo par les conflits d'usage de la mer entre les pêcheurs locaux, les chalutiers et les États voisins en l'instar du Togo, Ghana, Bénin et le Nigéria en raison d'un problème de délimitation de frontière (H. M. Bakai, 2017, p. 47 et 59 ; Y. Simtagna, 2022, p. 61).

En ce qui concerne l'efficacité et l'efficience des politiques et stratégies du Togo en matière de développement de l'économie bleue, P. Adjoussi (2022 ; p. 71) recommande que l'État promulgue la loi, sur la gestion de son espace maritime relativement saturé, applicable à tous les acteurs avec des règles d'occupation et d'exercice d'activités claires afin d'éviter tout dérapage et toute catastrophe. Il insiste que tous les acteurs soient impliqués et mis sous la responsabilité du ministère de l'économie maritime, de la pêche et de la protection côtière.

## Conclusion

En définitif, cet article a analysé les politiques et stratégies du Togo en matière de développement de l'économie maritime. Il en a ressorti les forces, les faiblesses, les opportunités et les menaces à la suite desquelles des recommandations ont été formulées aussi bien, à l'endroit des pays du Golfe de Guinée qu'à l'endroit des autorités en charge de la conception et la mise en œuvre des politiques maritimes au Togo. Il convient de souligner que les politiques et stratégies de développement de l'économie maritime du Togo sont relativement bien élaborées dans leur conception. Elles ressortent la forte pression à la fois anthropique et naturelle exercée sur l'espace et qui sous-tend leur élaboration. Celle-ci entraîne des répercussions, des déséquilibres et des risques (érosion, inondations, pollutions, etc) qui motivent la mise en œuvre de ces stratégies de l'Etat et la prise des dispositions législatives (loi sur le littoral), organisationnelles (schéma directeur d'aménagement national et régional), prévisionnelles (système d'alerte précoce), de protection et de sécurisation à l'aide d'ouvrages et de surveillance qui se révèlent peu efficace et efficiente d'où la nécessité des recommandations formulées dont l'implémentation rendrait le développement de l'espace harmonieux et durable.

## Références bibliographiques

- ADJOUSSE Pessièzoum, 2022, *Le littoral du Togo : de la pression à la protection* ; Editions Awoudy, Lomé, 130 p.
- ALI MALOUA Rachida et VIMENYO Messan, 2020, Les enjeux sécuritaires dans l'espace maritime du Togo, *Revue de Géographie de l'Université Jean Lorougnon Guédé de Daloa*, n° 3, Daloa, Cote d'Ivoire, Consulté en ligne le 20 septembre 2022 à 10h14, <https://www.google.com/search?client=firefox-b-d&q=enjeux+s%C3%A9curitaire+de+l'espace+maritime+u+Togo>
- BAKAI Matchonnawè Hubert, 2017, *La délimitation des espaces maritimes du Togo au service de la sécurité des ressources marines pour le développement économique et en faveur d'une gouvernance maritime régionale*. Master 2 de Droit de l'Environnement, des Espaces et Ressources Maritimes Et de l'Aménagement du Littoral, 182 p.
- DEGBE Cossi George Epiphane, 2009, *Géomorphologie et érosion côtière dans le Golfe de Guinée*, mémoire de Master 2 en Océanographie physique, Faculté des Sciences et Technique, Université d'Abomey-Calavi, Cotonou, 100 p.
- FIAGAN Koku-Azonko, 2014, *La pêche artisanale maritime et sa contribution au développement socio-économique au Togo*, thèse de Doctorat en Géographie, Université de Lomé, Lomé, 456 p.
- HARDING Alan, PALSON Gylfi, RABALLAND Gaël, 2007, « *Ports et transport maritime en Afrique de l'Ouest et du Centre : les défis à relever* », Document de travail du SSATP, New York, n°84 F, 56 p.

- KOMBATE Yentchabré, 2011, *Le port Autonome de Lomé et avant pays*, thèse de Doctorat, option géographie des transports, Université de Lomé, Lomé, 401 p.
- ONAEM, 2016, *Stratégie Nationale pour la Mer et le littoral*, Lomé, 105 p.
- SIDE EVENTS, 2016, « *Sommet extraordinaire de l'Union Africaine sur la sécurité et la sûreté maritimes et le développement en Afrique : Protégeons nos Océans* », Dossier du participant, Lomé 64 p.
- SIMTAGNA Yao, 2022, *Planification et gestion de l'espace maritime togolais dans la perspective de développement de l'économie bleue*, mémoire de Master 2 en Planification de développement, Faculté des Sciences Economiques et de Gestion, université de Kara, Kara, 87 p.
- VIMENYO Messan, 2015, « *Le parc marin au large du port de Lomé : quel rôle dans la lutte contre la piraterie maritime dans le Golfe de Guinée ?* », Communication présentée au séminaire de Dakar, Dakar 18 p.

## PORTRAIT DU MEDECIN SPECIALISTE DE LA GESTION DES SYSTEMES DE SANTE

**Kossivi Agbélénko AFANVI<sup>1,2\*</sup>**

Université de Lomé, Togo

[afankos@yahoo.fr](mailto:afankos@yahoo.fr)

**Koffi Vovolité AGBETIAFA<sup>2,3</sup>**, Société Togolaise des Managers Médicaux, Lomé, Togo, **Tchaa KADJANTA<sup>4</sup>**, Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, Togo, **Yao KASSANKOGNO<sup>1,2,§</sup>**, Université de Lomé, Togo,

**Nadedjo BIGOU-LARE<sup>5</sup>**, Université de Lomé, Togo,

**Bayaki SAKA<sup>6</sup>**, Université de Lomé, Togo

**Didier Koumavi EKOUEVI<sup>1</sup>**, Université de Lomé, Togo

**Tchin DARRE<sup>7</sup>**, Université de Lomé, Togo

---

### Résumé

**Introduction** : Depuis la création de la spécialité médicale de la gestion des systèmes de santé dans l'espace du Conseil Africain et Malgache de l'Enseignement Supérieur (CAMES) et au Togo, à notre connaissance, il n'existe aucune offre pour former les médecins spécialistes. Les médecins s'interrogent sur le spécialiste de cette discipline médicale. L'objectif de ce travail était de peindre le médecin spécialiste de la gestion des systèmes de santé. **Méthodes** : Dans une étude de cas réalisée du 16 mai au 29 septembre 2023, nous avons brossé le portrait du médecin spécialiste de la gestion des systèmes de santé en nous basant sur son socle épistémologique, ses domaines curriculaires de formation et les postes qu'il peut occuper. L'étude a été menée en trois (03) phases : l'analyse documentaire, la réflexion sur la pratique et l'interview. **Résultats** : Nous avons proposé de désigner le médecin spécialiste de la gestion des systèmes de santé « médecin certifié gestionnaire des systèmes de santé, en abrégé MGest ». Douze (12) domaines meublent le curriculum de formation de cet expert-gestionnaire qui, principalement, peut occuper les postes de cadre supérieur et intermédiaire au Togo. **Conclusion** : Le portrait a apporté des éléments de réponse aux interrogations des médecins sur le spécialiste de la discipline médicale de la gestion des systèmes de santé. Pour produire un médecin expert-gestionnaire par le diplôme d'études spécialisées (DES), la formation médicale post-

---

<sup>1</sup>Département de Santé Publique, Faculté des Sciences de la Santé – Université de Lomé, Togo.

<sup>2</sup>Société Togolaise des Managers Médicaux, Lomé, Togo.

<sup>3</sup>Direction Préfectorale de la Santé du Golfe, Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, Togo.

<sup>4</sup>Direction des Ressources Humaines, Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, Togo.

<sup>5</sup>Laboratoire de Recherche en Management des Organisations, Faculté des Sciences Economiques et de Gestion – Université de Lomé.

<sup>6</sup>Service des examens du Décanat, Faculté des Sciences de la Santé – Université de Lomé, Togo.

<sup>7</sup>Décanat, Faculté des Sciences de la Santé – Université de Lomé, Togo.

§ In memoriam

\* **Auteur correspondant, contact** : **Docteur AFANVI Kossivi Agbélénko** ; Courriel : [afankos@yahoo.fr](mailto:afankos@yahoo.fr) Tél Portable : 00228 90 08 84 19 ; WhatsApp : 00228 90 54 85 85

universitaire doit opérer des changements. Les travaux ultérieurs partageront les résultats de ces améliorations.

**Mots-clés :** Gestion des systèmes de santé, médecin spécialiste de la gestion des systèmes de santé, médecin certifié gestionnaire, portrait, épistémologie.

## Abstract

### PORTRAIT OF THE SPECIALIST DOCTOR IN HEALTH SYSTEMS MANAGEMENT

**Introduction:** Since the creation of the medical specialty of health systems management by the *Conseil Africain et Malgache de l'Enseignement Supérieur* (CAMES) and in Togo, to our knowledge, there is no program to train specialist doctors. Hence their interrogation about the specialist in this medical discipline. The objective of this work was to portray the specialist doctor in health systems management. **Methods:** In a case study carried out from May 16 to September 29, 2023, we painted the portrait of the specialist doctor in health systems management based on its epistemology, curricular areas of training and the job he can do. The study was carried out in three (03) phases: literature review, reflection on the practice and interview. **Results:** We proposed to designate the specialist doctor in health systems management “certified doctor-manager of health systems or *médecin certifié gestionnaire des systèmes de santé*, abbreviated MGest”. Twelve (12) areas make up the training curriculum of this expert-manager who, mainly, can occupy senior and middle management positions in Togo. **Conclusion:** The portrait provided some answers to doctors' questions about the specialist in the medical

discipline of health systems management. To produce a doctor expert-manager through the *diplôme d'études spécialisées* (DES), postgraduate medical training must make changes. Future work will share the results of these improvements.

**Keywords:** Health systems management, specialist doctor in health systems management, certified doctor-manager, portrait, epistemology.

## Introduction

Les changements de notre vie sociale et économique ont augmenté la demande en matière de soins et services de santé [1, 2]. Les nouveaux défis auxquels les systèmes de santé du monde entier sont confrontés demandent que les médecins en exercice étendent leurs compétences existantes et développent de nouvelles dans divers domaines de leur profession. La gestion, le leadership et l'administration font partie de ces domaines [1-4]. Ces trois (03) domaines sont interdépendants et la frontière entre eux est floue [5]. La gestion compte car rien d'efficace ne se produit sans la budgétisation, la planification et la mise en œuvre. Sans le leadership, il ne peut y avoir de gestion efficace car personne ne pourra décider de la vision et de la stratégie de l'organisation et engager le personnel. Une organisation dotée d'un bon leadership et d'une bonne gestion n'aboutira à rien sans l'administration car le remplissage quotidien des formulaires, le règlement des factures, l'émission des avis de paiement et la fourniture de données aux régulateurs ne se feront pas [5].

L'importance de la gestion et du leadership dans la performance des systèmes de santé est internationalement reconnue [6, 7]. De plus, les programmes de formation en gestion sont positivement associés à la qualité des soins de santé [6]. Pour organiser les pratiques, la gestion, l'administration et le leadership des systèmes de santé ont été professionnalisés [2, 8, 9]. Les efforts durant ces 40 dernières années ont abouti à la création de la spécialité médicale d'administration, leadership et gestion aux États-Unis, Royaume-Uni, Canada et en Australie [2, 10-14]. L'espace du conseil africain et malgache de l'enseignement supérieur (CAMES) a aussi emboîté le pas des occidentaux [15].

A ce jour dans l'espace du CAMES et au Togo depuis sa création en 1988 [16], à notre connaissance, il n'existe aucune offre pour former des médecins spécialistes. Les médecins peuvent alors s'interroger sur le spécialiste de cette discipline médicale. L'objectif de ce travail était de portraiturer le médecin spécialiste de la gestion des systèmes de santé.

## **Méthode**

### **Schéma, période et variables de l'étude**

Dans une étude de cas réalisée du 16 mai au 29 septembre 2023, nous avons brossé le portrait du médecin spécialiste de la gestion des systèmes de santé [17, 18]. Les éléments du portrait ont porté sur le socle épistémologique, les domaines curriculaires de la formation du médecin spécialiste de la gestion des systèmes de santé et les postes que peut occuper ce médecin spécialiste. L'étude a été menée en trois (03) phases : l'analyse documentaire, la réflexion sur la pratique et l'interview.

L'analyse documentaire a portraituré les domaines curriculaires de la formation du médecin spécialiste de la gestion des systèmes de santé. Cette analyse a été faite à partir des publications académiques sélectionnées en lien avec les titres « *physician executive; physician manager; physician leader; physician administrator; administrative physician; doctor-manager; doctor manager; physician or doctor specialist in health care administration, leadership, and management; specialist medical administrator; medical manager; medical leader; medical administrator* » [2, 10-14]. Nous avons aussi analysé les ouvrages de référence sur les curricula de formation dans ces domaines que sont « *Health systems science et Healthcare systems engineering* » [19, 20].

L'interview et la réflexion sur la pratique ont été utilisés pour portraiturer le socle épistémologique du médecin spécialiste de la gestion des systèmes de santé et les postes que peut occuper ce médecin spécialiste. La réflexion sur la pratique a précédé l'interview et lui a servi de base d'entretien.

Le socle épistémologique a brossé les grands traits de ce qui fait que la certification et le travail du médecin spécialiste de la gestion des systèmes de santé sont robustes et scientifique à travers quatre (04) dimensions : l'ontologie, l'épistémique, la méthodologie et l'axiologie [21, 22].

Définie comme science de l'étant en tant qu'étant [23], l'ontologie de la gestion des systèmes de santé s'était interrogée sur la nature du médecin spécialiste de la gestion des systèmes de santé et comment le reconnaître dans le monde réel [22].

La dimension épistémique a trait au travail du médecin spécialiste de la gestion des systèmes de santé [22].

La dimension méthodologique a porté sur les critères qui font que le travail produit par le médecin spécialiste de la gestion des systèmes de santé est valable et justifié [22]. Cette dimension a trait aux normes de jugement et aux procédures de vérification de ces normes. En tant que professionnel d'une branche de la médecine, le travail du spécialiste de la gestion des systèmes de santé doit être scientifique. Un travail scientifique est un travail dont on peut garantir, ou établir, les conditions dans lesquelles il peut être dit qu'il est vrai [22].

La dimension axiologique a interrogé les valeurs portées par le travail du médecin spécialiste de la gestion des systèmes de santé [22]. Quel que soit son domaine d'activité, qu'il s'agisse de la chirurgie, cardiologie, pathologie ou d'administration, le médecin doit diriger tous ses efforts vers un seul but : le bien-être des malades et de la population [2]. Cette dimension a brossé les effets et impacts du médecin spécialiste de la gestion des systèmes de santé sur le bien-être des malades et de la population.

### **Collecte des données**

Les bases de données « *PubMed* et *GoogleScholar* » ont été interrogées avec les titres susmentionnés [2, 10-14]. Nous n'avons pas fait une revue systématique des données. Nous avons sélectionné les publications qui ont trait aux titres et qui nous permettaient de décrire les domaines de connaissances et de compétence du médecin spécialiste de la gestion des systèmes de santé. Une priorité a été donnée aux revues systématiques de la littérature.

La réflexion sur la pratique et l'interview ont concerné le cas unique médecin expert-gestionnaire des systèmes de santé disponible au Togo [24]. Il lui a été demandé de se baser sur son expertise, de réfléchir sur ses pratiques et de jeter un regard sur le système de santé togolais pour répondre aux questions d'un formulaire établi à cet effet. Les questions figurant sur ce formulaire ont trait à l'épistémologie et aux postes qu'un médecin spécialiste de la gestion des systèmes de santé peut occuper. L'entretien d'interview été fait en face-à-face dans le bureau du cas unique. Les questions structurées fermées et ouvertes ont été posées pour un portrait bien détaillé. Les questions posées au cas unique pour peindre l'ontologie étaient : « comment appelle-t-on un médecin spécialiste de la gestion des systèmes de santé ? qui est un médecin spécialiste de la gestion des systèmes de santé ? comment peut-il être reconnu dans le monde réel ? » [22].

Pour l'épistémique, les questions posées étaient : « quel genre de travail constitue le travail authentique d'un médecin spécialiste en gestion des systèmes de santé ? [22].



Pour la dimension méthodologique, il a été demandé au cas unique de répondre aux questions suivantes : « comment est-ce que le travail du médecin spécialiste de la gestion des systèmes de santé est défini comme étant vrai ? quelles sont les conditions dans lesquelles ce travail est vrai ? quels sont les normes de jugement et les procédures de vérification du travail du médecin spécialiste de la gestion des systèmes de santé ? » [22].

Pour la dimension axiologique, il a été demandé au cas unique de répondre aux questions suivantes : « qu'est-ce que le médecin spécialiste en gestion des systèmes de santé apporte au bien-être des malades et de la population ? quels sont les effets et impacts du médecin spécialiste de la gestion des systèmes de santé sur le bien-être des malades et de la population ?

Enfin, la liste des domaines curriculaires établie à partir de l'analyse documentaire a été soumise au cas unique pour son regard critique sur les savoirs, savoir-faire et savoir-être du médecin spécialiste de la gestion des systèmes de santé [25].

### **Analyse des données**

Les données ont été analysées dans Excel de l'office Microsoft 365. Les résultats de l'analyse ont été présentés sur un format de type « portrait » [26]. Durant l'analyse, le socle épistémologique a d'abord été présenté puis les domaines curriculaires de la formation.

### **Résultats**

#### **Le socle épistémologique du médecin spécialiste de la gestion des systèmes de santé**

La gestion des systèmes de santé est une discipline scientifique de la médecine. Le médecin spécialiste est certifié par la coordination de la spécialité au terme d'un processus marqué par l'obtention d'une qualification diplômante de niveau 7 ou plus en sciences de gestion des systèmes de santé, une expérience professionnelle exclusive d'administrateur, gestionnaire ou directeur des systèmes de santé de trois (03) ans après l'obtention du diplôme, un stage d'au moins trois (03) ans supervisé par un maître spécialiste-gestionnaire aboutissant à la soutenance d'un mémoire, un engagement à poursuivre son développement professionnel, et la souscription au code de conduite éthique des gestionnaires professionnels (tableau I).

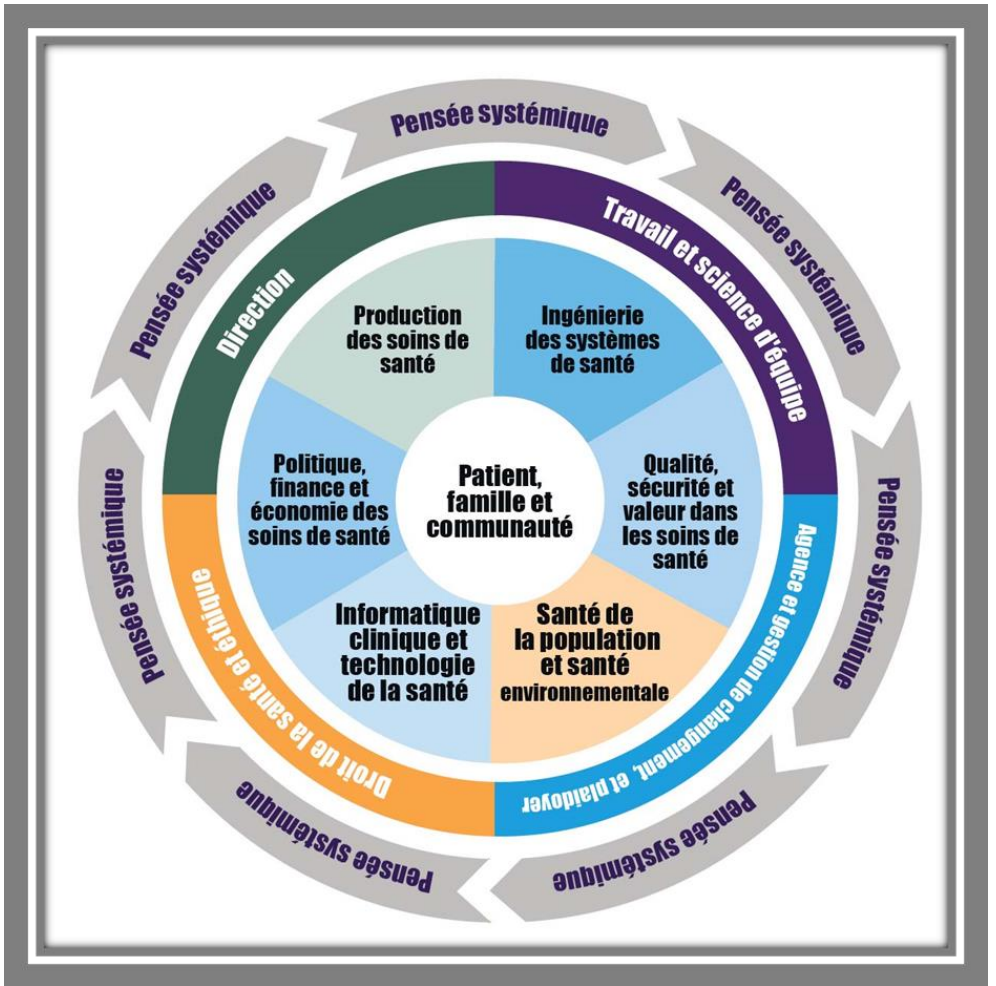
#### **Les domaines curriculaires de la formation du médecin spécialiste de la gestion des systèmes de santé**

Douze (12) domaines fonctionnels de base, fondamentaux et de liaison soutiennent les savoirs, savoir-faire et savoir-être du médecin spécialiste de la gestion des systèmes de santé (figure 1).

**Tableau I : Socle épistémologique du médecin spécialiste en gestion des systèmes de santé**

	<b>Questions</b>	<b>Réponses</b>
<b>Ontologie</b>	Comment appelle-t-on le médecin spécialiste de la gestion des systèmes de santé ?	On l'appelle « médecin certifié gestionnaire des systèmes de santé, en abrégé MGest. ». Il est certifié par la coordination de la spécialité de gestion des systèmes de santé.
	Qui est un MGest. ?	Pour être MGest., le médecin inscrit au tableau de l'ordre doit (1) avoir une qualification diplômante de niveau 7 ou plus en sciences de gestion des systèmes de santé, (2) avoir au moins cinq (05) ans d'expérience professionnelle de médecin dont trois (03) ans de travail exclusif d'administrateur, gestionnaire ou directeur des systèmes de santé après l'obtention du diplôme, (3) avoir fait au moins trois (03) ans de stage supervisé par un maître spécialiste-gestionnaire achevé par la soutenance d'un mémoire, (4) s'engager à poursuivre son développement professionnel, et (5) souscrire au code de conduite éthique des gestionnaires professionnels. Le médecin inscrit au tableau de l'ordre qui a validé les points (1) et (2) reçoit la désignation de « médecin gestionnaire formé, en abrégé fMGest. ».
	Comment peut-il être identifié ou reconnu dans le monde réel ?	Expert-gestionnaire des systèmes de santé, le MGest. intègre les connaissances, compétences, éthique et valeurs de médecin avec celles d'un gestionnaire-leader pour prester des soins de santé sécuritaires, obtenir de meilleurs résultats de santé et diriger un système de santé créateur de valeur.
<b>Epistémique</b>	Quel genre de travail appelle-t-on travail d'un MGest. ?	Le MGest. pose le diagnostic de santé publique et le diagnostic managérial, prescrit le traitement approprié, alloue les ressources pour atteindre les résultats prévus et dirige le système de santé vers son renforcement.
<b>Méthodologie</b>	Comment le travail du MGest. est-il défini comme étant vrai ?	Le MGest. utilise des outils (statistique, gestion de la qualité, gestion de projet, gestion des opérations, gestion financière, gestion des risques) pour résoudre les problèmes. Sa méthode de travail est analogue à la démarche hypothético-déductive.
	Quelles sont les conditions dans lesquelles le travail	Le CMGest. travail dans un système téléologique dont la finalité est de satisfaire les besoins de santé des individus, de la famille et

	du CMGest. est vrai ? Quels sont les normes et procédures de jugement du travail du CMGest. ?	de la population (microsystème, mésosystème et macrosystème). Le CMGest. est jugé sur la base de l'impact positif des projets qu'il pilote avec des indicateurs de résultat, de processus, de structure et d'équilibrage conformement aux normes.
<b>Axiologie</b>	Quels sont les effets et impacts du CMGest. sur le bien-être des patients et de la population ?	A travers ce qu'il dit ou fait, les gens ont un meilleur accès aux soins, une meilleure expérience de soins, une meilleure couverture des interventions de santé, des soins sécuritaires et de qualité, de meilleurs résultats de santé, et des systèmes de santé renforcés.



**Figure 1 : Domaines curriculaires de la formation du médecin spécialiste de la gestion des systèmes de santé (modifié à partir de [19, 20])**

Le cercle intérieur comprend les domaines fonctionnels de base des sciences de gestion des systèmes de santé. Le cercle du milieu comprend les domaines fondamentaux de la gestion du changement, de l'éthique et de la déontologie, et la pensée systémique est le domaine qui relie tous ces domaines entre eux.

### Le travail du médecin spécialiste de la gestion des systèmes de santé

Le médecin spécialiste de la gestion des systèmes de santé peut occuper des postes de cadre supérieur, intermédiaire et de premier niveau dans les systèmes de santé togolais (tableau II).

	Postes possibles	Responsabilités
<b>Cadres supérieurs ou dirigeants</b>	Secrétaire Général du Ministère	Fixation de la direction des systèmes de santé
	Administrateur central (DGAS, DGEPIIS, directeur central au ministère de la santé)	Positionnement stratégique
	Directeur régional de la santé	Orientation générale
	Directeur préfectoral de la santé	Gestion stratégique des systèmes de santé
	Président d'Université	
	Doyen de la FSS	
	Directeur général d'EPA (Hôpital, CNTS, CNAO, CAMEG, INH)	
	Directeur d'une école nationale de formation (EAM, ENAM, ENSF)	
	Directeur médical d'un hôpital	
<b>Cadres intermédiaires</b>	Chef division au ministère de la santé	Coordination
	Chef programme de santé	Suivi & évaluation
	Chef d'un département à la FSS	Gestion tactique des systèmes de santé
	Médecin-chef communal de la santé	
<b>Cadres de premier niveau</b>	Chef de section au ministère de la santé	Formation et supervision
	Chef d'une structure de soin non autonome	Répartition des tâches
	Gestionnaire d'une unité hospitalière	Gestion opérationnelle des systèmes de santé
	Chef de projet et des équipes d'amélioration	

DGAS = directeur général de l'action sanitaire ; DGEPIIS = directeur général des études, de la planification et de l'information sanitaire ; CNTS = centre national de transfusion sanguine ; CNAO = centre national d'appareillage orthopédique ; CAMEG = centrale d'achat des médicaments essentiels génériques ; INH = institut national d'hygiène ; CHU = centre hospitalier universitaire ; EPA = établissement public à caractère administratif ; FSS = faculté des sciences de la santé ; EAM = école des assistants médicaux ; ENAM = école nationale des auxiliaires médicaux ; ENSF = école nationale des sages-femmes)

### Discussion

Pour apporter des éléments de réponse aux interrogations des médecins sur le spécialiste de la discipline médicale « gestion des systèmes de santé », nous avons réalisé une étude de cas pour brosser le portrait de son médecin spécialiste. Nous

avons proposé de désigner le médecin spécialiste de la gestion des systèmes de santé « médecin certifié gestionnaire des systèmes de santé, en abrégé MGest ». Douze (12) domaines meublent le curriculum de la formation du médecin spécialiste de la gestion des systèmes de santé. Expert-gestionnaire, le médecin spécialiste de la gestion des systèmes de santé peut occuper des postes de cadre supérieur, intermédiaire et de premier niveau au Togo.

La gestion des systèmes de santé est une discipline scientifique de la médecine. Pour qu'une discipline acquiert le vrai statut de science, elle doit passer le filtre de la philosophie des sciences. Faire de la philosophie des sciences, c'est réfléchir sur la connaissance scientifique, ses procédés, ses résultats [21].

Le MGest. travaille dans des systèmes sociaux téléologiques, i.e. des systèmes sociaux ayant une finalité [27]. Le terrain d'étude de la gestion des systèmes de santé est le microsystème clinique, le mésosystème et le macrosystème [28, 29]. Dans la réalité, le MGest. existe puisque la gestion des systèmes de santé est une spécialité médicale reconnue au Togo, dans l'espace du CAMES et dans le monde [2, 10-16]. Il peut être identifié ou reconnu dans le monde réel grâce au diplôme qui témoigne de sa certification. En médecine, le spécialiste possède une formation clinique avancée et détient un diplôme universitaire de troisième cycle [30]. Une partie de son travail est réelle (outils, méthodes et résultats obtenus) et l'autre partie est construite (fixation de la direction, des objectifs, de l'orientation générale). Le réalisme et le constructivisme font que, sur le plan épistémologique, la gestion des systèmes de santé s'inscrit dans les orientations constructiviste portée par les sciences sociales et les sciences de l'ingénieur et réaliste portée par les sciences naturelles [22].

Les domaines curriculaires qui ont servi à sa formation ont permis au MGest. d'acquérir des savoirs, savoir-faire et savoir-être sur lesquels il se base pour travailler. Son travail sur le terrain lui permet d'acquérir de l'expérience et il se base sur ses expériences passées (conceptualistes) pour faire ses observations. Ces expériences sont à leur tour utilisées pour prédire une gamme de futurs possibles qui vont demander que des actions (pragmatiques) soient menées. Tous ces éléments font que le fondement philosophique de la gestion des systèmes de santé est le pragmatisme conceptualiste [31]. Les méthodes et outils utilisés par le MGest. reflètent le pragmatisme de Lewis [31-35].

Pour être candidat à la certification comme MGest., le médecin doit être inscrit au tableau de l'ordre. Au Togo et dans l'espace du CAMES, la gestion des systèmes de santé est une spécialité de la filière santé publique [15, 16]. Au Royaume-Uni, en Australie et au Canada, cette surspécialité est accessible à tous les médecins [2, 10-12]. Aux États-Unis, le positionnement en fonction de coordination des spécialités médicales. Même si la spécialité est accessible à tous les médecins, elle est considérée comme une surspécialité pour les médecins anesthésistes, médecins de famille, médecins urgentistes et les spécialistes de la médecine préventive, [13, 14].

Le MGest. est certifié par la coordination de la spécialité. Son processus de certification est identique à celui d'un médecin spécialiste en santé communautaire certifié par le Collège Ouest-Africain des Médecins et celui d'un expert-gestionnaire

[24, 36]. Ce processus est différent de celui du diplôme d'études spécialisées (DES) dont l'expérience de terrain et la période de la pratique sont plus réduites [15, 16]. Pour que la formation par le DES de santé publique option gestion des systèmes de santé produise un médecin expert-gestionnaire, la formation post-universitaire doit durer au moins cinq (05) ans et comporter (i) l'obtention obligatoire d'un master en gestion des systèmes de santé avant l'inscription au DES ou avant la fin de la deuxième année du DES, (ii) deux (02) ans de pratique sur des cas réels de gestion des systèmes de santé enregistrés dans une bibliothèque numérique, et (iii) trois (03) ans de stage supervisé. Cette approche inclurait la pratique délibérée et serait semblable au « *top gun-like approach* » pour former des praticiens experts [37]. En attendant de développer un tel programme, le DES sanctionne une action de formation professionnelle des médecins spécialistes, et non des médecins experts. Dans l'ingénierie de formation, une action de formation dont la finalité est de faire acquérir des compétences de niveau « spécialiste » produit des professionnels capables de faire évoluer leur domaine par une réflexion et une pratique avancée, et sont reconnus comme tels par leurs pairs [38]. Un professionnel de niveau « expert » est reconnu comme tel dans son domaine grâce à ses actions, innovations et publications [38].

Le professionnel de la gestion et leadership dans tous les secteurs s'appelle « expert-gestionnaire ou *chartered manager* » et le titre « expert » est la qualification terminale dans toute profession [24]. Pour les médecins, le terme « expert » est généralement utilisé dans le cadre de l'expertise médico-légale [39, 40]. L'équivalent médical du professionnel expert (*chartered professional*) des autres professions est « *consultant* » au Royaume-Uni et dans l'espace ouest-africain anglophone, « *board-certified* » aux Etats-Unis et « spécialiste certifié » au Canada [36, 41-45]. Le médecin certifié gestionnaire des systèmes de santé s'accorde à cette dénomination française du Canada.

Le MGest. se consacre uniquement au travail de gestionnaire des systèmes de santé. Ce qui s'accorde avec la pratique des spécialistes médicaux qui se consacrent d'une manière exclusive à la branche de la médecine dans laquelle ils ont reçu une formation post-universitaire [46]. Dans les systèmes de santé comme dans les autres organisations, on distingue trois (03) catégories de cadres : les cadres supérieurs ou dirigeants, les cadres intermédiaires et les cadres de premier niveau [47]. S'il est un cadre supérieur, il travaille dans l'administration centrale des systèmes de santé (public ou privé) avec une autorité sur l'ensemble de l'entreprise et sur toutes les activités qui y sont exécutées [48-50]. Ceux qui se situent à l'extrémité moyenne et supérieure de la pyramide managériale choisissent le plus souvent de professionnaliser leur pratique par le titre d'expert-gestionnaire (*Chartered Manager*). Dans une enquête réalisée par Chartered Management Institute (CMI) de Londres, les cadres supérieurs et intermédiaires représentaient 82 pour cent des expert-gestionnaires interrogés, dont 11 pour cent au niveau PDG. Les cadres de premier niveau ne représentaient que 7 pour cent des experts-gestionnaires enquêtés [51].

Nous avons utilisé le type « portrait » des études de cas qualitatives pour broser les grandes lignes de la spécialité médicale « gestion des systèmes de santé ». En art, le portrait est un format qui montre le sujet en gros plan [26]. Le portrait est une méthode pour synthétiser des données composites [52]. Les portraits, comme méthode d'étude en médecine, ne sont pas nouveaux. Ils ont joué un rôle déterminant dans la représentation et l'explication des pathologies médicales, psychologiques et des traumatismes, et dans les soins [53, 54]. Cependant, les philosophes, surtout les médecins philosophes, ont négligé les portraits. Les portraits représentent les efforts sérieux des meilleurs artistes du monde pour étudier les gens [55]. Si les notions de soins et de prestation de soins sont explorées à l'intersection de l'art et de la médecine, les médecins qui se sont spécialisés dans la gestion de leurs systèmes de prestation ne peuvent être mieux étudiés que par un portrait [54].

## **Conclusion**

Le portrait a apporté des éléments de réponse aux interrogations des médecins sur le spécialiste de la discipline médicale « gestion des systèmes de santé ». Nous avons proposé de désigner le médecin spécialiste de la gestion des systèmes de santé « médecin certifié gestionnaire des systèmes de santé, en abrégé MGest ». Douze (12) domaines meublent le curriculum de la formation de ce médecin expert-gestionnaire qui peut principalement occuper des postes de cadre supérieur et intermédiaire au Togo.

Pour que la formation par le DES de santé publique option gestion des systèmes de santé produise un médecin expert-gestionnaire, la formation médicale post-universitaire doit opérer certains changements. Les travaux ultérieurs partageront les résultats de l'ingénierie d'une telle formation et son impact sur le renforcement des systèmes de santé togolais.

## **Références bibliographiques**

1. Busari J, Berkenbosch L, Brouns J. Physicians as Managers of Health Care Delivery and the Implications for Postgraduate Medical Training: A Literature Review. *Teaching and Learning in Medicine* 2011; 23(2): 186–196.
2. Letourneau C. *Administrative medicine*. *Canad. M. A. J.* 1950; 63: 26-30.
3. Kindig D, Lastiri S. *Administrative Medicine: A New Medical Specialty?* *Health Affairs* 1986 Winter; 5(4): 146-156.
4. Sonsale A, Bharamgoudar R. Equipping future doctors: incorporating management and leadership into medical curriculums in the United Kingdom. *Perspect Med Educ.* 2017; 6: 71–75.
5. The King's Fund Commission on Leadership and Management in the NHS. *The future of leadership and management in the NHS: No more heroes*. London: The King's Fund, 2011.

6. Linnander E, Mantopoulos J, Allen N, Nembhard I, Bradley E. Professionalizing healthcare management: a descriptive case study. *Int J Health Policy Manag.* 2017; 6(10): 555-560.
7. Francis R. Report of the Mid Staffordshire NHS Foundation Trust Public Inquiry. London: The Stationery Office, 2013.
8. Management Sciences for Health. Paving the Way Toward Professionalizing Leadership and Management in Healthcare. *The eManager* 2013; 2.
9. Till A, Jones P, McKimm J. Medical leadership, and management: An international revolution. *J Health Spec.* 2015; 3: 139-43.
10. Wellington H. Legal Medicine in the Administration of Health Care. In: Loh E, Long PW, Spurgeon P (Editors). *Textbook of Medical Administration and Leadership.* Singapore: Springer Nature Singapore, 2019, pp. 71-98.
11. Kyratsis Y, Armit K, Zyada A, Lees P. Medical leadership, and management in the United Kingdom. *Australasian Psychiatry* 2016; 24(3): 240–242.
12. Dwyer A. Medical managers in contemporary healthcare organisations: a consideration of the literature. *Australian Health Review* 2010; 34(4): 514–522.
13. American Board of Medical Specialties. *ABMS Guide to medical specialties 2023 Edition.* Chicago, IL: American Board of Medical Specialties, 2023.
14. American Association of Physician Specialists. Physician Board Certification in Administrative Medicine Offered. 19 October 2015. [En ligne]. Disponible sur : <https://www.aapsus.org/news/uncategorized/physician-board-certification-in-administrative-medicine-offered> . [Accédé le 04 janvier 2024].
15. Conseil Africain et Malgache de l'Enseignement Supérieur (CAMES). Guide d'évaluation des enseignants-chercheurs et chercheurs (GEE-CC) dans le cadre des comités consultatifs interafricains (CCI), Période 2017-2021 ; 2<sup>e</sup> édition. Ouagadougou, Burkina Faso : Conseil Africain et Malgache de l'Enseignement Supérieur, 2017.
16. Tchali T-K, Agbetr A. Arrêté Interministériel N°75/MENRS/MSPASCF du 14 octobre 1988, portant création et organisation des cycles de spécialisation à la faculté de médecine de l'université du Bénin. *Journal Officiel de la République Togolaise* 1988 ; 16 novembre : 666-667.
17. Heale R, Twycross A. What is a case study? *Evid Based Nurs.* January 2018; 21(1): 7-8.
18. Merriam S. *Qualitative research - A guide to design and implementation.* San Francisco, CA (USA): Jossey-Bass, 2009.
19. Skochelak S, Hammoud M, Lomis K, Borkan J, Gonzalo J, Lawson L, et al.(eds). *Health Systems Science, 2nd edition.* Philadelphia: Elsevier, 2021.



20. Griffin P, Nembhard H, DeFlitch C, Bastian N, Kang H, Muñoz DA. Healthcare systems engineering. Hoboken, NJ (USA): John Wiley & Sons, Inc., 2016.
21. Fagot-Largeault A. Philosophie des sciences. In : Philosophie. Paris : Groupe Eyrolles, 2007, pp. 109-133.
22. Allard-Poesi F, Perret V. Fondements épistémologiques de la recherche. In : Thietart, R-A et al.. Méthodes de recherche en management, 4ème édition. Paris : Dunod, 2014, pp. 14-46.
23. Porro P. Métaphysique et ontologie. In: Philosophie. Paris : Groupe Eyrolles, 2007, pp. 77-107.
24. Afanvi KA, Diarra SS, Amoudji KM, Kodjo KM, Kassankogno Y, Ekouevi DK, et al.. L'expert-gestionnaire. Etudes Togolaises : Revue Togolaise des Sciences Janvier – Juin 2023; 17(1) : 145-156.
25. Gillet-Goinard F, Maimi L. Toute la fonction Production. Paris: Dunod, 2007.
26. Taylor D, Chrisp P, Hodge S, Fullman J, et Collectif. Encyclopédie des arts. Paris: Gallimard Jeunesse, 2018.
27. Hackman J. What is this thing called leadership? In: Nohria N, Khurana R. Handbook of Leadership Theory and Practice. Boston, MA: Harvard Business Review Press, 2010, pp. 107-116.
28. Nelson E, Batalben P, Godfrey M. Quality by design: A clinical microsystems approach, San Francisco, CA: Jossey-Bass, 2007.
29. Batalden P, Nelson E, Gardent P, Godfrey M. Leading macrosystems and mesosystems for microsystem peak performance. In: Nelson E, Batalben P, Godfrey M. Quality by design: A clinical microsystems approach. San Francisco, CA: Jossey-Bass, 2007, pp. 69-105.
30. O'Toole M. Mosby's® Pocket Dictionary of Medicine, Nursing & Health Professions – Ninth edition. St. Louis, Missouri: Elsevier, 2024.
31. Perla R, Provost L, Parry G. Seven Propositions of the Science of Improvement: Exploring Foundations. Q Manage Health Care. 2013; 22(3): 170–186.
32. Tague N. The Quality Toolbox, second edition, Milwaukee, Wisconsin: American Society for Quality Quality Press, 2005.
33. Lewis C. Mind and the World Order: Outline of a Theory of Knowledge. Mineola, NY (USA): Dover Publications, 1929.
34. Afanvi KA, Gbeassor-Komlanvi F, Konu Y, Kodjo KM, Kassankogno Y, Ekouevi DK, et al.. La discipline de l'amélioration : science de conduire les changements dans les systèmes de santé. J. Rech. Sci. Univ. Lomé (Togo). 2022; 24(3&4) : 123-173.
35. Afanvi KA, Kodjo KM, Kassankogno Y, Ekouevi DK, Ouendo E-M, Gbeassor M. De novice à expert leader du changement dans les systèmes de santé :

l'artisanat de la discipline de l'amélioration. J. Rech. Sci. Univ. Lomé (Togo). 2022; 24(3&4) : 175-202.

36. Faculty of Community Health. Curriculum. Yaba (Lagos), Nigeria: West African College of Physicians, 2014.
37. Ericsson A, Pool R. Peak: secrets from the new science of expertise, London: The Bodley Head, 2016.
38. Carré E. Construire une action de formation. In: Barabel M, Meier O, Perret A, Teboul T (dir). Le grand livre de la formation : techniques et pratiques des professionnels du développement des compétences - 3<sup>è</sup> édition. Malakoff : Dunod, 2020, pp. 359-394.
39. Snyder L. Guidelines for the physician expert witness. American College of Physicians. Annals of internal medicine 1990; 113(10): 789.
40. Williams M, Mackin G, Beresford H, Gordon J, Jacobson P, McQuillen M, et al.. American Academy of Neurology qualifications and guidelines for the physician expert witness. Neurology 2006; 66(1): 13–14.
41. NHS Employers and British Medical Association. A guide to consultant job planning. London: NHS Employers and British Medical Association, 2011.
42. Royal College of Physicians. Consultant physicians working with patients: The duties, responsibilities, and practice of physicians in medicine, Revised 5th edition. London: Royal College of Physicians, 2013.
43. Lehmann CU, Shorte V, Gundlapalli AV. Clinical Informatics Sub-Specialty Board Certification. Pediatrics in Review 2013; 34(11): 525-530.
44. St. George's University School of Medicine. What Does 'Board-Certified' Mean? Clarifying This Physician Credential. 4 January 2022. St. George's University, [En ligne]. Disponible sur : <https://www.sgu.edu/blog/medical/what-does-board-certified-mean/#What%20Does%20E2%80%9CBoard-Certified%20E2%80%9D%20Mean?> . [Accédé le 27 décembre 2023].
45. Levinson W. La revalidation des médecins au Canada : Passons-nous le test ? CMAJ. 2008; 179(10) : 981–2.
46. Quevauvilliers J, Fingerhut A. Dictionnaire médical - 3<sup>ème</sup> édition. Paris : Masson, 2001.
47. Marquis S, Guay J. Profession gestionnaire – 2<sup>ème</sup>. Montreal (Québec), Canada : Chenelière Éducation inc., 2018.
48. Conseil National du Patronat du Togo. Convention Collective Interprofessionnelle du TOGO. Journal Officiel de la République Togolaise 2011; 56e Année(40 ter) : 1-19.
49. Gnassingbé FE. Loi N° 2021-012 du 18/06/21 portant code du travail. Journal Officiel de la République Togolaise 2021; 66e Année(26 TER) : 1-59.

50. Gnassingbé FE, Hounbo G. Décret N° 2012 -006/PR du 07-03-2012 portant organisation des départements ministériels. Journal Officiel de la République Togolaise 2012; 57e Année(13) : 1-16.
51. Chartered Management Institute. Professionalising Management: the impact of Chartered Manager. London: Chartered Management Institute, 2012.
52. Marty F, Heïd M-C. La méthode du portrait pour synthétiser des données composites sur les pratiques médiatiques des publics. Recherches Qualitatives – Hors-série « Les Actes » 2023; 27 : 131-145.
53. Gilbert M. Portraiture and Health Care. AMA J Ethics. 2020; 22(6): E467-469.
54. Aita V, Lydiatt W, Gilbert M. Portraits of care: medical research through portraiture. J Med Ethics; Medical Humanities. 2010; 36(1): 5-13.
55. Freeland C. Portraits and Persons: A Philosophical Inquiry. Oxford (UK): Oxford University Press, 2010.

# ASPECTS ÉPIDÉMIOLOGIQUES ET THÉRAPEUTIQUES DE L'ANÉMIE PENDANT LA GROSSESSE À LA CLINIQUE DE GYNÉCOLOGIE – OBSTÉTRIQUE DU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE SYLVANUS OLYMPIO

**Ameyo Ayoko KETevi**<sup>1\*</sup>

Université de Lomé, Togo

[tketevi@yahoo.fr](mailto:tketevi@yahoo.fr)

**Komlan Alessi ANDELE**<sup>1</sup>, Université de Lomé, Togo,

**Djima Patrice DANGBEMEY**<sup>2</sup>, Université d'Abomey-Calavi, Bénin,

**Edem LOGBOH-AKEY**<sup>3</sup>, Université de Kara, Togo, **Bingo M'BORTCHE**<sup>4</sup>,

Clinique de l'Association Togolaise pour le Bien-Etre Familial, Abdoul **Samadou**

**ABOUBAKARI**<sup>3</sup>, Université de Kara, Togo

---

## Résumé

**Objectif :** Evaluer les aspects épidémiologiques et thérapeutiques de l'anémie pendant la grossesse à la clinique de gynécologie –obstétrique du centre Hospitalier Universitaire Sylvanus (CHU SO). **Méthodes :** Il s'est agi d'une étude transversale descriptive menée dans l'unité de la consultation prénatale de la clinique de gynécologie-obstétrique du CHU SO de Lomé. La collecte des données s'est déroulée du 1<sup>er</sup> au 30 juin 2022 chez les femmes enceintes qui avaient un taux d'hémoglobine inférieur à 11g/dl. **Résultats :** la prévalence de l'anémie était de 14% chez les femmes enceintes. L'âge moyen était de 27,6±6,32 ans. Les multigestes représentaient 61,1% des patientes. L'asthénie a été le signe fonctionnel présent chez 27,8 % des gestantes. Le taux d'hémoglobine était compris entre 10 et 10,9 g/dl chez 63,9% des gestantes. Parmi les 70 gestantes ayant réalisé les selles POK, 44,5% étaient positives. Toutes les gestantes avaient une supplémentation en Fer et acide Folique mais seulement 39 % avaient une bonne observance. **Conclusion :** l'anémie reste un problème de santé publique surtout dans les pays en développement. Les étiologies doivent être recherchées et traitées.

**Mots clés :** anémie, grossesse, taux d'hémoglobine, antianémique.

---

<sup>1</sup> Département de gynécologie-obstétrique, Faculté des sciences de la santé, Université de Lomé, Togo

\* Département de Gynécologie - Obstétrique, Faculté des Sciences de la Santé, Université de Lomé, Togo. 08BP:8004 Lomé-Togo, Numéro de téléphone : 0022891888088, Email: [tketevi@yahoo.fr](mailto:tketevi@yahoo.fr)

<sup>2</sup> Département de gynécologie-obstétrique, Faculté des sciences de la santé, Université d'Abomey-Calavi, Bénin

<sup>3</sup> Département de Gynécologie - Obstétrique, Faculté des Sciences de la Santé, Université de Kara, Togo

<sup>4</sup> Clinique de l'Association Togolaise pour le Bien-Etre Familial

## Abstract

### EPIDEMIOLOGICAL AND THERAPEUTIC ASPECTS OF ANAEMIA DURING PREGNANCY AT THE GYNECOLOGY-OBSTETRICS CLINIC OF THE TEACHING HOSPITAL SYLVANUS

**Objective:** To evaluate the epidemiological and therapeutic aspects of anaemia during pregnancy at the gynaecology-obstetrics clinic of the Sylvanus University Hospital (CHU SO). **Methods:** This was a descriptive cross-sectional study conducted in the antenatal consultation unit of the gynaecology-obstetrics clinic at the CHU SO in Lomé. Data were collected from 1 to 30 June 2022 in pregnant women with a haemoglobin level of less than 11g/dl. **Results:** The prevalence of anaemia was 14% in pregnant women. The mean age was  $27.6 \pm 6.32$  years. Multigestational women accounted for 61.1% of those surveyed. Asthenia was the functional sign present in 27.8% of pregnant women. Haemoglobin levels were between 10 and 10.9 g/dl in 63.9% of pregnant women. Of the 70 pregnant women with KOP stools, 44.5% were positive. All pregnant women received iron and folic acid supplements, but only 39% were compliant. **Conclusion:** Anaemia remains a public health problem, especially in developing countries. Aetiologies must be investigated and treated.

**Key words:** anaemia, pregnancy, haemoglobin level, anti-anaemia.

## Introduction

L'anémie est, selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), l'un des dix problèmes de santé les plus sérieux du monde moderne qui affecte les populations des pays riches et pauvres [1]. Elle touche surtout les enfants, les adolescents et les femmes enceintes et est définie chez ces dernières, selon l'OMS, comme un taux d'hémoglobine (TH) inférieur à 11g/dl [2]. L'OMS rapporte que 38 % de femmes enceintes dans le monde présentent une anémie, ce taux se situant entre 20 % et 25 % dans les pays développés et s'élevant à 56 % dans les pays en développement [3]. Ouedraogo et al au Burkina- Faso, en 2019 [4], avaient rapporté une prévalence de l'anémie à 54,7 %. Les carences en fer et vitamines (notamment B9, B12, C), les infections y compris le paludisme et l'hémorragie au cours de la grossesse en sont les causes majeures [5]. Les stratégies de lutte préconisées par l'OMS combinent la prévention et la prise en charge. La prévention est basée sur la promotion de la santé, la prévention du paludisme et la supplémentation en fer et acide folique. Le traitement curatif se fait à base de traitement martial oral ou injectable, de transfusion sanguine et de traitement des causes [6]. Au Togo, l'EDST III rapportait que la prévalence de l'anémie chez les femmes enceinte était de 64% parmi les quelles 29,1 % présentaient une anémie légère, 31,7 % une anémie modérée et 3,2% une anémie sévère [7]. Nous avons initié cette étude afin de faire un état des lieux de l'anémie chez la femme enceinte afin d'améliorer sa prise en charge, à la clinique de Gynécologie Obstétrique du Centre Hospitalier universitaire Sylvanus Olympio.

## **Méthodes**

Il s'est agi d'une étude transversale descriptive menée dans l'unité de la consultation prénatale (CPN) de la clinique de gynécologie-obstétrique du CHU SO de Lomé. Elle s'est déroulée du 1<sup>er</sup> au 30 juin 2022. Les données ont été recueillies, à l'aide d'une fiche d'enquête préétablie et prétestée sur des gestantes remplissant les critères d'inclusion.. Le consentement libre et éclairé était de mise, chez toutes les femmes enceintes qui remplissaient les critères d'inclusion. Etaient incluses dans l'étude, les gestantes qui avaient un taux d'hémoglobine réalisé au cours de la grossesse, inférieur à 11 g/dl. N'étaient pas incluses, toutes les gestantes ayant un TH inférieur à 11 g/dl mais dont l'état clinique ne permettait pas de mener l'enquête. Le libre choix de sortir du processus à tout moment leur avait été donné et bien expliqué. Les variables étudiées étaient les données socio démographiques, les antécédents, l'histoire de la grossesse, les signes cliniques et paracliniques et le traitement. Les données collectées ont ensuite été traitées à l'aide du logiciel Epi Info version 7.2.5.0.

### **Définitions opérationnelles :**

**Anémie légère:** taux d'Hb compris entre 10 et 10,9g/dl.

**Anémie modérée:** taux d'Hb compris entre 7 et 9,9g/dl.

**Anémie sévère:** taux d'Hb inférieur à 7g/dl

**Multigeste :** 2 à 6 grossesses

**Grande multigeste :** > 6 grossesses

## **Résultats**

### **Prévalence hospitalière**

Durant la période de collecte des données, 762 gestantes étaient venues en CPN au CHU S.O. parmi elles, 108 gestantes répondant aux critères d'inclusion de l'étude et ont toutes accepté de participer à l'enquête. Ce qui fait une prévalence de 14% d'anémie au cours de la grossesse.

### **Données socio démographiques**

L'âge moyen était de 27,6±6,32 ans avec les extrêmes d'âge de 15 et 42 ans. La tranche d'âge de [30 – 35]ans a représenté 26,9% des cas. Le niveau de scolarisation secondaire a représenté 47,2 % des cas. Dans 25,9% des cas, les enquêtées étaient des revendeuses (Tableau I).

**Tableau I :** Répartitions des enquêtées en fonction des données sociodémographiques

	<b>Effectif</b>	<b>(%)</b>
<b>Age</b>		
≤ 19	16	14,8
]19-35]	76	70,4
>35	16	14,8
<b>Niveau de scolarisation</b>		
Non Scolarisées	16	14,8
Primaire	5	4,6
Secondaire	56	51,9
Supérieur	31	28,7
<b>Occupation</b>		
Ménagère	19	17,6
Fonctionnaire	10	9,3
Couturière /coiffeuse	27	25,0
Revendeuse	28	25,9
Etudiante/Elève	24	22,2

**Antécédents**

Les multigestes représentaient 61,1% des patientes. Dans 33,3 % des cas, les gestantes avaient déjà bénéficié d'une césarienne. Parmi elles, 81,7 % avaient un espace inter génésique inférieurs à 2 ans (Tableau II).

**Tableau II** : répartition des enquêtées selon les antécédents

	<b>Effectif</b>	<b>(%)</b>
<b>Gestité</b>		
Primigeste	39	36,1
Multigeste	66	61,1
Grande Multigeste	3	2,8
<b>Autres antécédents</b>		
Césarienne	36	33,3
HTA	16	14,8
Hémoglobinopathie	6	5,6
Myomectomie	5	4,6
Asthme	3	2,8

**Histoire de la grossesse****Terme de la grossesse**

La tranche d'âge gestationnelle de [28 – 37 SA [ représentait à 48,2% (52) et celle de comprise entre [12 – 28 SA [ était de 28,7 % des patientes. Dans 23,1% des cas (25), elles étaient à au moins 37 SA.

**Traitement préventif**

Toutes les gestantes avaient reçu un traitement préventif intermittent à base de Sulfadoxine pyriméthamine, une supplémentation en fer acide folique à partir du 1<sup>er</sup> contact et un déparasitage. La moustiquaire à imprégnation durable était utilisée par 94% des gestantes.

**Données cliniques :**

Les signes fonctionnels : l'asthénie (27,8 %), les céphalées (9,3%), le vertige. (7,4%), la dyspnée (0,9%).

Parmi les patientes, 94,4% avaient un bon état général contre 5,6% qui avaient un état général altéré. Il n'y avait pas de signes physiques associés. Toutes les gestantes avaient une hauteur utérine normale. Les bruits du cœur fœtal étaient présents chez toutes les gestantes ayant un âge gestationnel supérieur à 20 semaines d'aménorrhées.



### Bilans para cliniques

Toutes les gestantes avait réalisé un taux d'hémoglobine; 79 (73,1%) avaient réalisé l'électrophorèse de l'hémoglobine et 70 (64,8%) les selles POK. Parmi celles qui avaient réalisé les selles POK, les résultats étaient revenus positives dans 44,5% des cas. Soixante-neuf 69 (63,9%) avaient un taux d'hémoglobine compris entre 10 et 10,9 g/dl . (Tableau III). Il s'agissait d'une anémie ferriprive.

**Tableau III** : répartition des gestantes en fonction de la paraclinique

	Effectif	(%)
<b>Taux d'hémoglobine</b>		
10 - 10,9 g/dl	69	63,9
7 - 9,9 g/dl	37	34,2
< 7g/dl	2	1,9
<b>Électrophorèse de l'hémoglobine</b>		
AA	73	92,4
AC	1	1,3
AS	4	5
SS	1	1,3
<b>Selles POK</b>		
Oui	70	64,8
Non	38	35,2

### Observance thérapeutique

Dans 39,8% des cas, les gestantes ont affirmé l'oubli parfois de prendre les antianémiques. La prise était quotidienne dans 32,4% des cas,. Dix-huit virgule cinq pour cent d'entre elle, l'oubliait souvent. Dans 9,3% des cas, les gestantes n'ont jamais pris leur anti anémique.

### Traitement curatif de l'anémie :

Toutes les gestantes étaient sous antianémique oral, 5,6% avaient bénéficié de Fer injectable et 1,9% ont été transfusé.

## Discussion

L'anémie a été retrouvée chez 14% des gestantes dans cette étude. Liyew et al [8] en 2021 avaient rapporté 23.36% de gestantes au Rwanda, qui présentaient une anémie. Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que les femmes enceintes anémiées dont le TH n'était pas connu avaient été exclues de notre étude, d'une part, et d'autre part, celles dont l'état clinique étaient délétère ont été aussi exclues de l'étude. Ce taux pourrait donc être en dessous de la réalité. Nous pouvons raisonnablement dire que l'anémie au cours de la grossesse est un véritable problème de santé publique dont les vrais contenus sont loin d'être appréhendés entièrement dans les pays en voie de développement. La tranche d'âge de [19 – 35]ans était la plus représentée soit 70,4%. L'âge moyen était de 27,6 ans. Ouedraogo et al [4] avaient rapporté un âge moyen de  $24,7 \pm 6,6$  ans. Ilboudo et al [9] au Burkina Faso en 2021, avaient rapporté un âge (écart-type) de 25,4 (6,7) ans. Ce fort taux de gestante dans cette tranche d'âge pourrait s'expliquer par le fait que c'est la période de fécondité par excellence, donc propice pour la procréation. Dans 61,1%, elles étaient des multigestes, Ilboudo et al [9], avaient rapporté 56% de multigestes. En effet, les multigestes, avec les grossesses successives verront leur réserve de fer diminuée, et ceci pouvant être à l'origine d'une anémie, si la supplémentation ne suit pas. Taner et al [10], dans leurs études, ont cité entre autres causes de l'anémie, la multigestité. Seulement, 32 % des gestantes prenaient leur supplémentation en fer et acide folique tous les jours. Elles étaient des revendeuses dans 25,9% des cas, donc ont un revenu faible, qui les expose à des conditions hygiéniques plus précaires avec une augmentation du risque de maladies dont les parasitoses (selles positive dans 44,5% des cas) et aussi la ration alimentaire non équilibré, pouvait être une cause d'anémie. L'HTA était l'antécédent médical le plus retrouvé, soit dans 15,2 % des cas. Même si l'anémie n'est pas directement liée à l'HTA, la prise quotidienne d'anti-HTA peut peser sur l'observance de la prise d'antianémique. Le Signe fonctionnel le plus fréquent était l'asthénie dans 27,8 % des cas. Zinebi et al [11] au Maroc en 2017 avaient également trouvé l'asthénie comme signe le plus fréquent de l'anémie dans 41% des cas. En effet, la diminution du taux d'hémoglobine peut entraîner une insuffisance d'apport d'oxygène au tissu, entraînant une asthénie généralisée. L'anémie légère était la plus représentée soit 63,9 %. Obai et al [12] en Uganda avaient également rapporté l'anémie légère mais à un taux plus bas (23 % des cas) et l'anémie sévère dans 0,8 % des cas. Pour l'ensemble des cas étudiés par Ilboudo et al [9], avaient rapporté 27,5 % de cas d'anémie sévère, 41,5 % de cas modérés et 31,0 % de cas légers. Seulement 1,2% avaient présenté une anémie sévère. Elles sont envoyées dans l'unité de la maternité pour une prise en charge adéquate de cette anémie et ne reviennent à la CPN qu'après une bonne évolution. Aussi, toutes les gestantes avaient une supplémentation en Fer et acide Folique mais seulement 32,4% avaient une bonne observance ; 1,9% ont été transfusé pour intolérance de l'anémie.

## Conclusion

L'anémie reste un problème de santé publique surtout dans les pays en voie de développement.. Les multigestes étaient les plus représentées. Toutes les gestantes ont bénéficié de la prescription de fer et acide folique lors des CPN. Cependant l'inobservance de la prise des antianémiques et les parasitoses digestives étaient les facteurs de risque les plus rencontrés. L'anémie chez une femme enceinte est une pathologie facile à prévenir et à diagnostiquer. Il est donc important de sensibiliser d'avantage les gestantes surtout les multigestes sur la prise de la supplémentation en fer et en acide folique et aussi, sur les conséquences d'une anémie sur le devenir de l'enfant.

## Références bibliographiques

1. Organisation mondiale de la santé (OMS), Center of Diseases Control and Prevention (CDC). Assessing the iron status of populations. 2nd ed. (2007). Genève (Suisse): OMS; 2004. 112 p. consulté le 19 mai 2022 et disponible sur [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/7536\\_9789241596107\\_eng.pdf?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/7536_9789241596107_eng.pdf?sequence=1).
2. WHO/CDC. Worldwide Prevalence of Anemia 1993-2005 WHO Global Data base on Anemia. Geneva, Switzerland: WHO Press; 2008. Consulté le 21 Juillet 2022 et disponible sur [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43894/1/9789241596657\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43894/1/9789241596657_eng.pdf).
3. Organisation mondiale de la santé (OMS). prévalence de l'anémie nutritionnelle chez les femmes enceintes dans les pays en voie de développement : études critiques, rapport trimestriel de statistiques sanitaires mondiales n°2, 1982 Pp 34.
4. Ouedraogo I. , Zamané H. , Sawadogo A. , Kiemtoré S. , Kain D. , Ouattara A. , Sawadogo T. , Ouedraogo A. et Tieba/Bonané, B. Anémie pendant la grossesse en milieu africain après des mesures préventives. Journal ouvert d'obstétrique et de gynécologie, 9, 10-20. DOI: 10.4236/ojog.2019.91002.
5. Adam I, Ibrahim Y, Elhardello O. Prevalence, types and determinants of anemia among pregnant women in Sudan: a systematic review and meta-analysis. BMC Hematol. 2018 Dec 8;18:31. 8.
6. Muñoz M, Peña-Rosas JP, Robinson S, Milman N, Holzgreve W, Breyman C, et al. Patient blood management in obstetrics: management of anaemia and haematinic deficiencies in pregnancy and in the post-partum period: NATA consensus statement. Transfus Med. 2018 Feb; 28(1):22–39.
7. Ministère de la Planification, du Développement et de l'Aménagement du Territoire (MPDAT), Ministère de la Santé (MS) et ICF International, 2015. Enquête Démographique et de Santé au Togo 2013-2014. Rockville, Maryland, USA : MPDAT, MS et ICF International.

8. Prevalence and determinants of anemia among pregnant women in East Africa; A multi-level analysis of recent Demographic and Health Surveys Liyew AM, Tesema GA, Alamneh TS, Worku MG, Teshale AB, et al. (2021) Prevalence and determinants of anemia among pregnant women in East Africa; A multi-level analysis of recent Demographic and Health Surveys. PLOS ONE 16(4): e0250560. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0250560>.
9. Iboudo, B., L. Savadogo, C. Meda, I. Traoré, M. Kinda, M. Dramaix-Wilmet, and P. Donnen. “Facteurs Associés à l’Anémie Sévère De La Grossesse En Milieu Hospitalier Dans La Région Des Cascades Au Burkina Faso”. HEALTH SCIENCES AND DISEASE, vol. 22, no. 7, June 2021, <https://www.hsd-fmsb.org/index.php/hsd/article/view/2847>.
10. Taner Cüneyt Eftal, Ekin Atalay, Solmaz Ulal, Gezer Cenk, Çetin Birgül, Keleşoğlu Mustafa, Erpala Merve Bayrak, Özeren Mehmet. Prevalence and risk factors of anemia in pregnancy. J Turk Ger Gynecol Assoc. 2015;16(4):231–236. [Article PMC gratuit] [PubMed] [Google Scholar].
11. Zinebi A, Eddou H, Moudden KM, Elbaaj M. Profil étiologique des anémies dans un service de médecine interne [Etiological profile of anemia in a department of internal medicine]. Pan Afr Med J. 2017 Jan; 26:10. French. doi: 10.11604/pamj.2017.26.10.11368.
12. Obai G, Odongo P, Wanyama R. Prevalence of anaemia and associated risk factors among pregnant women attending antenatal care in Gulu and Hoima Regional Hospitals in Uganda: a cross sectional study. BMC PregnancyChildbirth. 2016;16:76. doi: 10.1186/s12884-016-0865-4.

# PERCEPTION DU DIABÈTE ET ESTIME DE SOI DES DIABÉTIQUES SUIVIS EN AMBULATOIRE AU CHU SYLVANUS OLYMPIO A LOMÉ (TOGO)

**Kossi KODJO<sup>1\*</sup>**

CHU Sylvanus Olympio, Lomé, Togo

[jisatogo@gmail.com](mailto:jisatogo@gmail.com)/ [jisatogo07@hotmail.com](mailto:jisatogo07@hotmail.com)

**Agbeko Kodjo DJAGADOU<sup>1</sup>**, CHU Sylvanus Olympio, Lomé, Togo

**Toyi TCHAMDJA<sup>2</sup>**, CHU KARA, Kara, Togo, **Lihanimpo DJALOGUE<sup>2</sup>**,

CHU KARA, Kara, Togo, **Murielle KOUTCHAKPO<sup>1</sup>**, CHU Sylvanus Olympio, Lomé, Togo, **Sodjehoun APETI<sup>3</sup>**, CHU CAMPUS, Lomé, Togo,

**Abou Bakari TCHALA<sup>1</sup>**, CHU Sylvanus Olympio, Lomé, Togo

**Koffi KLOUVI<sup>1</sup>**, CHU Sylvanus Olympio, Lomé, Togo

**Sosso TOVIGNIKOU<sup>1</sup>**, CHU Sylvanus Olympio, Lomé, Togo

**Kodjo NTSOUKPOE<sup>1</sup>**, CHU Sylvanus Olympio, Lomé, Togo

**Abago BALAKA<sup>3</sup>**, CHU CAMPUS, Lomé, Togo, **Mohaman DJIBRIL<sup>1</sup>**, CHU Sylvanus Olympio, Lomé, Togo

---

## Résumé

**Objectif** : Décrire la perception du diabète et l'estime de soi chez les patients diabétiques au Centre Hospitalier Universitaire Sylvanus Olympio de Lomé au Togo en 2021.

**Méthodologie** : Etude transversale sur 153 patients diabétiques en consultation diabétologique au service de médecine interne du Centre Hospitalier Universitaire Sylvanus Olympio effectué du 6 juillet au 9 octobre 2021. Nous avons décrit la perception du diabète en général, de la prise en charge et l'estime de soi au cours du vécu quotidien avec la maladie.

**Résultats** : On notait une prédominance féminine avec 93 femmes soit 60.8% des enquêtés (sex-ratio H/F=0,64). L'âge moyen était de 54,5±11,78 ans avec des extrêmes de 10 et 84 ans. La tranche d'âge la plus représentée était de 55 à 70 ans avec une proportion de 46,6%. Le diabète de type 2 était le plus représenté à 88,9%. 79,16% des enquêtés avaient un mauvais équilibre du diabète en fonction de l'hémoglobine glyquée. 81(53%) considéraient le diabète comme étant une maladie grave ou mortelle ou dangereuse. 75 patients (49%) n'avaient aucunes connaissances antérieures sur le diabète avant l'annonce, Sur les 153 patients, 13 (8,5%) ont donné leur avis sur le traitement initial. 83 (54,2%) jugeaient leur qualité de vie moins bonne

---

<sup>1</sup> Service de Médecine Interne CHU Sylvanus Olympio, Lomé, Togo

<sup>2</sup> Service de Médecine Interne CHU KARA, Kara, Togo.

<sup>3</sup> Service de Médecine Interne CHU CAMPUS, Lomé, Togo

\* Auteur correspondant

Email : [jisatogo@gmail.com](mailto:jisatogo@gmail.com)/ [jisatogo07@hotmail.com](mailto:jisatogo07@hotmail.com)

Lomé-Togo.

par rapport à celle des non diabétiques. 51 (33,3%) avaient une faible estime d'eux-mêmes.

**Conclusion** : La perception que font les patients diabétiques du diabète et de leur prise en charge est indispensable à l'établissement d'un schéma d'éducation thérapeutique adapté.

**Mots-clés** : Diabète, perception, estime de soi, milieu hospitalier, Lomé (Togo)

## **Abstract**

### **Perception of diabetes and self-esteem of diabetics followed on an outpatient basis at the Sylvanus Olympio University Hospital in Lomé (Togo).**

**Objective:** Describe the perception of diabetes and self-esteem among diabetic patients at the Sylvanus Olympio University Hospital Center in Lomé, Togo in 2021.

**Methodology:** Cross-sectional study on 153 diabetic patients undergoing diabetological consultation in the internal medicine department of the Sylvanus Olympio University Hospital Center carried out from July 6 to October 9, 2021. We described the perception of diabetes in general, care and self-esteem during daily life with the disease.

**Results:** There was a female predominance with 93 women or 60.8% of respondents (M/F sex ratio=0.64). The average age was 54.5±11.78 years with extremes of 10 and 84 years. The most represented age group was [55-70[ with a proportion of 46.6%. Type 2 diabetes was the most represented at 88.9%. 79.16% of respondents had poor diabetes balance according to glycated hemoglobin. 81(53%) considered diabetes to be a serious or fatal or dangerous disease. 75 patients (49%) had no previous knowledge about diabetes before the announcement. Of the 153 patients, 13 (8.5%) gave their opinion on the initial treatment. 83 (54.2%) judged their quality of life to be worse compared to that of non-diabetics. 51 (33.3%) had low self-esteem.

**Conclusion:** Diabetic patients' perception of diabetes and their management is essential to establishing an appropriate therapeutic education plan.

**Keywords** : Diabetes, perception, self esteem, hospital environment, Lomé (Togo).

## **Introduction**

Le diabète est une maladie chronique grave en raison de sa fréquence et de la gravité de ses complications [1]. L'occidentalisation des habitudes alimentaires et l'inactivité physique sont deux facteurs de risque de la croissance des cas de diabète dans les pays en voie de développement [2]. Au Togo, la prévalence du diabète est estimée à 2,6% selon l'enquête STEPS réalisé en 2010 [3]. La prise en charge du diabète nécessite une bonne adhésion thérapeutique, dans le but de prévenir les complications. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), résoudre le problème de non observance thérapeutique représenterait un progrès plus important que n'importe quelle découverte biomédicale car elle est la raison pour laquelle les patients ne retirent pas tous les bienfaits qu'ils pourraient attendre de leurs

médicaments [4]. Une bonne annonce de la maladie est nécessaire pour une qualité de prise en charge. L'annonce d'une pathologie chronique comme le diabète expose le patient à un double apprentissage portant sur l'autogestion de sa pathologie et de son traitement, mais également sur l'établissement d'un nouveau rapport à soi. En plus des contraintes d'acceptation, de renoncement et d'épreuves qu'engendre la maladie, le patient produit des efforts pour apprendre et acquérir des compétences nouvelles et pour les maintenir dans la durée. La perception de la maladie par le sujet diabétique et l'estime de soi sont souvent méconnus alors qu'ils servent de base pour l'éducation thérapeutique. Dans la littérature, de nombreuses études ont été menées sur le diabète et ces complications mais peu ont décrit la perception du diabète et l'estime de soi des diabétiques en Afrique notamment au Togo à notre connaissance. Ce travail a été initié avec pour objectif principal de décrire la perception à l'annonce du diabète et de la prise en charge du diabète chez les sujets diabétiques et d'évaluer l'estime de soi des patients.

## 1. Méthodologie

Il s'agit d'une étude transversale, descriptive qui s'était déroulée au Centre Hospitalier Universitaire Sylvanus Olympio (CHU SO) situé dans la ville de Lomé, plus précisément dans le service de Médecine Interne. Elle avait concerné les patients diabétiques venus en consultation de diabétologie dans le service. La collecte s'est déroulée sur une période allant du 6 juillet au 9 octobre 2021 soit 3 mois.

Nous avons inclus dans l'étude les patients diabétiques suivis en ambulatoire âgés de plus de 18 ans mis sous traitement depuis au moins 3 mois, présents au moment de l'enquête et ayant donné leur consentement pour participer à l'étude.

Les patients diabétiques incapables de répondre au questionnaire (aphasique, ayant un trouble cognitif), les non coopérants, refusant de participer à l'entretien ont été exclus de l'étude.

La taille de notre échantillon a été calculée à partir de la formule de Schwartz suivante :  $n = (U\alpha) * (p q) i^2$  avec :

p : Prévalence du diabète au sein de la population togolaise en 2010 était de 2,6%.  
 $p=2,6$

n = taille de l'échantillon,

$U\alpha = 1,96$  qui est l'écart-réduit pour un risque d'erreur  $\alpha = 5\%$ ,  $q = 100-p$ ,  $i = 2,6\%$  (précision désirée)

$n = (1,96)^2 * (2,6 * 97,4) (2,6)^2$   $n = 143,91$  soit 144 diabétiques

Nous avons fait une majoration de 5%, la taille de l'échantillon après majoration était de 151 sujets diabétiques à enquêter.

L'échantillonnage a été exhaustif et l'étude s'est déroulée sur 3 mois. En effet, tous les patients présents sur le lieu d'enquête durant la période d'étude, remplissant les critères d'inclusion, capables de répondre au questionnaire et ayant donné leur consentement pour participer à l'entretien ont été pris en compte.

La technique d'entrevue en mode face-à-face enquêteur-enquêté à l'aide d'un questionnaire composé de questions semi-fermées et ouvertes, a été adoptée dans le cadre de cette étude.

Déroulement de l'enquête : elle s'est déroulée en 2 phases :

La phase de pré-enquête : Elle a consisté en un essai de l'enquête auprès de dix patients venus en consultation diabétologie, sélectionnés par tirage aléatoire. Ce test a été complété par une discussion de quelques minutes sur l'appréciation globale du questionnaire. Il a permis de faire un exercice de prononciation facilitant ainsi, la clarté d'élocution des énoncés et des questions. Il a également permis de mesurer la compréhension des questions par les enquêtés et d'évaluer la durée d'administration du questionnaire. Ainsi, le libellé de certaines questions a été modifié et d'autres questions ont été, éliminées. La durée de l'entretien a pu être revue approximativement en moyenne à 25 min. Enfin, les apports de ces enquêtés ont été récapitulés puis intégrés pour en sortir le guide d'entretien définitif.

L'enquête proprement dite : le consentement oral des sujets enquêtés a été obtenu avant l'entretien. A chaque fin de journée, la complétude et la cohérence des données ont été vérifiées puis évaluées et validées afin d'adapter notre plan de travail de collecte pour les journées ultérieures.

Les variables étudiées portaient essentiellement sur :

- les données sociodémographiques : âge ; sexe ; profession ; situation matrimoniale ; niveau d'instruction.
- les données cliniques du diabète : durée d'évolution du diabète ; type de diabète ; nombre de sujets ayant réalisé l'HbA1c, nombre de sujets ayant un HbA1c supérieur ou égale à 7; les complications chroniques du diabète ; traitement actuel du diabète ; hospitalisation antérieure pour une complication du diabète.
- Perception et connaissances antérieures sur le diabète avant l'annonce ;
- Perception de la qualité de vie par rapport à un non diabétique ;
- Perception de la prise en charge du diabète : professionnel de santé ayant annoncé le diabète, souhaits de l'enquêté pour amélioration de l'annonce, décision thérapeutique prise à l'annonce du diabète, premiers médicaments pris pour le diabète, avoir donné son avis sur le choix du traitement, participation à un programme d'éducation thérapeutique.
- L'estime de soi évaluée par l'Echelle de Rosenberg
  - 1= Tout à fait en accord 2= Plutôt en désaccord 3= Plutôt en accord 4= Tout à fait en accord
  1. Je pense que je suis une personne de valeur, au moins égale à n'importe qui d'autre. 1/2/3/4
  2. Je pense que je possède un certain nombre de belles qualités. 1/2/3/4
  3. Tout bien considéré, je suis porté à me considérer comme une personne ratée. 1/2/3/4
  4. Je suis capable de faire les choses aussi bien que la majorité des gens. 1/2/3/4
  5. Je sens peu de raisons d'être fier de moi. 1/2/3/4



6. J'ai une attitude positive vis-à-vis de moi-même.1/2/3/4

7. Dans l'ensemble, je suis satisfait(e) de moi.1/2/3/4

8. J'aimerais avoir plus de respect pour moi-même.1/2/3/4

9. Parfois je me sens vraiment inutile. 1/2/3/4

10. Il m'arrive de penser que je suis un bon à rien.1/2/3/4

Pour évaluer l'estime de soi, nous avons additionné les scores aux questions 1, 2, 4, 6,7 et pour les questions 3, 5, 8, 9,10 la cotation a été inversée selon les grilles de cotation de l'échelle. Nous avons fait le total des scores et obtenu un score entre 10 et 40.

- Estime de soi très faible : score inférieur à 25
- Estime de soi faible : score entre 25 et 30
- Estime de soi moyenne : score entre 31 et 34
- Estime de soi forte : score entre 35 et 39
- Estime de soi très forte : score supérieur à 39.

A la fin de la collecte des données, nous avons procédé à l'apurement de la base pour vérifier la complétude et la cohérence des données. L'analyse des données a été effectuée par le logiciel Epi Info 7.1.1. Les tableaux et figures ont été réalisés grâce aux logiciels Microsoft Word et Excel version 2019. Les proportions ont été calculées pour les variables qualitatives. Les variables quantitatives étaient exprimées en moyenne et écart type pour celles dont la distribution était normale tandis que la médiane et l'intervalle interquartile (Q1 ; Q2) ont été calculés pour les variables quantitatives dont la distribution était asymétrique.

Conformément au principe du secret professionnel, la confidentialité a été rigoureusement respectée lors de l'enquête. Le libre consentement des enquêtés et l'anonymat des informations recueillies ont été également respectés.

## **2. Résultats**

### **Données sociodémographiques**

Au total, 153 patients ont été inclus dans notre étude. L'âge moyen des patients était de  $54,50 \pm 11,78$  ans avec des extrêmes de 18 et 84 ans. La tranche d'âge de 55 à 70 ans était la plus représentée dans 46,4% des cas. 93 (60,8%) étaient des femmes avec une sex-ratio (H/F) de 0,64. Les fonctionnaires et les commerçants représentaient respectivement 51 (33,3%) et 42 (27,4%) des enquêtés. 118 patients (75,3%) étaient mariés, 68 (42,5%) avaient un niveau secondaire et 38 (24,8%) un niveau supérieur.

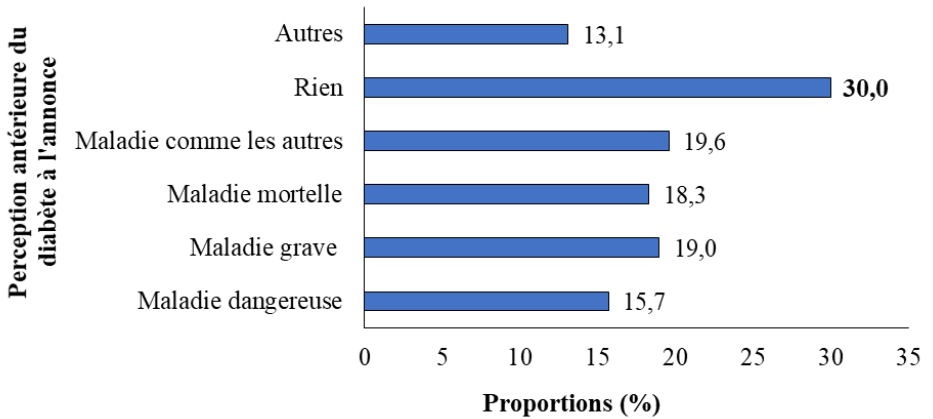
### **Données sur le diabète**

A la question portant sur la durée d'évolution du diabète, 145 patients ont répondu à cette question. Les autres ont signalé un oubli de la date de début de la maladie. La durée d'évolution médiane du diabète était de 6 ans, avec un intervalle interquartile (IIQ) = [3ans-11ans] et des extrêmes de 3 mois et 44 ans. Cent trente-six (136) patients (88,9%) avaient un diabète de type 2. Les complications du diabète présentes étaient essentiellement les neuropathies chez 39 enquêtés (25,5%), suivi des AVC chez 26 enquêtés (17%) et des rétinopathies chez 25 (16,3%). Sur les 153 patients, 120 avaient réalisé l'hémoglobine glyquée (HbA1c), 95 soit 79,16% avaient une

hémoglobine glyquée supérieure ou égale à 7%. La valeur moyenne de l'HbA1c était de  $9,18 \pm 2,72$ . Les antidiabétiques oraux seuls étaient pris par 91 patients (59,5%). Soixante-quinze (75) enquêtés (49,01%) avaient un antécédent d'hospitalisation pour une complication aigüe du diabète.

### Perception des patients sur le diabète avant l'annonce

46 patients (30,0%) n'avaient aucune perception antérieure du diabète avant l'annonce, 81(53%) considéraient le diabète comme étant une maladie grave ou mortelle ou dangereuse (Figure 1).



- *Autres : <<Maladie des riches>>, <<Maladie spirituelle liée aux attaques spirituelles>>, <<Maladie qui fait beaucoup dépenser>>, <<Maladie pire que le SIDA>>, <<Maladie qui accompagne souvent l'hypertension>>.*

Figure 1 : Répartition des enquêtés selon perception antérieure sur le diabète avant l'annonce

### Connaissances antérieures des patients sur le diabète

75 patients (49%) n'avaient aucune connaissance antérieure sur le diabète avant l'annonce, 26(17%) avaient comme connaissance que le diabète était responsable de nombreuses complications notamment les complications podologiques (73,1%), oculaires (26,1%) (Tableau I).

Tableau I: Répartition des patients selon connaissances antérieures sur le diabète

	Effectifs	Proportions
Maladie due au mauvais fonctionnement du pancréas	7	4,6
Maladie due à une mauvaise alimentation	18	11,8
Maladie à prédisposition génétique	11	7,2
Maladie responsable de nombreuses complications	26	17,0
Maladie chronique	11	7,2
Rien	75	49,0
Autres	20	13,1

- *Autres : <<Maladie nécessitant un suivi régulier>>, <<Maladie silencieuse se manifestant par des complications>>, <<Maladie responsable d'une vieillesse précoce et d'une faiblesse physique>, <<Maladie due à une élévation du taux de sucre dans le sang>>, <<Maladie due à une haute dose de sucre dans l'urine>>, <<Maladie qui fait maigrir on n'a plus la forme>>, <<Maladie avec laquelle on peut vivre si l'on fait un bon régime et le traitement>>, <<Maladie qui fait beaucoup pisser, certains mangent beaucoup>>, <<Si tu respectes les consignes du docteur, tu n'auras pas de complications>>. <<Maladie comme les autres qui survient à un certain âge en fonction de l'hygiène de vie>>, <<difficulté de cicatrisation des plaies, les diabétiques vivent avec beaucoup de problèmes de santé>>.*

### Perception de la prise en charge thérapeutique

La décision thérapeutique prise à l'annonce du diabète était la prise des antidiabétiques oraux à 77,8% (Tableau II).

Tableau II : Répartition des patients selon décision thérapeutique prise à l'annonce du diabète

	Effectifs	Proportions
Insulinothérapie	38	24,8
ADO	119	77,8
Régime alimentaire	24	15,7
Activités physiques	14	9,2
Suivi psychologique	0	0,0

### Donner son avis sur le choix du traitement

Sur les 153 patients, 13 (8,5%) ont donné leur avis sur le traitement initial.

## Qualité de vie par rapport à un non diabétique

83 (54,2%) jugeaient leur qualité de vie moins bonne par rapport à celle des non diabétiques. (Figure 2).

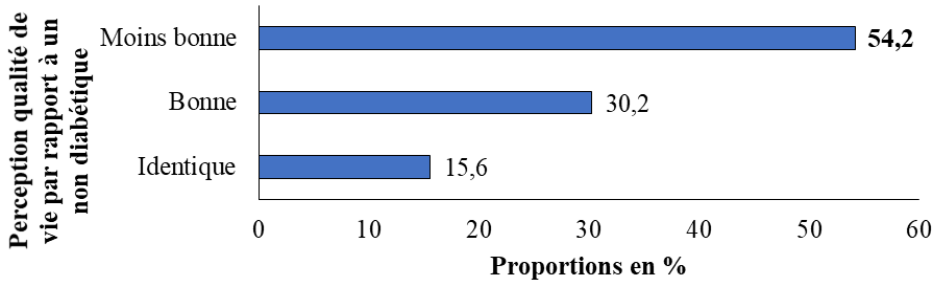
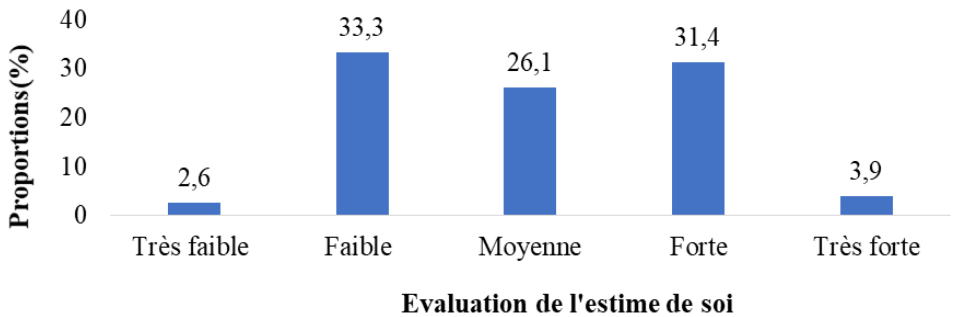


Figure 2 : Répartition des enquêtés selon perception de la qualité de vie

Sur les 153 patients, 112(73,2%) n'ont jamais participé à un programme d'éducation thérapeutique sur le diabète.

## Evaluation de l'estime de soi

Parmi nos cent-cinquante-trois (153) patients, 51 (33,3%) avaient une faible estime d'eux mêmes (Figure 3).



## Discussion

Notre travail consistait à décrire la perception du diabète et l'estime de soi des diabétiques du Togo. Notre schéma d'étude a été transversal. La collecte de données de notre étude a été faite sur la base d'un questionnaire établi à partir de nombreuses autres études sur le diabète. La technique de collecte utilisée étant une entrevue en mode face à face. Elle semblait le mieux adapté en raison de l'incapacité des sujets à remplir par eux-mêmes le questionnaire.

Le questionnaire était administré en interview (face à face). Cela pourrait être source de biais d'information notamment d'un biais de désirabilité sociale.

Dans notre étude, l'âge moyen des patients était de  $54,50 \pm 11,70$  ans. Cette moyenne se rapproche de celle retrouvée dans l'étude de Traore B et al [5] en 2021 au Mali qui était de  $54,23 \pm 15,95$  ans et dans l'étude de Mizouri et al [6] en 2021 en Tunisie

qui était de  $55,08 \pm 14,22$  ans. La tranche d'âge la plus représentée était celle de 55 à 70 ans avec une proportion de 46,6% comme l'a aussi rapporté l'enquête STEPS en 2010 au Togo [3]. Sur les 153 enquêtés, 60,8% étaient de sexe féminin avec un sex-ratio (H/F) de 0,64. Une prédominance féminine à 57, 5% est également retrouvée dans l'étude de Séré L et al [7] au Burkina Faso en 2021.

Dans notre étude, 88,9% avaient un diabète de type 2. Nos résultats étaient similaires à ceux de Nemi KD et al [8] en 2019 qui retrouvait 75% de diabète de type 2, 23% de diabète de type 1. La prévalence du diabète de type 2 très élevée dans ces différentes études, concorde avec les données de la Fédération Internationale du diabète (FID 2019) où le diabète de type 2 est plus fréquent dans approximativement 90% [1].

Dans notre étude, les neuropathies (25,5%) étaient les complications les plus représentées suivies des AVC à 17% et des rétinopathies à 16,3%. Nos résultats concordent avec les données de la littérature selon lesquelles les neuropathies sont les complications chroniques les plus fréquentes du diabète [9]. La valeur moyenne de l'HbA1c dans notre étude était de  $9,18 \pm 2,72$  ; 79,16% des enquêtés avaient un diabète mal équilibré selon l'HbA1c. Ces résultats pourraient s'expliquer par les difficultés de prise en charge et d'auto surveillance de la glycémie.

Le diabète était perçu comme étant une maladie grave ou mortelle ou dangereuse par 81 patients (53%).

Cette proportion reste faible par rapport à celles retrouvées dans la littérature par Shiferaw en Ethiopie [10] qui avait rapporté affirmations relatives à la gravité de la maladie par 62,4 % des participants de son étude. Cette gravité était perçue, dans une autre étude réalisée au Rwanda, où environ 79,4 % considéraient le diabète comme une maladie grave [11]. Cela peut refléter le fait qu'il existe d'autres maladies prioritaires et considérées comme plus graves. En outre, le fait de ne pas connaître la gravité d'un problème de santé pourrait être dû au manque d'interventions éducatives et de sensibilisations susceptibles d'aider à alerter les communautés sur ces problèmes de santé. Des mesures doivent être prises par les différentes organisations de la santé et les gouvernements des pays afin que l'accent soit mis sur la sensibilisation des populations sur le diabète afin de réduire l'incidence des complications du diabète dans nos pays.

Sur les 153 patients, seulement 13(8,5%) ont pu donner leur avis sur la décision thérapeutique.

La confiance dans le médecin et l'accord sur la décision médicale partagée était un déterminant important de l'observance thérapeutique [12,13]. Les professionnels de santé devront donc revoir les étapes de l'éducation thérapeutique en mettant l'accent sur les besoins du patient pour une meilleure observance.

54,2% des patients jugeaient leur qualité de vie moins bonne par rapport à celle des non diabétiques. Une étude menée par Azanmasso H et al [14] en 2015 sur la qualité de vie (QdV) des patients diabétiques africains révèle que le diabète altère la QdV des patients à 98,3%. L'étude menée par Sundaram et al [15] en 2007 rapportait

également un impact négatif du diabète sur la QdV des personnes qui en sont atteintes. Ces différentes études ont évalué la QdV à partir du score ADDQoL (Audit of Diabetes Dependent Quality of Life), instrument spécifique développé par Bradley et al au Royaume Uni, échelle spécifique la plus adaptée à la mesure de la QdV du diabétique [61]. Une étude avec l'échelle ADDQoL devra être menée chez les patients diabétiques du Togo afin d'avoir un aperçu plus clair de la qualité de vie des diabétiques du Togo.

Parmi les 153 patients, 51 (33,3%) avaient une faible estime d'eux même. Les changements de vie quotidienne imposés par le diabète notamment la répercussion négative sur l'activité professionnelle, la réduction des aptitudes physiques, la faiblesse sexuelle, l'atteinte psychologique pourraient expliquer cette proportion d'enquêtés ayant une faible estime d'eux- même d'où l'importance d'une psychoéducation.

### **Conclusion**

Notre étude a permis d'avoir un aperçu de la perception du diabète chez les sujets diabétiques togolais et de leur estime de soi vis-à-vis de la maladie. De notre étude, il ressort que le diabète était considéré comme une pathologie grave, mortelle et dangereuse en raison de ses complications nombreuses et invalidantes. Les connaissances avant l'annonce du diabète étaient pauvres et variées. L'estime de soi des patients était faible pour la plupart. Cette étude permettra d'établir un schéma d'éducation et de prise en charge thérapeutique adapté à nos patients et aidera à mieux faire l'annonce du diabète.

### **Références bibliographiques**

- Fédération Internationale du diabète (FID). Atlas du diabète de la FID. 9<sup>ème</sup> édition. 2019 <https://diabetesatlas.org/fr/>.
- Jaffiol C. Le diabète en 2021, progrès et paradoxes. Acad Natle Med. 2021 ; 1-16.
- Rapport final de l'enquête STEPS Togo 2010. Ministère de la Santé, Togo 2012.
- World Health Organization: Adherence to long term therapies, time for action. Genève; WHO: 2003.
- Traoré B, Mariko M, Sow DS, Touré AT, Bah M, Nientao et al. Evaluation du risque podologique chez les patients diabétiques hospitalisés à l'hôpital du Mali (Bamako). Health Sci. 2021; 22(4): 24-27.
- Mizouri R, Belhadj M, Hasni Y, Maaroufi A, Mahjoub F, Jamoussi H. Relation entre le niveau d'éducation et le risque podologique chez les patients diabétiques. Tunis Med. 2021 ; 99(2): 277–84.
- Séré L, Tiéno H, Yanogo D, Traoré S, Nagabila Y, Ouédraogo DD et al. Prévalence du diabète et facteurs de risque cardiovasculaire associés dans une population rurale au Burkina Faso. Médecine Tropicale et Santé Internationale. 2021; 1(1): 1-8.

- Nemi KD, Djalogue L, Djagadou KA, Tchamdja T, Tsevi YM, Balaka A. Les modes de révélation du diabète sucré au CHU Sylvanus Olympio de Lomé. *Pan Afr Med J.* 2019 ; 34(99) : 1-6.
- Monnier L. *Diabétologie.* Elsevier Masson. 3ème édition. Paris. 2019. 537p.
- Shiferaw WS, Gatew A, Afessa G, Asebu T, Petrucka PM, et al. (2020) Assessment of knowledge and perceptions towards diabetes mellitus and its associated factors among people in Debre Berhan town, northeast Ethiopia. *PLOS ONE* 15(10): e0240850. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0240850>.
- Mukeshimana MM, Nkosi ZZ: Communities' knowledge and perceptions of type two diabetes mellitus in Rwanda: a questionnaire survey. *Journal of clinical nursing* 2014, 23(3–4):541–549.
- Safran DG, Taira DA, Rogers WH et al. Linking primary care performance to outcomes of care. *J Fam Pract* 1998; 47 :213-20. Reach G. Patient education, nudge, and manipulation: defining the ethical conditions of the person-centered model of care. *Patient Prefer Adherence* 2016; 10: 459-68.
- Azanmasso H, Tchonda E, Alagnide E, Lahrabli S, Diagne N-S, Zahi S et al. Qualité de vie des patients diabétiques en Afrique: à propos d'une étude bi-centrique. *Médecine des maladies métaboliques.* 2015; 9(6): 603-9.
- Sundaram M, Kavookjian J, Patrick JH, et al. Quality of life, health status and clinical outcomes in Type 2 diabetes patients. *Qual Life Res* 2007; 16:165-77.

# APPORT DE LA DINOPROSTONE GEL DANS LE DÉCLENCHEMENT ARTIFICIEL DU TRAVAIL ACCOUCHEMENT A LA MATERNITÉ DU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE SYLVANUS OLYMPIO

Akila BASSOWA<sup>1</sup>

Université de Lomé, Togo

[akilabassowa@gmail.com](mailto:akilabassowa@gmail.com)

Raoul Sedjro ATADE<sup>2</sup>, Université de Parakou, Benin

Edem LOGBO-AKEY<sup>3</sup>, Université de Kara, Togo

Ameyo Ayoko KETEVI<sup>1</sup> Université de Lomé, Togo

DJOBOKOU<sup>1</sup>, Université de Lomé, Togo

Baguilane DOUAGUIBE<sup>1</sup>, Université de Lomé, Togo

Samadou ABOUBAKARI<sup>3</sup>, Université de Kara, Togo

---

## Résumé

Le col utérin est le premier obstacle, et le plus difficile à vaincre au cours du déclenchement artificiel travail d'accouchement. Si le déclenchement artificiel du travail d'accouchement n'est pas urgent, on peut envisager l'utilisation d'une technique de maturation pour obtenir des modifications cervicales qui permettront d'induire le travail dans de meilleures conditions. Les prostaglandines naturelles constituent actuellement la méthode de choix dans la maturation cervicale.

**But** : l'objectif de notre travail est d'évaluer l'efficacité du Dinoprostone gel dans la maturation des cols défavorables à terme ou proche du terme.

**Méthode** : Il s'agit d'une étude prospective et descriptive de 100 cas de maturation cervicale au gel de Dinoprostone (Primigyn) du 1<sup>er</sup> Juillet 2021 au 31 Juillet 2022 à la maternité du CHU SO de Lomé.

**Résultats** : la maturation cervicale au gel de dinoprostone a été réalisée chez 0,01% des gestantes. Le taux de succès était de 95%. La variation moyenne du score de Bishop obtenue était de 3,2 points. Le déclenchement du travail d'accouchement a été initié dans 23% avec Primigyn seul, dans 26% avec du misoprostol et dans 38% avec de l'ocytocine. Le taux d'accouchement vaginal était de 83%.

**Conclusion** : Le gel de dinoprostone intracervical est efficace dans la maturation cervicale pré-induction en cas de score de Bishop défavorable ; La tolérance maternelle et fœtale est bonne. Cependant, Il requiert une grande rigueur dans la surveillance. Son mode de conservation et son coût élevé constituent un frein à sa vulgarisation.

**Mots-clés** : Dinoprostone, col défavorable, maturation cervicale, déclenchement artificiel travail accouchement.

---

<sup>1</sup> Département de gynécologie-obstétrique, Faculté des sciences de la santé, université de Lomé, Togo

<sup>2</sup> Institut de formation en soins infirmiers et obstétricaux de l'université de Parakou, Benin

<sup>3</sup> Département de gynécologie -obstétrique, Faculté des sciences de la santé, université de Kara, Togo



## Abstract

**Introduction:** The cervix is the first and most difficult obstacle to overcome during artificial induction of labor. If artificial induction of labor is not urgent, we can consider the use of a maturation technique to obtain cervical modifications which will allow labor to be induced under better conditions. Natural prostaglandins currently constitute the method of choice in cervical ripening.

**Purpose:** the objective of our work is to evaluate the effectiveness of Dinoprostone gel in the maturation of unfavorable cervixes at or near term.

**Method:** This is a prospective and descriptive study of 100 cases of cervical ripening with Dinoprostone gel (Primigyn) from July 1, 2021 to July 31, 2022 at the maternity ward of the SO University Hospital in Lomé.

**Results:** cervical ripening with dinoprostone gel was performed in 0.01% of pregnant women. The success rate was 95%. The average change in Bishop score obtained was 3.2 points. Induction of labor was initiated in 23% with Primigyn alone, in 26% with misoprostol and in 38% with oxytocin. The vaginal delivery rate was 83%.

**Conclusion:** Intracervical dinoprostone gel is effective in pre-induction cervical ripening in cases of unfavorable Bishop score; Maternal and fetal tolerance is good. However, it requires great rigor in monitoring. Its method of conservation and its high cost constitute an obstacle to its popularization.

**Keywords:** Dinoprostone, unfavorable cervix, cervical ripening, artificial induction of labor and delivery.

## Introduction

La maturation cervicale est le processus qui prépare le col de l'utérus au travail d'accouchement en le raccourcissant et en l'assouplissant. La maturation cervicale peut intervenir naturellement ou être obtenue artificiellement [1].

Pendant la grossesse, le col de l'utérus reste ferme et fermé pour assurer l'intégrité de la grossesse. Vers la fin de la grossesse, le col de l'utérus devient plus doux et plus distensible dans un processus connu sous le nom de maturation cervicale. La maturation cervicale facilite grandement le travail et augmente les chances d'accouchement vaginal. Le succès du déclenchement du travail d'accouchement est clairement lié à l'état du col de l'utérus, à la durée du travail d'accouchement et à la probabilité d'accouchement vaginal. [2].

L'induction du travail d'accouchement ou déclenchement artificiel du travail d'accouchement (DAT) est une option thérapeutique recommandée, avant le début spontané du travail, lorsque les avantages de l'accouchement vaginal l'emportent sur les risques de poursuivre la grossesse [3].

Les principales indications d'induction du travail peuvent être relatives à la mère, au fœtus, au contexte social ou à une combinaison de ces facteurs ; ces indications peuvent également « être évidentes ou anticipées » [4].

Plus de 20% des femmes enceintes ont leur travail induit et au moins la moitié d'entre elles auront besoin d'une maturation cervicale en raison d'un examen cervical de départ défavorable. Il a été démontré que l'utilisation de méthodes de maturation cervicale diminue le risque d'accouchement par césarienne par rapport à l'initiation d'une induction par l'ocytocine chez les femmes ayant un col de l'utérus défavorable [5].

Si le déclenchement artificiel du travail d'accouchement n'est pas urgent, on peut envisager l'utilisation d'une technique de maturation pour obtenir des modifications cervicales qui permettront d'induire le travail dans de meilleures conditions [6].

De nouvelles méthodes de maturation cervicale plus douces, à l'instar des prostaglandines, existent depuis des dizaines d'années. Le dispositif intra-vaginal à libération continue de dinoprostone dosé à 10 mg, autorisé en 1995 par la Foods and Drugs Administration (FDA) a supplanté le gel de prostaglandine E2 par voie intra-cervicale dosé à 0,5mg autorisé en 1992 [7].

Au Togo, le misoprostol et les moyens mécaniques, actuellement obsolètes dans les pays à haut revenu, continuent d'être utilisés pour la maturation cervicale dans nos contrées. La prostaglandine E2 qui est la référence dans la littérature en matière de maturation cervicale, n'était pas disponible sur le marché.

La Dinoprostone, une prostaglandine E2 est commercialisée en France depuis 1988. Elle est introduite officiellement au Togo en Janvier 2018 sous forme de gel pour application intra-cervicale.

Trois ans après la mise sur le marché togolais de la Dinoprostone, nous avons initié ce travail qui a pour objectif principal,

- Évaluer l'efficacité de la Dinoprostone gel dans la maturation des cols défavorables à la maternité du CHU Sylvanus Olympio.

## **1. Cadre étude**

Notre étude a été menée dans le service de Gynécologie et Obstétrique du Centre hospitalier universitaire de Lomé (CHUSO), le centre national de référence du Togo.

### **1.1. Nature et période d'étude**

Nous avons mené une étude prospective et descriptive sur une période de 12 mois (1<sup>er</sup> Juillet 2021 au 31 Juillet 2022).

L'étude a concerné 100 gestantes avec fœtus vivant ou décédé, à terme ou proche du terme, admises à la maternité du CHU SO et chez qui une indication de déclenchement artificiel du travail d'accouchement a été posée.

### **1.2. Protocole d'étude**

Un médecin en spécialisation a procédé à un examen clinique préalable qui a permis de poser l'indication du déclenchement artificiel du travail et de coter le score de Bishop. Nous avons procédé à l'hospitalisation de la gestante et à l'établissement du score de Manning si les moyens le permettent. Le gel de dinoprostone conditionné

dans une seringue stérile et prêt-à-l'emploi (Primigyn- 0,5mg de dinoprostone dans 3ml de gel translucide), a été offert par les laboratoires Bharat Serums And Vaccines Limited, 17 Floor, Hoechst house, Plot N° 193 V.K. Shah Marg Nariman Point, Mumbai 400-021. La Dinoprostone est conservé au réfrigérateur entre -2°C et -8°C pour une année. Dans ces conditions, cette formulation galénique est stable pendant douze mois. Le gel est sorti du réfrigérateur 30 minutes avant son emploi. Le gel est injecté dans le canal cervical après mise en position gynécologique, pose d'un spéculum et désinfection cervico-vaginale.

La gestante est mise au repos pendant 30 min. La gestante et son fœtus sont surveillés de façon horaire. La même dose est répétée 6 heures plus tard si le Score de Bishop n'a pas changé ou que les contractions ne sont pas apparues.

Une surveillance du travail est réalisée soit par enregistrement intermittent au cardiotoctographe, soit par un stéthoscope de Pinard ou un appareil Doppler toutes les heures jusqu'à l'apparition des contractions utérines puis toutes les 30 minutes au cours du travail associée à une palpation utérine.

Si le score de Bishop ne s'est pas modifié pour permettre un déclenchement ou si le travail n'a pas débuté au bout de la deuxième dose, soit 12 heures de temps après le début de la maturation nous avons conclu à un échec de la maturation cervicale et avons procédé à un déclenchement à l'ocytocine/ misoprostol ou à une césarienne en tenant compte de l'état fœto-maternel.

### **1.3. Technique de collecte et d'analyse des dossiers**

Nous avons établi une fiche d'enquête qui nous a permis de collecter les données. (Annexes)

Les données ont été saisies grâce au logiciel EPI data 3.1.

La base de données ainsi constituée a été analysée avec les logiciels R 4.0.4 dans l'environnement RStudio1.4.

Les variables quantitatives ont été décrites en moyennes  $\pm$  écart type ; et ont été comparées grâce aux tests de Student et Anova.

Les variables qualitatives ont été décrites en effectifs et pourcentages ; et ont été comparées grâce aux tests de Chi 2 ou de Fisher.

Le seuil de significativité était fixé à une valeur p strictement inférieur à 0,05.

## **2. Résultats**

### **2.1. Paramètres épidémiologiques**

#### **2.1.1. Population d'étude**

Au cours de notre étude, 136 gestantes ont bénéficié d'une maturation cervicale. Durant cette période, 10 803 accouchements ont été effectués à la maternité du CHU SO. La fréquence de l'utilisation du gel de dinoprostone est 0,01%.

Trente-six gestantes n'ont pas été incluses dans l'étude compte tenu d'un score de Bishop au-delà de 6points lors de la première administration du gel de prostaglandine.

### 2.1.2. Mode d'admission

Cinquante-huit pour cent des gestantes étaient référées au CHU SO.

**Tableau 2. Mode d'admission des gestantes**

Mode d'admission	Effectif	Pourcentage
Référée	58	58
Adressée	29	29
Admise	13	13
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

### 2.1.3. Âge des gestantes

L'âge des gestantes variait de 17ans à 41ans. L'âge moyen était de 28,76ans (écart-type 6,04ans).

**Tableau 3. Répartition de l'âge des gestantes**

Age	Effectif	Pourcentage
[15-20[	5	5
[20-25[	24	24
[25-30[	25	25
[30-35[	23	23
[35-40[	21	21
[40-45[	2	2
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

### 2.1.4. Parité des gestantes

Quarante-deux pour cent des gestantes étaient nullipares.

**Tableau 4. Parité des gestantes**

Parité	Effectif	Pourcentage
Nullipare	42	42
Paucipare	31	31
Multipare	27	27
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

## 2.2. Paramètres obstétricaux

### 2.2.1. Âge gestationnel

L'âge gestationnel moyen était de 40 semaines d'aménorrhée et 6jours. Les extrêmes étaient de 30SA et 45SA.

### 2.2.2. Antécédents médicaux des gestantes

Vingt pour cent des gestantes avaient un antécédent médical. Parmi elles, 40% avait une hypertension artérielle connue.

**Tableau 5. Antécédents médicaux des gestantes**

Antécédents médicaux	Effectif	Pourcentage
<b>Antécédents médicaux (20)</b>		
Hypertension artérielle	8	40
Hépatopathie	5	25
Drépanocytose	3	15
Cardiopathie	2	10
Diabète	2	10
Covid-19	2	10
PVVIH	2	10
Asthme	1	5
Obésité	1	5
Trait drépanocytaire	1	5

### 2.2.3. Indice de masse corporel

Sept pour cent des gestantes présentaient une obésité morbide.

**Tableau 6. Indice de masse corporel des gestantes**

IMC	Effectif	Pourcentage
< 30	57	57
[30-35[	29	29
[35-40[	7	7
> 40	7	7
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

### 2.2.4. Score de Bishop

Trente pour cent des gestantes avait un score de Bishop  $\leq 3$ . Le score de Bishop moyen était de 4,01.

**Tableau 7. Score de Bishop initial des gestantes**

Score de Bishop initial	Effectif	Pourcentage
2	4	4
3	26	26
4	35	35
5	35	35
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

### 2.2.5. Score de Manning

Soixante-quatorze pour cent des gestantes avait bénéficié de l'évaluation du score de Manning.

**Tableau 8. Score de Manning des gestantes**

Score de Manning	Effectif	Pourcentage
4	2	2,6
6	22	29,8
8	50	67,6
<b>Total</b>	<b>74</b>	<b>100</b>

### 2.2.6. Enregistrement du rythme cardiaque fœtal

L'enregistrement du rythme cardiaque fœtal a été effectif dans 76%.

**Tableau 9. Enregistrement du rythme cardiaque fœtal chez les gestantes**

ERCF	Effectif	Pourcentage
Normal	73	96,1
Anormal	3	3,9
<b>Total</b>	<b>76</b>	<b>100</b>

### 2.2.7. Indications

Les indications étaient médicales dans 96%. La grossesse prolongée était retrouvée dans 37,5%.

**Tableau 10. Indications de DAT chez les gestantes**

Indications médicales	Effectif	Pourcentage
Grossesse prolongée	36	37,5
Dépassement de terme	13	13,5
HTA gravidique	12	12,5
RPM	11	11,6
Prééclampsie sévère	10	10,5
Macrosomie fœtale	2	2,1
Grossesse arrêtée	4	4,2
Oligoamnios modéré	2	2,1
Anomalies du rythme cardiaque fœtal	1	1
Chorioamnionite	1	1
Covid 19 et grossesse	1	1
CVO et grossesse	1	1
Eclampsie	1	1
Retard de croissance intra-utérin	1	1
<b>Total</b>	<b>96</b>	<b>100</b>

### 2.2.8. Nombre de dose Dinoprostone gel

Soixante-seize pour cent des gestantes avait reçu une dose unique de Dinoprostone gel.

**Tableau 11. Nombre de dose de Dinoprostone reçu**

Nombre de doses de Dinoprostone	Effectif	Pourcentage
1 dose	76	76
2 doses	24	24
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

## 2.3. Déroulement du travail et de l'accouchement

### 2.3.1. Variation du score de Bishop

La variation moyenne du score de Bishop était de 3,2 points dans notre étude avec des extrêmes de 0 et 6 points.

**Tableau 12. Variation du score de Bishop après 12h**

Variation du score de BISHOP > 12h	Parité		
	Nullipare (n)	Multipare (n)	Total
0	2	1	3
1	2	0	2
2	10	4	14
3	12	20	32
4	13	28	41
5	3	1	4
6	0	3	3
<b>Moyenne</b>	<b>3,1</b>	<b>3,4</b>	<b>3,2</b>

### 2.3.2. Délai Dinoprostone-Score de Bishop > 6

La moyenne de temps nécessaire pour la maturation cervicale de nos gestantes est de 7 heures 30 minutes. Les extrêmes étaient de 1h30mn et 48h.

### 2.3.3. Echec de maturation cervicale

Cinq gestantes de notre série avaient échouées à la maturation cervicale.

**Tableau 15. Comparaison des gestantes échouées lors de la maturation cervicale**

Caractéristiques / N°	1	2	3	4	5
Âge (ans)	34	20	26	20	20
Gestité, Parité	G8P7	G3P0	G1	G1	G1
IMC (kg/m <sup>2</sup> )	31,2	44,1	26,9	43,6	40,8
Terme	37SA 2J	37SA 1J	41SA 2J	42SA	41SA 5J
Variation score de Bishop	0	0	0	1	2
Délai d'accouchement	12h 06mn	46h 31mn	30h 41mn	15h 13mn	24h 35mn
Indication de césarienne	Prééclampsie sévère	Prééclampsie sévère	DFP/BL	Dépassement de terme	DFP/BL
Poids de naissance (g)	2500	2600	3500	3100	3300



### 2.3.4. Médication additive

Vingt-trois pour cent des gestantes avait débuté le travail d'accouchement avec une seule dose de gel de Dinoprostone.

**Tableau 16. Médication additive administrée aux parturientes**

Médication additive	Effectif	Pourcentage
Dinoprostone	23	23
Dinoprostone + misoprostol	26	26
Dinoprostone + Ocytocine	38	38
Dinoprostone + Ocytocine + Antispasmodiques	13	13
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

### 2.3.4. Mode d'accouchement

Quatre-vingt-trois pour cent des parturientes ont été délivrées par voie basse.

**Tableau 17. Mode d'accouchement**

Voie d'accouchement	Effectif	Pourcentage
Voie basse	83	83
Césarienne	17	17
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

### 2.3.5. Délai Dinoprostone- Accouchement

La moyenne de temps nécessaire pour l'accouchement de nos gestantes après l'application d'une dose de dinoprostone est de 17 heures 17 minutes. Les extrêmes étaient de 2h17mn et 78h.

## 2.4. Pronostic maternel

### 2.4.1. Indications de césarienne

Dix-sept gestantes de notre série avaient bénéficié d'une césarienne.

Quatre gestantes ont été opérées pour asphyxie fœtale aiguë et cinq pour échec de maturation cervicale.

**Tableau 18. Indications de césarienne**

<b>Indications (Césarienne)</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Asphyxie fœtale aigue	4	23,4
Prééclampsie sévère	2	11,8
Présentation de la face VP	2	11,8
HTA gravidique sévère	2	11,8
Echec de maturation cervicale	5	29,6
DFP/ Excès de poids fœtal	1	5,8
An-amnios	1	5,8
<b>Total</b>	<b>17</b>	<b>100</b>

### 2.4.2. Complications maternelles

Dix-sept parturientes accouchées par voie basse avaient présenté une déchirure périnéale.

**Tableau 19. Complications des accouchements par voie basse**

<b>Complications (Voie basse)</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Déchirure périnéale	17	20,4
Episiotomie	5	6,0
Circulaire serré	1	1,2

### 2.5. Pronostic fœtal

#### 2.5.1. Poids de naissance

Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les poids de naissance des nouveau-nés quelle que soit la voie d'accouchement.

**Tableau 20. Poids de naissance des nouveau-nés**

Poids de naissance (g)	Voie d'accouchement			P-value
	Voie basse n(%)	Césarienne n(%)	Total n(%)	
				0,2941
Moyenne	3088,1	2950,0	3064,6	
Ecart-type	498,1	485,7	498,7	
Minimum	2000	1700	1700	
Maximum	4460	3800	4460	

**2.5.2. Score d'APGAR**

Quatre-vingt-dix-neuf pour cent des nouveau-nés avait un score d'APGAR supérieur à 7 à la première minute.

**Tableau 21. Score d'APGAR à la 1<sup>ère</sup> minute**

APGAR à la 1 <sup>ère</sup> minute	Voie d'accouchement			P-value
	Voie basse n(%)	Césarienne n(%)	Total n(%)	
				0,6492
< 7	1(1,2)	0(0)	1(1)	
> ou = 7	82(98,8)	17(100)	99(99)	
<b>Total</b>	<b>83(100)</b>	<b>17(100)</b>	<b>100(100)</b>	

**2.5.3. Couleur du liquide amniotique à la naissance**

Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre la couleur des liquides amniotiques à la naissance quelle que soit la voie d'accouchement.

**Tableau 22. Couleur du liquide amniotique à la naissance**

Couleur du LA	Voie d'accouchement			P-value
	Voie basse n(%)	Césarienne n(%)	Total n(%)	
				0,1217
Clair	55(66,3)	7(41,2)	62(62)	
Méconial	20(24,1)	9(52,9)	29(29)	
Purée de pois	7(8,4)	1(5,9)	8(8)	
Teinté	1(1,2)	0(0)	1(1)	
<b>Total</b>	<b>83(100)</b>	<b>17(100)</b>	<b>100(100)</b>	

#### 2.5.4. Admission aux soins intensifs néonataux

Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre le nombre des admissions des nouveau-nés en unité de soins néonataux, quelle que soit la voie d'accouchement.

**Tableau 23. Admission des nouveau-nés à l'unité de soins intensifs néonataux**

Transfert en USI pédiatrique	Voie d'accouchement			P-value
	Voie basse n(%)	Césarienne n(%)	Total n(%)	
				0,3363
Non	75(90,4)	14(82,4)	89(89)	
Oui	8(9,6)	3(17,6)	11(11)	
<b>Total</b>	<b>83(100)</b>	<b>17(100)</b>	<b>100(100)</b>	

### 3. Discussion

#### 3.1. Méthode

Notre travail a consisté en une étude transversale descriptive ayant porté sur la maturation cervicale en prélude au déclenchement artificiel du travail d'accouchement chez 100 gestantes à terme ou proche du terme avec fœtus vivant ou décédé, sur une période de 12 mois allant du 1er juillet 2021 au 31 juillet 2022.

Nous avons adopté un protocole d'étude d'administration intra-cervicale de 0,5mg de dinoprostone aux gestantes sélectionnées, une dose répétée après six heures

jusqu'à l'obtention d'un score de Bishop supérieur à six ou l'apparition de contractions utérines efficaces. Nous n'avons pas dépassé deux doses.

Plusieurs études ont abordé la maturation cervicale à la dinoprostone avec des variantes dans les protocoles. Les points qui sont communs à ces protocoles sont :

- La dose de dinoprostone administrée 0,5mg
- La répétitivité de la dose
- La voie d'administration intra-cervicale a été largement étudiée et elle est actuellement supplantée par la voie vaginale.[8]

La dose de 0,5mg nous semble être un bon compromis de sécurité dans nos pratiques où la surveillance du travail d'accouchement est restée surtout clinique. La répétitivité de la dose pour certains auteurs comme Wiqvist.[9] et Fekih.[10] était de 12 heures alors que pour d'autres comme Kemp. [11] et nous même, elle est de six heures. Le choix de l'intervalle de 6 heures est motivé par sa pratique répandue dans la littérature. [12]

## **3.2. Résultats**

### **3.2.1 Population**

Nous avons recruté 136 gestantes pour notre étude. Trente-six gestantes n'ont pas répondu à nos critères. Nous avons exclu ces trente-six gestantes qui avaient un score de Bishop supérieur à six points à l'inclusion pour éviter les biais.

Notre échantillon d'étude comportait 100 gestantes. De nombreux auteurs ont eu une population d'étude similaire. Dont Wiqvist. [9] en Suède qui avait étudié 100 cas.

Au cours de notre période d'étude, 10 803 accouchements ont eu lieu à la maternité du Centre Hospitalier Universitaire Sylvanus Olympio.

Les taux d'induction du travail d'accouchement varient d'une région à l'autre. Il concerne une femme sur cinq dans la plupart des pays développés, avec des taux qui se sont stabilisés en France depuis 2010 (22,1% en 2010 et 22% en 2016 d'après les données des enquêtes nationales périnatales. [13] Les taux d'induction du travail sont faibles dans la région africaine. Seulement 3 % des femmes ont eu l'induction du travail dans une unité spécialisée au Nigéria. [14] .Ce taux était de 2,31% entre 1994 et 1995, au centre hospitalier universitaire de Cocody à Abidjan. La prévalence du déclenchement artificiel du travail d'accouchement était de 3,36% au Département de gynécologie et obstétrique de l'Université de Kisangani au Congo en 2012. [15] .En Asie les prévalences étaient plus élevées, 2,5% au Cambodge, 15% au Pakistan, 19% au Japon et 35,5% au Sri Lanka. [16] .Au Togo, La fréquence de déclenchement artificiel du travail d'accouchement était de 4,6% en 2006 [17]

Au cours de notre période d'étude nous n'avons pas calculé la fréquence de déclenchement du travail d'accouchement.

Le taux de maturation cervicale dans notre étude est de 0,01%. Cette fréquence est faible en raison de la relative nouveauté de la dinoprostone dans notre pratique obstétricale à la maternité du Centre Hospitalier Universitaire Sylvanus -Olympio.

La dinoprostone n'a été introduite en Afrique sub-saharienne que récemment sous la forme de gel intra-cervical. Par ailleurs, aucune donnée de la littérature ne fait mention de la prévalence de la maturation cervicale. Dans de nombreuses études, il n'a pas été fait de différence entre la maturation cervicale et le déclenchement artificiel du travail d'accouchement. Bien que le dispositif intra-vaginal à libération prolongée de dinoprostone dosé à 10 mg soit la méthode de choix dans la littérature, le misoprostol a été la molécule la plus utilisée aussi bien dans la maturation cervicale que dans le déclenchement proprement dit. [18]

### **3.2.2 Caractéristiques des gestantes**

La maturation cervicale pré-induction au gel de dinoprostone intra-cervicale a concerné des gestantes dont la moyenne d'âge est de 28,7ans, portant une grossesse mono-fœtale de 40 semaines d'aménorrhée 4 jours en moyenne et ayant une parité moyenne de 4,3. Ces résultats sont similaires à ceux de Fremy. [19], dont la plupart des gestantes sont des primipares avec 1,7% des gestantes ayant un indice de masse corporelle supérieur à 30kg/m<sup>2</sup> contre 43% d'obésité avec nous. Dans notre échantillon 7% des gestantes ont une obésité morbide.

### **3.2.3 Score de Bishop initial**

Le score de Bishop permet de mesurer la maturité du col utérin et d'évaluer les chances de succès d'un déclenchement artificiel du travail d'accouchement. Lorsque ce score est défavorable, on peut envisager l'utilisation d'une technique de maturation cervicale pour obtenir des modifications qui permettront d'induire le travail dans de meilleures conditions. [20]. C'est cela même le but de notre travail, et nous pensons avoir atteint les objectifs fixés. Le score de Bishop initial moyen des gestantes de notre étude est de 4,01. En utilisant le gel de dinoprostone, nous avons obtenu une amélioration moyenne du score de Bishop de 3,2 points et aboutit à 83% d'accouchement vaginal.

Nos résultats sont meilleurs à ceux de Bortolus dont le score de Bishop moyen est de 2,3 points. [21], Wiqvist a eu un score de Bishop moyen de 3 points [9].

### **3.2.4. Indications du déclenchement artificiel du travail d'accouchement**

La grossesse prolongée a été notre première indication de déclenchement à 37,5%. Ces chiffres sont comparables à ceux de Fremy.[19], qui a retrouvé 40% de grossesse prolongée. Cela a été également retrouvé par Elhassaneau Soudan, dans 56%. [22]

L'augmentation de la morbi-mortalité fœtale au-delà de 41 semaines d'aménorrhée nous a motivé à proposer le déclenchement à nos gestantes.

Au-delà de 41 semaines de gestation, le nombre d'inductions systématiques du travail nécessaires pour prévenir une mort fœtale ou néonatale diminue constamment. [23], Le dépassement de terme a été la deuxième indication de notre étude. Nous l'avons retrouvé dans 13,5% alors que Fekih l'a eu dans 20,3%. [10], L'hypertension artérielle gravidique a occupé le troisième rang parmi nos indications avec 12,5% des cas. Atad aux USA par contre, a retrouvé l'hypertension en tête de sa liste

d'indications avec 47,2%. [24], L'induction du travail d'accouchement est associée à une meilleure issue de la grossesse pour les gestantes au-delà de 37 semaines d'aménorrhée présentant une hypertension modérée .[25] ,La rupture prématurée des membranes a été retrouvée dans 11,5% de notre série. Ce taux est nettement inférieur à celui de Amadoto au Togo qui avait retrouvé la rupture prématurée des membranes en première indication de déclenchement en 2006.[17]

La rupture prématurée des membranes est un cas particulier pour l'utilisation de dinoprostone intra-cervicale, étant donné le risque infectieux. Pour notre étude nous avons minimalisé ce risque en n'administrant le gel que chez des gestantes dont la rupture des membranes était survenue dans un délai inférieur ou égal à 6 heures. Une autre précaution a été de mettre les gestantes en position Trendelenburg pour éviter la perte de liquide amniotique et la déperdition du gel de dinoprostone.

Les déclenchements de principe ont représenté 4% de nos indications. Amadoto en 2006 a retrouvé ce type d'indication chez 14% des gestantes. Atad eu 9,2% d'induction de convenance. Les risques d'hyperstimulation utérine et d'anomalies du rythme cardiaque fœtal décrits par de nombreux auteurs concernant l'utilisation de la dinoprostone. [26] Nous ont conduits à la prudence dans le recrutement des gestantes. Le déclenchement artificiel du travail d'accouchement augmente les chances d'accouchement par césarienne.[27] La pré-éclampsie (10,4%), la grossesse arrêtée (4,2%) et l'association COVID19 et grossesse (1%) sont les autres indications de déclenchement artificiel retrouvées dans notre étude. Notre étude s'est déroulée en pleine pandémie de COVID 19. La pré-éclampsie et la mort in utéro sont des indications classiques de déclenchement artificiel du travail d'accouchement. VOGEL a retrouvé respectivement 8,2% et 8,3% de ces indications dans une méta-analyse africaine. [16]

### **3.2.5. Dose de Dinoprostone**

La dinoprostone constitue actuellement la méthode de choix en matière de maturation cervicale et de déclenchement artificiel du travail d'accouchement lorsque les conditions cervicales sont défavorables. Il en existe plusieurs formes galéniques et doses pour des voies d'administration et indications diverses. Le dispositif intra-vaginal à libération prolongée dosée à 10 mg a supplanté le gel intra-cervical de PGE2 dosé à 0,5mg en raison de sa plus grande facilité d'application. En cas de conditions locales très défavorables, le gel intra-cervical de dinoprostone reste la référence dans la littérature. [9] avec des possibilités d'applications itératives.

Dans notre étude le nombre moyen de dose de dinoprostone administré est de 1,24. Nous n'avons pas administré plus de deux doses à nos gestantes. Ce chiffre est superposable aux résultats d'Ogbonna. [28] en Arabie Saoudite mais contrairement à nous il a administré jusqu'à 9 doses de dinoprostone à ses gestantes.

### **3.2.6 Efficacité de la Dinoprostone**

L'objectif principal de notre étude est d'évaluer la variation du score de Bishop après administration intra-cervicale de gel de dinoprostone en cas de col défavorable.

Nous avons défini le succès de la maturation comme un score de Bishop supérieur à 6 points ou l'apparition de contraction utérine efficace (deux ou trois contractions utérines en dix minutes) dans les 24h suivant l'administration du gel de dinoprostone. Une amélioration du score de Bishop a été constatée chez 95% de nos gestantes. Ce taux est similaire à ceux de Fekih et Agarwal qui avaient retrouvé respectivement 74%. [10] et 89,3% de succès (30). [12]

La variation moyenne du score de Bishop était de 3,2 points dans notre étude avec des extrêmes de 1 à 6 points. Notre intervalle d'application du gel intra-cervical de dinoprostone était de 6 heures. Wiquist [9] dans son travail a eu un accroissement de 4,8 points en appliquant deux doses de dinoprostone à 12 heures d'intervalle. Cette variation était de 2,05 points pour la série de Agarwal [12] qui a administré trois doses de dinoprostone à 6h d'intervalle à ses gestantes.

Dans 3% des cas, aucune variation de score n'a été obtenue. Cette variation a été insuffisante chez 2% des gestantes.

Les facteurs d'échec retrouvés dans notre étude sont principalement la nulliparité, secondairement l'obésité, le prolongement de la grossesse et la gravité de l'indication du déclenchement.

### **3.2.7 Accouchement et données néonatales**

- Le taux d'accouchement par voie basse est de 83%, le taux de césarienne est de 17%. Le taux d'échec de la maturation est de 5%. Le délai moyen de la maturation à l'accouchement est de 17,3h. Kemp. [29]
- a appliqué un maximum de trois doses à ses gestantes, avec un intervalle moyen induction-délivrance de 19,1h. Il a obtenu 67,8% d'accouchement vaginal et 13% d'hyperstimulation utérine. Ogonna. [28]

a eu 91% d'accouchement vaginal en appliquant jusqu'à neuf doses de gel de dinoprostone chez ses gestantes. Il a par ailleurs retrouvé deux cas de rupture utérine et 5,7% d'hyperstimulation utérine. Dans notre série aucun incident n'a été retrouvé. Cela est dû d'une part aux petites doses de dinoprostone utilisées, d'autre part aux moyens de surveillance qui sont cliniques. La surveillance électronique était faite de façon sporadique et avec partialité puisque l'unique cardio-tocographe dont nous disposons à la maternité était souvent en panne.

Les complications de l'accouchement notées dans notre étude sont les épisiotomies et les déchirures périnéo-vaginales. Nous avons eu à réaliser un accouchement instrumental par forceps.

Le poids moyen de naissance de notre série est de 3064 grammes. Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les poids de naissance des nouveau-nés quelle que soit la voie d'accouchement.

Vingt-quatre pour cent des liquides amniotiques est méconial en cas d'accouchement vaginal contre 53% en cas de césarienne sans différence statistiquement significative. La couleur du liquide amniotique a été l'un paramètre de surveillance du processus de déclenchement du travail dans notre étude. Un changement de couleur de liquide



amniotique, même sans association à d'autres éléments péjoratifs tel une anomalie du rythme cardiaque fœtal a constitué un facteur d'arrêt du procédé du déclenchement.

Dans notre série, la tolérance fœtale à l'induction du travail est bonne car seulement 1,2% des nouveau-nés accouché par voie basse avait un score d'Apgar inférieur à 7 à la première minute. En ce qui concerne l'admission des nouveau-nés aux soins intensifs néonataux, 9,6 % des nouveau-nés issus de la voie basse et 17,6% de ceux issus de la césarienne en ont bénéficié. Ces résultats montrent que les indications de césarienne étaient justifiées, le déclenchement du travail d'accouchement n'étant qu'un moyen, il faut savoir l'arrêter à temps. Bien que la surveillance de nos gestantes ait été surtout clinique, nous n'avons noté aucun décès intra-partum ou néonatal. Cela démontre que la surveillance clinique garde toujours sa place dans la surveillance du travail d'accouchement.

### **Conclusion**

Notre travail est une étude transversale descriptive qui a porté sur 100 cas de maturation cervicale en pré-induction du travail d'accouchement avec du gel de dinoprostone intra-cervical à la maternité du Centre Hospitalier Universitaire Sylvanus Olympio du 1<sup>er</sup> juillet 2021 au 31 juillet 2022.

Il nous a permis de faire les constats suivants :

- La maturation cervicale à la dinoprostone est une pratique obstétricale peu fréquente. Au cours de la période d'étude elle a été pratiquée dans 0,01%.
- La maturation cervicale en pré-induction a concerné la femme âgée en moyenne de 28 ans, 4<sup>e</sup> pare et portant une grossesse de 40 semaines d'aménorrhée
- La dinoprostone est un produit efficace dans la maturation cervicale pré-induction en cas de score de Bishop défavorable ; elle nous a permis d'accoucher 83% de nos gestantes par voie basse.
- La tolérance maternelle et fœtale est bonne

### **Références bibliographique**

1. Maturation cervicale | KHSC Kingston Health Sciences Centre [Internet]. [cité 19 sept 2022]. Disponible sur: <https://kingstonhsc.ca/fr/obstetrical-care/maturation-cervicale>
2. Riskin-Mashiah S, Wilkins I. CERVICAL RIPENING. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 1 juin 1999;26(2):243-57.
3. MacKenzie IZ. Induction of labour at the start of the new millennium. *Reproduction.* 1 juin 2006;131(6):989-98.
4. ACOG Practice Bulletin No. 107: Induction of Labor. *Obstet Gynecol.* août 2009;114(2):386-97.
5. Levine LD. Cervical ripening: Why we do what we do. *Semin Perinatol.* mars 2020;44(2):151216.

6. Levy Jean Merger Robert, Melchior Jean. Précis d'obstétrique. 6e Edition. Masson;
7. Rayburn WF. Preinduction Cervical Ripening: Basis and Methods of Current Practice: *Obstet Gynecol Surv.* oct 2002;57(10):683-92.
8. BASSOWA Akila, AKPADZA Koffi. Déclenchement artificiel du travail d'accouchement, Cours d'obstétrique DCEM3, FMMP, UL 2013-14.
9. Wiqvist I, Norström A, Wiqvist N. Induction of Labor by Intra-Cervical Pge 2 in Viscous Gel: Mechanism of Action and Clinical Treatment Routines. *Acta Obstet Gynecol Scand.* janv 1986;65(5):485-92.
10. Fekih M, Ben Zina N, Jnifen A, Nouri S, Ben Regaya L, Memmi A, et al. Comparaison de deux régimes d'administration intracervicale de Prépilidil® dans le déclenchement artificiel du travail à terme : essai prospectif randomisé. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod.* juin 2009;38(4):335-40.
11. Kemp B, Winkler M, Rath W. Induction of labor by prostaglandin E 2 in relation to the Bishop score. *Int J Gynecol Obstet.* oct 2000;71(1):13-7.
12. Six hourly vaginal misoprostol versus intracervical dinoprostone for cervical ripening and labor induction - Agarwal - 2003 - *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research* - Wiley Online Library [Internet]. [cité 21 oct 2022]. Disponible sur: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1046/j.1341-8076.2003.00091.x>
13. Masson E. État des lieux des pratiques de déclenchement en France [Internet]. EM-Consulte. [cité 5 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/1309380/etat-des-lieux-des-pratiques-de-declenchement-en-f>
14. Ekele BA, Oyetunji JA. Induction of Labour at Usmanu Danfodiyo University Teaching Hospital, Sokoto. *Trop J Obstet Gynaecol.* 2002;19(2):74-7.
15. Declenchement-de-travail-Kismed-112.pdf [Internet]. [cité 26 mars 2022]. Disponible sur: <http://kismed-unikis.org/wp-content/uploads/2021/10/4.-Declenchement-de-travail-Kismed-112.pdf>
16. Vogel JP, Souza JP, Gülmezoglu AM. Patterns and Outcomes of Induction of Labour in Africa and Asia: A Secondary Analysis of the WHO Global Survey on Maternal and Neonatal Health. *PLOS ONE.* 3 juin 2013;8(6):e65612.
17. Amadoto KS. Le déclenchement artificiel du travail à terme avec enfant vivant par le misoprostol intravaginal à la maternité du CHU-Tokoin de Lomé. FMMP Lomé TOGO; 2006.
18. Sanchezramos L, Kaunitz A, Wears R, Delke I, Gaudier F. Misoprostol for cervical ripening and labor induction: A meta-analysis. *Obstet Gynecol.* avr 1997;89(4):633-42.

19. Fremy AC. Maturation cervicale à terme par le misoprostol: étude prospective réalisée au centre hospitalier universitaire de Bordeaux. 1987;66.
20. 9782257124296: Traité d'obstétrique - AbeBooks - Cabrol, Dominique; Pons, Jean-Claude; Goffinet, François: 2257124294 [Internet]. [cité 27 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.abebooks.fr/9782257124296/Trait%C3%A9-dobst%C3%A9trique-Cabrol-Dominique-Pons-2257124294/plp>
21. Bortolus R. Determinants of response to intracervical prostaglandin E2 for cervical ripening. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* déc 1999;87(2):137-41.
22. Elhassan M, Mirghani OA, Adam I. Intravaginal misoprostol vs. dinoprostone as cervical ripening and labor-inducing agents. *Int J Gynecol Obstet.* juin 2004;85(3):285-6.
23. Heimstad R, Romundstad PR, Salvesen KÅ. Induction of labour for post-term pregnancy and risk estimates for intrauterine and perinatal death. *Acta Obstet Gynecol Scand.* janv 2008;87(2):247-9.
24. Atad J, Hallak M, Ben-David Y, Auslender R, Abramovici H. Ripening and dilatation of the unfavourable cervix for induction of labour by a double balloon device: experience with 250 cases. *BJOG Int J Obstet Gynaecol.* 1997;104(1):29-32.
25. Koopmans CM, Bijlenga D, Groen H, Vijgen SM, Aarnoudse JG, Bekedam DJ, et al. Induction of labour versus expectant monitoring for gestational hypertension or mild pre-eclampsia after 36 weeks' gestation (HYPITAT): a multicentre, open-label randomised controlled trial. *The Lancet.* 19 sept 2009;374(9694):979-88.
26. Boulvain M, Kelly AJ, Irion O. Intracervical prostaglandins for induction of labour. *Cochrane Pregnancy and Childbirth Group, éditeur. Cochrane Database Syst Rev [Internet].* 23 janv 2008 [cité 22 mai 2022]; Disponible sur: <https://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD006971>
27. Vogel JP, Gülmezoglu AMM, Hofmeyr GJ, Temmerman M. Global Perspectives on Elective Induction of Labor. *Clin Obstet Gynecol.* juin 2014;57(2):331-42.
28. Ogbonna BN, Cabais F, Shabban M. Dinoprostone intracervical gel for cervical ripening. *Int J Gynecol Obstet.* oct 2004;87(1):40-1.
29. Kemp B, Winkler M, Rath W. Induction of labor by prostaglandin E 2 in relation to the Bishop score. *Int J Gynecol Obstet.* oct 2000;71(1):13-7.

# LE PROFIL DES RÉPARATEURS D'AUTOMOBILES DANS LE GRAND-LOMÉ AU TOGO : LES DÉFIS FACE AUX INNOVATIONS TECHNOLOGIQUES

**Koffi Mawulé KPODJRATO<sup>1</sup>**

Université de Lomé, Togo, [krismaak@gmail.com](mailto:krismaak@gmail.com)

**Kossi LODONOU<sup>2</sup>**, ENS d'Atakpamé, Togo, [klodonou@yahoo.fr](mailto:klodonou@yahoo.fr)

**Sena Yawo AKAKPO-NUMADO<sup>3</sup>**, Université de Lomé, Togo,  
[akakpocyr@gmail.com](mailto:akakpocyr@gmail.com)

---

## Résumé

Le secteur de l'automobile devient techniquement exigeant, du fait de la complexité avec laquelle les voitures sont désormais construites, avec l'avancée de la technologie. La maintenance de ces voitures devient plus difficile pour ceux qui ont moins de qualifications et d'aptitudes requises. L'objectif de cette étude est de décrire le profil des réparateurs d'automobile dans le Grand-Lomé au Togo. Cette recherche s'est essentiellement tournée vers les théories des prérequis qui prônent la nécessité des connaissances antérieures prédisposant à la réussite de l'exercice du métier. Les données collectées ont montré que le niveau d'instruction du réparateur d'automobile est si insuffisant, qu'il influence la qualité de son travail. Bien qu'ils aient besoin de renforcer leurs capacités pour se mettre à jour, les offres de formations se heurtent souvent à leur insuffisance de niveau d'instruction qui ne leur profite pas.

**Mots clés** : profil, niveau d'instruction, réparateur d'automobile, réussite technique.

## THE PROFIL OF CAR REPARERS IN GRAND-LOMÉ, TOGO: THE CHALLENGES RESULTING FROM TECHNOLOGICAL INNOVATIONS

### Abstract

The automotive sector is becoming technically demanding, due to the complexity with which cars are now built, with the advancement of technology. The maintenance of these cars becomes more difficult for those with fewer qualifications and skills required. The objective of this study is to describe the profile of car repairers in Grand-Lomé in Togo. This research has mainly focused on the theories of prerequisites, which advocate the necessity of prior knowledge predisposing to the success of the practice of the profession. The data collected showed that the level of education of the car repairer is so inadequate, that it influences the quality of his work. Although they need to strengthen their capacities to keep up to date, training opportunities are often hampered by a lack of educational attainment, which does not benefit them.

---

<sup>1</sup> Université de Lomé / Institut National des Sciences de l'Éducation, Tél. : +228 92 44 07 96, [krismaak@gmail.com](mailto:krismaak@gmail.com)

<sup>2</sup> ENS d'Atakpamé, Tél. : +228 90 03 75 98, [klodonou@yahoo.fr](mailto:klodonou@yahoo.fr)

<sup>3</sup> Université de Lomé / Institut National des Sciences de l'Éducation, Tél. : +228 99 49 44 81 [akakpocyr@gmail.com](mailto:akakpocyr@gmail.com)

**Keywords:** profile, level of education, car repairer, technical success.

## **Introduction**

Le problème du profil de l'artisan en général, et celui des réparateurs d'automobile en particulier, touche non seulement le niveau d'instruction, mais aussi la capacité à réussir dans l'exercice du métier, et par là réussir professionnellement. Cette étude analyse les facteurs qui entrent en jeu dans la réussite de l'exercice du métier, en l'occurrence la résolution des problèmes techniques auxquels les artisans de ce secteur sont confrontés. Elle analyse également la contribution du niveau d'instruction dans la résolution de ces problèmes. En clair, ce travail de recherche apporte la lumière sur l'influence du niveau d'instruction sur la réussite technique, ce qui permet de définir le profil de l'artisan.

La question fondamentale de cette recherche est de savoir ce qui définit le profil des réparateurs d'automobile dans le Grand-Lomé, avec comme objectif de décrire le profil de ces réparateurs. L'hypothèse formulée à cet effet est que le profil des réparateurs d'automobile est défini par leur niveau d'instruction qui conditionne leurs capacités techniques à réussir dans l'exercice du métier.

Cette étude nous a amené à clarifier des concepts tels que le niveau d'instruction, le réparateur d'automobile et le profil. De même, elle nous a fait parcourir un cadre théorique dont l'essentiel porte sur l'importance des prérequis dans l'exercice du métier. En effet, avec les évolutions technologiques qui se traduisent par l'électronisation croissante des véhicules, la banalisation des équipements spéciaux, l'informatisation des outils de diagnostic et de gestion, etc., les méthodes de travail ont changé. En Occident depuis 1999, cela nécessitait une main d'œuvre plus qualifiée et plus spécialisée, avec un rehaussement du niveau de la formation technique et professionnelle (ANFA, 2000).

De plus, une étude similaire précédemment effectuée dans le domaine de la couture a déjà tenté d'analyser aussi l'impact du niveau d'instruction sur la réussite professionnelle. Les résultats de cette étude ont montré que plus le niveau d'instruction est élevé, plus il contribue à la réussite technique dans l'exercice du métier (Kpodjrato, 2015). Ce qui signifie que la réussite technique varie selon le niveau d'instruction.

Aussi, la notion du prérequis considère-t-elle que toute nouvelle acquisition doit se poser sur des connaissances antérieures. C'est pour cela que Kirsch, Ménabréaz et Savoyant (2005) estiment que l'exercice de toute activité professionnelle exige de plus en plus le développement des compétences théoriques et abstraites, conséquence de l'évolution des nouvelles technologies basées sur l'électronique et l'informatique. Dès lors, ils trouvent qu'il serait un faux problème de distinguer les disciplines de l'enseignement général dans la formation professionnelle, car elles sont bien nécessaires, étant donné qu'elles en constituent des prérequis. Et pour en donner la preuve, ils se réfèrent à un rapport sur l'enseignement général dans les formations de niveau V qui précise :

Le fait que la compréhension des objets et des systèmes techniques passe par un certain nombre d'acquisitions d'ordre scientifique et culturel (...) ces prérequis scientifiques et culturels de la formation technique deviennent d'autant plus importants que les systèmes économiques et sociaux sont dominés par les fameuses technologies avancées qui estompent la frontière entre la science et la technique (...) (Blondel, 1989, cité par Kirsch, Ménabréaz et Savoyant, 2005, p. 8).

### **Méthodologie : populations d'étude, échantillonnage, collecte des données**

Cette recherche est réalisée au Togo dans la région du Grand-Lomé. L'enquête est réalisée auprès de 342 maîtres-artisans du secteur de l'automobile, tels que les mécaniciens, les électriciens, les frigoristes, les carrossiers, les peintres et les vulcanisateurs, tous patrons de leurs entreprises, regroupés dans diverses organisations professionnelles. Aux patrons, s'ajoutent les formateurs des CFTP<sup>4</sup> et les responsables de ressources humaines et les chefs d'atelier/travaux de certaines sociétés de concessionnaire d'automobile de la place. Nous avons opté pour l'échantillonnage à choix raisonné, qui a pu permettre de mener les enquêtes sur le terrain. La collecte des informations a nécessité l'utilisation des sources documentaires, le corpus, le questionnaire, la grille d'observation et le guide d'entretien. Les données collectées avec ces distincts outils ont été dépouillées et traitées avec les logiciels Sphinx Plus et MS Office. Les analyses ont été menées suivant des méthodes quantitatives et qualitatives (N'da P., 2016). Les contenus des entretiens ont été analysés dans leurs composantes logico-sémantiques (Wanlin, 2007).

### **Résultats : analyse et interprétation**

Dans un regard analytique sur le profil de poste des techniciens en automobile, les difficultés d'ordre technique qu'ils rencontrent, ainsi que leur ouverture à la formation continue, nous analysons et interprétons les résultats obtenus.

### **Profil de poste des réparateurs d'automobile**

Selon les concessionnaires, en fonction de la politique commerciale de chaque société, un profil est recherché. C'est ainsi qu'il est noté, à travers les entretiens tenus avec les responsables des ressources humaines et les chefs d'atelier, que :

Les exigences du contrat de concession obligent le concessionnaire à disposer d'un personnel de qualité, afin de pouvoir assurer un service de qualité. Et il y a une évaluation périodique de cette qualité par le concédant. C'est pour cela qu'un important niveau de compétence est requis, du fait du degré de technicité des moteurs, l'époque de la vis platinée<sup>5</sup> étant dépassée depuis des décennies. Mais, étant dans la logique du management togolais avec 100% des ressources humaines

---

<sup>4</sup> Centre de Formation Technique et Professionnelle

<sup>5</sup> Communément appelée "vis platini", la *vis platinée* est une pastille (une petite pièce ronde et mince) de contact d'un système d'allumage. Cette pièce tient son nom de sa couleur qui est celle de la platine, du blond très pâle (*Dictionnaire universel francophone*, 1995, pp 882, 925)

togolaises, nous recrutons des jeunes techniciens sortis des écoles de formation au Togo qui offrent le CAP<sup>6</sup>, le BT<sup>7</sup>, le BTS<sup>8</sup>, la Licence et l'Ingénierie. Conc. 1.

En fonction du besoin, le niveau requis peut être un CQP<sup>7</sup>, un CAP, un BT, un BTS, une Licence, avec une expérience toujours exigée. Conc. 2.

Le niveau scolaire BEPC en plus d'une certification en mécanique, ou un BTS en Mécanique est requis pour travailler chez nous. Mais le diplôme ne suffit pas. Il faut l'expérience. Nous demandons alors un CV avec un bilan de compétences, quelle que soit la section, que ce soit la mécanique, la carrosserie, le froid, la peinture, etc. Conc. 3.

Ce que nous exigeons, c'est le BEPC<sup>9</sup> + CAP ou CQP et 10 ans d'expérience avec responsabilité ; le niveau de scolarité n'est pas si important, sauf pour l'utilisation du scanner. On ne recrute pas de diplômé universitaire. L'essentiel est la maîtrise de la pratique, même si la personne a appris le métier dans un garage. Conc. 4.

Le minimum requis est le BEPC + CAP ou Bac+2. On ne recrute plus des apprenants sortis de garages. Le problème de nos jours est le diagnostic qui ne se résume pas au scanner, n'étant pas une fin en soi. Le diagnostic exige un niveau de réflexion, d'analyses poussées, impliquant des compétences avérées en informatique, puisqu'après avoir posé le scanner, il faut parfois se référer au logiciel du véhicule sur l'ordinateur, ou les deux simultanément. Au-delà du diagnostic, il y a aussi des réparations (réinitialisations) qui se font à partir de l'ordinateur. Tout cela exige un niveau d'études bien conséquent. Conc. 5.

Nous préférons former sur place pour 4 ans nos techniciens sur notre technologie. Le Bac est le minimum pour comprendre la technologie Y<sup>10</sup>. Conc. 6.

Parlant des compétences précises requises, pour les concessionnaires, le technicien en automobile doit :

Savoir utiliser les TIC. Conc. 6.

Maîtriser le fonctionnement d'un véhicule, ses sous-systèmes et la maîtrise de l'outil informatique. Conc. 3.

Être capable d'utiliser l'outil de diagnostic, y renforcer ses compétences au jour le jour. De ce fait, tout part de la maîtrise de l'outil informatique. 6 à 8 ans d'expérience peut permettre à un technicien de niveau scolaire minimum d'y parvenir. Conc. 1.

En dehors de la mécanique (dans le concept X<sup>11</sup> concessionnaire) qui exige un niveau conséquent, la tôlerie et la peinture n'ont pas forcément besoin d'un Bac. Le BEPC+CAP suffirait largement. Contrairement, le pneumatique est beaucoup plus complexe que les vulcanisateurs ne le pensent. Il faut savoir lire un pneu, c'est à dire les inscriptions sur le pneu : la durée de vie, la composition, la zone d'utilisation

---

<sup>6</sup> Certificat d'Aptitude Professionnelle

<sup>7</sup> Brevet de Technicien

<sup>8</sup> Brevet de technicien Supérieur

<sup>7</sup> Certificat de Qualification Professionnelle

<sup>9</sup> Certificat de Qualification Professionnelle

<sup>10</sup> Le nom de la société que nous préférons garder dans l'anonymat.

<sup>11</sup> Idem

adaptée (tempérée, glaciaire, tropicale, etc.), la puissance du moteur indiquée pour le tourner, le poids à supporter, ... chez nous, le pneumatique fait partie de la mécanique. Conc. 5.

Pour les formateurs, « avec un niveau BEPC+ CAP au moins, le candidat à un poste de mécanicien peut s'en sortir lors de son évaluation en technologie professionnelle et en pratique, s'il a une bonne expérience qu'il a cumulée à partir des différents stages effectués ». Form. 2

Tableau II : Répartition des maîtres-artisans selon le niveau d'instruction et le dernier diplôme scolaire obtenu

Niveau d'instruction	Dernier diplôme scolaire					TOTAL
	Aucun	CEPD	BEPC	BAC II	Licence	
Primaire	42	36	0	0	0	78
	53,8%	46,2%	0,0%	0,0%	0,0%	100%
6 <sup>e</sup> -5 <sup>e</sup>	0	60	0	0	0	60
	0,0%	100%	0,0%	0,0%	0,0%	100%
4 <sup>e</sup> -3 <sup>e</sup>	0	45	72	0	0	117
	0,0%	38,5%	61,5%	0,0%	0,0%	100%
Lycée	0	6	63	12	0	81
	0,0%	7,4%	77,8%	14,8%	0,0%	100%
Supérieur	0	0	0	0	6	6
	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100%	100%
TOTAL	42	147	135	12	6	342
	12,3%	43,0%	39,5%	3,5%	1,8%	100%

Source : Données de l'enquête de terrain, de décembre 2020 à mars 2021

Ce premier tableau montre que sur les 78 artisans qui se sont arrêtés au cours primaire, une majorité de près de 54% n'a pas obtenu son CEPD, contre environ 46% qui l'ont obtenu. En considérant les maîtres-artisans qui ont le niveau du cycle d'observation, tous n'ont que le CEPD. Parmi ceux qui se sont arrêtés au cycle d'orientation, la majorité de 61,5% a obtenu le BEPC, tandis que les 38,5% restants n'ont que le CEPD. Parmi les 81 artisans qui se sont arrêtés au lycée, la majorité (près de 78%) n'a obtenu que le BEPC, alors que près de 15% de ces artisans ont obtenu le BAC II, au moment où 7% n'ont que le CEPD. Enfin, parmi ceux qui ont poursuivi leurs études au supérieur, tous ont eu leur Licence.

Globalement, la plupart des artisans rencontrés n'ont obtenu que le CEPD (43%), 39,5% ont eu le BEPC, peu ont le BAC II (3,5%), très peu ont la Licence (près de 2%) et nombreux sont-ils à n'avoir obtenu aucun diplôme scolaire (12%).

Il ressort de l'entretien tenu avec les formateurs, les responsables de ressources humaines et les chefs d'ateliers des sociétés concessionnaires que le niveau scolaire minimum requis pour réussir un métier de l'automobile de nos jours est le BEPC. C'est le minimum qui puisse permettre à tout réparateur dans le secteur de l'automobile de réussir sa carrière.

Outre les diplômes scolaires, quelles sont les qualifications professionnelles des artisans qui ont participé à cette enquête.



*Tableau III : Répartition des maîtres-artisans selon le niveau d'instruction et le diplôme professionnel le plus élevé obtenu*

Niveau d'instruction	Diplôme professionnel élevé					TOTAL
	Aucun	CFA	CQP	CAP	Licence Pro.	
Primaire	42	33	3	0	0	78
	53,8%	42,3%	3,8%	0,0%	0,0%	100%
6 <sup>e</sup> -5 <sup>e</sup>	33	24	3	0	0	60
	55,0%	40,0%	5,0%	0,0%	0,0%	100%
4 <sup>e</sup> -3 <sup>e</sup>	33	69	12	3	0	117
	28,2%	59,0%	10,3%	2,6%	0,0%	100%
Lycée	33	45	0	3	0	81
	40,7%	55,6%	0,0%	3,7%	0,0%	100%
Supérieur	0	0	3	0	3	6
	0,0%	0,0%	50,0%	0,0%	50,0%	100%
TOTAL	141	171	21	6	3	342
	41,2%	50,0%	6,1%	1,8%	0,9%	100%

**Source :** Données de l'enquête de terrain, de décembre 2020 à mars 2021

Ce deuxième tableau renseigne que sur 78 maîtres-artisans qui se sont arrêtés au cours primaire, la majorité (54%) n'a aucun diplôme professionnel, mais 42% ont le Certificat de Fin d'Apprentissage (CFA) et 4%, le Certificat de Qualification Professionnelle (CQP). Parmi ceux qui se sont arrêtés au cycle d'observation du collège, la majorité (55%) n'a aucun diplôme. Sur les 117 maîtres-artisans ayant arrêté leur parcours scolaire au cycle d'orientation, la plupart (59%) ont le CFA. Quant aux 81 maîtres-artisans qui ont fait le lycée, la majorité a obtenu le CFA (près de 56%). Enfin, parmi ces 6 artisans qui ont poursuivi leurs études au supérieur, 50% ont obtenu le CQP et 50%, la Licence Professionnelle.

Dans l'ensemble, la majorité de 50% des 342 maîtres-artisans rencontrés a le CFA, 41% n'ont aucun diplôme professionnel, alors que 6% ont le CQP, près de 2%, le CAP et 1%, la Licence professionnelle.

L'analyse de la formation des artisans a révélé que la plupart des artisans qualifiés interrogés ont déclaré avoir appris leur métier dans un garage ou atelier uniquement. Par la suite, il est noté que peu ont opté pour un centre de formation préparant au CAP ou au CQP (dans un système DUAL). Ce dualisme de la formation a aussi été apprécié par les formateurs et les concessionnaires, à cause de leur exigence des connaissances de base, les prérequis.

### **Difficultés éprouvées par les artisans**

D'une manière générale, il est constaté que les maîtres-artisans éprouvent des difficultés d'ordre matériel : l'indisponibilité des matériels et leur utilisation. Interrogés sur la question, la réponse de certains artisans a retenu l'attention.

En mécanique automobile :

L'artisan togolais manque d'outillages ou de matériel adéquat pour bien et vite faire son travail sans déployer trop d'énergie physique. Cela est aggravé par les niveaux

scolaires très bas des mécaniciens, ce qui les empêche de bien comprendre l'utilisation de certains matériels élémentaires, comme le multimètre, qui demande des notions apprises en physique au secondaire. Art. 77.

Le plus grand problème dans l'automobile au Togo, c'est la manipulation ou l'utilisation du scanner : nous ne connaissons pas le langage du diagnostic, d'où les difficultés de lecture du scanner, que ce soit en froid, en mécanique ou en électricité. Art. 192.

#### En électricité automobile :

En électricité, des anomalies électroniques sur les véhicules (légers comme lourds), surtout les nouveaux modèles viennent compliquer nos soucis de certaines pannes électriques des comorail (pour désigner « common rail » = « rampe commune »). Art. 28.

Pour bon nombre parmi nous, ce sont les diagnostics sur les VNT<sup>12</sup> électroniques en général qui posent un problème. Cela nécessite des compétences en informatique, ce que nous n'avons pas, à cause de nos niveaux scolaires. Art. 95.

#### En froid automobile :

En climatisation, nous avons souvent des difficultés à détecter des fuites légères de gaz sur les circuits de voitures, par manque d'équipement. Une chose est d'avoir les équipements, l'autre est aussi de savoir les utiliser. Art. 17.

Nous n'avons pas les notions nécessaires en électricité et électronique liées au froid, ce qui rend difficiles nos interventions en cas de pannes sur les voitures électroniques et électriques. Art. 124.

#### En carrosserie / tôlerie :

Le montage des pièces fabriquées pose des problèmes par moment, surtout lorsque les formes ne sont pas des figures régulières. Nous sommes alors obligés de poser la nouvelle pièce sur l'ancienne pour prendre la forme. Mais si les pièces à fabriquer sont complètement rouillées, c'est là où il est compliqué de faire des calculs que nous ne maîtrisons pas, et c'est le bricolage qui fait que les pièces fabriquées ne sont pas conformes à l'espace qui leur est réservé sur le véhicule. Art. 213.

#### En peinture :

En peinture, en toute honnêteté, l'adéquation entre la composition chimique des peintures et le type de carrosserie nous échappe. Nous ne savons pas aussi quelle peinture adapter à notre climat pour que cela ne se dégrade pas si tôt. Art. 113.

Il arrive que beaucoup d'entre nous ne réussissent pas la composition de certaines couleurs. Aujourd'hui, il semble que c'est avec un logiciel qu'on fait la composition. Mais il va falloir d'abord savoir manipuler l'ordinateur. Art. 152.

---

<sup>12</sup> Véhicule de Nouvelle Technologie

## En vulcanisation :

Pour certaines voitures, certains mécaniciens me disent de faire attention en enlevant ou en remontant le pneu. Quand je demande pourquoi, ils me disent qu'il y a un capteur au niveau de la valve. Je ne sais pas ce qu'on appelle capteur et à quoi cela sert. Ce n'est qu'après que j'ai appris que si on enlève ce capteur ou on l'endommage par mégarde, cela affecte la mémoire de la voiture, et sa réparation revient très cher. C'est là où j'ai compris pourquoi il est délicat de démonter les pneus de certaines voitures électroniques. Art. 223.

En conclusion, ces propos révèlent que les artisans interrogés sont conscients des tares qu'ils traînent dans l'exercice de leur fonction et on donc compris que cela est dû à l'insuffisance de niveau d'instruction.

Nous venons de voir que pour intervenir sur un véhicule, la pose du diagnostic est nécessaire. Lorsqu'il s'agit des pannes sur des circuits électriques ou frigorifiques, ou sur le moteur, il importe d'utiliser un appareil de diagnostic. Le tableau suivant renseigne sur la méthode de diagnostic que les artisans utilisent.

*Tableau IV : Répartition des maîtres-artisans selon le niveau d'instruction et la méthode de diagnostic des voitures*

Niveau d'instruction	Système de diagnostic des voitures			TOTAL
	A tâtons (manuel, visuel)	Outil de diagnostic (scanner)	Pas concerné	
Primaire	45	3	30	78
	57,7%	3,8%	38,5%	100%
6 <sup>e</sup> -5 <sup>e</sup>	36	6	18	60
	60,0%	10,0%	30,0%	100%
4 <sup>e</sup> -3 <sup>e</sup>	66	24	27	117
	56,4%	20,5%	23,1%	100%
Lycée	54	18	9	81
	66,7%	22,2%	11,1%	100%
Supérieur	0	3	3	6
	0,0%	50,0%	50,0%	100%
TOTAL	201	54	87	342
	58,8%	15,8%	25,4%	100%

*Ki2 cor = 28,103 > ki2 th. = 15,507 C=0,27 ddl = 8 (DS, p=0,05)*

**Source :** Données de l'enquête de terrain, de décembre 2020 à mars 2021

Ce tableau III montre que 87 maîtres-artisans (soit 25,4% de l'échantillon) ont déclaré que leurs métiers n'ont pas besoin d'un appareil de diagnostic (tôlerie, peinture, vulcanisation), c'est pourquoi ils ont dit que la question ne les concerne pas. Cependant, même si leur raison semble valable, sa nuance mérite des explications. En effet, pour les spécialistes, le diagnostic par le scanner permet de détecter la panne quel que soit le corps de métier qui doit intervenir pour la réparation. Mais habituellement, ces diagnostics sont posés par les mécaniciens (souvent), les électriciens (très souvent) ou le frigoristes (rarement). De ce fait, les autres corps de métier qui ne se voient pas concernés, par ignorance, devraient forcément savoir utiliser les logiciels de gestion de la maintenance automobile dans leurs interventions. Or, ces logiciels sont des outils complémentaires lors du diagnostic des

pannes : lorsque le diagnostic est posé, les résultats orientent souvent vers le logiciel pour plus d'approfondissement et de précision, tout dépend de l'appareil de diagnostic. Ainsi, c'est une obligation pour ces corps de métiers qui s'excluent d'apprendre au moins à utiliser les logiciels, car, par exemple, le tôlier en a besoin pour reconstruire la carrosserie, le peintre pour connaître la composition de la peinture et son épaisseur, le vulcanisateur pour situer le capteur de pression pneumatique.

Pour diagnostiquer les pannes des véhicules, 59% des 342 artisans interrogés procèdent à tâtons, contrairement à 16% qui utilisent les appareils de diagnostic (scanner ou multimètre), parmi lesquels la plupart ont un niveau d'instruction situé entre le cycle d'orientation et le supérieur. De plus, la différence au test chi-deux<sup>13</sup> se révèle significative ( $X^2_{\text{cor}} = 28,103$ ,  $p=0,05$ ) entre le niveau d'instruction et la méthode de diagnostic, facteur de réussite technique, ce qui confirme l'existence d'une relation moyenne ( $C=0,27$ ) entre les deux variables.

Interrogé, un concessionnaire déclare que

Les difficultés varient en fonction du niveau scolaire du mécanicien : (...) plus le niveau est élevé, moins les difficultés sont grandes ; moins le niveau est élevé, plus les difficultés sont grandes. Dans le cas d'espèce, les CAP trainent sur les travaux et ne sont pas autonomes, même s'ils ont des atouts en théorie plus que les CQP, mais qui les dominent au départ en pratique. Conc. 1.

D'après les formateurs,

C'est l'histoire du vulcanisateur qui a enlevé et jeté la valve d'un pneu d'une Mercedes Benz ML 350 et le véhicule est bloqué. Ce qui lui a révélé ses tares, et il a compris que même pour ce métier, il faut bien fréquenter pour l'exercer. (...) La solution, c'est la formation en électronique et en outils informatiques. Form. 2.

De ce qui précède sur le système de diagnostic, les réflexions des formateurs et des concessionnaires, il est retenu que le niveau d'instruction est primordial pour les réparateurs d'automobile, confirmant ainsi l'hypothèse selon laquelle le profil du réparateur d'automobile, pour une réussite de l'exercice de son métier, est défini par son niveau d'instruction. Cette situation fait également appel à la théorie du constructivisme de Piaget (1967, cité par Bourgeois & Nizet, 2005) et de Sarr (2015) précédemment citée.

---

<sup>13</sup> Le khi-deux (ou  $X^2$  ou  $\text{Chi}^2$ ) est une statistique permettant de comparer les effectifs (fréquences) observés dans un échantillon avec des fréquences théoriques qui découlent des hypothèses statistiques. Lorsque deux variables discrètes ou qualitatives sont mesurées sur les mêmes individus, on est en présence d'une population et de deux mesures. Il est alors intéressant de vérifier si ces variables aléatoires sont interdépendantes, c'est-à-dire si elles ont une influence l'une sur l'autre.

## Difficultés d'ordre technique et formation continue des artisans

### Difficultés d'ordre technique des artisans

De nombreuses incompétences relevées chez les artisans sont liées à l'insuffisance de leurs niveaux d'instruction, ce qui les limitent également face à la mise à jour conformément à la technologie développée dans les équipements qui, elle, nécessite un minimum requis. Cette situation est illustrée par le tableau III (Répartition des maîtres-artisans selon le niveau d'instruction et la méthode de diagnostic des voitures) où il est observé que les artisans qui utilisent les outils de diagnostic sont minoritaires, mais dont la plupart ont un niveau scolaire compris entre le cycle d'orientation et le lycée. Ce qui amène à conclure que l'hypothèse de la définition de la réussite technique par le niveau d'instruction est confirmée. La facilité de maîtrise de l'utilisation des équipements de travail par l'artisan est donc fonction son niveau d'instruction. Tous ces outils et équipements de nos jours nécessitent d'abord des connaissances de base qui facilitent l'adaptation des nouvelles compétences en numérique (informatique, Internet), permettant de relever les défis actuels de réparation.

### Formations continues antérieures et leurs impacts sur le quotidien

Tout professionnel est censé améliorer ses compétences développées à la formation initiale à travers une formation continue au cours de sa carrière. C'est la volonté et la capacité à poursuivre cette formation qui sont analysées dans le passage qui suit.

Tableau V : Répartition des maîtres-artisans selon le niveau d'instruction et l'engagement dans la formation continue après l'apprentissage

Niveau d'instruction	Engagement dans la formation continue après l'apprentissage		TOTAL
	Oui	Non	
Primaire	30	48	78
	38,5%	61,5%	100%
6 <sup>e</sup> -5 <sup>e</sup>	36	24	60
	60,0%	40,0%	100%
4 <sup>e</sup> -3 <sup>e</sup>	72	45	117
	61,5%	38,5%	100%
Lycée	45	36	81
	55,6%	44,4%	100%
Supérieur	6	0	6
	100%	0,0%	100%
TOTAL	189	153	342
	55,3%	44,7%	100%

$$Ki2_{cor} = 13,447 > ki2_{th.} = 9,487 \quad C=0,19 \quad ddl = 4 \quad (DS, p=0,05)$$

Source : Données de l'enquête de terrain, de décembre 2020 à mars 2021

Sur les 342 maîtres-artisans affichés dans ce tableau IV, 55% ont majoritairement affirmé qu'ils ont suivi d'autres formations après leur sortie d'apprentissage. Il est noté que la formation continue a préoccupé les artisans de tous les niveaux. Et la différence au test chi-deux, très significative ( $X^2_{cor} = 13,447, p=0,05$ ) entre le niveau

d'instruction et l'engagement dans la formation continue, facteur de réussite technique, confirme quand même l'existence d'une relation, même si faible ( $C=0,19$ ), entre les deux variables.

Il ne suffit pas seulement de suivre une formation, mais il est plus important d'en tirer profit et d'en faire usage, ce que révèle le tableau suivant.

*Tableau VI : Répartition des maîtres-artisans selon le niveau d'instruction et l'impact de la formation continue*

Niveau d'instruction	Impact de la formation continue			TOTAL
	Amélioration des techniques d'intervention	Amélioration du management	Aucun	
Primaire	22	7	7	36
	61,1%	19,4%	19,4%	100%
6 <sup>e</sup> -5 <sup>e</sup>	29	15	1	45
	64,4%	33,3%	2,2%	100%
4 <sup>e</sup> -3 <sup>e</sup>	63	26	1	90
	70,0%	28,9%	1,1%	100%
Lycée	45	15	0	60
	75,0%	25,0%	0,0%	100%
Supérieur	6	3	0	9
	66,7%	33,3%	0,0%	100%
TOTAL	165	66	9	240
	68,8%	27,5%	3,8%	100%

$Ki2\ cor = 28,991 > ki2\ th. = 16,918\ C=0,21\ ddl = 9\ (DS, p=0,05)$

**Source** : Données de l'enquête de terrain, de décembre 2020 à mars 2021

Il est à noter que dans ce tableau V, la question relative aux impacts de la formation continue est à choix multiple ; c'est pourquoi la somme des citations (240) dépasse le nombre d'enquêtés (189) ayant précédemment déclaré avoir suivi d'autres formations après apprentissage. De ce fait, 165 citations montrent que la formation continue a apporté une amélioration des compétences techniques aux artisans de tous les niveaux d'instruction, avec une forte proportion ayant le niveau 4<sup>e</sup>-3<sup>e</sup> et lycée. Cependant, l'inexistence d'impact de la formation continue sur la vie professionnelle de certains maîtres-artisans, dont majoritairement 78% (7/9) n'ont fait que le cours primaire, s'explique par leur très faible niveau scolaire ne favorisant pas le « greffage » d'autres compétences. Ils n'en ont donc pas les prérequis. Ainsi le confirme l'un des artisans :

Franchement, je ne voudrais plus participer à des formations. Je ne sais pas ce que toutes celles auxquelles j'ai participé m'ont apporté en tant que telles. Quand j'y vais, je ne comprends rien lorsqu'on fait des cours sur les nouvelles voitures avec des concepts en électronique. Moi j'ai fait seulement la classe de 5<sup>e</sup>. Il vaut mieux ne plus y aller. Art. 29.

Aussi, la différence au test chi-deux est-elle significative ( $X^2\ cor = 28,991, p=0,05$ ) entre le niveau d'instruction et l'impact de la formation continue, facteur de réussite technique, confirmant l'existence d'une relation moyenne ( $C=0,21$ ) entre les deux variables.

Au regard de ce qui précède, le passage suivant conduit à l'étude de l'expression des besoins actuels en formation, de même que sa justification.

## Besoins actuels des maîtres-artisans en formation continue

Le paragraphe suivant analyse la manifestation du besoin des maîtres-artisans à s'engager dans la formation continue, signe de leur volonté d'évoluer dans leur carrière par l'amélioration de leur niveau de compétence.

*Tableau VII : Répartition des maîtres-artisans selon le niveau d'instruction et l'expression des besoins actuels en formation*

Niveau d'instruction	Besoins actuels en formation		TOTAL
	Oui	Non	
Primaire	60	18	78
	76,9%	23,1%	100%
6 <sup>e</sup> -5 <sup>e</sup>	57	3	60
	95,0%	5,0%	100%
4 <sup>e</sup> -3 <sup>e</sup>	105	12	117
	89,7%	10,3%	100%
Lycée	78	3	81
	96,3%	3,7%	100%
Supérieur	6	0	6
	100%	0,0%	100%
TOTAL	306	36	342
	89,5%	10,5%	100%

$Ki2_{cor} = 16,485 > ki2_{th.} = 9,487$   $C=0,21$   $ddl = 4$  ( $DS, p=0,05$ )

Source : Données de l'enquête de terrain, de décembre 2020 à mars 2021

De ce tableau, il résulte que la plupart des artisans (306/342, soit 89,5%) ont exprimé l'envie de se faire former, inversement à certains (36, soit 10,5%), dont la majorité s'est arrêtée au primaire (23%), qui n'en voient pas l'importance. De même, la différence au test chi-deux se révèle significative ( $X^2_{cor} = 16,485$ ,  $p=0,05$ ) entre le niveau d'instruction et le besoin en formation, facteur de réussite, ce qui confirme l'existence d'une relation moyenne ( $C=0,21$ ) entre les deux variables.

Pour les concessionnaires, la formation continue est indispensable, car :

Une fois recruté, le technicien est inscrit sur un site de constructeur où il suit des cours en ligne. En dehors de cela, il est périodiquement organisé une formation pour les techniciens des concessionnaires de nos marques de la sous-région. La dernière en date est de décembre 2019. Conc. 1.

Chaque année, les techniciens du groupe représenté dans les pays de la sous-région se rendent au Bénin pour suivre une formation dispensée par un expert envoyé par un constructeur. Ou, il est aussi possible qu'un technicien se rende en Europe pour suivre une formation et revenir l'appliquer, afin que ses collègues puissent en profiter. Conc. 3.

Après la formation initiale de prise de fonction dans la société, quelle que soit sa formation antérieure, le technicien suit d'autres formations certifiantes de notre société. Ces certifications sont classées par degré d'avancement, et c'est en fonction du niveau d'instruction du technicien qu'il est autorisé à s'y inscrire. Le niveau de certification confère un niveau de responsabilité dépendant de la délicatesse des interventions sur des pannes à confier au technicien. Conc. 5.

Les paragraphes qui précèdent montrent que la formation continue est un passage obligé auquel aucun technicien de société concessionnaire d'automobile ne peut se dérober. Selon les observations, la majorité des réparateurs ne s'intéressant pas à la formation continue se retrouve parmi ceux qui se sont arrêtés au cours primaire. Et c'est la même cible qui ne manifeste plus le désir de suivre de nouvelles formations continues, à cause de leur faible niveau d'instruction. Or, le réparateur d'automobile qui ne se recycle pas ne peut plus réussir des interventions sur les véhicules de nouvelle technologie. De plus, l'analyse des données du tableau relatif aux impacts de la formation continue a également révélé que c'est la plupart des maîtres-artisans ayant le niveau primaire qui ne trouvent aucun impact de ces formations suivies dans leur vécu quotidien. Ce qui est tout à fait normal, puisque la faiblesse de leur prérequis ne leur permet pas d'assimiler grand-chose. Par conséquent, ils demeureront inefficaces face aux pannes de véhicule exigeant des incompetents plus poussées.

De tout ce qui précède sur la formation continue, l'on peut aussi conclure que l'hypothèse selon laquelle le niveau d'instruction définit le profil du réparateur d'automobile se vérifie.

### **Discussion des résultats**

Les résultats de cette étude ont montré une insuffisance du niveau d'instruction requis des réparateurs d'automobile face aux innovations technologiques, les limitant ainsi dans leurs interventions, puisqu'ils sont d'abord limités dans la construction de leurs savoir-faire. Cette nécessité du niveau requis pour la construction du savoir renvoie alors à la théorie du constructivisme de Piaget (1967, cité par Bourgeois & Nizet, 2005) et de Sarr (2015, p 72, inspiré de Piaget et de Bruner), où sont mises en valeur les trois phases du constructivisme : l'assimilation qui est la phase d'intégration de nouvelles données, l'accommodation, celle d'adaptation aux situations nouvelles, et l'équilibration qui « recherche du meilleur équilibre entre assimilation et accommodation, deux processus antagonistes et complémentaires ».

Ainsi, les divers niveaux de qualifications des réparateurs d'automobiles dans le grand-Lomé au Togo décrits dans cette étude démontrent qu'ils ont un mauvais profil et se doivent de l'améliorer à l'heure des innovations technologiques. Cela traduit alors la nécessité d'un niveau d'instruction de base convenable sur lequel pourra être greffé tout autre apprentissage au cours de l'exercice du métier. Et sur le plan de la formation continue, les résultats de cette étude, révélant aussi le désintéressement de certains réparateurs de faible niveau d'instruction, corroborent l'approche développementale du socioconstructivisme de Vygotsky (1985, cité par Patricia M. Davis, 1991/1994/2017) qui peut s'appliquer en situation de recyclage des formateurs. Cette approche mentionne qu'il existe des apprentissages qui requièrent maturation et prérequis, en cumulant des savoirs successifs, allant des plus simples aux plus abstraits dans une amélioration constante, mettant ainsi en exergue la nécessité du niveau d'instruction.

Concernant l'impact des formations continues antérieurement suivies, les résultats de cette recherche ont conclu que ce sont les artisans de faible niveau qui ne peuvent



pas en avoir, étant donné qu'ils ne sont pas arrivés à développer de nouvelles compétences. Cela corrobore la théorie de l'approche didactique du constructivisme avec Donnadieu, Genthon, Vial. (1998), une conception du prérequis où toute nouvelle formation tient compte de l'environnement et des « champs de signification » qui participent à la maîtrise des nouvelles compétences à développer.

De même, l'incapacité des réparateurs à manifester le désir de suivre de nouvelles formations continues fait correspondre les résultats de la présente recherche à la théorie des prérequis de Simmer et Barnes (1991) et de Nagy (2008), du fait que les compétences développées antérieurement doivent permettre de résoudre des situations-problèmes de la vie courante. Or, dans le cas des réparateurs d'automobile de faible niveau scolaire, les compétences antérieurement développées ne sont favorables ni à la résolution des situations-problèmes d'aujourd'hui, ni à l'acquisition de nouvelles compétences devant corriger les tares actuelles.

### **Conclusion**

Dans cette recherche sur le profil du réparateur d'automobile dans le Grand-Lomé, la réussite de l'exercice du métier apparaît comme le résultat des caractéristiques de ce profil, un facteur qui y est intrinsèquement lié. En définitive, tous les acteurs (formateurs, entrepreneurs artisans, concessionnaires et apprenants) conviennent que c'est le niveau d'instruction qui favorise cette réussite et permet une ascension professionnelle aux postes de responsabilité, lorsqu'il s'agit des sociétés de concessionnaire d'automobiles : ceux qui ont le niveau minimum requis, BEPC et une formation professionnelle resteront des exécutants, tandis que ceux qui ont un BAC ou plus, avec une formation professionnelle, seront des instructeurs, des prescripteurs, selon Pastré (2002). La réussite de l'exercice du métier d'automobiliste est alors liée au profil du technicien en automobile, sa qualification professionnelle, le dispositif entrepreneurial mis en place s'il est maître-artisan, ses capacités à faire face aux difficultés d'ordre technique et administratif pour satisfaire ses clients, et ses capacités à s'assurer la formation continue tout au long de sa carrière. Or, le niveau d'instruction des réparateurs d'automobile du Grand-Lomé est faible, ce qui augmente leur degré de faiblesse face aux difficultés d'ordre technique auxquelles ils sont confrontés. Et de surcroît, cela les empêche de poursuivre des formations continues. En parlant des difficultés d'ordre administratif, elles sont plus énormes, car ces artisans sont souvent dépourvus de toutes les capacités managériales : pas de notions sur les taxes, aucune organisation du dispositif entrepreneurial en général. Ces défis managériaux auxquels font face les artisans du secteur de l'automobile pourront, à l'avenir, faire l'objet d'un autre développement.

### **Références bibliographiques**

ANFA, 2000, *Approche prospective de la branche des services de l'automobile : Analyse et statistiques*, Observatoire ANFA.

Belhadaoui H., 2011, *Conception sûre des systèmes mécatroniques intelligents pour des applications Critiques*, Automatique / Robotique, Institut National

Polytechnique de Lorraine (INPL), URL : <https://theses.hal.science>, consulté le 21 août 2022.

- Birglen L., 2016, *Mécatronique*, Paris, éd. Dunod, URL : [www.dunod.com](http://www.dunod.com), consulté le 21 août 2022.
- Bourgeois E. & Nizet J., 2005, "Apprentissage et formation des adultes", *Collection Education et Formation*, Paris, éd. PUF, 232 p.
- Donnadieu B., Genthon M., & Vial M., 2002, *Les théories de l'apprentissage - Quel usage pour les cadres de santé ?* Paris, Masson / Inter Éditions.
- Kirsch J-L, Ménabréaz M. et Savoyant A., 2005, "Formation générale-formation professionnelle Vieille question et nouveaux débats", Net.Doc N° 14, URL : [https://pmb.cereq.fr/doc\\_num.php?explnum\\_id=5876](https://pmb.cereq.fr/doc_num.php?explnum_id=5876).
- Kpodjrato K. M. 2015, *Impact du niveau d'instruction sur la réussite professionnelle des artisans : cas des couturiers de la section VI de COMECOL*, mémoire de Master Professionnel en Sciences de l'Éducation et de la Formation à l'Institut Supérieur Don Bosco de Lomé, 135 p.
- Lachmann H., Boisivon J.-P., 2017, Développer l'apprentissage : un enjeu pour la compétitivité, pour l'emploi et pour la justice sociale, URL : [www.institutmontaigne.org](http://www.institutmontaigne.org) du 19/01/2019.
- N'DA P., 2016, *Recherche et méthodologie en sciences sociales et humaines*, Paris, L'Harmattan.
- Davis, Patricia M., 2017, *Cognition et apprentissage : Revue de la littérature scientifique relative notamment aux minorités ethnolinguistiques*. Dallas: SIL International. [https://www.sil.org/resources/archives/70275;e\\_book\\_67\\_Davis\\_Cognition\\_et\\_apprentissage\\_French.pdf](https://www.sil.org/resources/archives/70275;e_book_67_Davis_Cognition_et_apprentissage_French.pdf).
- République Togolaise, 2014, *Plan Sectoriel de l'Éducation (PSE) 2014-2025 Amélioration de l'accès, de l'équité et de la qualité de l'éducation au Togo*.
- Sarr M., 2015, « Analyse de l'effectivité de la démarche constructiviste et socioconstructiviste dans la conception et l'élaboration des cours en ligne de la pédagogie universitaire à l'UCAD », *Nouvelle Série*, n° 19 Juillet 2015. 168p.
- Wanlin P., 2007, « L'analyse de contenu comme méthode d'analyse qualitative d'entretiens : une comparaison entre les traitements manuels et l'utilisation de logiciels », *Actes du colloque Bilan et perspectives de la recherche qualitative*, Hors-Série, numéro 3.

## LA POSTURE RÉFLEXIVE DU PERSONNEL D'ENCADREMENT AU TOGO : QUELS ACQUIS PROFESSIONNELS D'UNE INITIATION À LA RECHERCHE-ACTION ?

Amévor AMOUZOU-GLIKPA<sup>1</sup>

Université de Lomé, Togo

[amevor82@hotmail.com](mailto:amevor82@hotmail.com)

Brian BEGUE<sup>2</sup>, Odecol, France

Thierry HUG<sup>3</sup>, Odecol, France

---

### Résumé

L'une des questions fondamentales que les acteurs de l'éducation se posent souvent est de savoir, comment mettre au service de l'action éducative, les résultats de la recherche en éducation. Il a souvent été déploré le fait que les systèmes de mise en place et de pilotage de l'action éducative par l'État ne soient pas suffisamment alimentés par la recherche. A partir des résultats d'un programme de recherche-action de l'IIEP-UNESCO Dakar sur la qualité de l'éducation, une cohorte de cadres éducatifs de différents pays et d'inspecteurs togolais a été enrôlée et initiée à l'adoption d'une posture réflexive dans l'exercice de leurs missions d'encadrement, en vue de renforcer le volet qualité dans l'exercice de leurs fonctions. Le présent article tente de restituer les acquis de cette initiation, notamment pour dix inspecteurs pédagogiques entrants dans le métier au Togo. Sur la base d'analyses qualitatives, des inspecteurs, expérimentés ou nouveaux entrants dans le métier, donnent leurs représentations sur le métier d'encadreur pédagogique. Ainsi, leurs témoignages montrent en quoi le système éducatif gagnerait beaucoup plus en qualité avec la transformation du métier d'inspecteur à travers le renforcement de leur posture de chercheur à part celle de l'administrateur de l'éducation souvent connue.

**Mots clés :** recherche, éducation, personnel d'encadrement, qualité, système éducatif, Togo.

### Abstract:

One of the fundamental questions that education stakeholders often ask themselves is how to put the results of educational research at the service of educational action. It has often been deplored that the systems for setting up and steering educational action by the State are not sufficiently informed by research. Based on the results of an IIEP-UNESCO Dakar action-research program on the quality of education, a cohort of education managers from various countries and Togolese inspectors of education (school supervisor) was enrolled and initiated to adopt a reflective posture in the exercise of their management missions, with a view to strengthening the quality aspect in the exercise of their functions. This article attempts to restore what has been

---

<sup>1</sup> Institut National des Sciences de l'Éducation (INSE), Université de Lomé ([amevor82@hotmail.com](mailto:amevor82@hotmail.com))

<sup>2</sup> Analyste des politiques publiques, co-fondateur Odecol (France)

<sup>3</sup> Inspecteur honoraire de l'Éducation nationale, co-fondateur Odecol (France)

learnt from this initiation, particularly for ten educational inspectors entering the profession in Togo. On the basis of qualitative analyses, both experienced and new inspectors describe their perceptions of the job of educational supervisor. Thus, their testimonies show how the quality of the education system would be greatly enhanced by the transformation of the inspector's profession, through the strengthening of their position as researchers in addition to that of the often-familiar education administrator.

**Key words:** research, education, management staff, quality, education system, Togo.

## **Introduction**

La notion de recherche en éducation se caractérise par sa pluralité. En effet, elle englobe principalement trois catégories de recherche dédiées à l'éducation. La première catégorie est la recherche académique. Au fil des siècles, que ce soit dans le domaine des sciences humaines ou sociales, y comprises les sciences de l'éducation, de nombreux chercheurs ont souvent produit des travaux portant soit sur le rôle et les fonctions de l'éducation (J-J. Rousseau, 2009 ; E. Kant, 1803 ; E. Durkheim, 1922), soit sur l'action éducative en relation avec les interactions sociales (J. Dewey, 1916, 1938 ; M. Mead 1970, P. Bourdieu et J-C Passeron, 1964, 1970 ; R. Boudon, 1973 ; M. Duru-Bellat, A. Van Zanten, 2011 ; etc.). Que l'on parle des classiques de la recherche en sciences sociales et en sciences de l'éducation ou des universitaires et chercheurs contemporains, la littérature scientifique s'enrichit constamment d'œuvres consacrées à l'éducation en tant qu'objet d'étude, fait social ou action sociale.

Le deuxième type de recherche en éducation concerne les études et les évaluations réalisées à des fins de diagnostic des systèmes éducatifs, ainsi que des politiques ou réformes éducatives dans le cadre de leur mise en œuvre et de l'établissement des bilans. Ces études sont souvent commandées, soit par les institutions étatiques, soit par des bailleurs de fond dans le secteur de l'éducation, tels que les organisations non gouvernementales, et sont réalisées grâce à des consultants.

Le troisième type de recherche en éducation est la recherche-action, même si ce type relève aussi parfois de la recherche académique. Cette forme de recherche vise à buter sur des résultats tout en se penchant sur des problèmes concrets sur le terrain, qui peuvent à leur tour informer les actions gouvernementales en ce qui concernent la mise en œuvre des politiques éducatives et la gestion du système éducatif.

La diversification des types de recherche en éducation s'explique en grande partie par l'évolution des paradigmes de recherche. Les acteurs de l'éducation ont la nécessité d'utiliser les résultats de la recherche pour informer les pratiques éducatives, mais ils sont également conscients des défis liés à cette intégration de la recherche dans l'action éducative. Alors que la recherche académique a souvent été menée par des chercheurs et des universitaires dans l'intention d'alimenter les publications scientifiques, la recherche commanditée, est conçue souvent pour vérifier, évaluer, légitimer ou justifier de nouvelles initiatives (réformatrices) dans le secteur de l'éducation. De nos jours, la recherche-action est de plus en plus considérée comme

la forme de recherche la mieux adaptée pour enrichir les pratiques éducatives. Elle permet une interaction plus directe entre la recherche et l'action éducative.

C'est dans un tel contexte que l'IPE-UNESCO Dakar a initié et conduit un programme de recherche-action sur la qualité<sup>4</sup> de l'éducation dans huit pays d'Afrique subsaharienne dont le Togo de 2019 à 2023.

Ainsi pour le Togo, en s'appuyant sur les résultats de ce programme et au sein d'une promotion inspecteurs recrutés et formés de 2022 à 2023, une cohorte de 10 inspecteurs stagiaires a été sélectionnés, puis formés pour adopter une approche de recherche-action au sein de leurs zones de stage respectives. Leurs thématiques de recherche ont été élaborées en s'appuyant sur les problématiques identifiées dans les résultats du diagnostic du pilotage de la qualité de l'éducation au Togo en 2023, à partir des données produites par le programme de l'UNESCO Dakar (IPE-UNESCO Dakar, 2023). Le présent article restitue également les témoignages d'inspecteurs expérimentés qui ont bénéficié d'entretiens cliniques de manière à analyser à posteriori leur expérience de la conduite d'une recherche-action holistique sur le pilotage de la qualité de leur système éducatif<sup>5</sup>.

Les résultats exposés dans cet article montrent les effets significatifs d'une recherche-action sur la base des comptes rendus de terrain réalisés par ces inspecteurs pédagogiques à l'issue de leurs interventions sur le terrain, et notamment dans le cadre de leurs stages professionnels pour les inspecteurs du Togo. Il apparaît donc que l'adoption de la posture de chercheur engagé dans un processus de recherche-action en équipe a engendré des changements significatifs dans l'identité professionnelle de ces cadres de l'éducation. Cela a non seulement modifié leur façon de collaborer avec leurs pairs et leur approche de l'analyse de leur propre institution, mais aussi contribué à produire des savoirs spécifiques enrichissant pour leurs mémoires professionnels.

## 1. Au plan méthodologique

Les corpus sur lesquels s'appuie cet article sont essentiellement de deux types. Il s'agit d'une part des entretiens d'explicitation post supervision avec des cadres impliqués dans le Programme d'Appui au Pilotage de la Qualité de l'éducation (PAPIQ) et d'autre part la supervision des inspecteurs stagiaires du Togo dans le cadre de l'élaboration de leur mémoire professionnel.

La sélection des inspecteurs stagiaires s'est faite sur le principe du volontariat. En effet, au cours de leur formation initiale, qui comprenait des enseignements de

---

<sup>4</sup> Programme d'appui au pilotage de la qualité dans les pays d'Afrique subsaharienne que les auteurs de cet article ont contribué à élaborer puis à conduire entre 2019 et 2023 au sein d'une équipe de supervision en mobilisant une centaine de cadres (inspecteurs et conseillers pédagogiques, universitaires) dans 8 pays : Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Côte d'Ivoire, Madagascar, Niger, Sénégal, Togo.

<sup>5</sup> Begue, B., (Septembre 2023) *Études des effets et des limites d'un projet international de supervision du changement en éducation*, Master MEEF, Pratiques et ingénierie de formation, Université de Cergy Paris

sociologie de l'éducation, ils ont reçu une clarification approfondie sur l'importance de la posture réflexive du personnel d'encadrement en relation avec la notion de recherche-action. Les dix élèves-inspecteurs ont donc volontairement choisi de travailler sur des sujets liés à leurs mémoires de fin de formation, en se basant sur les problématiques identifiées sur le terrain à partir du diagnostic du pilotage de la qualité de l'éducation réalisé par le programme de l'UNESCO-Dakar. Le tableau suivant résume les thématiques abordées, le libellé des sujets et les lieux de travail.

**Tableau 1 : Récapitulatif des sujets de recherche des inspecteurs de la cohorte**

N°	Thématique / Problématique	Libellé du sujet	Lieu de stage <sup>6</sup>
1	Les pratiques de remédiation	La recherche des pratiques efficaces de prise en charge des élèves en difficulté d'apprentissage : cas des élèves de CP dans l'IEPP EST-MONO.	IEPP Est-Mono
2	Les pratiques de remédiation	La recherche des pratiques efficaces pour la prise en charge des élèves en difficulté au cours élémentaire (CE).	IEPP Sotouboua-Sud
3	Les pratiques de remédiation	La recherche des pratiques efficaces de prise en charge des élèves en difficultés d'apprentissage : cas des élèves de CM dans l'IEPP OGOU-SUD	IEPP Ogou-Sud
4	L'usage de la langue maternelle ou langue locale à des fins pédagogiques	Quel cahier des charges pour documenter une pratique : le cas du recours à la langue maternelle ou langue locale pour débloquer une situation d'apprentissage	IEPP Agoenyivé-Est
5	Les réseaux scolaires au sein d'un secteur pédagogique	Mise en réseaux des écoles primaires d'un secteur pédagogique de l'IEPP ASSOLI dans la région de la KARA dans l'optique de renforcer l'encadrement pédagogique.	IEPP Assoli
6	Les réseaux scolaires au sein d'un secteur pédagogique	Quelles stratégies optimales pour la constitution de réseaux scolaires au sein de l'IEPP Lomé-Ouest ?	IEPP Lomé-Ouest
7	Les réseaux scolaires au sein d'un secteur pédagogique	Quelles stratégies optimales pour la constitution de réseaux scolaires au sein d'un secteur pédagogique dans la région Maritime ?	IEPP Avé (Kévé)
8	Missions d'encadrement et gestion des données disponibles	La mise en relation des missions des corps d'encadrement avec les données de gestion disponibles et de leurs	IEPP Bas-Mono

<sup>6</sup> La hiérarchisation du système éducatif togolais s'appuie sur un découpage en régions administratives (Maritime, Plateaux, Centrale, Kara et Savanes) et en circonscriptions pédagogiques (Est-Mono, Sotouboua-Sud, Ogou-Sud, Agoenyivé-Est, Assoli, Lomé-Ouest, Avé (Kévé), Bas-Mono, Tchamba-Est, Amou-Sud, etc.) qui sont des zones géographiques à la charge des inspecteurs pédagogiques.

		interprétations pour le pilotage du système.	
9	Mission d'encadrement et dialogue de gestion entre différents niveaux d'enseignement	Rendre compte des missions d'encadrement de proximité plutôt que rendre des comptes : Des pratiques de reddition à une dynamique de partage des analyses dans le contexte de dialogue entre deux niveaux de pilotage.	IEPP Tchamba-Est
10	Mission d'encadrement et identifications des formes d'évolutions dans le métier	Quelles évolutions de la fonction d'inspecteur pour répondre aux besoins du système éducatif Togolais ? Identification des évolutions dans la manière de remplir ses missions d'inspection dans une dynamique d'autonomisation des établissements	IEPP Amou-Sud

Pendant leur période de stage, les inspecteurs stagiaires ont recueilli une variété de données, à la fois quantitatives et qualitatives. Ces données ont été principalement utilisées pour la rédaction de leurs mémoires professionnelles. Cependant, l'équipe d'encadrement, composée des trois auteurs de cet article, leur a proposé des questions spécifiques sur leur expérience en tant que chercheurs et praticiens réflexifs, sur leur perception de leur métier et sur leur évaluation de la recherche-action en tant que modèle de soutien à l'encadrement pédagogique. La supervision des travaux par l'équipe d'encadrement se faisait à distance, mais de manière permanente. Elle a concerné l'ensemble des données de terrain en lien avec les problématiques traitées. Les inspecteurs stagiaires renvoyaient systématiquement soit par mail, soit par WhatsApp des copies leurs manuscrits d'entretien et des comptes rendus de réunions. De son côté, l'équipe de supervision procédaient aussi systématiquement aux analyses et relançait les équipes de terrains. Des sessions de débriefing sous forme de réunion en ligne via Zoom étaient organisées pour les synthèses nécessaires. Les résultats présentés et analysés dans cet article concernent essentiellement les données en lien avec leurs vécus en tant que chercheur et leur condition de collaboration avec l'équipe de supervision. Ils portent également sur certaines leçons spécifiques tirés de leur travail de terrain pour enrichir l'élaboration de leurs mémoires professionnels. Les analyses sont qualitatives et sont soutenues par des extraits de leurs réponses.

## 2. Analyse des résultats

L'analyse des résultats révèle des points de vue significatifs dans la manière dont les inspecteurs stagiaires perçoivent leur métier. Leurs acquis en termes de nouvelles pratiques se manifestent principalement dans les domaines suivants :

- la façon dont ils prennent du recul par rapport à leur expérience au sein du programme (recherche-action) auquel ils ont été associés.
- la manière dont ils transfèrent ce qu'ils ont appris de cette expérience dans leur fonction d'origine.

- leur positionnement au sein de leur institution, en tant qu'agents réfléchis cherchant à élargir leur autonomie et à lancer diverses initiatives pour résoudre des problèmes persistants. Ils s'appuient sur des connaissances néguentropiques (selon B. Stiegler, 2015<sup>7</sup>) qu'ils ont contribué à identifier au cours de leur participation au programme.

Ainsi, la section expose en détail les différents résultats issus de plusieurs points d'analyse.

## **2.1. L'adoption de la posture de chercheur a une influence considérable sur leur identité professionnelle**

Les inspecteurs stagiaires pensent que la mise en place d'une recherche-action implique de consolider une posture de chercheur, ce qui entraîne une évolution psychologique significative. Selon eux, ce changement n'est pas immédiat et se caractérise par des allers-retours entre leurs anciennes routines et la nouvelle posture de chercheur, surtout lorsqu'ils se sentent mal à l'aise et que la casquette d'inspecteur refait surface. « *Il est arrivé par moment où on lâchait carrément le statut de notre neutralité demandée par la recherche ... et il est arrivé malheureusement que cette fameuse casquette d'inspecteur soit réapparue* ».

En réalité, ces allers-retours entre les deux postures sont inévitables et souhaitables, car ils sont porteurs de sens. Cependant, les cadres doivent être conscients de la différence, mais aussi des phases de transition entre les deux postures lorsqu'ils se trouvent dans l'une ou l'autre. Cette clairvoyance leur permet de maintenir le contrôle sur leur rôle de chercheurs-praticiens. Ce processus de changement de postures professionnelle nécessite également d'expérimenter et d'apprendre par essais-erreurs, ce qui implique de se libérer d'un conflit psychologique parfois intense. Ils acquièrent de nouvelles valeurs plus ou moins en contradiction avec celles de leur métier d'inspecteur, telles que la curiosité systématique, l'analyse approfondie, l'acceptation d'être influencés par les opinions des autres, l'esprit critique mais également la perception et la distance par rapport à la norme.

Il y a une réflexion, un retour sur soi. On se pose des questions : est-ce que je suis en train de le faire comme ça se doit. Est-ce que si je place tel mot c'est le mot adapté pour que l'interlocuteur ne soit pas gêné, c'est ça le combat dont je parle. C'est une introspection (...) C'est justement ce moment-là qui fait le passage de la casquette de l'inspecteur à celle d'un chercheur. On réfléchit aux mots, aux gestes, on les essaie, on voit ce que ça donne.

Le travail des inspecteurs de la cohorte consiste, entre autres, à observer et évaluer le personnel enseignant. Cela les amène constamment à des variations de postures dans le rôle de "contrôleurs" administratif et pédagogique et de conseillers en matière d'innovations pédagogiques. Généralement, c'est ce deuxième rôle qui leur échappe souvent, ce qui les fait parfois décrire comme jouant aux "gendarmes" derrière les

---

<sup>7</sup> Voir notamment l'entretien vidéo sur le lien suivant : <https://www.youtube.com/watch?v=Ag5ff9oIN-U&t=1973s> ainsi que l'article dont les références sont ici : Stiegler, B. (2015). *Sortir de l'anthropocène. Multitudes*, pp. 60, 137-146.



enseignants. Or, les enseignants qu'ils supervisent ont plus besoin d'eux à travers des conseils face aux diverses difficultés qu'ils rencontrent dans l'exercice de leur métier et dont la majeure partie concerne la mise en œuvre de réformes ou mesures éducatives essentiellement conçues sur papier. Seule la posture de chercheur et de professionnel réfléchissant permet de mieux remplir cette deuxième mission qui demeure essentielle pour l'amélioration de la qualité de l'éducation.

Ceci fait que les changements opérés par l'équipe expérimentale des inspecteurs stagiaires peuvent entraîner des petits échecs temporaires qui peuvent affecter l'estime de soi. En même temps la conscience de leur valeur unique dans le groupe de pairs, en tant que praticien réflexif, peut renforcer leur estime de soi. En outre, ce changement de posture conduit inévitablement à un changement dans la relation de ces cadres avec leur institution. Ils font clairement la distinction entre leur activité d'inspecteur, qui est structurée par des canevas formels qui limitent le plus souvent leur réflexion, et la recherche-action, qui leur offre une approche différente des outils. Ils perçoivent ces outils comme des moyens au service de la réflexion et sont prêts à les remettre en question, afin de discuter librement avec les enseignants observés et de déconstruire si nécessaire les normes en vigueur, en identifiant une pluralité de solutions aux problèmes rencontrés. Cependant, ils reconnaissent que leurs fonctions d'inspecteur ne prévoient pas suffisamment d'espace pour utiliser les méthodes de recherche-action auxquelles ils ont recours dans leur enquête.

*« ...Dans notre fonction d'inspecteur, il y a des canevas, mais il ne prévoit pas assez d'espace par rapport à ce que nous utilisons au niveau de l'enquête... »*

Comment la posture plus critique et réflexive développée peut-elle être transférée à leur rôle de superviseur au sein du ministère ? Est-ce que cette réflexion est partagée et, le cas échéant, comment est-elle développée au sein de leur institution ? Si ce n'est pas le cas, comment peut-on les aider à la développer ? Des éléments de réponse à ces questions seront fournis dans l'analyse suivante.

## **2.2. Développer son pouvoir d'agir dans la supervision de l'éducation implique d'avoir une vision élargie de son rôle au sein de l'institution, pour comprendre les limites de son action**

Les cadres interrogés soulignent que c'est grâce à la nature holistique de la recherche-action qu'ils ont pu avoir une connaissance précise des activités des autres services de leur ministère de tutelle. Cette vision élargie, tant verticale (en ce qui concerne le cadre des hiérarchies) qu'horizontale (en ce qui concerne les cadres des services connexes), leur a permis de mieux comprendre leur propre travail une fois qu'ils sont revenus à leur poste habituel après leur participation à la recherche-action. L'acquisition de cette vision plus claire de leur action, ainsi que de ses limites, leur a également permis d'identifier plus facilement leur marge de manœuvre réelle au sein de leur institution.

L'équipe a eu la chance de rassembler tous les documents importants qui régissent notre système éducatif. Ces documents moi, jusqu'à présent je ne les ai pas utilisés, réellement, parce que je lisais, mais je n'ai pas tout lu et j'ai vu ces documents extrêmement importants, qui vont me permettre d'avoir une vue assez claire sur

notre système éducatif. Pour moi c'est extrêmement important ! Lorsque j'étais à la DESCO, en tant que gestionnaire, je me concentrais plus sur l'évaluation certificative. Ce projet m'a permis de toucher vraiment à presque la quasi-totalité des domaines qui font fonctionner notre système éducatif. Et ça s'est extrêmement important !

Cependant, bien que les cadres interrogés semblent avoir réussi à élargir et à développer leur réflexivité, dans quelle mesure cela les a-t-il réellement amenés à prendre des initiatives pour développer leur autonomie ? C'est à ce niveau que la limite du programme initié par l'UNESCO se fait sentir, car ce transfert reste relativement limité : leur réflexion ne semble souvent pas dépasser le stade du questionnement et ne se traduit pas nécessairement par l'expérimentation de nouvelles approches. Ainsi, la limite du programme réside dans le manque d'accompagnement de ces agents devenus de véritables praticiens réflexifs, qui éprouvent des difficultés à utiliser ce qu'ils ont construit une fois de retour à leur poste au sein du ministère, faute de conditions de soutien humain et technologique similaires à celles fournies par l'équipe de supervision impliquée dans la recherche-action.

### **2.3. Pour oser individuellement adopter une nouvelle façon d'être et de travailler au sein de l'institution, il est nécessaire de vivre une réussite collective soutenue par une collaboration solidaire et engagée**

Tous les répondants s'accordent à dire que le groupe a joué un rôle essentiel dans le développement des compétences et dans la clarification du positionnement individuel au sein d'un dispositif collectif, ainsi que dans la compréhension de la signification de ce positionnement dans différents contextes. Le travail d'équipe est perçu comme un atout crucial, offrant à chacun l'opportunité de s'engager dans les domaines où il se sent le plus à l'aise. Au sein du groupe, chaque individu trouve sa place, et il y a une place pour chacun. Le travail d'équipe permet d'identifier les responsabilités en tenant compte des qualités de chacun, évitant ainsi de mettre des individus en difficulté en leur confiant des tâches éloignées de leurs compétences. De plus, le travail d'équipe offre la possibilité de valoriser les membres en répartissant les rôles en fonction de leurs apports spécifiques, permettant ainsi à chacun de contribuer à une action collective où sa singularité est reconnue et respectée.

Par ailleurs, le travail d'équipe favorise la construction d'une intelligence collective. Plusieurs penseurs (Lev Vygotsky, Howard Gardner, plus récemment B. Stiegler, 2011) ont souligné que l'intelligence individuelle reposant sur des aptitudes innées est en réalité une fiction, car elle se développe principalement à travers des expériences partagées avec les autres. À travers les témoignages des membres de l'équipe de recherche sur leurs expériences dans la phase d'initiation, on comprend qu'ils ont acquis des manières collectives de procéder et fonctionnaient en gardant la notion d'une pensée collective qui se construit progressivement au cours de la recherche et qui se matérialise finalement par un ensemble de connaissances mémorisées, de raisonnements et d'apprentissages construits en groupe, et mobilisables par chaque individu dans des contextes spécifiques. Surtout, les témoignages mettent en évidence que cette construction d'une intelligence collective

permet de développer des analyses plus solides des situations complexes vécues et partagées par les acteurs.

...Dès fois on n'arrivait à hésiter, à contredire, le présentateur principal<sup>8</sup>, on cherchait, on voyait comment ajuster la relance avec le présentateur principal...

... On avait aussi l'avantage d'être une équipe, et il y avait à chaque fois des occasions de se compléter mutuellement, de relever là où ça n'allait pas ...

... C'est très important le fait de travailler en équipe... très important... avant même d'entrer dans une école, on se mettait ensemble, on réfléchissait sur la façon de faire. (...) on avait des moments pour observer celui qui joue le rôle principal [ici, un membre de la recherche-action] et puis on intervenait pour relever le côté (...), on se faisait des clins d'œil, on intervenait avec des mots etc. pour que l'on puisse rester dans la posture qu'il faut, au moment où il faut...

Surtout, c'est grâce à une supervision bienveillante, caractérisée par sa stabilité et sa présence soutenue dans le temps, que l'aventure collective envisagée est rendue possible. Tout comme le soutien des pairs, l'accompagnement étroit de l'équipe de supervision apparaît également essentiel pour identifier les nouveaux repères à construire dans la posture de chercheur des cadres. Les témoignages montrent que ces repères peuvent souvent être formalisés grâce à une présence externe qui est là pour observer et soutenir.

Il est également notable, dans cet accompagnement de l'équipe de supervision, le rôle joué par le numérique pour faciliter un travail de plus en plus distant, ce qui transparaît implicitement dans les discours des répondants. En effet, une fois sur le terrain de recherche, l'équipe d'encadrement travaillait essentiellement à travers des sessions et des réunions en ligne via Zoom. Cette disposition avait été établie depuis la période de la pandémie à la Covid-19 lors de la phase du diagnostic du programme de l'UNESCO à partir de 2020. Les entretiens réalisés dans le cadre de cette recherche, ainsi que d'autres sources externes, regorgent de témoignages positifs des équipes de recherche qui soulignent les bienfaits de cet accompagnement entièrement à distance, rendu possible grâce à une utilisation innovante du numérique, permettant ainsi d'assurer un soutien étroit et synchronisé avec les besoins des équipes de recherche.

Cet exemple des conditions réunies par l'intervention de l'équipe de supervision démontre en quoi il sera difficile pour les ministères de l'Éducation de se réformer, dans le cas présent, en passant d'un contrôle de conformité à un encadrement davantage bienveillant et axé sur les résultats, si les agents ne sont pas mis en confiance et encouragés à travailler de manière collaborative en équipe afin de favoriser des réussites collectives plutôt qu'individuelles, et s'ils ne sont pas accompagnés par des superviseurs qui travaillent eux-mêmes en équipes et s'engagent de manière continue dans une relation de proximité.

---

<sup>8</sup> C'est à dire celui qui dirigeait l'entretien, car les entretiens étaient toujours réalisés par deux enquêteurs pour faciliter une auto-confrontation croisée par les pairs.

## **2.4. Les superviseurs ne peuvent faire autorité aux yeux des équipes de recherche que s'ils reconnaissent leur expertise en tant que telle, et s'ils s'impliquent à la hauteur de ce qu'ils demandent à ces équipes de recherche.**

À de nombreuses reprises, les cadres impliqués sur le terrain mentionnent qu'ils avaient tendance à adopter le même fonctionnement que l'équipe de supervision et à s'inspirer de ses pratiques d'intervention. Il est frappant de constater que les pratiques de l'équipe de supervision servent de repères aux cadres pour reconstruire de nouvelles approches. En d'autres termes, l'implication de l'équipe de supervision elle-même conditionne l'implication de l'équipe de recherche dans la conduite et l'approfondissement des travaux.

... Pendant la collecte quoique à distance, l'équipe de supervision était toujours à nos côtés et c'est pour ça que je disais (...) qu'il arrivait que nous ne comprenions pas comment l'équipe travaillait pour nous amener les observations d'un travail que nous terminions dans la soirée et le lendemain matin nous avons les observations à intégrer dans le travail ... je le répète on n'arrive pas à comprendre comment l'équipe travaillait, on se demande même si l'équipe arrivait à dormir. Ça a été un apport vraiment très important. Les observations nous aidaient beaucoup pour les entretiens, pour les animations des ateliers vraiment ça a été d'un apport capital ...

Les bénéfices perçus de cette synchronicité de travail conduisent donc à un fonctionnement en miroir des équipes de cadres, qui se joignent également au mouvement et accompagnent l'équipe de supervision dans l'intégration des remarques et dans la co-préparation des interventions sur le terrain.

... Dès fois, on était amené à travailler même tard, la nuit, et je pense que l'équipe de supervision elle aussi a dû beaucoup peiner parce que dès fois le lendemain on voyait les réponses, et on se posait la question de savoir comment ces gens ont pu travailler la nuit pour avoir ce résultat aussi tôt...

Ces constats illustrent le mécanisme bien connu du don et du contre-don, dont l'importance est parfois négligée dans les relations professionnelles. Ici, ce mécanisme se manifeste d'abord par l'implication significative de l'équipe de supervision, avec des exemples concrets tels que le travail tard dans la nuit pour permettre aux cadres pédagogiques de se préparer pour les activités du lendemain. En retour, cette implication conduit les cadres à se sentir également obligés de s'impliquer de la même manière. Ainsi, ces témoignages confirment l'effet significatif du processus d'imitation dans le processus de socialisation, en particulier lorsqu'il s'agit d'acquérir les gestes du chercheur impliqué dans une recherche-action. Ce processus d'imitation souligne l'importance de rechercher une cohérence au sein de l'équipe de supervision dans le développement et l'intégration des valeurs véhiculées par leurs propres pratiques professionnelles. En effet, les individus ou groupes d'individus qui font partie de la supervision représentent une image modélisante, qu'ils le veuillent ou non, et qu'ils en soient conscients ou non.

## **2.5. L'identification de certains "repères" sur la façon dont les cadres reconstruisent de nouveaux comportements, en réfléchissant en miroir aux caractéristiques de l'intervention.**

Au fur et à mesure de l'avancée de la recherche-action des repères s'élaborent dans un dialogue permanent entre les équipes de terrain et l'équipe de supervision :

- la "Naïveté" du chercheur et son potentiel de curiosité à comprendre ce qui se passe face un comportement à un moment donné en classe ?.
- la "Neutralité" du chercheur, par exemple lors du travail de restitution des observations de classe en équipe : l'effort pour maintenir une neutralité dans les observations permet aux cadres de se concentrer sur un regard descriptif et analytique.
- les "Attentes" envers le système hiérarchique, car il s'agit d'introduire de nouveaux savoirs qui remettent en question certaines pratiques managériales dominantes et qui ont le potentiel de rompre l'entropie du système.

## **2.6. Le positionnement des superviseurs dans une intervention semble déterminant pour soutenir les transformations attendues chez les inspecteurs**

Ce positionnement des membres de l'équipe de supervision se traduit en valeurs déontologiques dont l'importance est récurrente dans les discours des cadres :

- l'écoute des superviseurs pour comprendre les représentations et l'expérience professionnelle des cadres nouvellement engagés dans une recherche-action, ainsi que leurs tâtonnements nécessaires.
- la stratégie des superviseurs pour fournir des consignes orientées vers l'action, en prenant le temps de comprendre les besoins des cadres à différents moments, afin d'éviter une rupture du lien.
- la confiance accordée par les superviseurs à la parole de l'autre et la reconnaissance de cette parole en tant qu'expertise et réflexions équivalentes aux leurs.
- l'acceptation, de la part des superviseurs, de "ne pas savoir à priori comment faire" et d'assumer de "faire et apprendre ensemble".
- l'intentionnalité de l'équipe de supervision, c'est-à-dire son intention de se laisser influencer par les contributions des équipes de terrain. Cette valeur englobe les autres valeurs (écoute, confiance, etc.) et détermine finalement la capacité de l'équipe de supervision à transformer les autres et à se transformer elle-même en se concentrant sur les contributions des équipes de terrain.

## **2.7. Les conditions de l'ingénierie de l'intervention semblent jouer un rôle déterminant dans la facilitation des transformations attendues**

Les modalités même de l'intervention, au moyen d'une recherche-action, dessinent les contours des évolutions possibles de la manière de piloter un système éducatif :

- La flexibilité des orientations et des repères, au-delà d'un respect strict du cahier des charges de la recherche-action, permet aux cadres impliqués sur le terrain de retrouver le sens de leur action. Ainsi, le principe de neutralité de la recherche doit être remis en question dans certaines occasions afin de permettre aux cadres de s'impliquer davantage dans le diagnostic, notamment en répondant aux sollicitations des enseignants en tant qu'inspecteur.
- Le temps d'appui suffisamment long permet aux cadres de construire de nouveaux repères et de prendre de la distance par rapport à des automatismes inconscients. Il est nécessaire de déconstruire ces automatismes, qui reposent sur des gestes bien ancrés, en prenant le temps nécessaire. Ce temps d'immersion des cadres est également crucial pour transformer les relations entre les acteurs, à condition qu'il favorise le développement de la réflexivité et du pouvoir d'agir. Les restitutions collectives et répétées sont perçues comme importantes par les cadres, car elles permettent de rompre avec les pratiques habituelles et de favoriser cette réflexivité.
- Le débriefing, sous différentes formes, est un espace essentiel pour la reconstruction de nouveaux gestes. Il offre un temps de pause pour revenir sur ce qui s'est passé, un espace de libération émotionnelle pour aborder les difficultés et les changements déstabilisants.
- Les superviseurs doivent se questionner sur ce qu'ils ne savent pas, ce qui est nécessaire pour adopter une approche non surplombante. Cela implique d'élaborer des repères méthodologiques in situ au-delà des outils initiaux. Cette élaboration in situ crée une ambiguïté productive qui favorise le pouvoir d'agir, en associant les équipes de terrain et en favorisant une réflexion commune.
- L'implication sincère des autorités en amont de l'intervention est essentielle pour développer le pouvoir d'agir des cadres et provoquer un changement de posture. Sans cette implication, le travail des cadres se limite à un partage de constats du terrain.
- Une cohérence de l'équipe de supervision dans les consignes, les repères proposés, les attitudes et les comportements est nécessaire. Cela inclut la valorisation d'un espace de travail qui réunit toutes les conditions mentionnées précédemment.

## **2.8. Savoirs spécifiques d'acquisition pour les mémoires de fin de formation en supervision pédagogique**

Conformément aux thématiques de recherche telles que présentées dans le tableau plus haut, les dix sujets de travail des inspecteurs stagiaires se laissent facilement regroupés en trois problématiques importantes en ce qui concerne l'appui à la qualité du pilotage du système éducatif. Il s'agit de (i) la recherche de pratiques efficaces de prise en charge des élèves en difficulté d'apprentissage, (ii) les stratégies optimales pour la constitution de réseaux scolaires au sein d'un secteur pédagogique et (iii) les formes d'évolutions de la fonction d'inspecteur pour répondre aux besoins du système éducatif Togolais. L'analyse de données recueillies par les inspecteurs stagiaires ainsi que des éléments de dialogue partagés dans le cadre leur supervision et encadrement à distance, permettent de dégager de nouveaux repères en lien avec les trois problématiques annoncées.

### **2.8.1. La recherche sur les pratiques efficaces de prise en charge des élèves en difficultés d'apprentissage**

La question de la manière de documenter les pratiques reste au cœur de cette problématique, car pour apprécier l'efficacité d'une pratique, il est nécessaire de stabiliser la manière d'en rendre compte, c'est-à-dire de la documenter. A ce sujet, il ressort des données collectées par les inspecteurs stagiaires que l'identification de caractéristiques spécifiques des élèves en difficulté (retards dans le développement de compétences académiques, des besoins particuliers en matière de soutien, des défis de comportement ou des difficultés d'attention) ne semble pas essentielle pour une intervention efficace, car en réalité il est plutôt difficile de distinguer chez un élève ce qui relève d'un facteur ou d'un autre, tant ils sont étroitement liés. La tendance à « médicaliser » les enjeux de la remédiation revient à faire croire aux enseignants qu'un bon diagnostic permettra de trouver le bon médicament.

L'enseignement différencié et l'individualisation des apprentissages constituent autant de défis quant à leur mise en place effective. Cette différenciation pédagogique qui passe donc par une individualisation des apprentissages nécessite l'intégration de matériels didactiques conséquents comme par exemple des fichiers autocorrectifs et des plans de travail individuel (cf. Techniques de Pédagogie Active promues au Togo). Or c'est précisément ce type d'usage qui est au centre des enjeux lié à la prise en charge des élèves en difficulté sur le temps scolaire.

Des comparaisons des pratiques sur le terrain ne peuvent conduire à des conclusions définitives sur leurs efficacités relatives, car ces démonstrations ne sont pas vraiment à la portée des équipes de terrain puisqu'il faudrait constituer des groupes témoins et tenter ensuite de neutraliser l'effet placebo.

## **2.8.2. La recherche des stratégies optimales pour la constitution de réseaux scolaires au sein d'un secteur pédagogique ?**

Au sujet des réseaux d'écoles, l'analyse des résultats révèle que la question de l'organisation du travail en groupes de conseillers pédagogiques est pertinente, afin de juger s'il est opportun de mettre les écoles en réseau, et si oui, comment constituer ces réseaux et en faire une cartographie. Toutefois, il ne s'agit pas de toucher un maximum d'écoles et d'enseignants mais bien d'identifier là où c'est plus difficile de réussir et de prioriser une intervention auprès de ces écoles constituées en réseau. La problématique initiale qui vise à tester une intervention concrète d'un inspecteur en appui à un réseau d'écoles identifiées avec un plan d'action négocié avec les acteurs reste au cœur du travail à réaliser. Il ne s'agit donc pas d'élaborer une réflexion générique et hors-sol sur la constitution de réseaux d'écoles.

Ainsi, à l'analyse des résultats des travaux des inspecteurs stagiaires il se trouve que les critères d'identification des réseaux scolaires en difficulté ne sont pas actuellement clairement définis et par voie de conséquence, les réseaux scolaires les plus en difficulté ne bénéficient pas d'interventions particulières pour améliorer leur situation. S'il y a une activité dont le but est de remédier à quelque difficulté ou situation d'insuffisance dans une école, ce n'est pas nécessairement parce que celle-ci est plus en difficulté ; mais c'est parce que cette activité a été programmée pour toutes les écoles sur une période donnée. La même activité se déroule alors dans toutes les autres écoles sur la même période. Au niveau des écoles désignées comme beaucoup plus en difficulté, même si les acteurs sont plus ou moins conscients de la situation de leur école, rien ne se fait de façon active, en lien particulier avec cette situation pour y répondre.

Les données de la recherche permettent selon M. Duru-Bellat et A. Mingat (1994) de repérer l'importance de « l'effet établissement » :

- « Les chances de réussite scolaire dépendent de l'établissement fréquenté. Quant à la progression des élèves, ces auteurs ont constaté une nette différence entre les écoles indépendamment de leur taille ou de leur localisation géographique, qu'ils soient favorisés ou défavorisés... »
- « L'amélioration du fonctionnement de chaque établissement et le mode de gouvernance, le partage des responsabilités entre les personnels d'encadrement et les personnels enseignants jouent un rôle dans ce processus... »
- « Plus de 50% de la variation des scores en lecture et en mathématiques est expliqué par des différences entre écoles... ».

Les thématiques développées lors des activités de formation des enseignants, ne sont pas choisies sur la base d'un diagnostic de besoins en formation des enseignants. Elles sont choisies et planifiées soit par le personnel d'encadrement de l'inspection, soit par le niveau régional, soit par le niveau central. Le plus souvent, le choix est en lien, soit avec les approches méthodologiques en vigueur, soit avec l'actualité telle que l'éducation inclusive, la scolarisation des filles.



Le travail de recherche sur le terrain a permis d'identifier des critères de faisabilité de la mise en réseaux des établissements scolaires qui mériteraient une réflexion prolongée. Ainsi, des critères jugés optimaux sont dégagés pour développer la mise en réseaux : il s'agit notamment :

- de l'effectif des écoles : de trois (03) à cinq (05) groupes scolaires à proximité ;
- de la distance entre les deux écoles les plus éloignées qui doit être au maximum de 5 km.

En somme, les échanges avec les acteurs de terrain ont permis d'établir des critères intéressants pour apprécier l'efficacité des réseaux scolaires, sur la base du modèle de R. Normand (2005), c'est-à-dire que quelle que soient le type et la nature de l'intervention dans un réseau scolaire ou dans une école, les auteurs soulignent ici la place primordiale qui doit être accordée à la confiance entre les acteurs. La confiance entre les acteurs signifie aussi qu'ils sont associés à la prise de décision, que leurs points de vue sont pris en compte, que leurs besoins sont pris en compte.

### **2.8.3. Les formes d'évolutions de la fonction d'inspecteur pour répondre aux besoins du système éducatif Togolais**

Ce qui est initialement recherché dans cette problématique est (i) de mettre en relation les missions des corps d'encadrement avec les données de gestion disponibles et de leurs interprétations pour le pilotage du système, (ii) d'initier des pratiques de partage d'analyse des réalités d'un terrain dans le contexte de dialogue de gestion entre deux niveaux de pilotage et (iii) d'identifier les évolutions dans la manière de remplir les missions d'inspection.

Premièrement, l'analyse des résultats des travaux des inspecteurs stagiaires montre que la nature des données dites manquantes par les directeurs reste ouverte dès lors que la plupart des directeurs d'établissements scolaires perçoivent un manque de certaines données de gestion. Il est possible que ces données manquantes puissent avoir un impact sur la prise de décisions éclairées, la planification stratégique et la gestion globale de l'établissement. L'identification des données de gestion manquantes est cruciale pour identifier les domaines où des améliorations ou des ajustements sont nécessaires. Cela peut aider les directeurs à prendre des mesures pour collecter les données manquantes, mettre en place des systèmes de suivi adéquats et s'assurer que toutes les informations nécessaires sont disponibles pour une gestion efficace de l'établissement.

Deuxièmement, les résultats expriment l'apparition d'une difficulté pour la construction d'un cadre propice à la définition d'une responsabilité partagée dans le cadre d'un processus de dialogue de gestion. De la même façon que les planifications sont génériques et ne tenant pas compte des réalités particulières du terrain, la reddition des comptes se fait également sans analyses et interprétation des données du terrain. A titre d'exemple les outils de reddition des comptes de l'inspection à savoir les rapports d'activités, les tableaux de suivi-évaluation ne permettent à la hiérarchie de constater les disparités au niveau du territoire de l'inspection. Pour un pilotage de qualité, une démarche participative s'avère indispensable. Il faut donc à

partir d'un dialogue avec les acteurs de terrain, déterminer les situations particulières de chaque école où il est plus difficile de réussir qu'ailleurs, analyser et interpréter ces situations, proposer des pistes de solutions et tester leur faisabilité par des expérimentations. C'est seulement de cette façon que chaque école va améliorer efficacement la qualité de l'éducation.

Un troisième type de résultat relevé concerne l'encadrement de proximité. L'encadrement de proximité constitue un enjeu majeur d'une dynamique managériale qui doit nécessairement allier notamment la production de directives *top down*<sup>9</sup> (harmonisation nationale et équité territoriale) et l'intégration, dans ses stratégies de pilotage du système éducatif et les retours d'expériences *bottum up* (dont le droit à l'expérimentation). C'est donc essentiellement cette fonction de régulation des politiques publiques sur le plan local qui nécessite un positionnement plus stratégique des corps intermédiaires que sont les inspecteurs de l'éducation nationale. Ainsi, les planifications étant trop souvent génériques et ne tenant pas compte des réalités particulières du terrain, la reddition des comptes se fait également sans analyses et interprétation des données locales. Pour pallier à ces difficultés, il s'agit de construire des espaces collectifs de dialogues de gestion où les restitutions d'analyses permettent d'identifier des pistes de réflexion et d'action sur des thématiques retenues comme prioritaires par l'ensemble des acteurs comme par exemple la question du calendrier scolaire et du temps scolaire, de la cantine scolaire et de l'autonomie alimentaire, de l'absentéisme des enseignants, du travail rémunéré des enfants ou encore des dérives addictives des écrans numériques et de la perte du pouvoir des grands parents sur l'éducation des enfants.

Le quatrième résultat concerne les activités du personnel d'encadrement. On constate qu'elles sont toujours routinières avec des comptes à rendre à la hiérarchie au travers des rapports d'activités et des canevas de suivi-évaluation standardisés. Cette façon de rendre des comptes suite à des commandes ne permet de prendre en compte les initiatives propres du personnel d'encadrement auprès de chaque école en vue d'améliorer les situations particulières qui impactent négativement la qualité de l'éducation sur le plan local. Afin de rendre les équipes scolaires autonomes et créer un climat de confiance entre le personnel d'encadrement et les acteurs de terrain, une dynamique de dialogue s'impose entre ces deux niveaux de pilotage (l'inspection et l'école) et les initiatives d'amélioration de la qualité de l'éducation conclues devraient faire l'objet de compte-rendu à la hiérarchie en vue de leur prise en compte dans les stratégies de pilotage du système éducatif. Car, « rendre compte des missions d'encadrement de proximité plutôt que rendre des comptes » exprime la différence entre compléter des tableaux de données et expliciter clairement une situation locale

---

<sup>9</sup> Les termes "bottom-up" et "top-down" sont utilisés pour décrire deux approches complémentaires dans la prise de décision, la gestion, la planification ou l'analyse. L'approche "bottom-up" encourage la créativité et l'engagement des parties prenantes tandis que l'approche top down garantit des orientations générales claires.

à l'échelle des établissements scolaires de l'IEPP qui mérite d'être communiquée à la hiérarchie.

## **Conclusion**

Le cadre de la formation initiale de la promotion 2022-2023 d'élèves-inspecteur au Togo a servi d'occasion pour expérimenter, non seulement la pratique de la recherche-action, mais aussi l'encadrement à distance des cadres de l'éducation par une équipe de superviseurs engagée pour la recherche en éducation. C'est ainsi qu'en s'appuyant initialement sur les premiers résultats issus d'un programme d'appui au pilotage de la qualité de l'éducation de l'IIPE-UNESCO Dakar, les auteurs de cet article ont contribué à la formulation de sujets de recherche et à l'encadrement, à distance, des travaux de collecte et analyse des données pour une cohorte de dix inspecteurs stagiaires. Le présent article a présenté les expériences de ces inspecteurs stagiaires de l'éducation sur l'usage d'une posture de praticien réflexif comme facteur d'appui à la qualité de l'éducation. Sur la base de leurs témoignages, on a pu voir comment ils apprécient, entre autres, les conditions de travail avec l'équipe d'encadrement à distance, ce qui sert d'instructions pour approfondir non seulement la formation des acteurs de l'éducation à l'acquisition des compétences de chercheurs en éducation, mais aussi à l'amélioration des dispositifs de formation à distance de ces acteurs.

Ainsi, il se révèle qu'au-delà d'une nouvelle manière de concevoir la supervision pédagogique en classe ou à l'école et des techniques utilisées pour prolonger les échanges avec lui, ce qui constitue le cœur de métier d'un conseiller ou d'un inspecteur pédagogique se trouve dans sa capacité à identifier, analyser et comprendre les nouvelles pratiques qui émergent dans le métier de l'enseignement. En effet, ce que les inspecteurs doivent notamment intégrer comme nouvelles situations pour pouvoir mettre en valeur leur posture de chercheur dans leurs pratiques professionnelles peut être précisé dans les trois étapes suivantes :

- préparer et conduire des séances de restitution en direction des acteurs impliqués dans la démarche diagnostique, sous la forme d'analyse de pratiques identifiées porteuses d'amélioration du fonctionnement du système éducatif.
- développer une vision holistique du fonctionnement du système éducatif et de ses résultats en identifiant notamment ce qui relève du prescrit et ce qui est effectivement réalisé, ainsi que les processus formalistes qui impliquent des jeux d'acteurs.
- dégager dans le corpus de données collectées et analysées des axes potentiels d'amélioration qui permettront d'élaborer des projets de chantiers de travail impliquant toute la chaîne hiérarchique dans une dynamique de réitération du principe de la recherche-action : une recherche-action qui débouche sur des recherches-actions.

## Références bibliographiques

- Boudon, R., 1973, *L'inégalité des chances. La mobilité sociale dans les sociétés industrielles*, Paris, Hachette Littératures.
- Bourdieu, P. et J-C. Passeron, 1964, *Les héritiers, les étudiants et la culture*, Paris, Minuit.
- Bourdieu, P. et J-C. Passeron, 1970, *La Reproduction : Éléments pour une théorie du système d'enseignement*, Paris, Minuit.
- Dewey, J., 1916, *Democracy and Education: An Introduction to the philosophy of Education*, New York, MacMillan.
- Dewey, J., 1938, *Experience and education*, New York, MacMillan.
- Durkheim, E., 1922 : *Éducation et Sociologie*, Paris, PUF.
- Duru-Bellat, M. et Van Zanten A., 2011, *Sociologie de l'école*, Paris, A. Colin.
- Duru-Bellat, M., et A. Mingat, 1994, « Pour une approche analytique du fonctionnement du système éducatif », revue française de pédagogie.
- Kant, E., 1803, *Réflexions sur l'Education*, (en allemand : *Über Pädagogik*) Paris, Vrin.
- Mead, M., 1970, *Culture and commitment, a study of the generations gap*, trad. : *Le fossé des générations*, Paris, 1971, Denoël.
- Normand, R., 2005, *What makes a Network a learning Network ?* National College School Leadership (NCSL).
- Rousseau, J-J., 2009, *Emile, ou De l'éducation*, (1<sup>ère</sup> Éditions, 1762), Paris Flammarion.
- Stiegler, B., 2011, « Qu'y a-t-il de nouveau dans le néo-libéralisme ? Vers un nouveau gouvernement du travail, de l'éducation et de la santé », in *Le Nouvel Esprit du libéralisme*, Le Bord de l'eau, 2011.
- Stiegler, B., 2015, *Sortir de l'anthropocène*. Multitudes, pp. 137-146.
- IPE-UNESCO Dakar, 2023, *Rapport du Togo sur la phase du diagnostic du Programme d'Appui au Pilotage de la Qualité dans les pays d'Afrique subsaharienne*, mars 2023, IPE-UNESCO Dakar.
- IPE-UNESCO Dakar, 2023, *Rapport du diagnostic : Programme d'Appui au Pilotage de la Qualité de l'éducation de base au Togo*.

# LES DÉTERMINANTS DES CHOIX THÉRAPEUTIQUES DES MALADES DES HÉMOROÏDES DANS LE DISTRICT SANITAIRE LOMÉ- COMMUNE

**Kodjo Messan APETI**

Université de Lomé, Togo

[saturninapeti@gmail.com](mailto:saturninapeti@gmail.com)

Essè Aziagbede AMOUZOU, Université de Lomé, Togo

---

## Résumé

Très rares à se faire consulter ou traiter dans les centres modernes de santé, les malades des hémorroïdes du troisième district sanitaire de Lomé-commune optent principalement pour la tradithérapie et l'automédication. Pourtant, ils perçoivent souvent les soins dans les hôpitaux en face de plusieurs autres cas de maladies. Cet article cherche à cerner les déterminants du choix thérapeutique des malades des hémorroïdes et la façon dont ces facteurs orientent le sens de l'itinéraire thérapeutique de ces souffrants dans le district. Cette ambition adopte une approche socio-anthropologique afin d'assouvir ce besoin d'implémentation. Il ressort de cette recherche que la tradithérapie guérit plus durablement les hémorroïdes et à moindre coût que la médecine moderne qui fait intervenir à l'occasion des piqûres et /ou des opérations chirurgicales, instance de douleurs physiques et de contrariétés psychologiques. Tout porte à considérer qu'il existe des maladies, bien que de nature physiques et physiologiques, que la médecine moderne ne saurait véritablement pas guérir ou soulager.

**Mots clés :** Choix thérapeutique, malades des hémorroïdes, troisième district sanitaire, Lomé-commune.

## Abstract

### DETERMINANTS OF THERAPEUTIC CHOICES FOR HAEMORRHOID PATIENTS IN THE LOMÉ-COMMUNE HEALTH DISTRICT

Hemorrhoid sufferers in Lomé-commune's third health district rarely seek medical advice or treatment in modern health centers, opting mainly for traditherapy and self-medication. However, they often perceive hospital care as a substitute for treatment for many other illnesses. This article seeks to identify the determinants of the therapeutic choice of haemorrhoid sufferers and how these factors shape the direction of their therapeutic itinerary in the district. This ambition adopts a socio-anthropological approach in order to satisfy this need for implementation. This research shows that traditherapy cures haemorrhoids for longer, and at lower cost, than modern medicine, which involves injections and/or surgery, which causes physical pain and psychological upset. There is every reason to believe that there are illnesses, albeit of a physical and physiological nature, that modern medicine cannot really cure or alleviate.

**Key words:** Therapeutic choice, hemorrhoid patients, third health district, Lomé-commune.

## Introduction

Les conditions du développement incluent également l'amélioration des conditions de vie d'une population sur les plans sanitaire, social et économique (PNUD, 1990). L'homme est davantage placé au centre des évolutions et son bien-être dans lequel l'un des éléments essentiels est la santé plus concerné (Ibid., 1990). Parallèlement, les budgets mondiaux d'investissement en matière de la santé augmentent chaque année pour favoriser l'émergence des pratiques nouvelles du traitement des maladies pour un meilleur bien-être (OMS, 2013 ; OMS, 2021).

En Afrique, la promotion de la santé devient une préoccupation de l'heure qui, perpétuellement, ne cesse de susciter l'urgence d'une amélioration des politiques sanitaires des pays. La déclaration d'Alma Ata de 1978<sup>1</sup>, l'Initiative de Bamako de 1987<sup>2</sup>, le concept de développement perçu dans les OMD, les ODD et d'autres rencontres internationales sur la santé ont davantage multiplié les efforts des pays en matière de santé. Ces efforts ont eu des résultats qui se traduisent en partie par la disponibilité de soins de santé primaires dans les structures de santé modernes (OMS, 2008). Cependant, ces structures de soins de santé ne sont pas souvent fréquentées par les malades, surtout en cas de certaines maladies chroniques dont le diabète, l'asthme, l'épilepsie, les hémorroïdes, la varicelle, l'oreillon etc. En effet, l'OMS estimait en 2002 que plus de 80% des Africains utilisent les plantes pour leurs besoins de santé. En fait, il faut supposer que la définition de la maladie en Afrique n'est pas seulement faite sur le plan biomédicale (D. Fassin, 1990 et L. Van Der Veen (1996). En Afrique, la perception de la maladie est complexe et variée. La conception de la maladie qui va au-delà de la sphère normative de la vie biologique est aussi partagée dans la logique des sociétés au Togo. (O. Akpo Gnandi, 2018)

En effet le pourcentage du budget de l'Etat togolais pour le développement sanitaire augmente et l'amélioration de la santé devient un leitmotiv. Le gouvernement veut instaurer le droit à la santé en incluant la possibilité d'un niveau de santé plus élevé afin d'assurer à la population « *un système de santé performant basé sur des initiatives publiques et privées, individuelles et collectives, accessible et équitable, capable de satisfaire le droit à la santé de tous, en particulier les plus vulnérables* ». (PNDS, 2017-2022, p.10). Ces efforts ont contribué à rapprocher de plus, les structures sanitaires modernes des ménages. Cependant ces actions d'amélioration se heurtent à des pesanteurs socio-anthropologiques. Selon un constat empirique fait dans quelques hôpitaux et auprès des tradithérapeutes dans Lomé-commune ; plus précisément dans le troisième district sanitaire de cette localité, les malades ne

---

<sup>1</sup> A Alma-Ata en Russie, le 12 septembre 1978, une conférence internationale soulignait l'urgence d'une action de tous les pays du monde de garantir, du moins, les soins de santé primaire à tous et à chacun.

<sup>2</sup> L'initiative de Bamako a été lancée au Mali lors d'une conférence parrainée par l'Unicef et l'ONU en adoption avec les ministres africains de la santé. Cette rencontre vient consolider les applications des déclarations de la conférence d'Alma-Ata suite à la constatation selon laquelle la conception générale des soins de santé primaire n'est pas tout à fait réelle dans certaines régions du monde, notamment l'Afrique subsaharienne. C'est aussi, suite à ce sommet international qu'est arrivée la disponibilité des médicaments génériques en Afrique de l'Ouest.

fréquentent pas les structures sanitaires modernes en face des syndromes comme l'épilepsie, la varicelle, les maladies hémorroïdaires, l'oreillon etc. Ils préfèrent se faire traiter par les tradithérapeutes ou faire l'usage de l'automédication. Ces faits empiriques prennent de plus en plus une fréquence régulière en vertu de laquelle on les classe dans les habitudes culturelles propres aux populations du district. (Ils sont classés dans les habitudes culturelles de la population du district.)

Face à la persistance de ce constat, il y a lieu de se poser des questions. Quels sont les facteurs qui déterminent le choix thérapeutique des malades des hémorroïdes dans le troisième district sanitaire de Lomé-commune ? Comment ces facteurs orientent-ils le choix thérapeutique des malades dans ce district ?

L'objectif de cette recherche est d'interroger les facteurs socio-anthropologiques explicatifs des déterminants des choix thérapeutiques des personnes malades des hémorroïdes dans cette localité. Pour cette recherche on a fait des entretiens individuels des personnes malades des hémorroïdes dans un centre de santé traditionnel et un autre centre de santé moderne qu'on a préalablement recensé. Des entretiens ont été aussi fait aux soignants des deux centres.

Cette recherche insinue que la réaction face à une maladie chronique obéit à une logique de recherche d'efficacité thérapeutique. Cet écrit se propose de cerner les déterminants de choix thérapeutique des malades des hémorroïdes dans le troisième district sanitaire de Lomé-commune. L'écrit est construit suivant les parties qui succèdent : la méthodologie de la recherche, les résultats et la discussion. On retient de cette recherche que les malades des hémorroïdes dans le troisième district sanitaire de Lomé-commune optent principalement pour les soins des tradithérapeutes parce qu'ils estiment que la tradithérapie guérit durablement leurs maladies et à moindre coût. Cette particularité de choix s'enracine dans le conformisme social. Celui-ci est nourri par une confirmation sociale d'efficacité thérapeutique chez les tradithérapeutes qui passe par un colportage systématique de bouche à oreille.

## **1. Cadre méthodologique**

Cette contribution s'est inscrite dans une approche scientifique socio-anthropologique. De façon concrète, on a choisi dans la zone deux centres de santé : un centre de santé moderne (l'hôpital de district de Bè) et un centre de santé traditionnel (le centre des tradithérapeutes situé à Bè Hedjé.) ayant tous comme élément en commun le service de traitement des hémorroïdes. Les enquêtés sont ceux qui sont en train de se faire traiter dans l'un ou l'autre centre pour des cas des hémorroïdes. La population cible est composée de trois groupes d'individus : les malades, les tradithérapeutes spécialistes des hémorroïdes et les médecins traitant la maladie dans cet hôpital. La technique de collecte de données est l'entretien individuel. Le principe était d'interviewer les patients jusqu'à arriver à la saturation de leurs réponses. L'enquête a débuté dans le centre de santé traditionnel. Les réponses des enquêtés arrivaient à saturation lorsque le nombre des interviewés atteignait treize, cependant quinze malades étaient enquêtés. Dans l'hôpital de district, la saturation des réponses était atteinte à partir du huitième enquêté mais on a interviewé également quinze malades. Le même principe était adopté au niveau des

soignants dans chacun des deux centres. Des entretiens individuels approfondis et des observations ont servi de collecter des données de types qualitatif et descriptif. Les données des entretiens ont été renforcées par une revue documentaire. Les perceptions et les motivations ont été captées par ces entretiens. Les données des observations ont permis de recevoir au moyen d'une grille d'observation des éléments de type descriptifs. Cette recherche a enregistré soixante (60) entretiens individuels, c'est-à-dire, trente (30) entretiens faits aux malades, quatorze (14) faits aux tradithérapeutes, quatorze (14) médecins généralistes, deux (02) médecins (spécialistes) gastro-entérologues. Les travaux de terrain ont eu lieu durant la période d'août à novembre 2022.

### **1.1 La théorie de l'individualisme méthodologique**

Le paradigme de l'individualisme méthodologique (im) est fréquent dans les analyses sociologiques les plus anciennes. Mais à la fin du XIX<sup>em</sup> il est identifié aujourd'hui sous le nom de l'individualisme méthodologique. Ce dernier est une approche d'analyse sociologique qui recherche au niveau des comportements individuels et de leur agrégation, le principe des explications. Il pose pour principe initial selon lequel, toute explication d'un phénomène social doit prendre pour objet premier d'observation, comme unité de référence, le comportement des individus, leurs choix et motivations face aux contraintes des situations auxquelles ils sont confrontés. La place de l'individu ou des individus dans le social reçoit dans l'orientation théorique de R. Boudon (1934) une réponse originale. Le choix de cette théorie se justifie pour son efficacité à comprendre les actions de l'individu en situation. Dans notre cas précis, elle sert à comprendre les calculs des malades des hémorroïdes pour leur choix porté sur la médecine traditionnelle et à l'automédication pour leur traitement tout en s'assurant au préalable que les trois postulats de l'individualisme méthodologique soient vérifiés dans ce cas.

### **1.2 Site et lieu d'étude**

D'après la Division Informations Statistiques Etudes et Recherche (DISER) du ministère de la santé du Togo, la couverture sanitaire globale du pays est subdivisée en six (06) régions sanitaires (Lomé-commune, Maritime, Plateaux, Centrale, Kara, et Savanes) (DDS/DPS)<sup>3</sup> et plus de 882 unités de soins périphériques pour répondre aux besoins en soins curatifs, préventifs et promotionnels.<sup>4</sup> Lomé-commune est l'une des régions sanitaires située dans la partie extrême-sud du pays, par rapport aux autres. C'est l'une des régions administratives la plus proche de l'océan atlantique. La région de Lomé-commune est subdivisée en cinq (05) districts sanitaires et ces cinq (05) districts correspondent aussi aux cinq arrondissements administratifs de Lomé-commune. Le troisième arrondissement administratif correspond donc

---

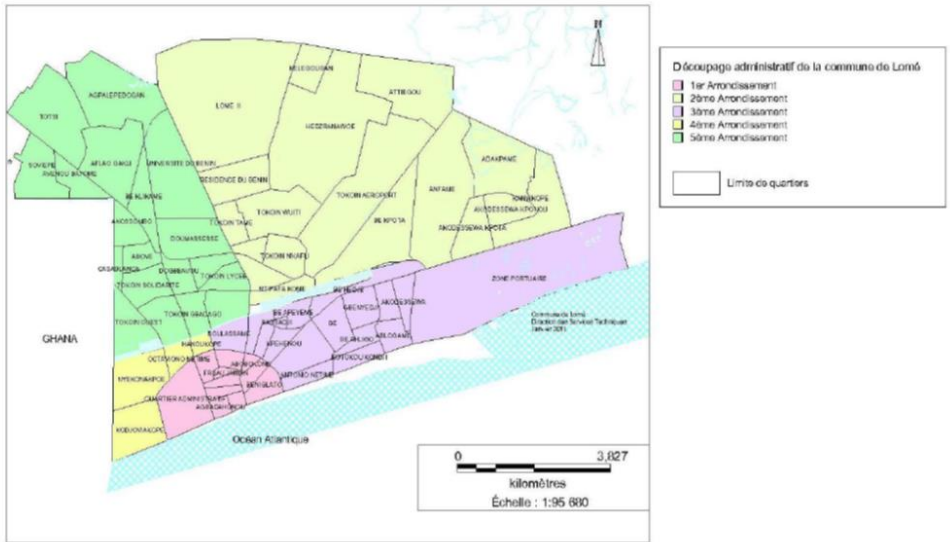
<sup>3</sup> DDS est la Direction de District Sanitaire ; DPS est la Direction Préfectorale de la Santé.

<sup>4</sup> Selon les informations des « Principaux Indicateurs de santé en 2014 », disponible en ligne sur [http://sante.gouv.tg/sites/default/files/documents/principaux\\_indicateurs\\_2014\\_du\\_16-12-15\\_vf\\_0.pdf](http://sante.gouv.tg/sites/default/files/documents/principaux_indicateurs_2014_du_16-12-15_vf_0.pdf)  
Consulté 04 mai 2016.



exactement aux délimitations de la couverture sanitaire du troisième district sanitaire de Lomé-commune.

**Carte 1: Découpage administratif des districts sanitaires de la commune de Lomé**



Source : Gomado, 2014

Selon les rapports définitifs du quatrième (4<sup>ème</sup>) Recensement Général de la Population et de l’habitat (4<sup>ème</sup> RGPH, 2010), le troisième arrondissement administratif est composé des quartiers suivants : Ablogamé, Akodéssewa, Amoutivé, Antonio Nétimé, Bassadji, Bè, Bè Ahligo, Bè Apeyéme, Bè Hedjé, Souza Nétimé, Doulassamé, Gbényedji, Kotokou Kondji, Kphenou, Lom Nava, Weté, et la Zone portuaire. Selon la même source le nombre d’habitants était 187573 habitants dont 97 983 hommes et 89 590 femmes. L’hôpital de district de cet arrondissement est celui de Bè installé selon le décret présidentiel N° 96\_157/PR du 11 novembre 1996 (Djinadou M, 2006). Le troisième district sanitaire de Lomé-commune regroupe depuis 2006 cinq (05) formations sanitaires publiques et neuf formations privées agréées. On peut citer entre autres, l’hôpital de Bè, les Centres médicosociaux de Gbényédji, d’Amoutivé, de la gendarmerie, le centre médical Catalunya (Croix Rouge Togolaise), les cliniques Sainte Hélène, Dama, Autel d’Elie, le Pasteur, Orient, Asympa, Saint Augustin, Egny, Bel-Air etc. (*Ibid.*, 2006). A part ces quatre formations sanitaires agréées, on note plus cent vingt-six (126) autres non agréées par le ministère de la santé et un nombre indéterminé sans cesse croissant des tradithérapeutes. L’hôpital de Bè et un centre des tradithérapeutes sis à Bè Hedjé sont retenus comme les lieux ciblés pour la recherche.

### 1.2.1 Le centre de santé des tradithérapeutes de Bè Hedjé

A la descente de l'avenue Pa De Souza, dans le troisième district sanitaire de Lomé-commune dans le canton de Bè, juste après la lagune de part et d'autre, en face de l'avenue, à droite la station de pompage des eaux de la lagune de Bè et à gauche, se trouve le centre de santé des tradithérapeutes de Bè Hedjé. Ce centre est limité au nord par l'avenue Pa De Souza, au nord par la station de pompage de la lagune de Bè, au sud par le boulevard Félix Houphouët Boigny, à l'est par la lagune de Bè et à l'ouest par l'imprimerie Tymo, non loin de l'école primaire catholique de Bè lagune. Le centre est communément connu sous le nom de « Bè Beach ». C'est un centre qui abrite une douzaine de tradithérapeutes œuvrant chacun dans son propre cabinet de santé



Photo 1 (cliché, APETI, K) : A gauche l'entrée du centre des tradithérapeutes de Bè Hedjé et à droite le présentoir garni des produits de la pharmacopée d'un tradithérapeute à l'intérieur du centre.

Sur le trente sixième (36<sup>èm</sup>) avenue Pa De Souza, non loin de la mairie annexe du troisième arrondissement, sur le prolongement de la rue faisant opposition à l'église catholique Marie Reine du Monde de Bè, sis l'hôpital de district du troisième arrondissement. L'hôpital de Bè est le troisième des cinq districts de Lomé-commune selon le décret présidentiel N° 96\_157/PR du onze novembre 1996. Il comporte plusieurs services dont la pédiatrie, la médecine générale, la stomatologie etc.

## 1.2.2 L'hôpital du district (Hôpital de Bè)



Photo 2 (cliché, APETI, K) : De la gauche vers la droite l'enseigne de l'hôpital de Bè, son entrée principale et son service de la médecine générale à l'intérieur du sanatorium.

## 2. Discussion : synthèse et analyse

### 2.1. Synthèse

#### 2.1. 1. Les représentations de la maladie

De façon sommaire, les malades donnent une connotation plus ou moins négative à la perception de la maladie hémorroïdaire. Pour certaines les maladies hémorroïdaires ont un caractère bénin. Elles peuvent être un dysfonctionnement naturel de certaines parties du corps notamment le niveau anal. Elles surviennent suite à une non observation des règles alimentaires. D'autres précisent même les zones d'intervention et indiquent la manière dont elles se manifestent. C'est ainsi, disent-ils, qu'elles proviennent de la dilatation des veines anales. De leur nom local « *coco* », les maladies hémorroïdaires sont représentées chez certains patients comme n'importe quelle autre maladie naturelle. Alors la maladie elle-même est, selon un enquêté : « *tout ce qui n'est pas bon pour l'organisme mais qui peut se trouver dans l'organisme à travers différents moyens* ». Un autre affirme que :

...Tout individu qui a, au moins une fois eu les hémorroïdes, peut facilement dire que cette maladie provient d'une dilatation des veines anales. En effet, quand on a cette maladie, on sent une manifestation intense d'une dilation des veines, surtout au niveau du canal anal. Du coup, on n'a plus besoin des explications pour savoir qu'il y a des veines qui s'étirent de façon exagérée à l'intérieur de soi. En clair tout se sent de façon très intense. Il y a les hémorroïdes internes et les hémorroïdes externes. Celles qui sont externes se font voir mais celles qui sont internes ne se font pas voir. Tout le monde a les hémorroïdes mais c'est quand les veines anales se dilatent que le problème se pose. Lorsque ses crises surviennent, elles se matérialisent par une inflammation de veines au sein du rectum ou autour de l'anus. Cette inflammation peut provoquer des irritations, des démangeaisons ou des dépressions, des sensations de brûlure et parfois des saignements. (Propos d'un enquêté interviewé à l'hôpital de district de Bè).

## **2.1.2. Les symptômes ou les manifestations de la maladie**

Les maladies hémorroïdaires se manifestent de diverses façons selon les malades.

L'un d'entre eux décrit les manifestations de la maladie en exprimant ses sentiments lors de sa crise :

J'avais des douleurs au niveau des articulations. Je ne pouvais pas bien me tenir debout ou m'asseoir convenablement. J'avais la fièvre et j'avais mal à la tête. Tout mon corps était si faible. Je ne pouvais même pas manger, d'ailleurs j'en avais peur. En réalité, quand je mangeais je devais aller faire mes besoins quelques minutes ou quelques heures après. Mais, lorsque j'allais aux selles, non seulement le sang coulait de mon anus mais aussi je sentais une douleur si intense que j'aurais préféré plutôt mourir. Aux cas extrêmes un prolapsus sort de mon anus ce qui rend très vive et très intense ma douleur surtout au moment d'aller aux selles.. (Propos d'enquête recueilli dans le centre de tradithérapeute à Bè Hedjé).

Si les maladies hémorroïdaires se manifestent ainsi, quelles sont alors ses conséquences ?

## **2.1.3. Les conséquences des maladies hémorroïdaires.**

Un enquêté décrit les conséquences des maladies de l'hémorroïdes. Il déclare :

Les conséquences les plus fréquentes des cas des maladies hémorroïdaires sont qu'on constate une thrombose des hémorroïdes externe qui est provoquée par l'existence d'un caillot de sang dans l'hémorroïde. Cela entraîne d'intenses douleurs et la survenue soudaine d'une tuméfaction bleutée intensément douloureuse, logeant au seuil de l'anus. Il est possible que le malade tombe en syncope sous l'effet de la douleur. Il est aussi possible que cela entraîne la mort si on n'arrive pas à prendre soin du malade à temps. Il y a deux sortes d'hémorroïdes. En fait, situées sous la peau de l'anus, les hémorroïdes externes sont sensibles à la douleur. Elles se gonflent et forment une petite boule lors des crises. Mais les hémorroïdes internes se situent en haut du canal anal et sont en principe moins sensibles à la douleur. Parfois, les hémorroïdes internes s'extériorisent et apparaissent en dehors de l'anus. Cette apparition est nommée prolapsus. (Propos d'un spécialiste gastro-entérologues interviewé à l'hôpital de district de Bè).

S'il en est ainsi peut-on trouver néanmoins des solutions de guérison de soulagement ou de traitement ?

## **3. Les thérapies disponibles**

Il existe des formes de thérapies pour traiter des cas de maladies ou des crises hémorroïdaires. On peut les classer en quatre types de traitement. Ainsi, on a le traitement à l'hôpital, l'automédication, les pratiques coutumières de traitement et la tradithérapie.

### **3.1. Le traitement à l'hôpital ou le traitement scientifique**

Dans des cas des crises hémorroïdaires on procède de façon radicale à une opération qu'on nomme l'*hémorroïdectomie* qui consiste à l'ablation totale des hémorroïdes externes et internes. Cette technique reconnue très efficace, fait hospitaliser le patient pour deux ou trois jours jusqu'aux premières selles. Des suites douloureuses vont

s'en suivirent pendant dix jours. Une autre technique consiste à faire une piqure d'injection sur le prolapsus pour le faire rétracter. C'est une technique qui inflige au patient une grande douleur. Si le cas n'est pas assez grave on procède à la prescription des médicaments tel que *titanoreïne* qui est même possible d'en avoir sans ordonnance aucune. L'intensité de la douleur que provoque les interventions des médecins lors des pratiques chirurgicales est souvent une source de répulsion pour les patients. On a peur de la douleur de l'intervention chirurgicale et non de l'intervention elle-même.

### **3.2. Les pratiques coutumières de traitement**

Certaines pratiques existent depuis fort longtemps pour traiter les hémorroïdes. Il y a deux sortes d'hémorroïdes, il y a les hémorroïdes internes et les hémorroïdes externes. D'après les personnes habituées à cette pratique pour des cas d'hémorroïdes externes, on fait le massage de la partie concernée avec de la glace. On peut également faire diluer du vinaigre de cidre dans une petite quantité d'eau et l'appliquer sur la partie hémorroïdaire pour faire dégonfler les veines. On fait cette application deux à trois fois par jour. On peut également appliquer le gel d'aloès vera sur la partie concernée. Pour des cas d'hémorroïdes internes, on dilue une cuillère à café du vinaigre de cidre dans de l'eau dans un verre d'eau. On boira ce verre d'eau le matin et le soir jusqu'à ce que la douleur diminue ou disparaît. On peut également le faire à titre préventif pour aider surtout ceux qui ont les crises hémorroïdaires de façon chronique. On note également qu'on peut faire l'usage de certaines parties de végétaux spécifiques. Ces gestes précités sont des pratiques coutumières de traitement des maladies hémorroïdaires. Il existe une autre façon pour se traiter. Quelle est cette autre manière ?

### **3.3. Le traitement par l'automédication**

Il est aussi possible d'engager un processus de traitement des cas de maladies hémorroïdaires sans consulter un médecin généraliste ou gastro-entérologue. Plusieurs personnes qui affirment avoir utilisé au moins une fois l'automédication pour des crises hémorroïdes, disent qu'il y a des formations veineuses dans le canal anal au cours des crises hémorroïdaires dues à des constipations à une habitude de sédentarité ou à du surpoids. Selon eux, il suffira de faire l'usage des anti-hémorroïdes lesquels peuvent se présentés sous plusieurs formes et d'éviter certains aliments tels que la viande, les épices ainsi que l'utilisation des papiers toilette ou de lingettes pouvant provoquer des irritations des parties hémorroïdaires, pour être à l'abri des crises. Ces anti-hémorroïdes peuvent exister sous plusieurs formes. Il peut être aussi le cas de l'usage des plantes avérées pour des cas d'effets protecteur sur les vaisseaux sanguins grâce à des substances. Il est aussi courant, selon les informations rapportées, d'utiliser des médicaments de rue pour sauve de façon impressionnante. Quant en est-il des pratiques les plus anciennes ?

### **3.4. Le traitement par la tradithérapie**

La tradithérapie est en quelque sorte la médecine traditionnelle. En réalité, la solution aux troubles hémorroïdaires concerne plus la tradithérapie dans le cas de cet article. Le tradithérapie est ce qui concerne les actions et les pratiques destinées à guérir, à prévenir, à soulager et à traiter les malades des hémorroïdes. Elle est le traitement ou la guérison à travers des pratiques traditionnelles. C'est celle qui est le traitement ou la guérison à travers des pratiques traditionnelles. Elle implique aussi l'utilisation des plantes, des parties d'animaux, des minéraux pour des fins médicales. Les traitements ou la thérapie par le biais des pratiques anciennes font du thérapeute un tradithérapeute et donc un guérisseur ou un thérapeute traditionnel. Les tradithérapeutes sont les soignants qui sont souvent sollicités pour des cas des maladies hémorroïdaires. Dans le centre des tradithérapeute, un herboriste déclare : *« il n'y a pas un seul jour, depuis que je me suis installé ici, où nous ne consultons ou traitons en grand nombre des maladies telles les infections, les faiblesses sexuelles et surtout les hémorroïdes »*. (Propos d'un tradithérapeute du centre des tradithérapeutes à Bè Hédjé.)

On retient de cette recherche que les malades des hémorroïdes dans le troisième district sanitaire de Lomé-commune optent principalement pour les soins des tradithérapeutes parce qu'ils estiment que la tradithérapie guérit durablement leurs maladies et à moindre coût.

### **4. Analyse**

La perception des maladies hémorroïdaires varie d'un caractère bénin à une connotation plus ou moins négative. Cette négativité est rarement attribuée à une portée spirituelle. Les causes de ces pathologies relèvent de la négligence des règles alimentaires et ses manifestations engendrent des effets allant de la démangeaison à la douleur et au pire des cas au décès. Cependant, il existe de différents moyens comme thérapies pour en venir à bout. Le choix de la thérapie la plus sollicitée est la tradithérapie car selon les patients, *« ... nous savons que la tradithérapie soigne mieux les hémorroïdes que les soins à l'hôpital... »* (Extrait d'un entretien rapporté de Bè Apeyéomé).

Selon le paradigme de l'individualisme méthodologique, toute explication d'un phénomène social doit prendre pour objet premier l'observation, comme unité de référence, le comportement des individus, leurs choix et motivations face aux contraintes des situations auxquelles ils sont confrontés. Le choix de cette théorie se justifie pour son efficacité à comprendre les actions de l'individu en situation. Dans notre cas précis, elle sert à comprendre les calculs des malades des hémorroïdes pour leur choix porté sur la tradithérapie et à l'automédication pour leur traitement. En fait les patients savent que l'hôpital est une référence scientifique en matière de traitement des affections hémorroïdaires cependant ils ruent vers les tradithérapeutes car, d'après eux, les thérapies à l'hôpital sont coûteuses et les résultats ne sont qu'une guérison partielle et /ou éphémère. Selon les patients la thérapie de l'hôpital peut faire intervenir des piqûres et /ou des opérations chirurgicales, instance de douleurs physiques et de contrariétés psychologiques. En allant chez le tradithérapeute ou en

pratiquant l'automédication, on a une guérison durable moins coûteuse et on n'est pas soumis à d'intenses douleurs lors des traitements.

Les choix thérapeutiques des malades dans le troisième district sanitaire de Lomé-commune n'ont pas été motivés ou influencés avec la même intensité par les différents aspects des facteurs invoqués dans les hypothèses de cette recherche. Certains aspects des facteurs n'ont même pas du tout eu d'effets sur le choix du mode de thérapie des malades.

Presque tous les patients percevaient la maladie dans une dimension physique et physiologique, c'est-à-dire une pathologie qui peut être guérie par la médecine moderne, la tradithérapie, l'automédication, les pratiques coutumières de traitement etc. De toute évidence, on oriente en principe son itinéraire thérapeutique en fonction de la perception qu'on a de la maladie. Pour A.Wamba (2003), les registres interprétatifs des maladies orientent non seulement les recours thérapeutiques possibles mais aussi influencent les comportements des malades. Le choix du type de médecine suit la logique du malade qui est elle-même orientée par, tour à tour, la volonté d'une recherche de la guérison et la perception de l'efficacité de la méthode du traitement qui est socialement, empiriquement approuvée et ou référentielle. En effet les malades vont à l'hôpital pour se traiter lorsqu'ils ignorent qu'ils souffrent des hémorroïdes. Il faut toujours recommencer la même thérapie à l'hôpital comme si les hémorroïdes sont des « maladies chroniques à vie ». Cette chronicité apparente de la maladie freine le désir d'une consultation et d'un traitement auprès des médecins généralistes et des médecins spécialistes de la maladie. La plupart se soignent chez les tradithérapeutes, certains utilisent les pratiques coutumières de traitement, d'autres l'automédication et d'autres encore des moyens qu'ils n'ont pas précisés. En définitif, les populations, en connaissance de leurs maladies hémorroïdaires, se traitent souvent auprès des tradithérapeutes. Tous les traitements des malades en usage, qu'ils soient relatifs à la médecine moderne ou à la médecine traditionnelle, pour se guérir des maladies hémorroïdaires, ont certes eu des effets. Cependant les estimations pour les effets des thérapies varient d'un malade à l'autre et de du genre de médecine à l'autre. Les appréciations des différentes méthodes de traitement des hémorroïdes sont presque toutes regroupées dans les qualifications qui sont formulées sous les génériques : c'est très efficace, ce n'est qu'un palliatif, c'est satisfaisant, je ne sais pas. La tradithérapie est un style de traitement le plus estimée en matière de thérapie des maladies hémorroïdaires. En effet presque tous les malades qui se sont dirigés vers les tradithérapeutes pour leurs soins par rapport à ces dernières maladies confirment que leurs traitements ont été très efficaces. Les guérisons qui sont issues de ces thérapies sont toutefois, les réponses que les patients attendent en optant pour cette façon de se traiter. Cette dernière manière garantit l'épargne des douleurs physiques et psychologiques que la médecine moderne inflige lors du traitement de la même maladie. De plus la guérison qui vient de ce traitement, se révèle pérenne si non durable. Enfin, la médecine traditionnelle ou mieux la tradithérapie a toujours fait ses preuves en matière de guérison des hémorroïdes ; elle est transmise de génération en génération, elle est fiable, sans quoi elle ne serait pas utilisée jusqu'à alors. Telles sont les arguments des enquêtés qui soutiennent et

expliquent la fréquentation des tradithérapeutes pour le traitement des hémorroïdes dans le troisième district sanitaire de Lomé-commune.

Les pratiques coutumières de traitement, qu'on classe dans le sillage de la médecine traditionnelle, servent également comme un moyen pour traiter la maladie hémorroïdaire. Les appréciations des effets des résultats de ces pratiques sont pour la plupart perçues telles des palliatifs de la maladie. Ceci revient à dire que ces pratiques n'atténuent que les effets ou les symptômes de la maladie sans attaquer véritablement aux causes réelles de la pathologie ou en venir à bout. Une part non négligeable de la population approchée soutient la véracité de l'efficacité de cette manière de faire la thérapie de la maladie hémorroïdaire. Cependant, les avis pour la durabilité de la guérison de ces pratiques sont partagés. Pour certains, la guérison provenant de ces pratiques est pérenne ; pour d'autres, elle est brève c'est-à-dire ne dure que deux semaines au maximum ; elle va jusqu'à six mois pour d'autres encore, enfin elle dure deux à trois jours pour certains. Il est donc clair que, ces pratiques, quelle que soit la qualification qu'on leur attribue, produisent quand même un effet thérapeutique pour ses usagers.

La religion n'exerce pas d'influence sur le choix thérapeutique des malades des hémorroïdes dans le troisième district sanitaire de Lomé-commune. La capacité décisionnelle du choix thérapeutique des malades est orientée par la conscience du malade lui-même. Cette conscience subit, dans une certaine mesure, l'orientation du modèle courant de thérapie qui est de recevoir les soins chez tradithérapeutes. Cependant presque tous les malades ont opéré délibérément leur choix thérapeutique. Aux allégations de plusieurs enquêtés, les moyens économiques pour traiter les hémorroïdes à l'hôpital ne fait nullement défaut ; la santé n'a d'ailleurs pas de prix et, ce traitement est quand même faisable pour ceux qui le veulent. Or on ne peut pas ne pas vouloir la guérison lorsqu'on est extrêmement malade.

## **Conclusion**

Aux termes de cette recherche, on retient que les malades des hémorroïdes dans le troisième district sanitaire de Lomé-commune optent principalement pour les soins des tradithérapeutes parce qu'ils estiment que cette tradithérapie guérit durablement leurs maladies et à moindre coût. Cette particularité de choix s'enracine dans le conformisme social. Celui-ci est nourri par une confirmation sociale d'efficacité thérapeutique chez les tradithérapeutes qui passe par un colportage systématique de bouche à oreille. Les soins des médecins, bien que scientifiques sont considérés comme des thérapies coûteuses dont les résultats ne sont qu'une guérison partielle et /ou éphémère. De plus, à l'hôpital, la thérapie peut faire intervenir des piqûres et /ou des opérations chirurgicales, instance de douleurs physiques et de contrariétés psychologiques. Ce conformisme social s'inscrit progressivement dans une habitude culturelle de la population pour perpétuer un modèle type de choix thérapeutique.

Toute proportion bien gardée, les déterminants de choix thérapeutique des malades sont liés aux perceptions qu'ils ont eux-mêmes de leur maladie. Les représentations de la maladie proviennent en grande partie de la culture que le malade s'est forgée au cours de l'histoire de sa vie. Cette culture est elle-même influencée par tout ce qui



avait marqué l'individu. Le malade choisit son itinéraire thérapeutique en fonction du standard des logiques de son milieu d'origine. Cependant ces logiques d'actions peuvent à leur tour être influencées par les moyens surtout économiques dont dispose le malade pour sa guérison. L'itinéraire thérapeutique des malades n'est pas forcément figé il change suivant le contexte. Le malade opère un calcul qui se base sur l'utilité, l'avantage et le coût. La théorie de l'individualisme méthodologique peut servir de théorie explicative des déterminants thérapeutiques des malades.

### Références bibliographiques

- BENE Ali & FOURNIER Anne, 2015, « Réflexion sur la notion des services écologiques : Etude de cas à Kotoudéni (Burkina Faso) », *VertigO*, 15 (3), 18 p.
- ADAM Pierre et HERZLICH Claudine, 2003, *Sociologie de la maladie et de la médecine*, Paris : Nathan.
- AKPO-GNANDI Okaté, 2018, *Analyse du recours des populations de Lomé à la médecine traditionnelle et Projet de son intégration au système sanitaire du Togo*, Thèse unique de Doctorat en Anthropologie sociale et ethnologie, Institut Régional d'Enseignement Supérieur et de Recherche en Développement Culturel, Institut National Supérieur des Art et de l'Action Culturelle, Français. NNT : tel-01861333.
- ALPE Yves, BEITON Alain, DOLLO Christine, LAMBERT Jean-Renaud et PARAYRE Sandrine, (2013), *Lexique de sociologie*, Dalloz, Paris, 4<sup>ème</sup> édition.
- BARIL Patrice, DIONNE Geneviève, LAJEUNESSE Manon et PAUL-FORTIN Marielle, (2012), *Le développement d'une culture de santé et de sécurité au travail*, université de Sherbrooke.
- BENKHALED S., (2012), « Les hémorroïdes » in *Information médicale continue* disponible en ligne sur <http://salim-benkhaled.docvadis.fr/> consulté le 14 juin 2015.
- BOUDON Raymond., « Théorie du choix rationnel ou individualisme méthodologie ? » in *Sociologie et société*, vol 34, N° 1,p .9-34.
- BOSSOUKPE, S., (2011), « Problématique de l'automédication au Togo : cas de Lomé », mémoire de master en sociologie, université de Lomé.
- CANSTRELLE Pierre et LOCOH Thérèse, (1990), « Facteurs culturels et sociaux de la santé en Afrique de l'ouest », in LES DOSSIER DU CEPED , N° 10, paris.
- D'ALMEIDA, A.,(2003) « Problématique de l'automédication dans la commune de Lomé (Togo) », Thèse unique de doctorat en pharmacie, université Cheik AntaDiop de Dakar.
- DARRASON Marie, (2014), « Y a-t-il une théorie génétique de la maladie ? », thèse unique de doctorat en philosophie, université de Paris1, Panthéon Sorbone.

- DIAYE M., (2001), « Su la définition du choix rationnel dans le cas de préférences dépendant du contexte » in *Revue économique* Vol. 52 ; pp-33. Disponible en ligne sur [www.cairn.info/revue-economique-2001-1-page-17.htm](http://www.cairn.info/revue-economique-2001-1-page-17.htm). Article de Diaye. Consulté le 24 avril 2015.
- DJINADOU M., (2006), « Etude des causes de non vaccination dans un contexte de couverture vaccinale administrative faible (Mesure de la couverture vaccinale réelle, étude de la demande) dans le district N°3 Lomé-commune », mémoire de diplôme interuniversitaire, IRSP/OMS OUIDAH, pp 48, disponible en ligne sur [http://villedelome.com/sites/default/files/plan\\_guide\\_lome.pdf](http://villedelome.com/sites/default/files/plan_guide_lome.pdf) . Consulté le 07 juin 2016.
- DISER et UNFPA, (2014), « Principaux indicateurs de santé » disponible en ligne sur [http://sante.gouv.tg/sites/default/files/documents/principaux\\_indicateurs\\_2014\\_du\\_16-12-15\\_vf\\_0.pdf](http://sante.gouv.tg/sites/default/files/documents/principaux_indicateurs_2014_du_16-12-15_vf_0.pdf) consulté le 04 mai 2016.
- DOUGUET F., (2000), « Pour une approche sociologique de la santé de la maladie » in *Objectif Soins*, N° 82 disponible en ligne sur
- DRESSE A., et De Baeremaekere, D.,(2013), *Amawato, Le marché de la santé au pays vaudou*, CTB.Bruxelles disponible en ligne sur [www.btcctb.org](http://www.btcctb.org). Consulté le 25 juin 2016.
- FAINZANG Sylvie., (2004), « Entre pratiques symboles et recours thérapeutiques. Problématique d'un itinéraire de recherche », in *Anthropolitica*, N°15pp 20-38.Brésil.
- FAINZANG Sylvie, (2011) « La maladie, un objet de l'anthropologie sociale », *Ethnologie comparées*, N° 1 disponible en ligne : <http://alor.univ.montp3.fr/r1/s.f.htm>. Consulté le 20 octobre 2015.
- FAINZANG Sylvie, (2000), « La maladie, un objet de l'anthropologie sociale ? », in *Ethnologes comparées*, revue électronique semestrielle, N°1, université de Montpellier3, Paris.
- FAINZANG Sylvie, (2012), *L'automédication ou les mirages de l'autonomie*. Paris : Presse universitaire de France.
- FASSIN Didier, (1990) : "Maladie et médecine", in D. Fassin, & Y. Jaffré (dir), *Sociétés, développement et santé*, Paris : Les Éditions Ellipses, pp. 38-49.
- FERRONI Sonia, (2009) « Recours et représentations thérapeutiques des patients et soignants dans une situation de pluralisme médical : le cas des Ouahigouya, Burkina Faso », mémoire de licence en ethnologie, université de Nouchatel.
- FRANCKEL Aurélien, (2004), « Les comportements de recours aux soins en milieu rural au Sénégal. Le cas des enfants fébriles à Niakhar. Sociologie. Université de Nanterre-Paris X, Français. < tel- 00195109 >.
- GAMADO A., (2011), « Les facteurs explicatifs de la non observance thérapeutique en matière des maladies chronique au Togo : cas des patients du VIH/Sida

de l'ONG Espoir Vie-Togo », mémoire de mastère en sociologie, université de Lomé.

- JOLET Dénise, (2006), « Culture et pratiques de santé », in *Nouvelle Revue de Psychologie*, N°1, pp 219-239.
- KASSAMBA Diaby et KOULTOUM Oumon, (2015), « Analyse conceptuelle et traductibilité des termes de maladie dioula », disponible en ligne <http://hdl.handle.net/1887:35899>. Consulté le 28 mars 2015.
- LOMPO Brigitte, (2013), « Le faible recours aux soins de santé au Burkina Faso/ Le cas des femmes Yadse dans la région nord. », thèse unique de doctorat en sociologie, université de Nantes.
- LOVELL Nadia, (1995), « Pluralisme thérapeutique et stratégies de santé chez les Evhé du sud-est Togo » in LES DOSSIER DU CEPD N°33, Paris.
- DE SALLE-ESSO Maya, (2011), « Le profane et le sacré dans les tradipratiques à l'île Maurice », in *Social Anthropology and Ethnology*., disponible en ligne sur <https://tel.Archive-ouvertes.fr/tel-00716832>. Consulté le 07 février 2015.
- MUKAU EBWEL Joachin, KINSALA KINSALA Corneille, MBAYAMVULA et MAWULA Liesson (2012), « Approche sémantique de la maladie mentale chez les Ntandu », disponible en ligne sur <http://fiuc.org/w/PIPER3/0041>. Consulté le 27 janvier 2016.
- MS et OMS, (2004), « Profil de système de santé de pays, Togo » disponible en ligne sur [http://www.who.int/countries/tgo/resources/MoHTogo\\_profil\\_sante.pdf](http://www.who.int/countries/tgo/resources/MoHTogo_profil_sante.pdf). Consulté le 16 avril 2016.
- OMS, (1990), Rapport sur le développement humain, disponible en ligne sur [http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr\\_1990\\_fr\\_complet\\_nostats.pdf](http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr_1990_fr_complet_nostats.pdf). Consulté le 03 mai 2015.
- OMS, (1976), « Médecine traditionnelle en Afrique » *Série de rapports techniques* N° 1 Brazzaville, pp 21.
- OMS, 2013 : *Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle 2014-2023*, OMS, Genève.
- OMS, (1987), « Déclaration d'Alma-Ata » disponible en ligne sur [http://www.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/0005/113882/E93945.pdf](http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0005/113882/E93945.pdf). Consulté le 25 avril 2016.
- OMS, (2003), « Rapport sur la santé dans le monde » in *Façonner l'avenir*, disponible en ligne sur [http://www.who.int/whr/2003/en/whr03\\_fr.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2003/en/whr03_fr.pdf?ua=1). Consulté le 18 mars 2016.
- OMS, (2002), *Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2002-2005*. WHO/EDM/TR 2002, Genève, pp 65.
- OMS, (2014), *Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2014-2023*, disponible en ligne sur

[http://www.who.int/publications/list/traditional\\_medicine\\_strategy/fr/](http://www.who.int/publications/list/traditional_medicine_strategy/fr/) .

Consulté le 19 septembre 2015.

OMS, (2014), *Usage rationnel des médicaments*, disponible en ligne sur [http://www.who.int/medicines/ares/rationel\\_use/fr/](http://www.who.int/medicines/ares/rationel_use/fr/). Consulté le 20 juin 2014.

République Togolaise, (2010), Rapport définitif du 4<sup>em</sup> Recensement de la Population et de l'Habitat.

République Togolaise, (2018), Plan National de Développement.

Ridde Valérie, (2004), *L'initiative de Bamako 15 ans après, un agenda inachevé*, disponible en ligne sur <http://integeco.u-bordeaux4.fr/bamako.pdf> Consulté le 16 janvier 2016.

Ridde Valérie., et Ouattara Fatoumata.,(2015),*Des idées reçues en santé mondiale*, disponible en ligne sur [http://www.pum.umontreal.ca/fichiers/livres\\_fichiers/9782760635241](http://www.pum.umontreal.ca/fichiers/livres_fichiers/9782760635241). Consulté le 29 juillet 2016.

Société Nationale Française de Gastro-Entérologie, Hémorroïdes (1999), disponible en ligne sur [http://www.snfge.asso.fr/02-Connaitre-maladie/0E-proctologie/faq/proctologie\\_hemorroides.htm](http://www.snfge.asso.fr/02-Connaitre-maladie/0E-proctologie/faq/proctologie_hemorroides.htm) . Consulté le 25 October 2015.

Unesco et CIB, (2013), Rapport du CIB sur les systèmes de la médecine traditionnelle et leurs implications éthiques, Paris, disponible en ligne sur <http://unesdoc.unesco.org/images/0021/002174/217457f.pdf> consulté le 23 mai 2016.

Van Der Veen Lolke (1996), « Maladies, remèdes et langues en Afrique centrale », disponible en ligne sur [http://www.ddl.ish\\_lyon.cnrs.fr/fulltext/van%20der%20veen](http://www.ddl.ish_lyon.cnrs.fr/fulltext/van%20der%20veen). Consulté le 23 janvier 2016.

« Ahmadou KOUROUMA ET LE THÈME DE L'ENFANT-SOLDAT  
COMME PRÉTEXTE D'UN DISCOURS POLITIQUE »

Komlavi DOUSSIMÉLÉ<sup>1</sup>

Université de Lomé, Togo

[doussipit@gmail.com](mailto:doussipit@gmail.com)

---

### Résumé

Cet article intitulé « *Ahmadou Kourouma et le thème de l'enfant-soldat comme prétexte d'un discours politique* » a permis de mener des réflexions sur l'enrôlement des mineurs dans la guerre civile au Liberia et en Sierra Leone. Cela a également été l'occasion d'analyser la perception de l'auteur vis-à-vis de ces hostilités et d'examiner l'objectif visé par ce dernier en proposant à son lectorat une peinture aussi poignante de ces guerres. Pour y parvenir, nous avons utilisé l'approche sociocritique. Certes, *Allah n'est pas obligé* a inspiré maints travaux liés à la question d'enfants-soldats, car l'auteur y retrace l'itinéraire de Birahima, un garçon de 12 ans qui, allant à la recherche de sa tante, s'est fait enrôler dans l'armée. Il y présente aussi l'implication d'autres enfants dans ces conflits. Mais là n'est pas l'intérêt de notre étude. Son intérêt réside plutôt dans l'engagement de l'auteur à fustiger l'irresponsabilité des dirigeants libériens et sierra léonais prêts à sacrifier leurs citoyens et dans sa volonté d'en appeler à une prise de conscience.

**Mots clés :** enfants-soldats, corruption, guerre civile, coups d'Etat, torture.

### Abstract

This file titled "*Ahmadou Kourouma and the theme of the child soldier as a pretext for political discourse*," allowed us to reflect on the enlistment of the minors in the civil war in Liberia and in Sierra Leone. This was also an opportunity to analyze the author's perception vis-à-vis these hostilities and to examine the objective pursued by the latter by proposing to its readership such a poignant portrayal of these wars. To achieve this, we used the socio-critical approach. Of course, *Allah n'est pas obligé* has inspired many works related to the issue of child soldiers, because the author retraces the way of Birahima, a 12 years old boy who, going in search of his aunt, was enlisted in the army. It also presents the involvement of other children in these conflicts. But that is not the point of our study. Rather, his interest is in the author's commitment to castigate the notorious irresponsibility of the Liberian and Sierra Leonean leaders who are willing to sacrifice their citizens and in its willingness to appeal for awareness.

**Keywords:** small-soldiers, corruption, civil war, coups, torture.

---

<sup>1</sup> Docteur en littérature africaine, Université de Lomé, [doussipit@gmail.com](mailto:doussipit@gmail.com)

Contacts : 90 21 16 07 / 79 60 49 30, Lomé-Togo

## Introduction

Le présent article intitulé « *Le thème de l'enfant-soldat comme prétexte d'un discours politique* » est une piste de lecture offrant l'occasion de mener une réflexion autour du phénomène de l'enfant-soldat pris par plusieurs écrivains pour prétexte d'un discours politique. La question d'enfant-soldat n'est plus aujourd'hui un thème nouveau. Bien au contraire, il est devenu familier depuis que, dans plusieurs pays du monde et plus précisément dans les pays africains (le Rwanda, la Somalie, l'Angola, le Liberia, la Sierra-Leone, etc.), les mineurs sont, de gré ou de force, enrôlés dans les conflits armés.

Il faut souligner que cette question de l'enfant-soldat apparaît, la plupart du temps, comme une illusion ou un mythe et pour bon nombre de personnes, ce phénomène n'a jamais existé en raison de son caractère paradoxal ; paradoxal en ce sens qu'il est impensable que des enfants qui, en fait, sont des êtres tendres et fragiles donc incapables de se défendre puissent porter des armes.

D'ailleurs, auparavant, plusieurs personnes n'ont jamais assisté à un tel fait, ni vu des enfants-combattants dans un camp militaire. Mais à travers des images et vidéos sur la toile ou sur les médias, elles ont pu s'imprégner de la situation de ces enfants qui prévaut actuellement dans le monde.

Nous pouvons relever au passage que de telles images et vidéos constituent, à juste titre, un témoignage parlant et vivant sur l'enrôlement ou le recrutement des enfants-soldats par telle ou telle force combattante. Elles sont à cet effet un démenti formel et frappant pour ceux qui nient encore l'existence de ce phénomène qui, pourtant, devient de nos jours très récurrent. L'article cherche à prouver la violation des droits des enfants dans le monde en général et plus spécifiquement dans les pays africains qui, malheureusement, détiennent le plus triste record.

En fait, l'intérêt de notre étude réside d'une part, dans l'implication des adolescents dans les luttes armées au Liberia et en Sierra-Leone, tel que nous le dépeint A. Kourouma à travers son œuvre *Allah n'est pas obligé* (2000), et d'autre part dans le fait de s'appuyer sur ce phénomène de l'enfant-soldat ou de s'en servir comme une entremise pour s'en prendre aux leaders africains qui se plaisent à mettre à feu et à sang le continent noir ; d'où le prétexte auquel nous faisons allusion et c'est justement dans ce contexte que s'inscrit notre sujet : « *Ahmadou Kourouma et le thème de l'enfant-soldat comme prétexte d'un discours politique* ».

Au sein de l'Afrique, maints pays éprouvent d'énormes difficultés à amorcer le développement. Beaucoup d'entre eux sont confrontés aux problèmes résultant de la transition d'un gouvernement à un autre. Au lendemain des indépendances, précisément à partir des années soixante, les peuples noirs nourrissent l'espoir d'un avenir meilleur, mieux, radieux. Mais, malheureusement, c'était un espoir raté. Depuis lors jusqu'à ce jour, c'est la situation contraire qui s'offre à leurs yeux. Ceux-ci font plutôt face à de nombreux maux parmi lesquels l'on peut citer le détournement des fonds publics, la corruption, la mauvaise gouvernance, l'abus du pouvoir, les inégalités sociales, les exactions, de fréquents coups d'État militaires, tels que perçus

sous la plume de l'écrivain ivoirien, Ahmadou Kourouma et dont les conséquences restent lourdes et fâcheuses. Le conflit politique qui est l'une des conséquences parmi tant d'autres, résultant de ces multiples malaises, en est un exemple tangible.

Dans *Allah n'est pas obligé*, quel jugement Ahmadou Kourouma porte-t-il sur l'enrôlement des mineurs dans la guerre civile au Liberia et celle en Sierra Leone ? Quel regard a-t-il de ces deux conflits ? Au-delà de la peinture de l'instabilité dans ces deux pays telle qu'exposée par Kourouma, quel objectif vise-t-il ?

Pour mener à bien une telle réflexion, il serait utile de l'articuler en ces trois questions ci-dessus mentionnées au regard desquelles nous postulerons un certain nombre d'hypothèses :

Dans *Allah n'est pas obligé*, Ahmadou Kourouma fustige l'implication des enfants dans les guerres civiles au Libéria et en Sierra Leone. La guerre au Libéria étant motivée par la permanente conquête du pouvoir caractérisée par des coups d'Etat intempestifs, celle de la Sierra Leone, quant à elle, est causée par les diamants, principale source de richesse mal gérée par les dirigeants.

Pour Ahmadou Kourouma, les guerres civiles ayant éclaté dans ces deux pays n'ont pas leur raison d'être, peu importe les mobiles qui les ont motivées. À plus d'un titre, son roman apparaît comme une réelle condamnation de cet état de chose.

À travers la peinture des hostilités dans ces deux pays, telle qu'exposée par Ahmadou Kourouma dans son texte, le lecteur voit un appel à une prise de conscience. Etant donné que le roman est une correction de ce monde-ci, tout écrivain écrit, non seulement pour diffuser une information à ses lecteurs, mais encore pour leur proposer une certaine vision du monde car, en donnant de ces deux États une image négative, il remet en cause la mauvaise gouvernance des décideurs. En un mot, le roman kourouméen est, à plus d'un titre, une dénonciation de l'irresponsabilité notoire de ces derniers et au même moment une invitation à une prise de conscience en vue d'accéder à un monde paisible, meilleur.

Cette piste de lecture que nous proposons aux lecteurs donne l'occasion de mener des réflexions sur la mauvaise foi, l'inconscient et surtout cette irresponsabilité notoire dont font montre certains acteurs politiques en Afrique qui, loin de se soucier du mieux-être de leurs populations, ne songent qu'à leurs propres intérêts plongeant ainsi celles-ci dans l'atroce souffrance et l'extrême pauvreté. Le présent article offre également l'opportunité de souligner l'immaturation de ces hommes politiques africains, puisque les actes qu'ils posent n'aident en rien leurs populations. Bien au contraire, les résultats de ces actes posés restent le plus souvent la misère et les morts tragiques des populations dont nous sommes permanemment témoins.

Pour donner une dimension scientifique à notre étude, nous lui appliquerons l'approche sociocritique qui est une démarche méthodologique occupant une importante place dans les recherches littéraires qui s'effectuent de nos jours. Étudiant

les relations qui s'établissent entre une œuvre littéraire et la société, cette critique fait une réflexion sur les manières de penser et de se comporter des hommes de cette même société mais dans la fiction romanesque. En un mot, une telle méthode aide à circonscrire l'univers social dans l'œuvre de Kourouma. Il faut préciser que l'intention et la stratégie de la sociocritique sont de restituer au texte sa teneur sociale. Dans un article publié dans la revue « Littérature, n°140, Analyse du discours et sociocritique », C. Duchet (2005, p.132), lors d'un entretien avec Ruth Amossy précise ceci : « *l'objectif de la sociocritique est l'étude socio-historique des représentations. La notion d'historicité est pour elle fondamentale.* » Dans la même optique, J. Semujanga (1992, pp.41-56), renchérit :

Le texte romanesque étant d'abord et avant tout un ensemble de faits linguistiques, se trouve par conséquent porteur de faits sociaux et culturels, [...] ainsi relevant du culturel, le discours romanesque devient explicatif du social dans le sens le plus large, incluant le politique, le religieux et l'idéologie.

Dans la première partie de cet article, nous allons montrer comment l'auteur, à partir de la dénonciation de l'enrôlement des enfants dans les conflits armés au Libéria et en Sierra Leone, dresse un véritable réquisitoire contre les décideurs qui se délectent à sacrifier l'avenir des adolescents et à mener la vie dure aux populations. Nous verrons ensuite dans la deuxième partie, le regard de l'auteur face à ces atrocités commises durant ces deux guerres civiles et aux comportements irresponsables des dirigeants. La dernière partie sera consacrée aux objectifs que s'assigne Kourouma en s'intéressant à la situation qui a prévalu au Liberia et en Sierra-Leone.

### **1. L'enrôlement des enfants dans les guerres civiles au Liberia et en Sierra Leone : quel jugement de l'auteur ?**

*Allah n'est pas obligé*, paru en 2000, est le dernier ouvrage publié de son vivant par l'écrivain ivoirien Ahmadou Kourouma. Il s'agit d'une œuvre de fiction qui peut être considérée comme un témoignage des manipulations et des souffrances atroces dont ont été victimes des centaines d'enfants engagés comme combattants pendant les guerres civiles africaines, en particulier celles du Libéria et de la Sierra Leone, dans les années 1990. Ce roman, comportant six chapitres, retrace précisément le parcours fictif d'un de ces enfants.

En effet, le texte est le témoignage de vie d'un garçon qui, dès ses premières pages, annonce son récit et se présente en même temps au lecteur ; il s'agit de Birahima, un garçon âgé d'environ dix à douze ans, un Malinké, ethnie originaire, d'après le narrateur lui-même, du nord de la Côte d'Ivoire, mais que l'on rencontre aussi en Guinée, en Gambie, en Sierra Leone et au Sénégal. Dans le même texte, le lecteur apprend également que cet enfant a séjourné au Libéria et en Sierra Leone, pays dans lesquels il a fait la guerre tribale, engagé comme *child-soldier*, et où il a tué et s'est drogué « aux drogues dures » (p. 12), à la cocaïne et au haschich.

La tragique histoire de la mère de Birahima, devenue souffrante à vie, handicapée à la suite d'une excision qui avait entraîné une plaie maligne, sera d'une certaine façon



déterminante pour les errances à venir de Birahima. Après le décès de sa mère, la famille du garçon décide de le confier à une tante qu'il ne réussira jamais à rencontrer, et c'est à la recherche de cette tutrice qu'il partira en voyage, d'abord à destination du Libéria, en compagnie d'un escroc « féticheur » et profiteuse de guerre, nommé Yacouba. La recherche de la tante tutrice est un des fils conducteurs qui donnent au roman son unité : cette quête justifie tous les déplacements de Birahima ; il s'engage comme enfant-soldat au Libéria et en Sierra Leone, tantôt auprès d'un chef de guerre, tantôt auprès de son rival, en fonction des chemins parcourus dans l'espoir de rencontrer sa tante, espoir frustré, car à la fin du récit, à son arrivée à l'endroit où se trouvait sa tutrice, il découvre qu'elle vient de mourir.

### 1.1. L'enfant soldat dans la guerre du Liberia

Le dernier manuscrit sur lequel Ahmadou Kourouma travaillait, *Quand on refuse on dit non*, prend le relais de son roman majeur, *Allah n'est pas obligé*. Cette œuvre met à jour une vérité historique qui a longtemps sombré dans le silence devant une communauté internationale sourde voire incrédule. Mais les faits sont bel et bien connus : pendant douze ans, la guerre civile au Libéria, motivée par la permanente conquête du pouvoir puis caractérisée par des coups d'Etat intempestifs, a engendré des exécutions ethniques d'une brutalité extrême et des abus massifs contre la population civile. La triste réalité est que les dirigeants du Liberia voulant, à tout prix, accaparer tous les biens, sont résolus à mettre le pays à feu et à sang sans se soucier des populations dont ils ont la charge :

Quand on dit qu'il y a guerre tribale dans un pays, ça signifie que des bandits de grands chemins se sont partagé le pays. Ils se sont partagé la richesse ; ils se sont partagé le territoire ; ils se sont partagé les hommes. Ils se sont partagé tout et tout et le monde entier les laisse faire. Tout le monde les laisse tuer librement les innocents, les enfants et les femmes. (A. Kourouma, *Allah n'est pas obligé*, 2000, p.49)

Ce qui est encore tragique dans ce roman, c'est qu'au milieu de ces atrocités se trouvent enrôlés des mineurs, désertant ainsi le chemin de l'école. Une telle situation les fourvoie et compromet malheureusement leur avenir. Face à cette atteinte contre leur droit à l'éducation, l'Agence des Nations Unies pour les Réfugiés<sup>2</sup>, loin de rester coite, déclare :

La guerre civile au Liberia a été une guerre d'enfants. Toute faction, [...] s'est servie de plusieurs milliers de soldats en dessous de l'âge de dix-huit ans, et aussi jeunes de huit à neuf ans. C'est un fait véritable que beaucoup de ces enfants ont témoigné du massacre de leurs familles, par des moyens

---

<sup>2</sup> Lors de la prise de pouvoir de Charles Taylor, de 1989 à 1996, vingt-neuf pour cent des combattants n'avaient pas dix-huit ans ; et lorsque les Liberians United for Democracy (LURD) et le Movement for Democracy in Liberia (MODEL basé en Côte d'Ivoire) se sont insurgés contre Taylor, en 1999 pour le détrôner en 2003, cinquante-trois pour cent des combattants étaient des enfants. V. Achvarina, R. Simon, *No Place to Hide: Refugees, Displaced Persons and Child Soldier Recruits*, Éd. S. Gates, dans *Child Soldiers in the Age of Fractured States*. Pittsburgh, University of Pittsburgh Press, 2010, p. 67.

les plus brutaux. Néanmoins, dans beaucoup d'instances les enfants ont été recrutés de force et obligés de participer aux atrocités.

Aujourd'hui, l'utilisation des enfants au milieu des conflits armés est devenue la règle plutôt que l'exception. Il s'agit en général d'adolescents de 15 ans ou plus. En effet, le recrutement de ces derniers, parfois âgés de 7 à 8 ans, tend à devenir de plus en plus fréquent, selon les sondages du Bureau International de Travail (BIT, 2006)<sup>3</sup>. Certains enfants sont enlevés en grand nombre, depuis la rue ou le foyer : c'est le cas du Nord de l'Ouganda ; d'autres sont enlevés à l'école comme le cas au Népal et enrôlés de force pour participer au conflit armé et servir dans des groupes d'opposition armés comme dans des troupes gouvernementales. Une étude menée en 2002 par Human Rights Watch<sup>4</sup> sur les enfants soldats en Birmanie révélait une majorité d'enfants dans les troupes gouvernementales.

Entré dans la guerre civile en décembre 1989, le Libéria s'est vu complètement ensanglanté et ruiné durant sept années. Ahmadou Kourouma, dans son texte, tout en exposant Monrovia, la capitale entièrement dévastée, n'a pas manqué de laisser d'effroyables témoignages de Birahima, le narrateur du roman, relativement aux massacres commis sur certains enfants-soldats, ses compagnons de guerre. Au milieu de ce conflit, ces derniers se présentent non seulement sous la casquette d'acteurs ou de témoins, mais encore sous l'étiquette de victimes :

Le petit, un vrai kid [...], un vrai bout d'homme, juste au tournant, juste et juste. La moto chargée de notre protection circulait devant, n'a pas pu stopper net au signal du bout d'homme. Les gars qui étaient sur la moto avaient cru que c'étaient des coupeurs de route. Ils ont tiré. Et voilà le gosse, l'enfant-soldat fauché, couché, mort, complètement, mort. [...] Et malgré ça, la mitraille continue [...] ! Et sur la route, par terre, on voyait déjà le gâchis ; la moto flambait et les corps qui étaient mitraillés, remitraillés, et partout du sang, beaucoup de sang, le sang ne se fatiguait pas de couler. (A. Kourouma, *Allah n'est pas obligé*, 2000, pp. 51-52).

Cependant, généralement, le thème de « l'enfant-soldat » est un thème qui surprend plus d'un en raison de son caractère paradoxal. Comment un enfant qui, naturellement, est une victime potentielle ayant besoin de la protection des adultes peut-il être au même moment un bourreau ? Quelles sont en fait les raisons qui expliquent un tel phénomène ? Pour répondre à cette question, nous dirons que nombre de raisons expliquent leur acceptation de se faire enrôler dans les différentes factions ou groupes armés en situation de guerre. Nous citerons entre autres : la pauvreté et le manque de produits de première nécessité, la quête d'une situation financière personnelle ou économique familiale, sans oublier la peur d'être assassiné.

---

<sup>3</sup> BIT : Le Bureau international du travail (BIT) est un organisme rattaché à l'ONU et chargé des questions générales liées au travail dans le monde.

<sup>4</sup> Human Rights Watch : C'est une Organisation internationale ayant pour mission de surveiller et de défendre les droits de l'Homme.

Bien plus, le constat fait durant ces moments d'hostilités tels que dépeints par Kourouma dans son univers diégétique est que les différentes forces en guerre prennent souvent un malin plaisir à y impliquer des mineurs en ce sens qu'ils trouvent plus d'intérêt à les y recruter plutôt que les adultes et ceci pour plusieurs facteurs : de façon générale, ces enfants sont plus faciles à utiliser ou à exploiter ; ils sont moins exigeants, dociles et souvent payés à moindre coup ; Mais, la plupart du temps, ils ne sont carrément pas rémunérés ; ce qui, d'habitude, les pousse à assassiner les habitants des zones touchées par ces conflits et à s'emparer de leurs biens :

Dans toutes les guerres tribales et au Libéria, les enfants-soldats, les small-soldiers ou children-soldiers ne sont pas payés. Ils tuent les habitants et emportent tout ce qui est bon à prendre. Dans toutes les guerres tribales et au Libéria, les soldats ne sont pas payés. Ils massacrent les habitants et gardent tout ce qui est bon à garder. Les soldats-enfants et les soldats, pour se nourrir et satisfaire leurs besoins naturels, vendent au prix cadeau tout ce qu'ils ont pris et ont gardé. Kourouma, *Allah n'est pas obligé*, 2000, (pp. 49-50.)

Il faut noter que la guerre civile au Liberia qui a meurtri tout le pays dans les années 1990-2000 a fait près de 250.000 victimes, avec des crimes d'une atrocité rare.

## **1.2. L'enfant soldat dans la guerre civile en Sierra Leone**

La Sierra Leone est un pays de l'Afrique occidentale situé entre le Libéria et la Guinée. Pendant plus d'un siècle et demi, elle a été un Havre de paix. L'une des sources de richesse de ce pays est sans doute le diamant. Il est un minéral que l'on place au sommet de la hiérarchie des pierres précieuses et est souvent utilisé comme un talisman protégeant des poisons et des maladies. Cette richesse naturelle qui est le poumon de l'économie sierra-léonaise est malheureusement détournée puis utilisée à d'autres fins par la classe dirigeante : son commerce alimente financièrement certains des conflits les plus sanglants de la planète comme le souligne si bien C. Gooch, (1998) dans l'Observateur OCDE sous le titre : « La guerre des diamants ».

De la même manière, dans maints pays africains, à l'instar d'Angola, du Liberia et de la République démocratique du Congo, les diamants sont constamment vendus de façon illégale et clandestine aux groupes armés qui les exploitent dans la fabrication des armes et des munitions. Cet illégal trafic du diamant brut finance également le terrorisme international<sup>5</sup>. Mais de 1991 à 2002, ce fut le tour de la Sierra Leone d'entrer en guerre; elle devient le théâtre de sanglants affrontements dont le but est le contrôle des zones diamantifères.

A vrai dire, ce conflit n'était pas une guerre fondée sur l'idéologie, ni sur la religion, ni sur l'origine ethnique. Elle n'était pas non plus une « guerre des classes ». C'était plutôt une guerre par procuration axée sur le contrôle permanent par les rebelles des riches champs de diamants, au profit d'étrangers, mais aussi motivée par plusieurs autres facteurs ; entre autres : les facteurs politique, sociologique, historique,

---

<sup>5</sup> « Les diamants de la guerre » publié par le Département de l'information de l'Organisation des Nations Unies en collaboration avec le Service du secrétariat des organes subsidiaires du Conseil de sécurité, Division des affaires du Conseil de sécurité, Département des affaires politiques, le 21 mars 2001.

régionale et économique. C'est pourquoi, ce conflit a duré plus de dix ans, malgré les efforts visant à y mettre fin. Mais de tous ces facteurs, celui économique reste fondamental.

Il faut préciser que la guerre sierra-léonaise a été extrêmement atroce. Son bilan se révèle fort accablant. En effet, après dix ans de conflit, le pays se voit entièrement ravagé, laissant plus de 2.000.000 et demi d'habitants (le tiers de la population) sur les routes de l'errance, fuyant la folie des bandes armées qui ont pillé, détruit, brûlé villes et villages sur leur sillage, puis 1000.000 de personnes continuaient à vivre dans les zones tenues par le RUF (Front Révolutionnaire Uni). En plus de cela, de jeunes filles ainsi que des femmes ont été enlevées et transformées en esclaves sexuelles.

A l'instar de la guerre civile au Liberia, celle en Sierra Leone a également connu la participation de plusieurs enfants-soldats, environ 5.500. Au rang de ces enfants-soldats, il y en a qui sont victimes : « *Les enfant-soldats passèrent à leur mission habituelle, l'espionnage. Au cours d'une mission, d'espionnage, les chasseurs tuèrent trois enfants-soldats* », (A. Kourouma, *Allah n'est pas obligé*, 2000, p.202). Par contre, d'autres, habiles et doués d'expérience s'en sortent et sèment de la panique dans le camp ennemi :

À l'entrée d'un village abandonné, nous avons aperçu deux mecs qui ont immédiatement filé comme des filous et ont disparu. Nous les avons pris tout de suite en chasse. Parce que c'est la guerre tribale qui veut ça. Quand on voit quelqu'un et qu'il fuit, ça signifie c'est quelqu'un qui te veut du mal. Il faut l'attraper. Nous nous sommes lancés à leur poursuite en tirant. Ils avaient bien disparu dans la forêt. Nous avons tiré intensément et longtemps. Ça a fait un boucan de tonnerre, on aurait cru que c'étaient les guerres samoriennes qui étaient revenues. (A. Kourouma, *Allah n'est pas obligé*, 2000, p.91)

De ce conflit, l'on retient également un taux de suicide extrêmement élevé : 59 % des enfants disent avoir déjà été témoins d'un suicide et 70 % y ont déjà pensé pour eux-mêmes. Des 90 enfants interrogés, seulement 8 ne présentaient pas de propension au suicide. Ces enfants en proie à la dépression présentent une très mauvaise estime d'eux-mêmes, de faibles compétences sociales et souvent des stress post-traumatiques. L'enfant surpris lors d'une tentative de suicide est battu.

Il est vrai que maints travaux ont été réalisés autour du thème de l'enfant-soldat à partir du roman kourouméen, *Allah n'est pas obligé*. Cet auteur présente au lecteur l'itinéraire d'un jeune garçon de 12 ans nommé Birahima, qui, allant à la recherche de sa tante Mahan, devient soldat par la force des choses. Dans ce même roman, il met également le lecteur au contact d'autres soldats-enfants au milieu des guerres au Libéria puis en Sierra Leone. Mais si nous intitulons le présent article : « *Ahmadou Kourouma et le thème de l'enfant-soldat comme prétexte d'un discours politique* » c'est pour montrer justement que la question de l'enfant-soldat dans ce texte n'est ni la motivation première, ni la préoccupation majeure de Kourouma.

D'ailleurs, comme le disait si bien E. Dongala : « Ce personnage de l'enfant soldat est maintenant si omniprésent dans les livres, les films et même le théâtre qu'il n'a plus rien d'original. » Ces propos que nous confiait, lors d'un entretien, E. Dongala, (2002) lui-même auteur de l'un des premiers romans ayant pour personnage central un enfant-soldat font écho à ceux du roman de l'auteure britannique T. Selasi, (2014) traduit de l'anglais par Sylvie Schneiter :

Il y avait le scénario élémentaire que tout le monde connaissait, et le choix entre plusieurs dénouements. Le scénario : grand-mère qui fredonne, danses polycentriques, vin de palme et patriarcat. Les dénouements : le garçon s'enfuit, est doué pour les sciences et le foot, meurt jeune, devient prêtre, enfant-soldat ou autre chose. Rien d'extraordinaire et, par conséquent, rien à garder en mémoire.

Puisque le thème de l'enfant-soldat ne peut pas être aujourd'hui occulté, l'on peut, dès lors, affirmer sans ambages qu'une œuvre sur l'enfant combattant n'a plus rien de singulier, rien d'extraordinaire.

La réflexion que nous nous proposons de mener va, bien évidemment, au-delà de cette simple question d'enfant-soldat, vu sa banalisation, pour s'appesantir sur la mauvaise gouvernance des leaders politiques africains qui mettent tout en œuvre pour sacrifier leurs peuples au lieu de les protéger. A vrai dire, ceux-ci ont échoué dans leur mission ; ils sont purement et simplement des espoirs ratés comme l'a si bien dit le Guinéen T. Monénembo, (1979) très indigné de l'attitude des dirigeants post-coloniaux :

Ce n'étaient que des espoirs ratés. Eux qui auraient dû être la solution, ils ne l'étaient en rien. C'étaient plutôt eux, le problème à la lumière de la vérité. Bercés par le miroitement des privilèges, ils se laissaient envelopper par la brume de la corruption : malades de cécité, ils ne pouvaient plus se regarder, ni voir la douleur de l'Afrique.

La caractéristique la plus frappante de l'Afrique représentée dans le roman de Kourouma, *Allah n'est pas obligé* est l'absence de normes, ce mot étant ici entendu du point de vue de l'éthique, c'est-à-dire : un ensemble de lois, de règles communes qui commandent l'organisation de la vie partagée des hommes, qui se caractérise par leur universalité, et qui soit encadré par des possibilités de validation et/ ou de transgression. Ce n'est qu'ainsi entendu que l'éthique peut fournir des limites pour l'action humaine, dans un double sens : en obligeant l'homme à obéir, mais lui permettant, aussi, de donner une forme constructive à ses désirs.

Il est non moins important de noter que l'expérience mortifère des guerres civiles de façon générale et, en particulier celle des guerres ethniques de l'Afrique postcoloniale se caractérise par la totale absence de normes. Ainsi, du point de vue de l'éthique, ces guerres sont la preuve que la loi ou la norme de cet espace politique n'est pas destinée à la construction de la cité. Il ne serait pas outré de dire que l'Afrique est le continent d'exception. C'est cette Afrique-là qui se trouve représentée dans le roman de l'écrivain ivoirien, Ahmadou Kourouma. Ce continent

d'exception y est rendu par une phrase récurrente, un des *leitmotivs* du texte : « *ça, c'est la guerre tribale qui le veut* », p.91. Et ce qu'elle veut, elle le peut, car il n'y a pas de Loi.

En effet, en temps de guerre tribale, toutes les normes ou leur totale absence sont possibles. Le roman illustre cette anomie, cette disparition de valeur commune par un certain nombre d'événements rapportés, dont on retiendra l'un des plus scandaleux, l'épisode des « bras coupés » ; les rebelles, durant ces moments, s'offrent le malin plaisir d'amputer délibérément les mains de plusieurs milliers d'habitants, 2000 personnes environ, dans la seule intention de les empêcher de travailler et de voter. « *Tout de suite, il a voulu nous envoyer dans l'abattoir ; c'est le coin où on coupait les mains et les bras des citoyens sierra-léonais pour les empêcher de voter* », (A. Kourouma, *Allah n'est pas obligé*, 2000, p.176).

Dans ce texte, l'épisode des « bras coupés » apparaît évidemment et de façon incontestable comme le summum de la cruauté humaine. Un pareil acte criminel s'est généralisé dans toute la Sierra-Leone :

C'était évident : celui qui n'avait pas de bras ne pouvait pas voter. [...] Il faut couper les mains au maximum de personnes, au maximum de citoyens sierra-léonais. Il faut couper les mains à tout Sierra-léonais fait prisonnier avant de le renvoyer dans la zone occupée par les forces gouvernementales. Foday donna les ordres et des méthodes et les ordres et les méthodes furent appliqués. On procéda aux « manches courtes » et aux « manches longues ». [...] Les amputations furent générales, sans exception et sans pitié. (A. Kourouma, *Allah n'est pas obligé*, 2000, p. 178-179.)

## **2. Les guerres civiles au Libéria et en Sierra Leone : quel regard de l'auteur ?**

Ahmadou Kourouma est l'un des plus grands auteurs engagés de la littérature africaine. Dans la majorité de sa production littéraire, il prend position contre les maux qui minent les sociétés africaines, entre autres, la dictature, la corruption, les guerres tribales, les conflits politico-culturels, les coups d'Etat à répétition, le détournement et le pillage des biens, l'abus du pouvoir, etc. Il se sert de Birahima, le narrateur et personnage principal dans *Allah n'est pas Obligé*, pour attirer l'attention de ses lecteurs sur l'état misérable, déplorable voire insupportable dans lequel se trouve l'Afrique. À travers les scènes d'horreur décrites dans ce roman, l'écrivain ivoirien exprime sa plus grande indignation face à ces deux peuples écrasés par une guerre qui ne dit pas son nom. À l'instar de tous les écrivains engagés, Ahmadou Kourouma se veut la voix des sans voix, le porte-parole des opprimés. Ainsi, dans un entretien à *L'Humanité*, il explique :

En fait, c'est quelque chose qui m'a été imposé par des enfants. Quand je suis parti en Éthiopie, j'ai participé à une conférence sur les enfants soldats de la Corne de l'Afrique. J'en ai rencontré qui étaient originaires de la Somalie. Certains avaient perdu leurs parents et ils m'ont demandé d'écrire quelque chose sur ce qu'ils avaient vécu, sur la guerre tribale. Ils en ont fait tout un problème ! Comme je ne pouvais pas écrire sur les guerres tribales d'Afrique

de l'Est que je connais mal, et que j'en avais juste à côté de chez moi, j'ai travaillé sur le Liberia et la Sierra-Leone.

A travers ses propos, l'on comprend à quel point Kourouma, juge inconcevables et insupportables les souffrances que les dirigeants africains infligent à leurs populations. Cet auteur hautement engagé, prenant à bras le corps, les maux dont souffrent les peuples africains ne peut s'empêcher de mettre sa plume à leur service. Par le simple fait de donner une image négative de l'Afrique à travers les horribles scènes décrites durant les deux guerres civiles dans *Allah n'est pas obligé*, il oppose son refus aux auteurs de ces pratiques ; c'est pour lui une manière manifeste d'exprimer son désaccord.

Le caractère affreux et hideux que présente la peinture des atrocités commises dans *Allah n'est pas obligé* pousse parfois les lecteurs à se poser la question de savoir s'il s'agit d'une fiction ou d'une réalité. En réaction à cette question, Kourouma avait bien raison de dire, dans ces interviews, qu'il ne faisait que dire la vérité dans ses romans. Le lecteur, par inadvertance, peut être amené à croire qu'il s'agit là d'une aberration qui ne trouve pas de place dans la « vraie » vie. Ce serait faire preuve de naïveté, car cet épisode renvoie à une sanglante opération, bel et bien réelle, commandée par Foday Sankoh<sup>36</sup> en 1996 : l'opération *Stop Elections*, pendant laquelle le chef de la RUF a ordonné à ses partisans de trancher les bras des populations civiles afin de les empêcher d'aller voter ; une opération à laquelle ont participé des enfants-soldats, dont la rémunération était proportionnelle au nombre de bras et de mains coupés. Par ailleurs, la représentation de l'espace politique africain postcolonial, celui des guerres tribales libériennes et sierra-léonaises en particulier, trouve dans l'enfant-soldat en action son protagoniste le plus tristement vigoureux : un personnage tout à fait vrai, réel, et pourtant toujours inconcevable.

Pour Ahmadou Kourouma, les répercussions de ces scènes de violence décrites dans *Allah n'est pas obligé* restent considérables ; elles laisseront, de toute évidence, des empreintes plus marquées dans le temps sur les communautés, mais également et surtout sur la personnalité des enfants traumatisés. Dans ce roman, Birahima qui est à la fois un témoin narrateur et un bourreau de guerre, raconte fidèlement ses souvenirs traumatisants. Son histoire n'est conçue que sur un simple échantillon d'enfants-soldats qui ont vécu ce drame pendant cette guerre civile. Tous les enfants de la guerre ont ce même héritage d'une guerre malgré eux. S'ils optent pour une attitude guerrière, ils le font bien souvent d'une façon impérative. Même s'ils ne sont pas contraints par un adulte, ils sont contraints par leur milieu pour survivre. Le

---

<sup>36</sup>Foday Sankoh : né le 17 octobre 1937 en Sierra Leone dans le district de Tonkolili et mort le 29 juillet 2003 à Freetown. Fondateur du Revolutionary United Front (RUF), il fut l'allié de Charles Taylor et déclencha la guerre civile de Sierra Leone en 1991, principalement pour prendre le contrôle de ses mines de diamants.

traumatisme de guerre bouleverse l'enfant dans son psychisme, dans sa culture, dans son environnement.

Bien plus, à travers l'exposition de l'enfant-soldat au milieu des guerres civiles, l'écrivain ivoirien désapprouve une telle pratique qui, selon lui, est tout-à-fait inconcevable, inadmissible voire dangereuse. D'ailleurs, la graphie même du terme « l'enfant-soldat » renferme en son sein, un réel paradoxe : un être tendre et fragile qui, au même moment, est bourreau ; ce qui généralement choque les lecteurs. L'humanité ne doit pas perdre de vue que les enfants sont la relève de demain. Au lieu de compromettre leur avenir en les précipitant dans des conflits, il est plus qu'important d'œuvrer à leur éducation pour une meilleure réussite.

### **3. Les objectifs visés par Ahmadou Kourouma**

Ahmadou Kourouma est un écrivain majeur de la littérature africaine. Ses œuvres demeurent toujours gravées dans le cœur de ses lecteurs, quoique loin de ce monde. *Allah n'est pas obligé* est une œuvre essentiellement engagée. En publiant un tel roman, l'écrivain ivoirien veut mettre à nu l'immatrité, la mauvaise foi et surtout l'irresponsabilité notoire des dirigeants africains qui pensent que pour accéder au pouvoir, il faut nécessairement user de la violence ou plus exactement, faire usage des armes.

En dénonçant ces nombreuses atrocités commises tant au Libéria qu'en Sierra-Leone dont les seuls responsables sont les leaders politiques, le souci majeur de Kourouma est d'apporter sa pierre à l'édification du continent africain comme le font beaucoup d'autres auteurs. A travers cette dénonciation, il cherche à faire prendre conscience, non seulement aux peuples libériens et sierra-léonais, mais aussi aux peuples africains en général, des conséquences désastreuses de la violence.

Il faut ici rappeler que pendant un long moment, la grande majorité des Noirs prenait les colonisateurs pour les seuls porteurs de la violence ou les seuls ayant introduit la violence en Afrique en raison des multiples atrocités qu'ils ont commises sur eux. Mais si en ce XXIème siècle, les peuples africains continuent de diaboliser l'homme blanc ou de le considérer comme la cause du retard de l'Afrique, c'est la pure calomnie en ce sens que jusqu'à nos jours, les populations noires continuent de subir les mêmes traitements allant de la brutalité policière à la violence meurtrière passant par l'avilissement.

Néanmoins, en passant en revue les guerres civiles, les massacres interethniques et les luttes tribales dont nous sommes permanemment témoins en Afrique, nous pourrions dire que la violence en Afrique ne date pas d'aujourd'hui. Elle n'est pas non plus née avec l'esclavage ni avec la colonisation. Bien au contraire, elle existe depuis l'antiquité. Pour s'en convaincre, il suffirait de parcourir quelques romans d'auteurs africains, publiés à partir des années 60. Il s'agit notamment de B. B. Diop, (2001), T. Monenembo, (2000), V. Tadjó, (2000) et A. A. Wabéri (2004). Ces auteurs retracent dans leurs œuvres la tragique histoire des Hutu et Tutsi, deux ethnies rwandaises qui s'entre-tuent, s'affrontent et se haïssent, depuis belle lurette.



En termes clairs, ces œuvres susmentionnées sont une preuve patente que les Noirs eux-mêmes sont porteurs de violence. Malheureusement, un tel fléau nuit gravement à leur épanouissement et à leur mieux-être. Puisque « *l'Homme est la mesure de toute chose* », comme le disait si bien Protagoras, tout dépend de lui et tout se ramène à sa personne. Pour cela, il suffirait qu'il décide de mettre fin à la violence dans le monde pour que la paix y devienne une réalité. Tel est le défi à relever afin d'accéder à un monde tout à fait vivable.

## **Conclusion**

Au terme du présent article, il serait nécessaire de rappeler que le sujet de notre recherche est « *Ahmadou Kourouma et le thème de l'enfant-soldat comme prétexte d'un discours politique* ». L'analyse de l'œuvre d'étude, *Allah n'est pas obligé*, a permis de réaliser que l'auteur a abordé les faits tragiques et violents de la guerre civile des années 1990 au Libéria et en Sierra Leone tout en dévoilant la problématique effrayante des enfants-soldats. En répondant à notre problématique, nous avons structuré notre travail en trois chapitres. Dans les deux premiers, nous avons vu l'enfant-soldat dans l'univers de la violence occasionné par les conflits du Liberia et de la Sierra-Leone. Nous y avons également montré les vrais visages des responsables de crime de guerre sans manquer de relevé les raisons et les conditions de vie qui ont poussé les enfants-soldats à s'engager dans la guerre. Dans le dernier chapitre nous avons examiné la position d'Ahmadou Kourouma contre cet état de chose, laquelle position fustige les événements violents de l'histoire qu'il relate dans le roman.

Comme nous avons pris soin de démontrer la double situation des enfants-soldats, notre analyse a été effectuée à travers des exemples, qui nous paraissent représentatifs et nous avons obtenu les résultats suivants : Le thème de l'enfant-soldat est partout présent dans le roman. La répétition de ce thème tout au long de l'histoire narrée permet de prouver son importance. Les raisons de la présence d'enfants dans une force gouvernementale ou un groupe armé varient selon qu'il s'agisse d'un recrutement forcé ou volontaire, ou de tout autre motif en rapport avec un désir de vengeance, ou la quête de substitut familial ou encore de la protection.

Durant ces moments, les camps de guerres, ont été le pire refuge choisi par les petits soldats qui ont souffert de violence et de traumatisme. Ils ont été l'engin des guerres qui menacent le rêve de l'humanité de vivre en paix. Entre l'innocence et la culpabilité, l'enfant guerrier interpelle le rôle de la société. Les enfants sont considérés d'emblée comme les victimes des conflits. Ils ne sont pas pour autant extérieurs à leurs propres actions.

L'objectif de cet article était non de faire la peinture des enfants-soldats au milieu des guerres civiles du Liberia et de la Sierra Leone, mais de montrer comment l'écrivain ivoirien, Ahmadou Kourouma s'est essentiellement appuyé sur leur forte implication dans ces conflits pour dresser un sérieux réquisitoire contre les dirigeants de ces deux pays qui, voulant uniquement assouvir leurs désirs, sacrifient les populations sans pour autant se soucier de leur bien-être.

Le diamant, cette richesse naturelle et inépuisable qui devrait normalement faire le bonheur des Sierra-léonais est plutôt source de conflit, lequel est dû à la seule irresponsabilité notoire des décideurs du pays. Ceux-ci, loin d'être les espoirs de leurs citoyens, ne songent qu'à leurs seuls intérêts. De telles attitudes ne peuvent que faire sombrer le pays dans une guerre civile comme nous y assistons sous la plume d'Ahmadou Kourouma précisément dans son texte *Allah n'est pas obligé*.

Cet article, il faut l'avouer, ne prétend pas avoir fourni une analyse exhaustive de ces conflits ayant éclaté au Libéria et en Sierra Léone, ni de leur récurrence ou de leurs modalités. Toutefois, il met l'accent sur les horreurs des deux conflits qu'expose l'auteur dont les seuls responsables sont les décideurs. Le présent article a également servi à exposer la culture de la corruption et de la violence qui est caractéristique des leaders des pays africains, lesquels se sont succédé après les indépendances.

Étant donné que la crise était locale, la communauté internationale a beaucoup hésité à y intervenir. Elle soutenait même qu'il était question d'un conflit à faible intensité, ne nécessitant pas l'intervention des pays tiers. C'est là justement qu'a failli la communauté internationale. Elle aurait dû agir plus tôt pour épargner le pays de cette catastrophe.

Nonobstant les multiples facteurs qui ont contribué à ce conflit, nous prétendons que la fragilité de l'État en est la cause majeure. Cette fragilité repose essentiellement sur l'absence de structures suffisamment fortes comme la police et l'armée nationales. L'existence de ces forces suffirait pour que l'ordre et la paix soient maintenus en Sierra-Leone ; tous les autres facteurs auraient eu moins d'effet ; le conflit ne prendrait donc pas une telle ampleur.

Un État solide, soutenu par des institutions nationales qui maintiennent l'ordre et la paix aurait peut-être pu empêcher les abus constants des forces rebelles contre la population ainsi que l'intervention d'une panoplie d'acteurs externes, qui eux, venaient juste en Sierra Leone pour profiter des ressources naturelles du pays.

Enfin, quant au conflit libérien, plusieurs mesures ont été prises pour mettre fin aux violations des droits humains subies par les populations libériennes, en l'occurrence les personnes déplacées à l'intérieur de leur pays et les réfugiés en Afrique de l'Ouest.

## Références bibliographiques

### Corpus

KOUROUMA Ahmadou, 2000, *Allah n'est pas obligé*, Paris, Editions du Seuil.

### Autres œuvres liées au sujet :

STITH Sandra et al., 2004, « Intimate partner physical abuse perpetration and victimization risk factors : A meta-analytic review ». *Aggression and Violent Behavior*, 10(1) : 65-98.

BIHAN Benoist, 2012, *Guerres et Histoire, Comment perdre les guerres mondiales en trois leçons*, n°7, p. 56-63. BULTE Marie, 2002, « L'urgence dans Johnny Chien Méchant, Entretien avec Emmanuel Dongala », *Revue Ad hoc*, n°2, « L'Urgence », publié le 06 juin 2013, [en ligne] url : <http://www.cellam.fr/?p=4154>, dernière consultation le 2 mars 2020.

DIOP Boubacar Boris, 2000, *Murambi. Le livre des ossements*, Paris, Stock.

DONGALA Emmanuel, 2002, *Johnny Chien Méchant*, Paris, Le Serpent à plumes.

GOOCH Charmian, 1998, « La guerre des diamants », *l'Observateur OCDE* <http://www.observateurocde.org/news/fullstory.php>/(date de consultation: 12 juin 2020). MONENEMBO Tierno, 1979, *Les Crapauds-Brousse*, Paris, Éditions du Seuil.

MONENEMBO Tierno, 2000, *L'aîné des orphelins*, Paris, Le Seuil.

SELASI Taiye, 2014, *Le Ravissements des innocents*, traduit de l'anglais par Sylvie Schneiter, Paris, Gallimard.

SEMUIJANGA Josias, 1992, « La littérature africaine des années quatre-vingt : les tendances nouvelles du roman », *Présence Francophone*, n°41, pp. 41-56.

TADJO Véronique, 2000, *L'ombre d'Imana. Voyage jusqu'au bout du Rwanda*, Paris, Actes Sud.

TCHEUYAP Alexie, 2003, « Le littéraire et le guerrier : typologie de l'écriture sanguine en Afrique », *Études littéraires*, vol. 35, n°1, p. 13.

WABERI Abdourahman Ali, 2000, *Moisson de crânes, Texte pour le Rwanda*, Paris, Le Serpent à Plumes.

## LA FEMME DANS L'IMAGINAIRE COLLECTIF MEXICAIN ET IVOIRIEN

**Kouakou Laurent LALEKOU<sup>1</sup>**

Université Felix Houphouët Boigny, Côte d'Ivoire  
[Fohundy08042013@gmail.com](mailto:Fohundy08042013@gmail.com) / [lmoyerlk@yahoo.fr](mailto:lmoyerlk@yahoo.fr)

---

### Résumé

Femme « mâle », homme « femelle », transmutation sexuelle, transsexualité et transidentité, la nouvelle donne aujourd'hui, questionne les identités de genre. Au moment où cette question contemporaine de l'identification du sujet tend à bouleverser l'ordre naturel des choses et perturber l'équilibre social, il apparaît important de revisiter les imaginaires socio-culturels liés au genre, en particulier à la femme, symbole de vie et d'humanité. Dans cette perspective, ce travail analyse l'imaginaire de la femme au Mexique et en Côte d'Ivoire. L'objectif de cette étude portant sur la femme dans ces deux sociétés éloignées aussi bien dans le temps que dans l'espace, est de montrer au-delà des spécificités locales, le caractère partagé d'imaginaires sexués. Cette étude se fonde sur l'hypothèse que l'identité de genre, par exemple se reconnaître femme, est une des manifestations des rituels d'intégration et le signe d'une ritualisation de la continuité sociale. Cet article s'organise autour de trois grands axes : le premier axe propose une approche conceptuelle de la notion d'imaginaire de la femme, le second axe met en relation l'imaginaire mexicain de la femme et celui de la Côte d'Ivoire, et le dernier axe présente les rituels se rapportant à ces imaginaires.

**Mots clés :** Femme, imaginaire, Mexique, Côte d'Ivoire, identité de genre

### Abstract

#### WOMEN IN THE MEXICAN AND IVORIAN COLLECTIVE IMAGINATION

Male" women, "female" men, sexual transmutation, transsexuality and transidentity - today's new situation is calling gender identities into question. At a time when this contemporary question of subject identification is tending to upset the natural order of things and disrupt social equilibrium, it seems important to revisit the socio-cultural imaginaries linked to gender, and in particular to women, the symbol of life and humanity. With this in mind, this paper analyzes the imaginary of women in Mexico and Côte d'Ivoire. The aim of this study of women in these two societies, which are far apart both in time and space, is to show, beyond local specificities, the shared nature of gendered imaginaries. This study is based on the hypothesis that gender identity, such as recognizing oneself as a woman, is one of the manifestations

---

<sup>1</sup> Maître de Conférences, Université Felix Houphouët Boigny (UFHB), Département d'Etudes Ibériques et Latino-Américaines, [Fohundy08042013@gmail.com](mailto:Fohundy08042013@gmail.com) / [lmoyerlk@yahoo.fr](mailto:lmoyerlk@yahoo.fr),  
+2250758508451 / +2250777814546 / +2250152497432

of integration rituals and the sign of a ritualization of social continuity. This article is organized around three main axes: the first proposes a conceptual approach to the notion of women's imaginary, the second compares the Mexican imaginary of women with that of Côte d'Ivoire, and the last presents the rituals related to these imaginaries.

**Key words:** Female, imaginary, Mexico, Ivory Coast, gender identity

## Introduction

Lesbiennes, Bisexuelles, Gaies, Transgenres et Intersexuées, ces minorités sexuelles font aujourd'hui, l'objet de propagande relayée par les grands médias : légalisation du mariage homosexuel<sup>2</sup>, nomination d'ambassadeur pour les droits des personnes LGBTI (Berthon , 2023), films et livres pour la promotion des relations non-traditionnelles, multiplication de symboles, vente de gadgets, etc. Le sexe est de nos jours un sujet politique. Ces sexualités sont devenues légales dans la majorité des pays occidentaux et dans une partie des anciennes colonies avec une forte population d'origine européenne<sup>3</sup>. Elles semblent être à la mode et leur expansion se fait à rebours des cultures des peuples non-occidentaux. Cette nouvelle donne culturelle, d'une façon résolument différente, requestionne les identités de genre et le mode de ritualisation de la continuité sociale.

Désormais, l'individu est le seul capable et mieux placé pour s'emparer de son narratif sexuel, de son identité de genre. Des hommes se disent « trans-féminins », parce que prisonniers d'un corps de femme et des femmes « transmasculins », dans la mesure où elles se considèrent comme des personnes de sexe féminin nées accidentellement dans le corps d'un homme. Ce qui paraissait autrefois absurde, devient possible avec ce que les transgenristes appellent « *opération de réassignation sexuelle* » : le changement de sexe. L'Occident semble devenu un monde de fous, totalement magique, dans lequel la tradition ne trouve plus ses fondements dans la famille. Pire encore, il n'y aura bientôt plus de pères et de mères pour avoir des enfants et perpétuer l'espèce humaine.

Au moment où le modèle bio-conjugal ou la famille de type traditionnel se déconstruit en Occident et semble vouloir s'exporter ailleurs, il apparaît important d'explorer d'autres archétypes contrastés. Dans cette perspective, ce texte expose les imaginaires socio-culturels de la femme, charnière des rapports sociaux fondamentaux par le truchement du mariage et de l'alliance matrimoniale, au Mexique et en Côte d'Ivoire. L'objectif de cette approche comparative de la femme dans ces deux sociétés distantes aussi bien dans le temps que dans l'espace, est de

---

<sup>2</sup> Pays-Bas (2001), Belgique (2004), Espagne (2005), Canada (2005), Afrique du Sud (2006), Norvège (2009), Suède (2009), Portugal (2010), Islande (2010), Argentine (2010), Danemark (2012), Brésil (2013), France (2013), Uruguay (2013), Nouvelle-Zélande (2013), Royaume-Uni, à l'exception de l'Irlande du Nord (2014), Luxembourg (2015), États-Unis (2015), Irlande (2015), Colombie (2016), Finlande (2014), Malte (2017), Allemagne (2017), Australie et Autriche (2018). Pays où ce types d mariage n'est pas légalisé mais reconnu lorsque cela est fait à l'extérieure Mexique (2015), Estonie, Arménie (2017), Israël (2006).

<sup>3</sup> Afrique du Sud (2006), Argentine (2010), Argentine (2010), Uruguay (2013), Colombie (2016) et Mexique (2015).

montrer au-delà des singularités, le caractère partagé, voire dominant des imaginaires sexués de type traditionnel. Cette étude se fonde sur l'hypothèse que l'identité de genre, par exemple se reconnaître en tant que femme, résulte de rites d'intégration et d'une ritualisation de la continuité sociale.

Ce travail fondé sur l'analyse qualitative des sources à la fois orales, écrites et digitales, est organisé autour de trois grands axes. D'abord, il propose une approche conceptuelle de la notion d'« imaginaire de la femme ». Ensuite, il met en relation la représentation mexicaine de la femme et celle de la Côte d'Ivoire. Pour finir, il présente le mode de construction de l'image de la femme au moyen de sa ritualisation sociale dans ces deux sociétés distantes à la fois par l'histoire et la géographie.

## **1. Du concept d'imaginaire de la femme**

Le champ de l'imaginaire féminin est vaste. Il prend en compte les différentes sphères culturelles et les formes d'expression les plus diverses : littéraire, plastique, photographique, scénique, filmique, etc. La femme est présente dans les littératures qu'elles soient populaires ou savantes, dans les arts comme la peinture, la photographie, le cinéma et bien d'autres domaines. La femme qu'elle soit exceptionnelle ou ordinaire a toujours suscité l'intérêt de toutes les civilisations. Cela est exprimé à travers la pensée, la fiction, les mythes, les traditions, la culture, etc.

Au regard du caractère très étendu de l'imaginaire féminin, il est important d'analyser ce concept à partir des deux principales approches. D'un côté, nous avons l'imaginaire comme « création » et « indétermination » selon Castoriadis (1975, 2008) et de l'autre, l'imaginaire comme « production » et « reproduction » selon Castoriadis et Ricœur (2016). Dans la perspective créatrice, il suppose l'avènement d'une nouveauté radicale, une transformation incessante et indéterminée de l'histoire et de la culture. Or cette capacité créative, chez Ricœur, est limitée par les conditions historiques, sociales et culturelles. Ici, l'imaginaire est une dialectique entre l'innovation et la sédimentation. Chaque nouvelle représentation est le produit ou la reproduction des modèles existants.

L'achoppement de ces deux approches, laisse entrevoir deux formes d'imaginaire féminin : l'une vulnérable aux transformations historiques ou éphémères, parce que rattachée à des contextes précis, l'autre beaucoup moins périssable à cause de sa dimension transhistorique (Bouchard, 2014). Cette dimension de l'imaginaire lui confère sa socialité. Il devient un ensemble de représentations qui s'impose aux membres d'une société, la condition de ce qui peut être dit, pensé et représenté. L'imaginaire en tant que processus psychique, engendre des images fondamentales et des récits fondateurs (Wunenburger, 2003). C'est un langage symbolique, une forme de représentation dont la fonction est de structurer la vie sociale et mettre en ordre l'existence. Il se situe à un niveau collectif et non individuel. L'imaginaire féminin est la perception dominante de la femme chez un groupe social, l'ensemble des représentations qui structurent sa vie dans cette communauté ou société.

Il convient donc de dissocier l'imaginaire qui est un instituant, un construit social, un « langage symbolique », un « mode de représentation » (Wunenburger, 2003), un

ensemble de ressources symboliques structurant et contenu, de l'imagination qui non seulement se situe à un niveau individuel et personnel, mais aussi traduit la capacité ou faculté de l'humain à se projeter, par exemple, dans un monde imaginaire. L'imaginaire peut être des « produits d'usage » (Besson, 2015), des supports qui permettent à l'acteur social de se projeter dans son espace de vie ou dans d'autres espace-temps, comme par exemple faire l'expérience de la fiction et de l'irréalité ou même d'imaginer des choses.

L'imaginaire féminin renvoie à un ensemble de représentations sociales de la femme, à « *une forme de connaissance socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et encourageante à la construction d'une réalité commune à un espace social* » (Jodelet, 1989 : 36). Il mobilise des croyances et des mythes générateurs de significations propres à une société et qui ont des implications symboliques dans les pratiques et la vie quotidienne. Il se veut consensuel et collectivement partagé. Sa stabilité et cohérence lui permettent d'être pérenne.

L'imaginaire social féminin, contrairement à ce qu'on peut s'imaginer, n'est pas un enfermement, mais un processus productif et dynamique, car il détient tout aussi une capacité créatrice, celle de faire naître de nouvelles formes de représentations sociales. La particularité de l'imaginaire, c'est sa capacité à la fois à évoluer et à réguler cette évolution. C'est ce qui fait que l'imaginaire est perçu comme une théorie des identités culturelles (Hulak, 2010). L'imaginaire féminin, c'est d'abord un fond culturel populaire. Il prend en compte le contenu et le contenant. Ici, tout ce qui est produit diffuse des imaginaires et s'appuie sur le monde réel, sensible, et non fictionnel.

Cependant, il permet de passer des mondes sociaux aux fictionnels, et vice versa. Ainsi, il entretient un lien avec les différentes temporalités et participe à leur redéfinition. L'imaginaire « social » est appréhendé comme un tout organisateur, donc un vaste champ qui a tendance à le rendre peu opérant. Pour une raison d'opérativité, nous aborderons l'imaginaire de la femme à travers deux ressources symboliques : les mythes et les croyances.

## **2. La femme à l'aune des ressources symboliques**

Au Mexique, l'univers dans lequel s'enracine notre interprétation de cet imaginaire est celui du mythe, de la légende, du merveilleux et du sacré. Elle porte sur deux mythes : la *llorona*<sup>4</sup>, la *Chingada* et les croyances qui y sont associées.

La *llorona* est un mythe qui trouve son origine dans la conquête coloniale. Son apparition est liée aux présages qui ont annoncé l'arrivée des Espagnols et la fin de l'Empire aztèque. Selon une première version, la *llorona* correspondrait à *Cihuacóatl* ou *Tonantzin*, déesse de la terre, de la fertilité et mère des dieux dans la mythologie aztèque. Ses lamentations face au sort des dieux mexicains et des mexicains d'autrefois, lui a valu le nom de *llorona*. Elle pleure et crie pour annoncer les malheurs de l'Empire (De Sahagun, 1992). Selon une autre version, la *llorona* serait

---

<sup>4</sup> En espagnol, la femme qui pleure.

Doña Marina. Le mythe dit que Doña Marina, la « femme » indienne de Cortés a eu avec celui-ci, Martín Cortés en 1522. Lorsque Cortés partit en Espagne avec l'enfant, elle fut tellement désespérée qu'elle en est morte. Son fantôme venait pleurer tous les soirs, la « perte » de cet enfant d'où son nom la *llorona*. Ces différentes versions du mythe présentent la femme comme une matrice sociale.

Le mythe de la *Chingada*, renvoie à la première femme mexicaine violée (Paz, 1982 : 71). Dans la mythologie aztèque, la femme est le plus souvent assimilée à la terre. L'exemple, c'est *Cihuacóatl* qui est à la fois la déesse de la fertilité, de la terre et la mère des dieux. La *Chingada* est la représentation de la violation non seulement dans un sens historique<sup>5</sup>, mais aussi dans la chair même des amérindiens, des aztèques. La *chingada* est la mère, non pas une mère de chair et de sang, mais une représentation mexicaine de la maternité. La *chingada*, mère du premier métis mexicain, devient symboliquement la mère du Mexique métis, du Mexique d'aujourd'hui. La *chingada*, femme violée, violentée, est un symbole de fragilité par opposition au *chingón*, au violeur, au mâle dominant. La tragédie de la conquête, réalité historique du Mexique actuel, qui s'est incarnée aussi bien dans le mexicain que la mexicaine, est la symbolique d'un conflit originel non résolu.

La *Chingada*, personnage central du mythe du métissage, devient le bouc émissaire de la défaite du monde autochtone. L'intériorisation de cette culpabilité plus mythique que réelle, amène la femme mexicaine à penser que cette défaite est due à un manque de *Chingones*, d'hommes véritables, à l'image des conquistadores. Ainsi, la femme, en voulant prendre sa revanche sur une histoire, faite de viols, de violences et d'humiliations, va éduquer son enfant pour qu'il soit un vrai homme, un « macho », un homme capable de la défendre. Le « macho », héros mythique du Mexique métis, est le moyen par lequel la femme tente d'exorciser les maux du passé. La femme mexicaine, à travers le mythe du métissage, déconstruit les différences socioculturelles. Par cette fonction structurante, la figure féminine transcende le dualisme mexicain et régule la société.

En Côte d'Ivoire, nous interpréterons l'imaginaire de la femme à travers les mythes de la reine *Abla Pokou* en pays *boulé* et du masque *Zahouli* chez les *Gouro*. *Abla Pokou* est une princesse du royaume Ashanti. Elle a conduit l'exode des *Assabou*, l'actuel Baoulé, du Ghana à la Côte d'Ivoire, après la mort d'*Oséi Tutu*, fondateur et roi de la confédération *Ashanti* dans les années 1770 et les guerres de succession qui ont éclaté. Persécutée et épuisée, *Abla Pokou* arrive avec sa tribu sur les rives du fleuve *Comoé* qui était en ébullition. Prise en étau entre la menace des vagues et l'ennemi qui s'approche, *Abla Pokou* doit offrir son fils unique à l'esprit de l'eau. La mort de l'enfant symbolise la fin de la civilisation *assabou* et la naissance d'une nouvelle : celle du peuple *baoulé*. De ce sacrifice naît le nom baoulé, qui vient de *baouli* ou *baoulè* qui signifient respectivement dans la langue de ce peuple « l'enfant est mort » ou « l'enfantement ». Cet événement traduit l'indissociation entre la

---

<sup>5</sup> La conquête coloniale



femme et la maternité. En outre, par ce sacrifice, du statut de princesse, elle devient reine.

Le mythe de Abla Pokou place la femme au cœur de la continuité sociale. Autour d'elle s'articule la préservation de la vie et du monde contre l'anéantissement. La femme, dans la société baoulé, est sacralisée pour ce rôle fondateur et structurant. Elle possède la même noblesse que le roi. Comme le roi, elle est garante des valeurs sociales et morales (UNFPA, 2008 :65). D'où vient que, comme le roi, elle ne parle pas en public. La vocation de la femme, au travers de cette vision fondatrice, est de servir de principe divin et sacré à la conduite de la destinée humaine. Abla Pokou est une « femme-mâle », une *Bla Yassoua* (Bandaman, 2013 :143). En Côte d'Ivoire, une « femme-mâle », c'est une femme qui se distingue par sa bravoure, son charismatique. Une femme qui, sans être moins une femme, réussit à s'imposer là où dans la société patriarcale africaine, la plupart des hommes échoue.

Le *Zaouli*, inscrit en 2017 sur la Liste représentative du patrimoine culturel immatériel de l'humanité désigne une danse et une musique populaires pratiquées par les communautés *gouro* au centre ouest de la Côte d'Ivoire. Le mot *zaouli* proviendrait de *Djelalou Zaouli* qui, traduit littéralement, signifie *Zaouli*, fille de *Djella*. *Djella* est le masque du village de *Zrabi Dehifla*, où résiderait l'homme qui a découvert cette danse. Ainsi, le *zaouli* est nommé par ce dernier comme la fille du masque du village. Bien que le *zaouli* soit un mythe féminin, il est pratiqué par des hommes. Il est cependant, un tout esthétique en hommage à la beauté féminine. Il associe sculpture (le masque), le tissage (le costume), la musique (l'orchestre, la chanson) et la danse. A l'image de la femme, le *Zaouli* se distingue par la finesse des traits du masque, la beauté de la danse et sa grâce. D'où vient qu'il est un spectacle fort apprécié dans les manifestations publiques. Ici, la femme est célébrée, non pas pour sa féminité, mais tout simplement parce qu'elle est femme.

Chaque société a ses attentes face aux hommes et aux femmes. Cela commence par la distinction des sexes. « C'est un garçon », « c'est une fille », et voilà le nouveau-né déjà partie prenante d'un groupe masculin ou féminin porteur d'idéologies liées aux rôles des genres (Préjean, 1994 ; Beritier, 2010). Implicitement ou explicitement, la société où nous vivons nous transmet ses attentes à travers la ritualisation de la continuité sociale.

### 3. La construction sociale de l'image de la femme

Au Mexique comme en Côte d'Ivoire, la perception de la femme se construit à travers une ritualisation de la vie. Ces rites sont des moments d'apprentissages (Padonou, 2007 : 43), un ensemble de conduites individuelles ou collectives relativement codifiées, avec une forte charge symbolique (Segalen, 2009 : 26). Ils sont des pratiques socioculturelles en relation avec les attentes sociales. Leur importance semble accrue aujourd'hui, dans un contexte de mutations sociales, culturelles, économiques, politiques et symboliques.

Dans le monde latino-hispanique, l'un des rituels d'intégration sociale est la *quinceañera* ou fête des 15 ans de la jeune. Elle symbolise le passage du stade de

jeunes filles à celui de jeunes femmes. C'est l'un des signes de ritualisation de la continuité sociale. Ce rite est un moment d'initiation, d'apprentissage, d'introduction à la connaissance de choses secrètes, de passage à un état social particulier. Au cours de cet anniversaire très spécial, les parents ne lésinent pas sur les moyens pour marquer, comme il se doit, cette étape de la vie de leur fille. La célébration de la *quinceañera* se déroule en plusieurs étapes. Elle commence généralement par une messe d'action de grâce à l'église. Par la messe, il s'agit tout d'abord pour la quinceañera de dire merci au Seigneur pour sa vie de jeune fille qui vient de s'achever, puis lui demander sa bénédiction pour sa vie de femme qui commence.

Après la messe, les invités se rendent dans une salle de banquet où se déroule la fête. Dans la salle, les décorations : fleurs et ballons sont assortis à la robe de la reine du jour. La cérémonie se compose d'un dîner et d'une soirée dansante. Il existe toutefois des traditions particulières. Bien que celles-ci varient d'une région à l'autre, les principales sont la robe de princesse de la *quinceañera*, les premiers talons, la dernière poupée, les photos, la valse père-fille, le bal et les cadeaux-souvenirs. La robe blanche symbolise la pureté et l'innocence. Elle doit mettre en valeur ses traits féminins et montrer que la fille est déjà une jeune femme. En dehors de la robe, la coiffure, le maquillage soigné, la démarche mesurée, le port de bijoux et parfois d'une couronne sont autant d'éléments en lien avec l'identité féminine. Ici, l'objectif est de faire en sorte que la *quinceañera* se sente spéciale.

Pendant la cérémonie, le père, le frère aîné ou une figure masculine proche de la jeune fille échange les pantoufles qu'elle porte contre des talons hauts qui symbolisent le passage de la fille à la femme. Ils sont synonymes d'élévation, d'ascension vers un nouveau statut. A l'instar des talons hauts, la dernière poupée traduit un déplacement d'intérêts vers des questions plus adultes. Elle signifie que la *quinceañera* renonce à son ancienne vie pour de nouveaux rôles et de nouvelles responsabilités. Les acteurs de cette cérémonie sont la jeune fille elle-même, ses demoiselles d'honneur, amis proches, marraines et ses parents. Le but de ce rite de passage est de présenter les jeunes femmes à des prétendants. Comparée à une fête de mariage avant l'heure au regard de son caractère fastueux, l'anniversaire des 15 ans place la jeune fille au centre de l'attention le temps d'une journée entière. Un trait fondamental du rite des 15 ans est qu'il s'agit d'une célébration strictement réservée aux filles. Il établit d'une manière radicale la différenciation entre les genres. C'est une célébration au cours de laquelle l'identité de genre féminine est mise en valeur de façon très prononcée.

Tout comme au Mexique, en Côte d'Ivoire, il existe des rites sexués circonscrits aux femmes qui participent à la construction socioculturelle de la différence entre les sexes à l'âge même où s'affirment davantage les identités sexuelles. Les plus connus sont le *ghan nan* (yacouba), le *tiékoure* (sénoufo *tiembara* ou *tie ara*) et l'*atôvlè*. Parmi ces rites, l'*atôvlè*, rite de célébration des premières règles (Tanoh épouse Say, 2017), reste aujourd'hui le plus vivace en Côte d'Ivoire. Les autres sont interdits à

cause de la clitoridectomie<sup>6</sup> qui est une atteinte au clitoris et à l'intégrité physique de la jeune fille. Il faut relever que l'*atôvlè*, en tant que rite d'initiation, est la pratique qui se rapproche le plus de la *quincañera*.

L'*atôvlè* se fait en trois étapes : le pré-rituel ou préparatif au rituel, le lavage ou baptême d'eau et la fête ou la célébration de l'*atôvlè*. La première étape prend en compte deux aspects : le choix de l'*atôvlè kpimgbin* ou marraine de l'*atôvlè* et les cérémonies de préparation spirituelle au rite d'initiation. La désignation de l'*atôvlè kpimgbin* répond à certains critères. Elle doit être une femme âgée et ménopausée (Falk et Gross, 1993). Considérées comme les grandes mères des jeunes filles dans les sous-groupes qui pratiquent l'*atôvlè* en pays baoulé, ces femmes occupent une place importante dans la société traditionnelle.

La grand-mère africaine était, de par son rôle inestimable dans la transmission des enseignements et sa sagesse irréductible, de loin l'une des meilleures personnes au monde pour un jeune enfant. Aussi, loin que l'on remonte dans le temps, elle est le grand livre d'Afrique dans lequel les enfants africains puisaient le savoir (Koita, 2012).

C'est la grand-mère qui est la plus compétente dans la transmission orale des connaissances. En effet, dans toutes les sociétés, la grand-mère est ce personnage caractérisé par une grande tolérance, une expérience humaine qui en fait la « bibliothèque humaine ». Elle occupe une place de choix dans la conservation des valeurs traditionnelles. Dans l'Afrique traditionnelle, la grand-mère était la seule habilitée à parler ouvertement de sexe aux enfants, qui en profitaient pour poser toutes sortes de questions. (Mbathio, 2000 : 3).

L'*atôvlè kpimgbin* doit avoir un parcours exceptionnel en tant que femme. Selon Konan Ahou Angèle : « Elle doit être mariée, avoir fait beaucoup d'enfants et n'avoir perdu aucun. Ces exigences sont liées au mythe de l'*atôvlè kpimgbin* : elle porte chance parce qu'elle est sensée "communiquer" sa bonne fortune à ses filleules ». L'*atôvlè kpimgbin* incarne les valeurs traditionnelles féminines et est un repère social. Le second aspect est en rapport avec les cérémonies sacrificielles. Elles ont pour fonction de confier le déroulement de ce rite de passage et sa célébration au Créateur<sup>7</sup> et aux ancêtres, garants de l'harmonie sociale. Ces sacrifices qui convoquent le naturel et le surnaturel, ont pour but ici de promouvoir l'ordre, l'unité et l'équilibre entre les êtres, les choses et l'environnement.

L'étape suivante, c'est le baptême d'eau. Ce rituel se fait au réveil, très tôt le matin. Un jour de fête ou de repos, une femme ménopausée<sup>8</sup>, choisie pour ce rite d'initiation, entre dans la chambre de l'adolescente. Alors que la future *atôvlè* est encore endormie, elle lui verse de l'eau sur le visage, avec les paroles suivantes : « Désormais, tu es une femme ». L'adolescente, comme le veut la tradition, se met à

<sup>6</sup> Ablation du clitoris. Le but de l'extirpation du clitoris était d'éliminer la sexualité clitoridienne et d'obliger les femmes à éprouver uniquement des satisfactions vaginales.

<sup>7</sup> *Gnamien Kpli, Anangaman, Assassie, Ahédoua, Emi, ...*

<sup>8</sup> La femme âgée ménopausée est la personne culturellement indiquées pour le lavage des jeunes filles.

pleurer. Lorsque ce n'est pas le cas, elle y est forcée par des coups. Les pleurs sont une théâtralisation de la naissance, du début de la vie, d'une nouvelle vie. Comme les nouveaux nés qui viennent au monde en vagissant, l'*atôvlè* naît à l'âge adulte en pleurant, d'où son nom qui signifie « nouvelle naissance ». Après les pleurs et les consolations, elle est emmenée dans la douche où elle est soigneusement lavée. Elle sera ensuite symboliquement habillée à chaque apparition publique.

Pour la première apparition, la jeune femme apparaît à moitié nue avec un *kodjo* de couleur rouge, symbole des menstrues, de la vie et de la joie, et un pagne blanc noué autour de la taille, symbolisant sa pureté et virginité. Après cette première apparition, l'*atôvlè* peut s'habiller selon son statut d'adulte. Les nouvelles tenues marquent la rupture avec l'enfance et l'entrée dans la vie adulte. Elle quitte les modes vestimentaires de petite fille, faits de jupes et de corsages pour entrer dans le monde des adultes avec une diversité de tenues dont les principaux composants sont le pagne et le corsage. Tout au long de la célébration, elle est accompagnée par des fillettes appelées *atôvlè bâ*. Celles-ci sont le symbole d'une maternité abondante et d'une vie familiale prospère. L'*atôvlè*, rite d'initiation ou de purification selon les us et coutumes de certains groupes, est une ode à féminité. La femme, racine du peuple, doit être sécurisée et protégée contre tout déshonneur. L'*atôvlè* est un événement fondateur qui marque culturellement la fin de l'enfance. Il est important dans le parcours de vie des jeunes filles, car il introduit une « coupure », une « rupture » dans la continuité du temps, de la vie par rapport à un certain ordre établi et détermine un « avant » et un « après ».

## Conclusion

Toutes les sociétés se construisent par des rites. Cette ritualisation de la vie sociale, à travers une transmission des valeurs, assure sa continuité et lui confère une identité. L'imaginaire de la femme au Mexique et en Côte d'Ivoire est un des aspects des identités respectives. Il est en rapport avec la construction sociale de l'identité féminine. L'imaginaire de la femme est un ensemble de représentations qui s'impose aux membres de chaque société. Il est la condition de ce qui peut être fait, dit, pensé et représenté. C'est un système éducatif dont le rôle est de confirmer la féminité de la femme. Il ne s'agit pas ici d'agir sur le comportement, l'intelligence ou l'affinité, mais sur l'existence.

Le plein épanouissement de la femme est tributaire de l'imaginaire social, du système de valeurs ou modèle qui se reproduit ou se transmet et qui favorise son insertion dans une collectivité. L'imaginaire de la femme dans un contexte de mutations sociales, culturelles, économiques, politiques et symboliques, trouve son ancrage dans les différentes fonctions qu'il remplit. D'une part, l'imaginaire de la femme fixe les balises sociales et sociétales, et facilite l'intégration ou insertion harmonieuse féminine. D'autre part, il est un facteur de stabilité, de cohésion et de continuité sociale. Cette continuité est à la fois réelle et symbolique. Réelle, parce que la société se renouvelle grâce à la maternité. Symbolique, au sens où elle se reproduit aussi par la transmission des valeurs. Les rôles associés aux genres sont cependant, différents d'une manière générale d'une société à l'autre.

## Références documentaires

- BANDAMAN Maurice. 2013. *Le fils-de-la-femme-mâle*. Abidjan, Frat-mat édition.
- BERITIER Françoise. 2010. « Théorie anthropologique de l'évolution », Françoise Héritier. *Hommes, femmes, la construction de la différence*. Paris, Coédité par les Éditions Le Pommier et Universcience éditions, pp.37-50.
- BESSON Anne. 2015. *Constellations. Des mondes fictionnels dans l'imaginaire contemporain*, Paris, CNRS éd.
- BOBO Yves Plumey. 21 juin 2023. *Entre le Cameroun et la France, les droits LGBT+ de la discorde*, Jeune Afrique, disponible sur : <https://www.jeuneafrique.com/>, consulté le 21/08/2023.
- BOUCHARD Gérard. 2014. *Raison et déraison du mythe. Au cœur des imaginaires collectifs*, Montréal, Les Éditions du Boréal.
- CASTORIADIS Cornelius. 1975. *L'institution imaginaire de la société*, Paris, Seuil, coll. « Points ».
- CASTORIADIS Cornelius. 2008. *L'imaginaire comme tel*, Paris, Hermann, coll. « Philosophie ».
- CASTORIADIS Cornelius et RICÉUR Paul. 2016. *Dialogue sur l'histoire et l'imaginaire social*, Paris, Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales, coll. « Audiographie ».
- FALK Nancy Auer et GROSS Rita. 1993. « La religion par les femmes », *Clio. Histoire, femmes et sociétés* [En ligne], 2 | 1995, mis en ligne le 01 janvier 2005, (Page consultée le 20-01-2015. URL : <http://clio.revues.org/509>).
- HULAK Florence. 2010. « Que permet de penser le concept d'imaginaire social de Charles Taylor ? », *Philosophiques*, vol. 37, n° 2, pp. 387-409.
- JODELET Denise. 1989. *Les représentations sociales*, Paris, PUF.
- KOFFI Kouassi Serge. 2022. L'« abo n'gbin-nouba » ou l'enfant de la nudité dans la société baoulé d'hier à aujourd'hui (Côte d'Ivoire), *DJIBOUL*, N°004, Vol.2, Décembre, pp. 498 – 507.
- KOITA Samba Fodé. 2011. *Quand le rôle de la grand-mère, savante des traditions orales, fait défaut aux petits enfants* En ligne <http://www.Soninkara.com/.../quand-le-rôle-de-la-grand-mere-savante-des-trad...>, (Page consultée le 2-4-2016).
- MBATHIO Sall. 1999. « L'importance de la tradition orale pour les enfants : cas des pays du Sahel », *International Federation of Library Associations and Institutions*, 65th IFLA Council and General Conference, Bangkok, Thailand, August 20 – Auguste 28, 9 pages, op.cit., tiré du site internet : <http://www.ifla.org/IV/ifla65/65mb-f.htm> (Page consultée le 05-04-2016).

- PADONOU Michel. 2007. Représentations initiatiques : des valeurs et de l'authenticité à travers les rituels en Afrique. Perspective interculturelle. En ligne <http://www.romanice.ase.ro/dialogos/15/07-.pdf> :s Fichier PDF (Page consultée le 30-10-2016).
- PAZ Octavio. 1982. *El laberinto de la soledad*, México, FCE.
- PORTILLA Miguel Leon. 1959. *La vision des vaincus*, Mexico.
- PRÉJEAN Marc. 1994. *Sexes et pouvoir. La construction sociale des corps et des émotions*. Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.
- SAHAGUN Fray Bernardino de.1992. *Historia general de las cosas de la Nueva España*, Ángel María Garibay (éd.), Ed. Porrúa, México.
- SEGALEN Martine. 2009. Rites et rituels contemporains : Domaines et approches. Armand Colin, Paris.
- TANOÛ épouse SAY Ahou Clémentine. 2017. « L'atovlê, rite de célébration des premières règles : cas des baoulé- agba de bengassou (côte d'ivoire) », *Nyansa-Pô*, Revue Africaine d'Anthropologie, n° 24, pp. 94-119.
- UNFPA (Fonds des Nations Unies pour la population). 2008. *État de la population mondiale 2008. Lieu de convergence : culture, genre et droits de la personne*. New York, Fonds des Nations Unies pour la population.
- WUNENBURGER Jean-Jacques. 2003. *L'imaginaire*, Paris, PUF.

## LA FISCALITÉ DE L'ACTIVITÉ SPORTIVE AU TOGO

**Koffi Edem AVEGNON<sup>1</sup>**

Université de Lomé, Togo

[avegnone@gmail.com](mailto:avegnone@gmail.com)

---

### Introduction

De par le monde, les administrations fiscales sont unanimes pour dire que l'imposition de l'activité sportive pose problème. Cette activité étant devenue depuis ces dernières décennies plus importante en terme économique, il urge à partir de ce constat, de réfléchir sur les moyens de son appréhension sur le plan fiscal. En dépit de la nature disparate de l'activité<sup>2</sup>, la place de l'impôt dans cette catégorie d'activité ne laisse guère de doute. Son analyse faisant ressortir beaucoup de zones d'ombres dans la législation togolaise, il s'avère donc pertinent de s'intéresser à la fiscalité du sport au Togo.

Le terme "sport" est difficilement définissable. Il est d'ailleurs devenu commun de considérer qu'aucune définition ne fait l'unanimité. L'analyse étymologique du mot sport renseigne sur son ambivalence et la difficulté corrélatrice à le définir<sup>3</sup>. Chacun tente vainement de considérer qu'il soit « *une activité physique dans le sens du jeu, de la lutte et de l'effort et dont la pratique suppose un entraînement méthodique, le respect de certaines règles et disciplines* »<sup>4</sup>. Mieux encore le sport est « *une activité physique, ludique, émotionnelle pratiquée avec l'intention d'exprimer ou d'améliorer sa condition physique ou psychique, de développer des relations sociales ou d'obtenir des résultats en compétition de tous niveaux* »<sup>5</sup>.

Dans ces conditions, imaginer une taxe quelconque sur une telle activité serait plus qu'inconvenant. Le sport, au même titre que d'autres activités, a longtemps été et reste encore considéré comme une activité non marchande en raison de sa spécificité et, notamment, de son rôle social fondamental<sup>6</sup>. Néanmoins, il ne faut pas se laisser abuser par cette définition, tant théorique que simpliste. Cette appréhension du sport amène à le penser comme une activité de pure lubie. Dans le passé, l'objectif du sport était d'agrémenter le quotidien des citoyens. L'histoire de l'impôt et du sport a évolué

---

<sup>1</sup> Maître-assistant à la Faculté de Droit, Université de Lomé, **Tel** : 90257107

**Email** : [avegnone@gmail.com](mailto:avegnone@gmail.com)

<sup>2</sup> Chose qui aurait pu rendre la qualification circonstancielle plus complexe, et complexifier le régime applicable

<sup>3</sup> F. BUY, J.-M. MARMAYOU, D. PORACCHIA et F. RIZZO, *Droit du sport*, LGDJ, 6e éd. 2020, p. 21.

<sup>4</sup> Le Nouveau Petit Robert : *dictionnaire alphabétique et analogique de la Langue Française*, éd. 2007, V° « Sport ».

<sup>5</sup> F. BUY, J.-M. MARMAYOU, D. PORACCHIA, F. RIZZO, *Droit du sport*, op. cit., p. 14.

<sup>6</sup> A. IBANEZ, *Fiscalité et financement des sportifs et des clubs de football : de l'amateurisme au professionnalisme*, thèse de doctorat dir. Par C. de la MARDIERE, école doctorale abbé Grégoire, 09 décembre 2015, p.10.

dans un parallélisme en raison de son caractère social<sup>7</sup>. Au-delà de la dimension sociale, le sport a ouvert l'opportunité au fisc de faire son incrustation.

S'il est vrai que pris principalement dans le cadre amateur<sup>8</sup>, le sport est source de nombreuses externalités positives, de par ses vertus éducatives et sociales, indépendamment de toute contrepartie monétaire, il en est différemment en ce qui concerne le sport professionnel<sup>4</sup>. Le sport aujourd'hui est entré dans une nouvelle catégorie, avec la professionnalisation du secteur d'activité sportive. Le sport professionnel<sup>5</sup> s'est de plus en plus développé à côté du monde amateur, et, à l'heure actuelle, les considérations liées au sport professionnel diffèrent largement des vertus sociales attribuées au sport amateur<sup>6</sup>. Par les sponsorings, les contrats avec les athlètes, avec à la clé les rémunérations les plus enviables, l'activité sportive défonce par elle-même les portes du fisc.

Occupant de nos jours notre quotidien, le sport est juste le résultat d'une histoire spécifique dans une configuration sociale particulière. Chaque fin de semaine, des milliers de personnes assistent à des rencontres sportives (football, volley-ball, basketball, rugby, etc.), payantes ou non, organisées par des fédérations ou des associations sportives<sup>7</sup>. Autant le sport nous fait rêver, car étant un milieu de records et de toutes sortes de passions de la part de ceux qui courent après la gloire : la recherche de la perfection, le désir de battre des records, et plus généralement celui de gagner pour soi, sa famille ou son pays ou même son club animent l'esprit de la plupart des sportifs<sup>8</sup>, autant le fisc a un droit de regard sur l'activité. Ce droit de regard du fisc se justifie par le côté de plus en plus marchand du sport professionnel. Parallèlement, en au sein de l'Union Européenne cet état de choses se passe sans commentaires lorsque l'arrêt de la Cour de Justice des Communautés européennes (CJCE) du 15 décembre 1995, plus connu sous le nom d'arrêt *Bosman*, illustre bien cet alignement du sport professionnel sur le secteur marchand<sup>9</sup>. Il faut comprendre la démarche du législateur fiscal comme entérinant l'appréhension du sport par le droit<sup>10</sup>.

Dans quelle mesure donc l'activité sportive est-elle imposée au Togo ?

---

<sup>7</sup> H. TERRET, « l'évolution du sport et sa place la société actuelle », [www.millenaire3.com](http://www.millenaire3.com), consulté le 05 octobre 2021 ; également, O. CHOVAUX, « Introduction », *Revue du Nord*, 2004, 2, n° 355, pp. 265 à 272.

<sup>8</sup> Le sportif amateur est celui « qui ne bénéficie pas de contrat écrit avec son club et/ou pratique le football à titre de loisir, sans en tirer de gain matériel ni d'autre rémunération que la couverture des frais réels engagés pour pratiquer le football.

<sup>4</sup> A. IBANEZ, *Fiscalité et financement des sportifs et des clubs de football : de l'amateurisme au professionnalisme*, op. cit., p. 10.

<sup>5</sup> La réglementation FIFA qualifie comme professionnel « un joueur qui a signé un contrat de travail écrit avec un club et dont la rémunération est supérieure aux frais effectifs qu'il engage en exerçant son activité footballistique »

<sup>6</sup> *Ibid.*

<sup>7</sup> J. GATSI, *Le droit du sport*, Puf, 2<sup>e</sup> éd., 2007, p. 4.

<sup>8</sup> *Ibid.*

<sup>9</sup> CJCE, 15 décembre 1995, aff. C-145/93, *Bosman c/UEFA* et a., Rec. CJCE, I, p. 4921.

<sup>10</sup> V. à ce sujet, J-P. KARAQUILLO, *Le droit du sport*, Dalloz, 4<sup>e</sup> éd., p.219.



Si d'amples recherches dans le monde se focalisent sur les clubs et sociétés sportifs, il ne reste pas moins que notre système, hérité de la tradition européenne, est fortement basé sur les associations et les clubs amateurs. Aussi, le niveau de diversification des revenus des institutions sportives et des acteurs du monde du sport varie, non seulement d'une institution à une autre, mais aussi, d'un acteur à un autre. La structure de revenu des sportifs professionnels est généralement assez complexe<sup>11</sup>. Faire donc une cartographie des revenus des sportifs revient à prendre en compte la complexité de l'activité sportive. Elle met en exergue une distinction tant à l'égard des organisateurs<sup>12</sup> que des revenus que l'activité suscite.

Les spectacles sportifs sont soumis à l'impôt. Nul ne s'en étonnera ne serait-ce qu'au vu de sa dimension économique, parfois fort lucrative, de plus en plus marquée<sup>13</sup>. Il suffirait par exemple de se tourner vers les revenus divers des joueurs du football professionnel pour se rendre compte de l'importance économique du milieu. En revanche, plus surprenant est son régime d'imposition. Si l'on sait que pour les clubs professionnels, le régime de droit commun leur est appliqué, il n'en est de même des organismes publics qui y ont vu un intérêt pour promouvoir les activités sportives en liaison avec le mouvement sportif<sup>14</sup>.

C'est à l'aune de cette considération que la fiscalité du sport au Togo nous amène à analyser la relativité de la franchise fiscale de l'activité sportive (I), ainsi que la taxation des revenus sportifs (II).

## **I. La relativité de la franchise fiscale de l'activité sportive**

Les revenus issus de l'activité sportive au Togo sont plus ou moins complexes à être cernés par le législateur fiscal togolais. Pour cause, les règles de détermination et d'imposition de l'activité sont quasiment emmitouflées dans les régimes généraux d'imposition. Cependant, l'appréhension quoique parcellaire de ces revenus permet au législateur d'imposer partiellement l'activité sportive (B) malgré l'exonération totale dont celle-ci bénéficie (A).

### **A. Les exonérations totales de l'activité sportive**

L'exonération est un mécanisme juridique par lequel une personne ou une opération qui est située dans le champ d'application de l'impôt, est soustraite de la taxation en vertu d'une disposition expresse de la loi<sup>15</sup> pour des raisons économiques, voire sociales. Ainsi l'exonération se distingue-t-elle de la notion d'exemption qui, quant à elle, requiert que le potentiel contribuable ne soit pas dans le champ d'application de l'impôt considéré. Si les organismes à but lucratif, sont soumis aux impôts et taxes

---

<sup>11</sup> C. LEURQUIN, *La fiscalité du sport : comment les sportifs sont-ils taxés sur leurs revenus mondiaux ?*, Mémoire, Université de Louvain, 2014-2015, p.7.

<sup>12</sup> Ici, il faut retenir le contexte sportif n'est plus l'apanage des privés, elle est aussi, et dans une large mesure, du ressort des organismes publics.

<sup>13</sup> C. DUDOGNON, « L'imposition des réunions sportives », *Revue Juridique et Economique du Sport*, 2007, n°85, p.7.

<sup>14</sup> *Ibid.* p. 2.

<sup>15</sup> [www.otr.tg](http://www.otr.tg), consulté le 05 octobre 2021.

à l'instar des sociétés commerciales<sup>16</sup>, le législateur togolais pour tenter de définir un cadre fiscal pour cette activité qu'est le sport, est passé par le truchement des organismes d'utilité publique. Ce sont, pour le législateur, les organismes sans but lucratif<sup>17</sup>.

Constitué majoritairement sous forme associative, les organisateurs et organismes dont l'activité entre dans l'organisation des événements sportifs, tombent de facto dans le régime des organismes sans but lucratif. Ils bénéficient des exonérations totales de l'impôt sur les sociétés et de la patente.

En ce qui concerne l'exonération à l'IS, il faut remonter à l'alinéa 17 de l'article 93 du CGI qui pose d'abord le principe de l'exonération des activités sportives. Il dispose que sont exonérés de l'impôt sur les sociétés « *les organismes sans but lucratif légalement constitués et dont la gestion est désintéressée, pour les services de caractère social, éducatif, culturel ou sportif rendus à leurs membres* ».

Par ailleurs, au regard de la patente, il s'agit de l'impôt perçu en raison de l'exercice d'une activité non salariée ou non professionnelle<sup>18</sup>. Le législateur exonère « *l'Etat et les collectivités locales, de même que les établissements et organismes publics pour leurs activités d'utilité générale de caractère essentiellement culturel, éducatif, sanitaire, social, sportif ou touristique* »<sup>19</sup>.

Malgré la parcimonie des textes sur les notions, on peut déterminer les conditions de l'exonération de l'imposition des activités sportives. Elle tient à la nature de l'organisme qui mène l'activité, aux bénéficiaires, et enfin à la nature de l'activité exercée.

D'abord, en ce qui concerne les organismes dont les activités en relation avec le sport sont exonérées, le législateur a retenu le critère de lucrativité pour leur détermination. Il s'agit en effet des « *organismes sans but lucratif et dont la gestion est désintéressée* »<sup>20</sup>. Le critère de lucrativité des activités sportives n'est pas très explicite. En effet, l'activité sportive est de ceux qui rendent conscient que le législateur au regard du développement accéléré du secteur, est encore très en retard

---

<sup>16</sup> En effet, « *le sport est soumis à l'impôt. Nul ne s'en étonnera ne serait-ce qu'au vu de sa dimension économique, parfois fort lucrative, de plus en plus marquée... En revanche, plus surprenant est son régime d'imposition.* », v. en ce C.DUDOGNON, « l'imposition des réunions sportives », Revue Juridique et Economique du Sport, 2007, n° 85, p. 7.

<sup>17</sup> On fait remarquer, avec le commissaire du gouvernement DEMAS-MARSALLET qui notait, pour cerner le critère de non lucrativité, ce qui suit : « *qu'est-ce qui peut être moins lucratif, dans la société actuelle, que de pallier les insuffisances de l'économie du marché, que ce soit en fournissant, dans des conditions alors nécessairement désintéressées, des services qui ne sont pas assurés par le marché faute d'être rentables, ou que ce soit en pourvoyant aux besoins de ceux que le marché délaisse parce que leurs ressources trop modestes n'en font pas des clients intéressants* », CE 30 nov. 1973, Dr. fisc. , 1974, n° 531, p. 18, Lamy assoc. , n° 408-28.

<sup>18</sup> G. CORNU, *Vocabulaire juridique*, Association Henri Capitan (sous dir.), 12<sup>e</sup> éd., puf, 2018, V° « patente ».

<sup>19</sup> CGI, art. 261 al. 1.

<sup>20</sup> CGI, art 93 al. 17.

dans sa réglementation. Toutefois, sur le plan fiscal, il est une tentative d'encadrement de l'activité sportive, dans ses liens avec les acteurs du monde sportif. Les associations sportives concernées peuvent alors être considérées comme non lucratives et être exonérées sur le fondement de l'alinéa 17 de l'article 93 du CGI, pour les services à caractère sportif rendus aux seuls membres. Cette exonération suppose que « *leur gestion soit désintéressée et qu'elles s'abstiennent de recourir à toute publicité dès lors que l'exonération est réservée aux services rendus aux membres (une simple information du public n'est toutefois pas de nature à remettre en cause le bénéfice de l'exonération)* »<sup>21</sup>.

Ensuite, l'exonération n'est réservée qu'aux services « *rendus aux membres* ». En effet, cette condition permet d'emprunter au professeur Bernard PLAGNET, la distinction entre les organismes « ouverts » des organismes « fermés »<sup>22</sup>. Les premiers rendent des services tant à leurs membres qu'aux tiers, alors que les seconds ne rendent service qu'exclusivement à leurs membres. C'est dans cette deuxième catégorie que le législateur embarque le contribuable<sup>23</sup> au regard des organismes sans but lucratif exonéré de l'impôt. L'exonération est réservée aux services rendus aux membres, c'est-à-dire aux personnes ayant adhéré dans les organismes entrant dans cette catégorie suivant les conditions fixées par les statuts, qui sont autorisées à participer aux assemblées générales et à l'élection des membres du conseil d'administration et éligibles à ce conseil<sup>24</sup>.

Quant au destinataire, il convient de relativiser. En effet, le texte prévoit d'abord une exonération pour les activités rendues aux membres. D'entrée on dénote le caractère fermé du service rendu. Toutefois, une analyse pertinente du texte emporte la question de l'utilité de la notion d'« intérêt général », et fixe les conditions d'exonération des organismes à but non lucratif. Cet article prévoit trois séries d'exonérations et précise les critères de la "gestion désintéressée". La gestion désintéressée est en effet une condition générale de l'exonération, commune à toutes les hypothèses envisagées dans le texte.

Par ailleurs, l'exonération des revenus sportifs tient à la nature de l'activité menée. Une instance du législateur conduit donc à retenir le critère du « but non lucratif ». En effet, « *le critère de non lucrativité résulte d'abord des conditions dans lesquelles s'exerce l'activité de la personne morale : les conditions doivent être différentes de*

---

<sup>21</sup> Lamy-sport, « Fédérations sportives et associations locales : régime fiscal », [www.lamyline.fr](http://www.lamyline.fr), consulté le 30 septembre 2021.

<sup>22</sup> B. PLAGNET, « Associations sportives et fiscalité », Maison des sciences de l'Homme d'Aquitaine, septembre 2021, p. 83-96.

<sup>23</sup> Il ne faut certes pas faire amalgame de la notion de d'organismes fermés car le législateur oppose une distinction cartésienne avec « *les clubs et cercles privés* » à l'alinéa 18 de l'article 93 du CGI.

<sup>24</sup> En revanche, ne sont pas considérés comme des membres, des adhérents passagers dont les cotisations constituent en réalité la rémunération de la fourniture d'un bien ou d'un service, v. en ce sens, B. PLAGNET, « Association sportives et fiscalité », Maison des sciences de l'homme d'aquitaine, septembre 2021, p. 83-96, <https://books.openedition.org/msha/13593?lang=fr>, consulté le 23 septembre 2021.

*celles des entreprises commerciales, notamment quant à la couverture des besoins qui ne sont pas normalement ou suffisamment pris en compte par ces dernières, quant aux prix pratiqués et au public accueilli* »<sup>25</sup>. Le respect de ces critères de non-lucrativité porte essentiellement sur deux points : un organisme n'est en effet considéré comme non lucratif sur le plan fiscal que lorsque sa gestion est désintéressée à savoir que les profits qu'elle pourrait dégager ne sont pas destinés à ses membres, et qu'elle ne concurrence pas le secteur commercial.

Bien au-delà de l'imposabilité des associations, il existe donc des exonérations à leurs égards en fonction des activités menées, notamment les activités sportives. Quant au reste, c'est par une exonération partielle que l'activité du sport marque son terrain dans la fiscalité.

## **B. Les exonérations partielles de l'activité sportive**

Que les organismes sans but lucratif bénéficient des exonérations sur les impôts en raison de leurs activités en lien avec le sport ne conditionne pas une exonération totale. Au regard de certains impôts et taxes, c'est le législateur qui prévoit l'existence d'un impôt. Il faut faire une distinction entre les clubs de sports organisant tous des compétitions et événements sportifs et les organismes à but non lucratif. Ces derniers le font dans une optique d'intérêt général, et ne sont soumis à l'impôt qu'à titre exceptionnel soit sur leur patrimoine soit sur l'exercice même de façon temporaire d'une activité lucrative, donc soumis à imposition dans les conditions de droit commun<sup>26</sup>.

Par rapport aux revenus des organismes sportifs, d'entrée, les revenus des clubs et associations sportifs émanent des organisations de réunions sportives, des parrainages et des dons consentis. Toutefois, si certains revenus sont tirés de la réalisation à titre onéreux d'une prestation, nonobstant le caractère de l'organisme, l'administration fiscale considère que la réalisation de cette prestation onéreuse présente par nature un caractère lucratif, quel que soit l'objectif poursuivi par le prestataire. Dans ce cas ces revenus sont imposables<sup>27</sup>. Ainsi dans le cadre des activités sportives, afin d'encourager le développement du secteur sportif, le législateur peut prévoir des dispositions fiscales très avantageuses<sup>28</sup>. Ce faisant, les

<sup>25</sup> A. CHAPPERT, « La fiscalité des organismes sans but lucratif », *Deffrénois*, avril 1996, n° AD1996DEF507N1, n° 8, p. 507.

<sup>26</sup> Art. 92-2 k du CGI : sont soumis à l'impôt sur les sociétés, « toutes autres personnes morales se livrant à une exploitation ou à des opérations à caractère lucratif, y compris les sociétés et autres entités non-résidentes disposant d'un établissement stable au Togo », par ailleurs, « en toute hypothèse, si la spécificité des activités sportives compétitives peut, en certains domaines, justifier un traitement juridique particulier, le traitement fiscal du spectacle sportif ne paraît pas devoir s'écarter du droit commun. », C. DUDOGNON, « l'imposition des réunions sportives », *op.cit.*

<sup>27</sup> On prend l'exemple de la mise à disposition de personnel à titre onéreux, notamment le management des joueurs dans des clubs professionnels.

<sup>28</sup> Il faut prendre aussi en compte l'analyse faite par Isabelle DEZANIAUX, en ce qui concerne « le mécénat de compétence ». Moins connu, le mécénat de compétence « consiste à mettre gratuitement, pendant leur temps de travail, des collaborateurs à disposition d'une association, d'une fondation, voire d'une collectivité territoriale (dans certains cas), pour réaliser des activités ou des missions d'intérêt

mécénats, les parrainages ne seront pas entendus en termes de revenus lucratifs imposables. Partant de cette qualification, ces mécénats et parrainages, au regard de leur finalité qui se trouve être l'intérêt général, feront alors l'objet d'exonération fiscale partielle. Il s'agit là d'une exonération suivant les mêmes conditions générales qui encadrent les exonérations<sup>29</sup>.

En outre, au regard de la Taxe sur la Valeur ajoutée, il existe une exonération pour « *les services rendus bénévolement ou à un prix égal ou inférieur au prix de revient par les associations sans but lucratif légalement constituées et les établissements d'utilité publique* »<sup>30</sup>. S'il n'existe pas de dispositions explicites sur les exemptions des activités sportives, on peut tirer du texte de l'article 180 du CGI que l'exonération à la TVA est liée à une exonération d'impôt sur les sociétés<sup>31</sup>. Le raisonnement est le suivant : Imposer des organismes dont les seules activités résident dans des prestations non soumises à la taxe, entraînerait une surimposition ; et fera sortir la taxe de son mécanisme. Au demeurant, on peut envisager que lorsque ces organismes font des acquisitions de matériels pour leurs besoins, ceux-ci soient taxés. Cela revient donc à faire facturer une taxe qui ne sera pas répercutable en amont. Cela explique que le législateur ait associé les activités sportives aux activités à caractère social, éducatif, culturel. En outre, le caractère social ou éducatif de la prestation s'apprécie au regard des circonstances de fait et donc de façon moins tranchée<sup>32</sup>. Au mieux, s'il faut envisager une taxe sur la valeur ajoutée portant sur les produits et matériels acquis par ces organismes, il revient au législateur de créer une taxe spécifique avec un droit d'option pour les organismes d'intérêts publics afin de mieux la réglementer.

En revanche, en ce qui concerne le patrimoine des organismes sportifs, ceux qui sont des organismes à caractère public, notamment l'Etat et les organismes publics affiliés sont exonérés de la Taxe foncière pour « *les propriétés (...) affectées à un service public ou d'utilité générale et non productives de revenus* »<sup>33</sup>.

Il s'agit bien évidemment des biens immobiliers non productifs de revenus fonciers. Quant aux autres organismes d'utilité publique en dehors de l'Etat et de ses démembrements, ils sont vraisemblablement soumis aux autres impôts au regard de

---

général », I.DEZANIAUX, « Encourager le mécénat de compétences », [www.lamyline.fr](http://www.lamyline.fr), consulté le 30 septembre 2021.

<sup>29</sup> La gestion de l'association est désintéressée, les activités non lucratives restent significativement prépondérantes (v. infra A sur les conditions d'exonération de l'activité sportive). Le seuil est déterminé en fonction de l'ensemble des recettes d'exploitation encaissées au titre des activités lucratives exercées par l'organisme. Sont donc principalement considérées comme recettes lucratives : les recettes de billetterie, des buvettes et le parrainage. Si l'association respecte ces trois conditions, alors elle sera exonérée de l'impôt sur les sociétés, de la TVA sur l'ensemble de ces activités.

<sup>30</sup> CGI, art. 180- IV – 1°.

<sup>31</sup> Il faut rappeler que la TVA est une taxe sur les activités commerciales.

<sup>32</sup> L'administration fiscale admettra qu'en ce qui concerne l'organisation de cours, la mise à disposition d'équipements ou la location de matériels sportifs, ces organismes publics peuvent prétendre à l'exonération de T.V.A. v. en ce sens J.-M.DELVERT, « Fiscalité des associations profession sport », *Revue Juridique et Economique du Sport*, 1997, n°43, p.85.

<sup>33</sup> CGI, art 261 al. 1.

l'article 261 CGI<sup>34</sup>. En effet, les exonérations consenties à leur égard ne les dispensent pas des impôts sur leurs patrimoines. Une association sportive serait donc imposable pour les revenus tirés des biens dont elle possède. Au regard de la taxe foncière sur les propriétés bâties et non bâties, la taxe foncière sera ainsi due par l'association propriétaire de terrains et des espaces de jeux.

S'il faut reconnaître la volonté du législateur d'épargner les organismes à but non lucratif des impositions au regard des activités sportives, il n'en est pas de même des sportifs eux-mêmes au regard des revenus qu'ils perçoivent.

## **II. La taxation des revenus des sportifs**

Les revenus des activités sportives étant très diversifiés, il faudra noter qu'en plus des recettes faites par les organismes sportifs, s'ajoutent les revenus des athlètes sportifs.

S'il n'est plus nécessaire de trop s'attarder sur les revenus des organismes impliqués dans le sport, il ne reste pas moins que ceux des sportifs doivent porter un regard particulier. L'attention ainsi portée permettra d'appréhender la considération du législateur fiscal au regard de ces revenus. Avant de montrer que cette catégorie de revenus est soumise à l'impôt, il faut bien entendu déterminer les divers revenus perçus à cet effet. Il faut pour ce faire, caractériser les revenus des sportifs (A), afin de pouvoir déterminer leurs impositions qui s'avèrent donc être catégorielles (B).

### **A. La caractérisation des revenus des sportifs**

A l'évidence, il n'est pas aisé de catégoriser les revenus des sportifs. L'activité sportive ayant d'abord été prise comme le résultat d'une passion individuelle, on ne saurait envisager dans ce contexte, l'existence d'une rémunération. C'est ainsi qu'en France, la Cour de cassation a longtemps hésité avant de reconnaître la possibilité d'attribuer le statut de salarié à des sportifs, invoquant la grande liberté qu'implique la pratique du sport<sup>35</sup>. Aussi, avec la professionnalisation des activités, on attribue aux sportifs, le titre de salariés, lorsqu'ils sont en contrat avec un club, un organisme.

La nature précise des revenus tirés de l'activité sportive dépend à la fois de la discipline sportive et de l'environnement juridique dans lequel s'inscrit l'exercice du sport pratiqué et des intervenants<sup>36</sup>. Afin de mieux caractériser ces revenus on distingue les revenus principaux au titre de revenus d'emploi (1), des revenus accessoires tirés des activités parallèles en lien avec la notoriété sportive des acteurs, ceux tirés de l'image du sportif (2).

#### **1. Le salaire des sportifs**

Aujourd'hui, le salariat sportif est reconnu et se caractérise principalement par les éléments suivants : l'existence d'un contrat de travail, le versement d'une

---

<sup>34</sup> En effet, il n'est pas prévu dans les exonérations les associations et tout particulièrement les associations à caractère sportif.

<sup>35</sup> Cass. soc., 8 juill. 1960, Bull. civ., IV, n° 766.

<sup>36</sup> J. MESSECA, « Les revenus des activités sportives », in lamyline, Etude 339-4, Revenus retirés de l'activité sportive proprement dite, [www.lamyline.fr](http://www.lamyline.fr), consulté le 28 septembre 2021.

rémunération et l'exercice de l'activité sportive dans un état de subordination juridique<sup>37</sup>. Il s'agit généralement du revenu principal immédiatement et intrinsèquement lié à l'activité sportive, suivant l'engagement envers un club ou une association sportive qui recrute. Et sans doute convient-il à ce propos de faire un clin d'œil à la jurisprudence française lorsqu'elle décide que les sportifs professionnels sont la plupart du temps considérés comme des salariés, dès lors qu'un lien de subordination existe entre eux et leur club<sup>38</sup>. Les sportifs jouissent du privilège de sportif-salarié évalué suivant une certaine quotation. Cette rémunération principale encore appelée salaire, fait du sportif un employé du club sportif. Au rang de ces revenus des sportifs, on dénombre les revenus des performances sportives personnelles : Il faut noter qu'il y a généralement peu de controverse sur la caractérisation des revenus issus des performances personnelles athlétiques.

Toutefois, la plus grande difficulté réside dans la répartition du revenu si l'athlète effectue ses prestations physiques dans plusieurs pays. Cette répartition est toutefois règlementée par les conventions internationales d'imposition des revenus des étrangers. Le principe étant que les revenus correspondants sont taxés dans le pays d'exécution. Cependant, si un athlète est employé par une équipe et assure à la fois des prestations à l'intérieur et à l'extérieur d'un pays, le revenu tiré des performances doit être soumis au régime de son foyer fiscal sauf conventions fiscales internationales contraires<sup>39</sup>.

En effet, que ce soit pour un contrat de longue durée ou de courte durée, les revenus perçus par un athlète sportif avec un club, entrent dans la catégorie des traitements et salaires. On prend l'hypothèse qui recouvre l'activité d'un sportif qui devient le salarié d'un organisateur de compétitions, d'une ou de plusieurs épreuves. Dans une telle hypothèse, le Conseil d'État français a jugé, dans un arrêt à propos de coureurs cyclistes participant à un « critérium », que la rémunération perçue par le coureur cycliste de la part des organisateurs relevait de la catégorie des traitements et salaires<sup>40</sup>.

Outre des salaires vertigineux, les joueurs vedettes<sup>41</sup> perçoivent des rémunérations également très élevées tenant à l'exploitation de leur droit à l'image. Autrement dit, les intéressés sont rétribués à raison de la publicité qu'ils réalisent pour les besoins d'une marque, sportive ou non<sup>42</sup>.

---

<sup>37</sup> J.-J. D. DUFLO, C. LISI et P. PLANES, « Le traitement des revenus liés à l'exploitation de l'image des sportifs », p.114, LEGICOM Num 23-2000/3, disponible sur <https://www.cairn.info/revue-legicom-2000-3-page-113.htm>, consulté le 11 janvier 2022.

<sup>38</sup> Voir par exemple, la note d 16 juin 1977 (BO 5 F-19-77) pour les footballeurs professionnels ; l'arrêt du CE du 18 juillet 1988, rep.60731 (RJF 10/88, n° 1155) pour les cyclistes professionnels : la note du 27 février 1989 (BO 5F-18-89) pour les joueurs de basket.

<sup>39</sup> Aux États-Unis par exemple, ces revenus seront attribués et répartis entre les sources américaines et non américaines. Cette répartition est généralement basée sur le nombre de jours que l'athlète est présent aux États-Unis.

<sup>40</sup> CE, 8 juill. 1988, no 60.731, concl. Martin-Laprade, Dr. fisc. 1988, n° 44.

<sup>41</sup> Il faut noter ici que les salaires dont il est question ici concernent ceux des joueurs professionnels.

<sup>42</sup> C. de la MARDIERE, « Le droit à l'image des footballeurs : aspects fiscaux et sociaux ».

## 2. Les revenus tirés de l'image des sportifs

L'image apparaît comme une composante fondamentale du sport dans la mesure où elle constitue un des principaux vecteurs de promotion de l'activité sportive et des acteurs sportifs<sup>43</sup>. Indépendamment de la discipline concernée, elle ne peut être dissociée des participants à la manifestation sportive<sup>44</sup>. Si l'industrie du football représente plus de 3% du commerce mondial, c'est non seulement grâce aux sommes colossales générées par la vente des droits de retransmission des événements sportifs<sup>45</sup>, mais aussi par la commercialisation du droit à l'image sportive des équipes et personnalités sportives de renom<sup>46</sup>. Dans un environnement économique où le message publicitaire revêt une importance primordiale pour la mise sur le marché d'un produit ou d'un service, une telle portée spatiale et temporelle de l'image du sportif, véhiculant notamment les valeurs du courage, du dépassement de soi et de la quête de la performance, intéresse fortement la communication des entreprises<sup>47</sup>.

Le parrainage sportif permet à une société, une entreprise ou un organisme d'exploiter l'image, le nom ou la renommée d'un sportif en versant ou offrant à ce dernier des aides financières ou des avantages en nature, en échange de la cession du droit d'exploitation de son image<sup>48</sup>. Ainsi, les revenus tirés de l'image du sportif sont des revenus tirés des prestations et contrats que les sportifs ont avec les sponsors des activités sportives, se rattachant directement à l'exercice de la discipline sportive et ayant pour objet de promouvoir un article sportif (hypothèse d'un contrat conclu avec un équipementier sportif, ou par les entreprises qui profitent de la notoriété du sportif dans ce cas de figure, ne sera pas lié à la discipline du sportif dont la renommée est

---

<sup>43</sup> Lamy droit, « Le sportif, son image et son patrimoine », [www.lamyline.fr](http://www.lamyline.fr), consulté le 03 octobre 2021.

<sup>44</sup> En qualité d'acteur de la compétition, le sportif est nécessairement vu, et, en tant qu'acteur dans la compétition, il peut se révéler un excellent support pour une image susceptible de se prolonger au-delà de l'enceinte sportive et de l'issue de l'événement qui lui a donné naissance ; v. G. JEANNOT-PAGES, « L'image du sportif », *Lamy Droit du sport* 2003, étude n° 260 ; *L'image du sportif en droit français*, th. dactyl., Limoges, 1996.

<sup>45</sup> En particulier les jeux olympiques, la Coupe du Monde organisée par la FIFA, la ligue des champions, l'euro league, la bundesliga...

<sup>46</sup> Pour exemple en 2017, le contrat signé par le joueur argentin Lionel Messi avec le FC BARCELONE s'élevait à 350 millions d'euros sur quatre ans, possiblement valorisé à près de 500 millions d'euros. Lionel Messi percevait alors un salaire s'élevant à la somme de 60 395 769 € brut par an, hors primes et bonus. A ce salaire s'ajoute 10 658 077 € sous la forme de droits d'image (article consulté le 23 décembre 2023 à 21h22 et disponible sur le <https://sportune.20minutes.fr/business/fc-barcelone-salaire-primes-droits-dimage-le-contrat-de-messi-dans-tous-les-details-229064>)

<sup>47</sup> Pour COTTET-BRETONNIER, certaines sociétés ne résistent pas à la tentation de s'approprier sans autorisation l'effigie du sportif à des fins commerciales. Une telle utilisation abusive de l'image se traduit le plus souvent par une perte financière pour l'athlète et parfois par une dépréciation de sa notoriété lorsque la publicité ne le montre pas à son avantage ou se trouve en contradiction avec les caractéristiques de sa renommée (C. COTTET-BRETONNIER, « Le contrôle de l'exploitation de l'image du sportif en tant que personnalité publique », *Petites affiches* févr. 2002, n° 30, p. 4.

<sup>48</sup> J.-J. D. DUFLO, C. LISI et P. PLANES, « Le traitement des revenus liés à l'exploitation de l'image des sportifs », préc..



utilisée pour la promotion d'un bien ou d'un produit)<sup>49</sup>. De tels revenus sont généralement versés aux sportifs de haut niveau, soit directement au travers de la participation à un événement sportif déterminé (tournoi, meeting, course, etc.), soit en associant l'image et la personnalité du sportif à un ou plusieurs annonceurs désireux de promouvoir leur image de marque au travers des performances ou de la célébrité d'un sportif de haut niveau<sup>50</sup>.

Par ailleurs, cette source de revenus particulière peut également prendre la forme d'une exploitation personnelle de sa propre image par le sportif au travers d'une gamme de produits dérivés. Ces produits sont le plus souvent gérés directement par ce dernier ou, par l'intermédiaire d'une agence de marketing sportif spécialisée, ou encore de manière très répandue ces dernières années, au travers d'un site internet dédié à la gestion de la propre image du sportif.

Ainsi, jusqu'à présent, ce type de revenus est directement inhérent à la capacité individuelle du sportif à développer sa notoriété personnelle parallèlement à ses performances sportives. Il s'agit alors d'établir un lien contractuel avec un ou plusieurs annonceurs, distincts du club ou de l'équipe auxquels ledit sportif appartient aux fins de mettre son image à disposition de ces derniers dans le cadre de campagnes publicitaires dédiées.

A cet effet, il convient de relever que ces dernières années, le fisc s'intéresse de plus en plus à ces contrats de sponsoring dont les revenus généralement significatifs font l'objet de dissimulation par les grandes stars sportives qui en sont bénéficiaires. C'est dans cette perspective qu'il est prévu une forme spécifique de contrôle fiscal dont l'application pourra convenir à la situation de ces dernières au regard de l'impôt sur le revenu : la vérification approfondie de la situation fiscale de l'ensemble (VASFE)<sup>51</sup>. Ne visant uniquement que les personnes physiques, cette forme de contrôle est un contrôle de cohérence entre d'une part, les revenus déclarés et d'autre part la situation patrimoniale, la situation de trésorerie et les éléments du train de vie d'un contribuable.

En outre, les articles 239 et 240 du Code général des impôts togolais prévoit d'après certains éléments de train de vie, une évaluation forfaitaire minimale du revenu imposable en cas de disproportion entre le train de vie d'un contribuable et les revenus qu'il déclare, tout en précisant que les contribuables non domiciliés au Togo ne peuvent être taxés d'après les éléments de leur train de vie que s'ils sont imposables au Togo sur leurs revenus de source togolaise. Les sportifs pourront donc être soumis à cette évaluation forfaitaire suivant leur train de vie.

---

<sup>49</sup>Hypothèse d'un contrat conclu entre un sportif et un constructeur automobile ou une marque de parfum.

<sup>50</sup>[www.lamyline.fr](http://www.lamyline.fr), consulté le 28 septembre 2021.

<sup>51</sup> CGI, art. 227 al 1.

## **B. L'imposition catégorielle des revenus sportifs**

Imposer les revenus des activités sportifs revient à prendre en compte la nature des revenus ainsi que le titulaire des revenus perçus. On en distingue 2 catégories de mécanismes d'imposition en fonction des revenus caractérisés. Il convient de relever que ces revenus sont imposables soit au titre des revenus d'emploi (1) soit au titre des revenus d'affaires (2).

### **1. L'imposition des revenus au titre de revenus d'emploi**

A la base, les revenus des sportifs entrent dans les revenus des personnes physiques, plus précisément dans la catégorie de l'impôt sur revenus d'emplois. En effet, suivant le régime de revenus d'emploi, l'alinéa 1<sup>er</sup> de l'article 5 du CGI du Togo permet d'imposer les revenus des sportifs. Il dispose ainsi que « *l'impôt sur le revenu est établi sur l'ensemble des ressources personnelles du contribuable* ».

En ce qui concerne un contrat entre un sportif et un club ou un organisme chargé des activités sportives, les revenus tirés de ce contrat relève de la catégorie des revenus d'emplois. Le code général des impôts prévoit pour ce faire que sont imposables au titre de la catégorie des revenus d'emplois, « *les traitements, émoluments, salaires, indemnités et rémunérations assimilées ...* »<sup>52</sup>. On associe d'abord les revenus des salaires et les rémunérations accessoires, ensuite on y ajoute les revenus des exploitations, de participation ou de promotion de l'activité sportive organisée par l'employeur habituel<sup>53</sup>. En tout état de cause, ce sont les règles des articles 17 à 26 et 74 du CGI qui seront applicables dans le traitement fiscal des revenus des sportifs salariés.

Particulièrement, la fiscalité applicable aux sportifs de haut niveau à raison des divers revenus susceptibles d'être tirés de leurs activités sportives et annexes, doit être appréhendée en fonction d'un certain nombre de caractéristiques propres au monde sportif et à ses acteurs que sont les sportifs de haut niveau. A ce titre, il s'avère nécessaire de retenir une analyse sélective et circonstanciée pour en apprécier les contours. En effet, le législateur n'a pas de manière générale prévu de mettre en place un régime fiscal et social propre aux sportifs de haut niveau. Une telle approche est certainement liée à la difficulté de pouvoir couvrir la diversité des situations fiscales des sportifs de haut niveau causée par la multitude de revenus perçus par ces contribuables particuliers.

### **2. L'imposition au titre de revenus d'affaires**

Les revenus des personnes physiques au titre d'une activité indépendante sont considérés par le législateur fiscal togolais comme des revenus d'affaires. En effet, aux termes de l'article 29 du CGI, « *sont considérés comme revenus d'affaires, qu'ils*

<sup>52</sup> CGI art. 17 al. 1.

<sup>53</sup> En effet, s'il s'agit de son employeur habituel, le cachet représentera un complément de salaire, au motif qu'il constitue un prolongement de l'activité salariée exercée à titre habituel par le sportif de haut niveau pour le compte de son employeur (*p. ex.*, participation d'un footballeur à un tournoi amical organisé par le sponsor du club) ; Lamy fiscal, « Régime fiscal des revenus annexes du sportif », n°339-34, [www.lamyline.fr](http://www.lamyline.fr), consulté le 30 Septembre 2021.

*soient payés en espèces ou en nature, les revenus réalisés par des personnes physiques et provenant de l'exercice à titre indépendant d'une profession commerciale ou non commerciale, industrielle, artisanale, agricole ou financière* ». Dans ce cas de figure, les revenus tirés de l'exercice indépendant des activités du sport sont des revenus d'affaires. Les recettes liées à la publicité, au partenariat et au sponsoring relèvent de la catégorie des BNC lorsqu'elles sont directement liées à l'activité sportive. *A contrario*, elles relèvent de la catégorie des BIC.

En dehors de l'exercice indépendant de l'activité sportive, sont soumis au régime des revenus d'affaires, les revenus tirés de l'exploitation de l'image du sportif. Il s'agit ici des rémunérations liées à l'image perçues dans le cadre strict de contrats de parrainage (*sponsoring*), de marketing ainsi que des redevances d'image susceptibles d'être perçues dans le cadre l'exploitation de l'image du sportif quelconque. Généralement, dans les contrats de *sponsoring*, il s'agit pour le sportif d'apporter sa notoriété à la vente de différents articles qui ont vocation à promouvoir la marque ou les produits de l'annonceur. Cette notoriété qu'il apporte peut aussi et cela de manière fréquente, permettre à son club employeur de développer autour du nom du sportif une gamme de produits dont le club pourra retirer des ressources parfois assez significatives. Il s'agit de la marchandisation de l'image du sportif. En contrepartie, le sportif perçoit un montant forfaitaire assorti généralement d'un pourcentage sur le chiffre d'affaires réalisé. Ce pourcentage est qualifié de redevance ou de commission. Ces revenus doivent être assimilés à des revenus commerciaux imposables dans la catégorie des revenus d'affaires.

Cependant, par assimilation aux recettes publicitaires, ces revenus demeurent imposables dans le régime des revenus d'affaires si le sportif tire le principal de ses revenus de l'activité libérale ou si les opérations commerciales sont liées à sa profession. Les revenus liés à l'exploitation de son image par ledit sportif rejoignent donc ceux tirés d'un contrat de *sponsoring*.

Enfin, il existe une présomption de non salariat pour qualifier les revenus d'un sportif : en principe, le sportif professionnel qui participe librement, pour son compte, à une compétition sportive est présumé ne pas être lié à l'organisateur de la compétition par un contrat de travail. Donc les revenus tirés à cette occasion seront soumis également au régime des revenus d'affaires.

## IMPLICATION DES FEMMES DANS LES INITIATIVES DE REBOISEMENT A AGOUEGAN

**Kodjo Akakpo AMOUZOU**

Université de Lomé, Togo

[joe.amouzou2020@gmail.com](mailto:joe.amouzou2020@gmail.com)

Essè Aziagbede AMOUZOU, Université de Lomé, Togo

---

### Résumé

L'éveil de conscience écologique et environnementale des populations est considéré comme une opportunité pour la participation effective et consciente des acteurs, dont les femmes. Les difficultés d'accès aux produits agroforestiers et le cumul des rôles de femmes au foyer dans les sociétés patriarcales sont tant d'éléments qui font de l'implication des femmes reboiseuses à Agouègan l'objet du présent article, l'enjeu étant de ressortir les formes d'implication qu'elles développent. Sur la base de l'observation participante, d'entretiens semi-directifs et de *focus group*, ce travail a permis de comprendre des motivations des femmes reboiseuses. L'analyse des données collectées révèle que la participation au reboisement est principalement motivée par la plantation de l'arbre pour des raisons d'autosubsistance et dans une optique à long terme montrant le passage de l'implication calculée à l'implication affective. Cette recherche permettra aux acteurs de développer les stratégies d'implication les plus adaptées au contexte des cibles définies.

**Mots clés :** reboisement, implication, motivations, femmes reboiseuses, logiques paysannes.

### Abstract :

The awakening of ecological and environmental awareness among populations is considered an opportunity for the effective and conscious participation of stakeholders, including women. Difficult access to agroforestry products and the multiple roles of housewives in patriarchal societies are some of the factors that make the involvement of reforestation women in Agouègan the subject of this work, the challenge being to highlight the forms of involvement they develop. Based on participatory observation, semi-directive interviews and focus groups, this work provided an understanding of the motivations of women reforesters. The analysis of the data collected reveals that participation in reforestation is mainly motivated by tree planting for self-subsistence and a long-term perspective showing a transition from calculated to affective involvement. This research will allow stakeholders to develop involvement strategies most suited to the context of the defined targets.

**Key words :** reforestation, commitment, motivations of women reforesters, peasant logic.

## Introduction

L'implication des femmes dans le reboisement est non seulement un impératif d'équité sociale, mais elle renforce également la capacité des communautés à mettre en œuvre des pratiques respectueuses de l'environnement, contribuant ainsi à un développement durable à long terme. Les rôles traditionnels assignés aux femmes peuvent les limiter dans leur participation à des initiatives telles que le reboisement. Les pesanteurs liées aux rapports sociaux de sexe inhibent leurs actions. « [...] *dans beaucoup de sociétés ouest-africaines, les femmes n'ont pas le droit de planter des arbres – ou, si elles le peuvent, il ne leur est pas permis, en tout cas, de profiter des produits qui en sont issus.* » (K. Langewiesche, 2004, p.205). Déjà en 1998, le document de politique nationale de population révélait qu'elles ne tirent qu'environ 10% du fruit de leur labeur. Malgré l'activité qu'elles exercent, leur poids dans l'économie des ménages, les actions des ONG en faveur de l'équilibre égalitaire entre les femmes et les hommes, les femmes sont confrontées à des difficultés qui ne favorisent pas leur implication totale dans des activités qui sont considérées comme ne relevant pas des rôles des femmes. Ces rôles font état des « [...] *rapports de force historiquement inégaux entre hommes et femmes, lesquels ont abouti à la domination et à la discrimination exercées par les premiers et freiné la promotion des secondes [...]* » (ONUDC, 2016, p. 268). Dans la plupart des cas, la participation des femmes est improvisée sous la pression des partenaires techniques et financiers. Cependant, la participation effective et consciente des acteurs dont les femmes est l'une des conditions du succès et de la durabilité du reboisement selon le Programme national de reboisement - PNR 2017-2030 (MERF, 2017, p.20).

Quoi que considérées comme étant au-devant de la lutte contre la déforestation et la désertification au travers des travaux de création de pépinières, de plantations, de régénération naturelle assistée des forêts et dans l'agroforesterie (MERF, 2016, p. 68), les femmes sont rarement concernées par « [*des] projets spécifiques [à elles ; lesquels] sont peu fréquents, [...]. La promotion du statut de la femme est toujours sous-jacente. La volonté d'intégrer la femme aux processus de décisions, aux équipes techniques, de sensibiliser la population à leurs besoins, nous paraît réelle. Ce sont les actions concrètes qui sont beaucoup plus rares* » (F. Enriquez-Sarano, 2000, p. 95).

Alors que la plupart des femmes préfèrent s'investir totalement dans leur rôle de femmes au foyer et dans leurs activités économiques, les rares femmes dont les reboiseuses à Agouégan, organisées en groupements, s'engagent en faveur du reboisement sans pour autant se détourner de leur rôle au sein de la communauté.

Au-delà de l'épanouissement de ces femmes dont dépendrait leur adhésion au reboisement, les logiques paysannes conçues par les femmes reboiseuses mettent en lumière les motivations qui sous-tendent leur engagement en faveur des activités de reboisement. Ces logiques paysannes mises à côté de la division sexuelle du travail méritent d'être élucidées si les initiatives de reboisement veulent efficacement inclure ces dernières. Le présent travail vise ainsi à comprendre les facteurs qui

facilitent ou inhibent l'implication des femmes d'Agouègan dans les activités de reboisement.

Il permet de vérifier l'affirmation suivante : l'implication des reboiseuses est la résultante de différents facteurs dont la perception du reboisement, les motivations et les stratégies d'adaptation qu'elles développent.

Cet article s'intéresse à la professionnalisation des groupements de reboiseuses, à leur gouvernance, à la perception du reboisement, aux motivations et aux stratégies d'adaptation développées par les reboiseuses pour ressortir les formes d'implication y afférentes.

Il est articulé autour de deux grandes sections : méthodologie de recherche suivie des résultats et discussions.

## **1. Méthodologie**

### **1.1. Zone de recherche**

Agouègan qui constitue la zone d'étude est situé dans la préfecture des Lacs qui couvre une superficie de 410 km<sup>2</sup> et compte 77 villages répartis dans neuf cantons avec une population de 172148 habitants dont 82.814 hommes. Agouègan est le chef-lieu du canton d'Agouègan dans la préfecture des Lacs. C'est un canton qui a une superficie d'environ 45 km<sup>2</sup> et environ 20.000 habitants. Il forme avec le canton d'Aklakou (environ 180 km<sup>2</sup>) la commune des Lacs 2. La zone de l'étude située au sud-est des Lacs (cf. figure 1) jouit d'un climat subéquatorial à deux saisons pluvieuses et deux saisons sèches, avec une forte dominance de marécages, de savanes herbeuses et de mangroves avec parfois des étendues de forêts claires et de savanes boisées

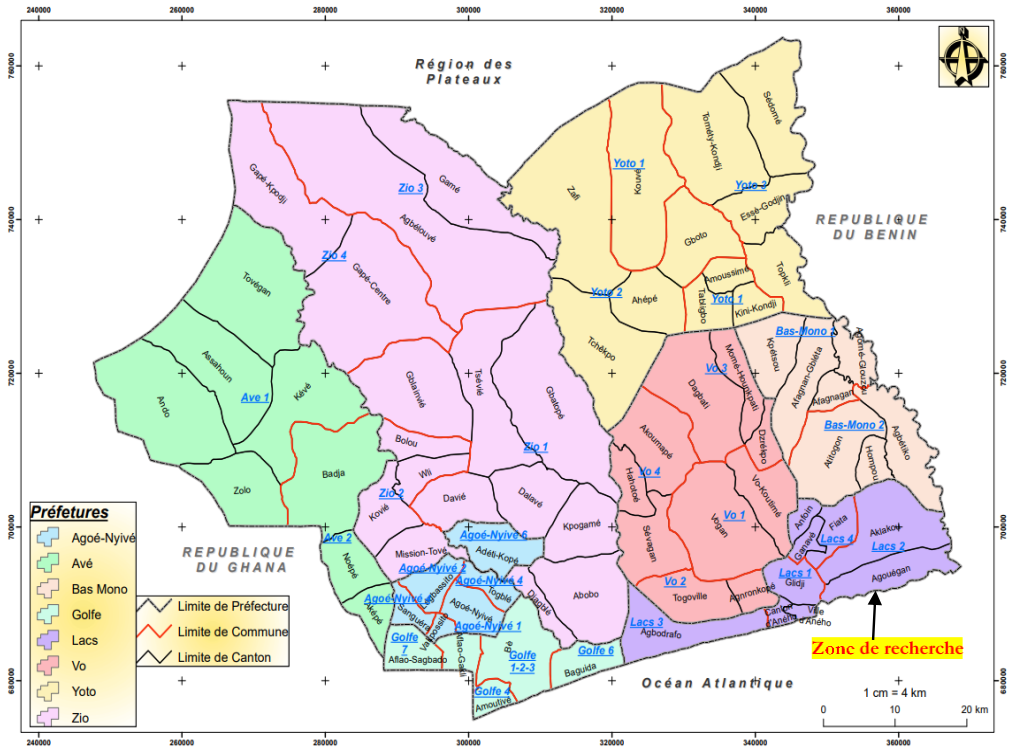


Figure 1 : Cartographie des communes de la région maritime avec indication de la zone de réalisation de l'étude

Source : adaptée à partir de MATDCL - Lomé (2019)

## 1.2. Matériels et méthodes

### 1.2.1. Matériels

Un certain nombre de matériels ont été utilisés dans cette recherche. Ceux-ci comprennent le guide d'entretien ou le guide de sujets pour la conduite des interviews et discussions de groupe avec les personnes ressources dont les femmes reboiseuses. L'observation participante a été aussi utilisée lors de la collecte des données en vue de cerner la cohérence entre le discours sur le processus de consultation et la pratique effective. Cette démarche se base sur les travaux de L. Savoie-Zajc (2004, p.137) et permet de renforcer et confirmer les données des entrevues, d'apprécier ce que les personnes disent qu'elles font, pour s'intéresser à leurs comportements et au sens qu'elles y donnent. Ceci a conduit l'enquêteur à participer discrètement à une réunion du groupement Novissi.

La recherche documentaire a permis de collecter d'importantes informations contenues dans de divers documents électroniques (rapports, politiques et programme de reboisement, articles scientifiques, mémoire et thèses sur les thématiques abordées par le présent travail, articles de presse...) et auprès des personnes-ressources rencontrées. L'analyse des documents relatifs au

développement des projets de reboisement en Afrique noire en général et en particulier le projet d'appui aux groupements féminins pour la restauration des paysages forestiers dans la préfecture des Lacs, nous a permis d'établir la problématique de la participation des femmes au reboisement, d'obtenir les données sur le contexte, les acteurs et la démarche utilisée.

Par ailleurs, un microphone fut utilisé pour enregistrer ces différentes discussions qui seront retranscrites par la suite. Un smart phone doté d'une caméra de très bonne performance fut aussi utilisé pour prendre des photos des plantations, des pépinières, des séances de discussions avec les femmes reboiseuses, et autres éléments pouvant contribuer à une bonne compréhension des activités de reboisement. L'enquêteur fut également équipé d'un carnet de notes pour noter certaines informations importantes au cas il y aurait un éventuel souci avec les enregistrements réalisés à l'aide du microphone.

### **1.2.2. Méthodes**

La technique qualitative de recueil d'informations a été utilisée en ce sens qu'elle permet de centrer le discours des interviewés (femmes reboiseuses essentiellement) autour de thèmes définis préalablement et consignés dans un guide d'entretien. L'étude ayant un caractère exploratoire, un guide d'entretien semi-structuré a été utilisé pour la collecte des données de terrain. Il a été testé et modifié de temps en temps dans le but d'aborder tous les sujets prévus. Aussi, les questions insatisfaisantes furent-elles modifiées, voire abandonnées après les interviews-tests. Dans ce cas, l'enquêteur a ajusté l'outil de collecte en vue d'approfondir des éléments manquants au début de la recherche et de ce fait, il a amélioré les outils qui ont servi pour la collecte proprement dite. Par ce travail, il n'y a que des informations précises et fiables qui sont recherchées. En fonction de l'interviewé, de la nature des données et de la quantité à recueillir, les échanges dans le cadre de la collecte des données qualitatives ont été faits soit sous la forme d'entretien semi-directif, soit sous la forme de focus group. L'entretien semi-directif a permis de faciliter l'expression propre de l'individu, et il a aidé à éviter que l'interviewé se sente enfermé dans des questions. La discussion avec une personne cible sur des sujets choisis a été faite en ne mentionnant que les grandes thématiques de la recherche. L'intervention de l'animateur est limitée afin de permettre à l'interviewé de s'exprimer librement, sans être influencé et guidé dans ses réflexions et réponses (H.J. Rubin et I. Rubin, 1995, p. 26). Pour le besoin d'associer à chaque propos des interviewés un identifiant lors des entretiens et focus groups, il a été trouvé un nom d'emprunt à chacune des femmes reboiseuses. Il commence généralement par Maman suivi du prénom imaginaire ou vrai d'un de leurs enfants.

Aussi, les points abordés par le guide d'entretien ont-ils principalement concerné le processus (phases et itinéraires techniques) du reboisement appliqué par les femmes reboiseuses, les éléments importants à considérer pour l'adhésion au reboisement, les pratiques gagnantes et les facteurs de résistance ainsi que les stratégies d'adaptation des femmes reboiseuses face aux pesanteurs propres aux sociétés patriarcales. Aussi, le chef canton, le président du Comité villageois de développement (CVD) et



quelques hommes, maris des femmes des deux groupements ont-ils été interviewés pour le besoin de vérification de certaines données relatives au foncier, à l'organisation des groupements et à la perception des hommes sur les activités de reboisement menées par les femmes. Ces personnes constituent des témoins privilégiés des activités des groupements. La sélection des participants aux entrevues s'est faite par échantillonnage théorique, selon les travaux de L. Savoie-Zajc (2004, p. 146), où les personnes choisies devaient posséder des compétences en lien avec les objectifs de l'entrevue. Les entretiens semi-directifs ont permis de recueillir individuellement et de façon approfondie les données de 09 hommes dont le chef canton et le président CVD. Des 37 interviewées, (06) femmes reboiseuses dont 03 membres fondateurs de chacun des deux groupements (Eyram et Novissi), ont accepté de participer aux entrevues au vu de leur ancienneté.

S'agissant du focus group, il a concerné exclusivement les femmes reboiseuses des deux groupements et les séances se sont déroulées séparément. Quatre (04) séances de focus group ont été organisées le 20 juillet 2023 et le 03 août 2023. Les femmes reboiseuses de ces groupements avaient un profil homogène (femmes entre 30 et 50 ans ayant toutes des charges familiales et exerçant soit en tant que productrices d'huile de coco, transformatrices et revendeuses de poisson fumés, etc.). Des discussions ont été menées afin de recueillir les différents points de vue (différences et points communs) de 42 femmes participantes des focus groups sans qu'une place ne soit laissée au trafic d'influence. Le but de cette méthode était de pouvoir donner la voix à tous les acteurs pour extraire les relations, les interactions, les représentations et les interprétations sur les thématiques de cette recherche. Chaque séance a vu la participation de 09 à 12 femmes qui, loin de se montrer timides, ont trouvé les échanges comme une opportunité pour parler librement de leurs expériences et de leur vécu en tant que femmes reboiseuses.

### **Données**

Différentes données ont été recueillies lors des sorties de terrains et des revues documentaires. La collecte des données primaires a essentiellement pris en compte les femmes des groupements Novissi et Eyram. Les sorties de terrain et les focus group discussions ont permis de collecter des données inhérentes aux plantations (constitution des pépinières, activités relatives aux travaux de reboisement, espèces plantées, état des plantations, etc.), aux itinéraires techniques, à l'organisation des deux groupements de femmes, aux différentes activités génératrices exercées par les femmes reboiseuses, à leurs stratégies d'adaptation, aux techniques développées pour concilier reboisement et vie de femme au foyer, aux perceptions paysannes dans la localité, aux facteurs d'implication dans le reboisement, aux rapports entre les groupements de femmes reboiseuses, l'autorité locale et l'entité organisatrice du projet de reboisement dans la localité (REFACOF). Ces données sont issues de 35 interviews (17 avec les femmes reboiseuses du groupement Eyram et 18 avec celles du groupement Novissi), qui ont porté sur l'intérêt socioéconomique du reboisement du point de vue des acteurs rencontrés.

La revue documentaire a essentiellement permis d'obtenir des données secondaires

qui recèlent les informations relatives aux perceptions paysannes, aux motivations et facteurs généraux contribuant ou décourageant l'implication des populations dans divers projets de développement non seulement au Togo mais aussi dans toute l'Afrique noire en vue de mieux cerner les contours du reboisement à Agouègan.

### **Analyse des données**

L'analyse des données a été effectuée sous formes d'analyse de contenu. Cette technique permet d'extraire les informations de manière objective et fiable, comme définie par B. Berelson (1952, p. 46), fondateur du concept de l'analyse de contenu. Il était question de s'interroger sur le sens contenu dans les données. À cette étape, la démarche était de démontrer dans quelle mesure les données collectées pouvaient servir de réponses à la question de recherche. L'analyse détaillée a porté essentiellement sur les contenus manifestes des modèles identifiés mais dans certains cas, elle s'intéressait également aux contenus latents en vue d'accéder au second sens (sens caché) potentiellement véhiculé (B. Wynants, 2019, pp. 8-9). Ainsi, les catégories prédéterminées à l'aide du cadre conceptuel et contenues dans notre première grille d'analyse ont été modifiées, rejetées et nuancées à la lumière des données.

Aussi, la transcription est-elle un instrument d'analyse pour étudier la signification des témoignages. L'analyse de contenu cherche à savoir ce qui est derrière les paroles sur lesquelles elle se penche (Bardin, 1977, p. 48). Après la transcription, le contenu est codé pour décrire, classer et transformer les données brutes en fonction du sujet d'analyse. Le traitement des données est fait sur la base d'une analyse qui établit le sens de l'opinion recueillie. L'objectif est de parvenir à une analyse objective afin d'interpréter les différences et similitudes entre les interviewés à l'aide de l'identification des informations incomplètes et contradictoires.

Après l'étape de transcription intégrale des enregistrements et une première analyse de ce contenu, une rencontre a eu lieu avec le président du CVD qui fait office de personne ressource des groupements pour son appui apporté s'agissant des aspects organisationnels et administratifs. Il est étroitement lié aux groupements de femmes reboiseuses, dispose d'un jugement respecté et a suivi de près la formation des groupements et le reboisement. L'objectif était de compléter et d'éclaircir certaines informations relatées dans les échanges avec les femmes reboiseuses à partir du moment où les femmes ont fait référence à lui pour des besoins de précision ou pour vérification. Il s'agit par exemple de s'assurer de l'authenticité des données recueillies, des objectifs des groupements, des dates des formations et leur contenu grâce à cette personne ressource. On note que la grande majorité des femmes reboiseuses ne sont pas instruites. C'est seulement les secrétaires qui savent écrire pour avoir fait le niveau primaire.

## 2. Résultats et discussion

### 2.1. Professionnalisation : organisation des groupements de reboiseuses et maîtrise des itinéraires techniques

A l'origine, les femmes reboiseuses d'Agouègan pratiquaient principalement des activités économiques comme la production et la transformation des produits agricoles, notamment les noix de coco en huile et le fumage de poissons. Le Réseau des femmes africaines pour la gestion communautaire des forêts (REFACOF) a organisé, à leur égard, des sessions de formation sur les techniques de production des plants en pépinières, le reboisement et l'agroforesterie. Pour le REFACOF, il s'agit de permettre aux femmes des groupements organisés de prendre une part active à la réalisation de la grande ambition quinquennale et décennale de reboisement du gouvernement togolais.

En termes d'organisation paysanne, il existe une certaine hiérarchie entre les femmes reboiseuses de chacun des deux groupements. Chaque groupement a à sa tête une présidente, une secrétaire et une trésorière. Les fonctions de la secrétaire sont fortement conditionnées à un certain niveau d'instruction lui permettant de tenir le cahier contenant les informations relatives aux activités du groupement. Toutefois, à part la secrétaire du groupement, le président CVD joue le rôle de secrétaire qui sert d'intermédiaire entre les deux groupements et REFACOF. Il possède un plus grand pouvoir décisionnel que les présidentes des deux groupements. Toutefois, on note que les groupements Novissi et Eyram n'étaient pas à l'origine destinés aux activités de reboisement. Le groupement Novissi était plutôt spécialisé dans la production de l'huile à base de noix de coco tandis que le groupement Eyram s'intéressait plus au fumage des poisons commercialisés sur le marché local.

En début de discussion, l'historique du groupement Novissi a été faite par les femmes reboiseuses pour démontrer l'intérêt de l'organisation des femmes pour la cause du reboisement. Maman Geoffroy, nom d'emprunt d'une reboiseuse, rappelle : « *nous sommes allées à une formation et on nous a montré comment nous pourrions organiser le groupement du reboisement. Ça nous a plu et nous avons intégré le groupement* ». Réagissant sur le bien-fondé de l'appartenance au groupement, la présidente de « Novissi » fait savoir que : « *on organise des réunions périodiques où on évoque les difficultés liées aux diverses questions et on propose des solutions pour les résoudre* ».

L'implication effective dans les initiatives crée le leadership des femmes en contribuant à leur épanouissement, à leur autonomisation financière à long terme et fait qu'elles arrivent à prendre la parole aisément pour défendre leurs opinions.

Les cotisations sont très importantes pour le fonctionnement des groupements et la conduite de leurs activités. A la question de savoir comment est né le groupement, les propos de la trésorière du groupement Novissi précisent que la mutualisation des moyens constitue le fondement des groupements ; lesquels apparaissent comme une tontine commerciale à la base :

Quand le groupement grandissait, nous cotisons 100 francs et cinq noix de coco chaque jeudi. Les noix devenaient nombreuses et c'est là que nous avons commencé par produire de l'huile. Nous avons réinvesti l'argent provenant de la vente de l'huile dans l'achat de plus de noix. Cela fit que nous aussi nous sommes devenues des productrices d'huile. C'est donc de ce groupement d'huile que naquit le projet de l'arbre auquel nous adhérons. (Propos de Maman Ella).

De leur côté, les membres du groupement Eyram adoptent la même logique altruiste qui consiste à s'apporter une assistance mutuelle pour soulager les besoins des ménages des membres du groupement. Un membre du groupement s'exprimant sur la régularité des cotisations confie : « à chaque réunion, on fait des cotisations qui permettent de se payer un carton de poissons partagés entre les femmes pour soutenir les efforts au niveau des ménages » (propos de Maman Sylvie).

L'implication des femmes reboiseuses se traduit par leur adhésion à l'innovation et au changement social ; lequel est compris comme « toute transformation observable dans le temps qui affecte d'une manière qui ne soit pas que provisoire ou éphémère, la structure ou le fonctionnement de l'organisation sociale d'une collectivité donnée et modifie le cours de son histoire » (G. Rocher, 1968, p. 22). Les femmes des deux groupements ont été formées sur les itinéraires techniques du reboisement par REFACOF. Ces derniers comprennent l'ensemble du processus allant de la préparation du terrain à l'entretien des plants, en passant par la création des pépinières, la mise en terre des plants, les techniques d'arrosage, etc. L'analyse des données recueillies sur les itinéraires techniques témoigne de la maîtrise des phases et du processus de reboisement par les femmes des groupements.

L'une d'entre elles rappelle les itinéraires techniques qu'elles ont appris lors de la formation et qu'elles pratiquent sur le terrain :

[...] C'est ce qu'ils [les formateurs] nous ont appris. Quand il faudra mettre le plant en terre il faut préparer le terrain qui le recevra. Ils nous ont appris deux types de pépinières. Ils ont dit qu'on pourrait en créer directement dans le sol. Mais dans ce cas il faudra veiller à ce que le plant ne sente pas qu'il a été déterré pour un autre espace. Nous avons vu que cette technique nous donnerait plus de travaux. Nous nous sommes donc dit que si nous ne trouvons pas l'argent pour payer les pots, nous nous servirons des sachets de "Pure water". Comme cela quand viendra le moment d'aller mettre les jeunes plants sur le terrain, nous n'aurons plus à les déterrer.

Au vu des opinions et de l'observation des pratiques des femmes reboiseuses, il se révèle un enthousiasme que cache à peine leur participation aux réunions périodiques quelques fois rien que pour poser des difficultés auxquelles elles s'efforcent de trouver des solutions pratiques. Ainsi, elles improvisent des solutions à défaut d'avoir des moyens pour s'offrir des pots dans lesquels les jeunes plants vont pousser pour être repiquer après. Très réceptives aux connaissances acquises depuis leur adhésion à la vision de reboisement, les femmes reboiseuses ont pour leur écrasante majorité, exprimé leur satisfaction de la réussite des plantations qu'elles entretiennent non sans difficulté. L'implication des femmes reboiseuses les amène à éviter d'adopter des comportements hostiles à la préservation des ressources naturelles (coupe anarchique des arbres) : changement de comportement de ces femmes qui jadis faisaient pression

sur les ressources (ligneuses) pour satisfaire leurs besoins, en faveur de la sauvegarde environnementale. Une femme reboiseuse donne la raison primordiale selon elle qui justifie la protection des plantes.

Les arbres nous attirent la pluie. Dans un milieu où il y a beaucoup d'arbres, à peine le ciel devient sombre qu'il pleut. C'est pourquoi on nous demande de ne pas couper les arbres. Maintenant que nous avons recommencé à les planter, Dieu sera dedans et ils nous serviront à faire toutes ces choses. (Propos de Maman Bertine).

A une autre reboiseuse d'ajouter : « *Si nous voulons préparer à la cuisine, nous utilisons désormais les débris de cocotier. Donc nous ne coupons plus les arbres ici. Avant nous en coupions. Plus maintenant* ». (Propos de Maman Didier).

D'un autre côté, à force de pratiquer les connaissances acquises, elles ont développé une expertise dans le domaine du reboisement, grâce à laquelle elles sont à même de faire des pépinières et de satisfaire aux demandes de plantules d'autres acteurs de reboisement. Il se révèle de l'analyse des données que l'expérience du reboisement galvanise ces femmes à s'impliquer davantage dans les activités des groupements.

A contrario, l'expérience de reboisement est mal vécue par les femmes qui n'ont pas suivi la formation sur le reboisement ou celles dont l'attente de gagner de l'argent facilement en appartenant aux groupements de femmes reboiseuses ne s'est pas réalisée. Mais elles sont plutôt confrontées à faire des dépenses pour entretenir les arbres plantés. Ces propos illustrent l'état d'esprit et surtout la forme d'implication développée par certaines femmes qui voulaient se servir de l'appartenance au groupement pour se faire de l'argent « facile » : « *Avant, nous étions plus nombreux dans le groupement que nous le sommes aujourd'hui. Les autres pensaient qu'en plantant, il y aurait un salaire qui nous viendrait de quelque part. Comme elles n'ont rien trouvé dedans, mais au contraire des sacrifices personnels, elles se sont retirées* ». (Propos de Maman Bernadette).

Ces femmes ont quitté les groupements et leur attitude révèle qu'elles ont fait preuve d'une implication calculée au lieu peut-être d'une implication affective ou d'une implication normative par respect aux valeurs et règles de l'association qui consolident la solidarité et la cohésion entre les membres de même groupement.

## **2.2. Logiques paysannes : perceptions du reboisement, motivations des reboiseuses**

Il ressort des informations recueillies que les femmes reboiseuses d'Agouègan ont diverses perceptions sur l'arbre. Ces perceptions constituent d'importants facteurs qui déterminent leur participation dans les initiatives de reboisement. Premièrement, elles semblent montrer un certain niveau de conscience écologique ou de durabilité qui se traduit par le fait qu'elles s'impliquent dans les initiatives pour reconstituer et sauvegarder un patrimoine forestier pour les générations futures afin de permettre à celles-ci d'en tirer les éléments nécessaires pour répondre à certains besoins de leur vie quotidienne. Maman Bernadette confie :

[...] Quant à nous, nous croyons que si nous n'en mangeons pas les fruits demain, nos enfants en mangeront. Si les arbres grandissent et qu'il n'y a plus de tables-bancs

pour nos enfants, on les coupera pour en fabriquer. Ainsi, [silence] par-là, notre nom demeure [...].

L'existence de cette perception chez la majorité de ces femmes à revenus faibles est en effet surprenante quand on sait que les foyers de faibles revenus ont généralement un intérêt faible pour les questions écologiques. Les opinions recueillies auprès de la quasi-totalité des femmes reboiseuses vont à l'encontre de l'assertion de l'ancienne première ministre de l'Inde Indira Ghandi faite lors du premier sommet de la Terre à Stockholm : « *le pire ennemi de l'environnement, c'est la pauvreté* ». (L. Bekingalar 1993, p. 94). Les résultats de L. Pleines et al. (1995, p. 67) souscrivent entièrement au point de vue largement partagé par les femmes reboiseuses quand ils révèlent que « *la production ligneuse semble plus importante pour les villageois démunis que pour les plus favorisés* ». Cet intérêt des femmes pour les questions écologiques résulterait probablement des campagnes de sensibilisations sur les questions environnementales qui ont sillonné la localité. Il peut être également la résultante des réponses de complaisance pour se faire apprécier. Dans ce sens, les opinions recueillies relèvent de discours « implicationnels » destinés possiblement à plaire à soi ou aux autres. Ce faisant, certaines implications affectives et normatives relèveraient plus du conformisme que d'une véritable adhésion aux valeurs et aux buts des groupements de femmes à vocation écologique avec un intérêt accru pour le reboisement.

D'un autre côté, elles associent une augmentation de la pluviométrie de la localité à la couverture végétale, une situation difficile à prouver du fait de la superficie occupée par les plantations et le caractère encore jeune des plants. En effet, la présidente d'un groupement confie : « [...] là où il n'y a pas d'arbre, il ne pleuvra point. [...] ». A Maman Thérèse d'ajouter que : « [...] du fait des besoins en bois, [silence] les arbres ont commencé par se faire rares, et nous en souffrons. Aussi, il ne pleuvait plus [...] ». Les femmes comprennent également que les arbres contribuent à un adoucissement de la température locale, un élément qui leur est particulièrement important dans un contexte d'augmentation de températures généralisée. Elles ont d'ailleurs confirmé une diminution de la chaleur qu'elles ressentaient avant le programme de reboisement.

Les reboiseuses assimilent également l'arbre à la vie dont elles se réclament « garantes ». Ceci se reflète surtout dans le slogan « Atiii... Agbeee... [l'arbre, c'est la vie] » qu'elles utilisent lors de l'animation de leurs réunions pour le ralliement des membres autour des valeurs qu'il résume. Interrogées sur ce slogan, elles ont confié que l'arbre fait partie intégrante de tout le parcours de la vie humaine sur terre. A maturité, elles envisagent tirer des plantations, du bois d'exploitation pour la construction, la confection de meubles traditionnels, de tables-bancs pour leurs enfants élèves. Avant de faire la visite de la plantation des groupements, la discussion a concerné les espèces d'arbres présentes sur le terrain. Les propos suivants présentent les espèces d'arbres mis en terre et entretenus. Maman Happy souligne :

« Nous plantons l'acacia, l'eucalyptus, Zanguératsi, Mawoguen, Kokloduti<sup>54</sup>[...] Nous plantons diverses espèces dont nous ne maîtrisons même pas les noms. On nous a même dit qu'il y en a un qui sert à fabriquer une arme à feu ».

Les reboiseuses s'intéressent aux Produits forestiers non ligneux (PFLN) qu'elles consomment et dont elles font usage dans leur vie quotidienne et qui entrent dans la préparation de produits médicinaux. L'utilité des plantes eu égard à la maladie qu'elles traitent se présentent comme suit : « Il y en des arbres parmi ceux que nous plantons qui guérissent. Quand vous prenez Mawoguen, l'écorce traite les plaies. De même, Zanguera tsi... ça fait le paludisme ». (Propos de Maman Didier). Maman Sabin précise avec un complément :

C'est seulement ces deux espèces qui servent de plantes médicinales pour nous. Mawoguen et Zanguéra tsi [cassia siamea]. En ce qui concerne Mawoguen [khaya senegalensis], si vous avez une plaie qui ne guérit pas et que vous faites fumer l'écorce à la plaie, cette dernière guérit.

Quant aux arbres fruitiers, elles n'en ont pas planté jusqu'alors mais devraient les mettre en terre d'ici peu, comme en témoignent sur place les pépinières de jeunes orangers. D'autres opinions recueillies faisant état des motifs et buts pour lesquels les membres des groupements adhèrent au reboisement révèlent le renforcement de leur autonomisation économique :

[...] Nous faisons partie de l'association puisqu'il y a beaucoup de bénéfices que nous trouvons dedans. Après avoir planté les arbres et que ceux-ci arrivent à maturité, on peut les couper et en faire du charbon par exemple. On aura donc des revenus de la vente, lesquels nous aideraient nous et les autres. C'est pourquoi nous faisons des efforts pour en planter, pour en tirer des profits [...]. (Propos de Maman Happy).

Cependant, en ce qui concerne l'exploitation du bois, les auteurs ne manquent pas de relever que bien que les femmes mentionnent le besoin d'exploitation de bois pour la construction, c'est en réalité les hommes qui y sont beaucoup plus enclins, les femmes s'intéressant plus au bois de chauffe. D'un autre côté, elles réalisent qu'elles peuvent associer sur les mêmes parcelles cultures et plantations (agroforesterie), et par la même occasion exploiter du bois pour la cuisson et la fabrication de petits meubles. Elles tirent aussi certains revenus de la vente des pépinières. En effet, les personnes qui acceptent planter, le font parce que généralement, elles espèrent en retour un intérêt. D'où l'implication calculée et l'implication aliénante qui expliquent l'intervention de certaines femmes reboiseuses dans les groupements au vu des sacrifices consentis mais également de leur dépendance de ces groupements qui semble irréversible et de l'intérêt recherché dans le reboisement. La cause écologique

---

<sup>54</sup> Les trois espèces dont les noms sont donnés en éwé, langue locale parlée dans la zone de l'étude. Zanguératsi est le *cassia siamea* et mawoguen est le *khaya senegalensis*. Pour le troisième (kokloduti), l'équivalent en français n'est pas trouvé auprès des personnes ressources.

n'est pas tant défendue, sinon elle est entretenue par l'intérêt matériel ou des valeurs médicinales attendues des arbres qui sont plantés.

Toutefois, personne ne nie leur expertise dans le domaine du reboisement depuis qu'elles ont suivi des formations et que les groupements auxquels elles appartiennent marquent les esprits de par leur intervention sur le terrain. L'implication de ces femmes dans le reboisement constitue pour elles une source de prestige au sein de la communauté. Cela est traduit par le fait qu'elles se réclament fièrement membres des groupements de reboiseuses et qu'elles confient susciter admiration et respect de certaines des femmes de la communauté même s'il y en a d'autres qui ne comprennent pas que sans salaire ni indemnité, elles s'engagent tant dans les groupements. Elles considèrent également les activités de reboisement comme un levier qu'elles pourraient utiliser pour leur reconnaissance sur le plan national et international, surtout dans le contexte actuel de promotion et de médiatisation des luttes et efforts au niveau communautaire contre le réchauffement climatique. Ainsi, ces reboiseuses renforcent leur rôle au sein de la communauté.

Au vu de ce qui précède, le chef canton n'a pas hésité à mettre gratuitement à leur disposition les parcelles pour abriter les plantations. Mais on note que cette situation n'a pas permis d'étudier certains aspects fonciers comme par exemple si les femmes accepteraient de mettre à disposition leurs propres parcelles pour recevoir les plantations. Ceci serait un élément de plus qui permettrait d'apprécier davantage leur degré d'implication.

Les rapports entre ce que les femmes reboiseuses disent qu'elles pensent et ce qu'elles font, sont suivis de près lors de ce travail dans le but de savoir dans quelle mesure les implications évoquées dans les discours se retrouvent effectivement dans les décisions prises.

L'implication s'apparente à une représentation du reboisement, exprimée lors des discussions ou entretiens. Elle est dynamique au point où en fonction des éléments dont dispose l'interviewée du sujet de discussion, même lorsqu'à partir des opinions des autres participants, elle se ravise en construisant de nouveau son opinion, sa représentation du reboisement et par-là, la forme de l'implication qui est désormais développée. De par les expériences acquises ou partagées, l'implication d'une participante aux discussions de groupe change d'une forme à une autre, de l'implication affective à l'implication calculée par exemple. Ainsi, une fois après avoir affirmé son attachement émotionnel, après s'être « fièrement » identifiée au groupement de femmes reboiseuses et à l'engagement en faveur du reboisement. Un membre des groupements de femmes reboiseuses qui développe une forte implication affective reste dans la vision de reboisement par conviction. D'un autre côté, il convient d'admettre qu'il existe une pluralité de motivations qui déterminent tout comportement humain. L'action ou dans notre cas, l'implication des femmes dans les activités de reboisement résulte toujours d'une intention, même si cette dernière ne se résume pas seulement à un intérêt personnel ou à un calcul en termes de coûts/avantages (I. Guerin, 2003, p. 41). Ainsi, les femmes reboiseuses confirment s'impliquer dans les initiatives puisqu'elles espèrent en tirer certaines retombées qui



peuvent provenir des produits des plantations. Ces propos de Maman Happy en sont l'illustration : « *Nous faisons partie de l'association puisqu'il y a beaucoup d'intérêts, de bénéfices que nous trouvons dedans [...]* ». Même des opportunités de formations sont organisées à leur endroit et il y en a qui sont encore prévues pour la suite.

Ceci reflète une implication instrumentale ou calculée qui laisse penser que leur participation est carrément liée à ces intérêts. Cependant, selon les informations recueillies, elles semblent avoir un attachement beaucoup plus affectif qui surpasse les simples intérêts qu'elles pourraient tirer des plantations. En effet, selon le témoignage de Maman Bernadette :

[...] Les autres pensaient qu'en plantant, il y aurait un salaire qui nous viendrait que quelque part. Comme elles n'ont rien trouvé dedans, mais au contraire des sacrifices personnels, elles se sont retirées ... Nous avons dû utiliser l'argent qui aurait pu servir à nourrir nos enfants pour préparer le terrain. Il fallait se mettre au milieu des broussailles où nous trouvions des mille-pattes, des scorpions. Ces expériences leur avaient fait peur. En plus des dépenses qu'elles devaient faire d'elles-mêmes, elles ont préféré abandonner le travail ainsi que le groupement.

Cet attachement prend un sens beaucoup plus important dans la mesure où les femmes reboiseuses savent bien que les retombées qu'elles peuvent espérer tirer des plantations est conditionnée par une autorisation spéciale du chef canton.

### **2.3. Gouvernance, durabilité du reboisement**

Pour le présent travail, il est opportun de dépasser le déclaratif pour ressortir les éléments d'implication en prenant en compte la place des femmes reboiseuses dans la prise de décision concernant les activités de reboisement et leur participation à toutes les phases depuis la conception des initiatives, le choix des espèces ou des semences, le choix et la préparation du terrain, la mise en terre des plantules, le suivi et l'entretien des plantations et l'exploitation des arbres. Ceci garantit la prise en compte des besoins et aspirations des membres de ces femmes, gage de la durabilité du reboisement.

Chacun des deux groupements de femmes reboiseuses est bien organisé, ayant à sa tête une présidente, une secrétaire et une trésorière. Toutefois, ils considèrent toujours le groupe REFACOF et le chef canton comme étant à la tête de la hiérarchie. Elles affirment n'avoir aucun pouvoir de décision en ce qui concerne le choix des semences ou les orientations du reboisement. Sur ces questions, elles ne suivent que les directives tracées par REFACOF. Comme Maman Tata le précise aussi : « *Nous n'avons souvent aucune réponse à leur donner puisque c'est eux qui ont apporté le projet. Nous ne suivons que ce qu'ils pensent être meilleur pour le projet* ». Il s'agit là clairement d'une approche Top-down qui est utilisée par REFACOF et peut-être à raison : « *Nous ne savons pas comment les choses doivent se faire* », confie Maman Bertine, l'une des femmes reboiseuses. Toutefois, elles ne se sentent pas gênées par cette situation et visiblement ne témoignent pas en recevoir une quelconque souffrance, ce qui semble exclure une implication aliénante. ; qui plus est, elles semblent comprendre les raisons pour lesquelles ces espèces ont été plantées. Elles

défendent le choix des espèces d'arbres planté quoi que n'ayant pas été impliquées. Cependant, K. Dembélé *et al.* (2022, p. 1752) pensent que cette époque où les communautés doivent recevoir des idées toutes faites provenant de responsables de projets est révolue, mais qu'il faut créer un cadre de concertation qui regroupe tous les acteurs potentiels pour mieux organiser les activités. Pour une implication effective, la participation des femmes doit être active, c'est-à-dire se faire sentir à tous les niveaux jusqu'à la sphère décisionnelle, et non se limiter seulement au rôle d'exécutantes. Les entretiens avec les femmes reboiseuses révèlent qu'elles sont enfermées dans un rôle d'exécutantes.

Si nous devrions faire quelque chose, ce n'est pas nous qui décidons. C'est ceux [les membres de REFACOF] qui viennent de Lomé qui disent que ceci doit se faire comme ceci... et aussi celui qui est à notre tête ici, le grand secrétaire qui est à notre tête ici. S'ils en discutent entre eux, nous, on travaille seulement. Nous suivons seulement ce qu'ils nous disent en ce qui concerne ce qui devrait être fait. (Propos de Maman Ella).

#### **2.4. Stratégies d'adaptation et de conciliation des activités de reboisement et de la vie familiale**

Pour s'adapter au nouveau aux exigences dues à la transformation du fonctionnement de l'organisation des groupements, les femmes reboiseuses développent des stratégies qui vont des actes d'encouragement au profit de celles d'entre elles qui ont du mal à s'y conformer au.

Nous avons un jour où... nous avons quelqu'un qui circule chez tous les membres et leur dit que tel jour nous irons dans les plantations. [...] Mais si nous y allons, nous n'y restons pas tard jusqu'à la tombée de la nuit de sorte à ne pas abandonner le foyer. Quand nous revenons, nous avons une patience avec laquelle nous parlons à nos époux pour qu'ils ne s'énervent pas. [...] (Propos de Maman Didier).

En termes de stratégies de conciliation des activités de reboisement et de la vie familiale, les femmes ont développé une bonne planification en la matière. Quelques fois, en dehors des travaux domestiques, elles pratiquent jusqu'à trois ou quatre différentes activités génératrices de revenus. Elles ont donc défini des jours et des heures spécifiques consacrés aux activités régaliennes et des jours consacrés aux activités de reboisement. Dans tous les cas, elles ne consacrent pas plus de trois jours par semaine au reboisement.

Les jours consacrés au reboisement ne sont pas fixes mais varient en fonction de certains paramètres comme la vitesse de propagation des mauvaises herbes, ou encore du fait de certains imprévus comme la visite surprise de la présidente de REFACOF. Il arrive aussi qu'il y ait des chevauchements entre le temps alloué aux travaux agricoles et celui alloué au reboisement comme Maman Ella le souligne :

Mais ce qui nous dérange est que nous n'avons pas assez de temps pour nous occuper de nos propres activités comme nous le faisons autrefois... nous avons plusieurs réunions, les enfants sont là et on doit manger. Mais nous voudrions qu'ils [REFACOF] nous soutiennent davantage, car le temps nous fait défaut au point où nous n'arrivons plus à nous occuper de nos activités.

Ces autres activités varient selon les femmes et comprennent essentiellement la vente de produits agricoles, des beignets, et autres produits de consommation générale, que la plupart d'entre elles vendent de maisons en maisons. Même si les activités champêtres prennent une bonne partie de leur temps, elles en ont encore pour vaquer à d'autres activités. Maman Théophile en parle en ces termes : « *Quant au champ, après avoir semé, il faut juste chercher des gens qui iront le cultiver* ». A la question de savoir laquelle des activités entre le reboisement et les activités régaliennes des femmes reboiseuses, prend plus de temps, les femmes ont unanimement dit que le reboisement prend moins de temps dans la semaine. « *Si nous avons à semer, nous y allons environ deux fois. Sinon, nous n'y allons qu'une seule fois dans la semaine* » confie Maman Christophe.

De façon générale, les femmes donnent une importance particulière à leurs responsabilités de femmes au foyer, et de ce fait font tout leur possible pour que leur participation aux activités de reboisement n'empiète pas sur leurs devoirs domestiques. Dans le contexte togolais, les statuts d'épouse et de mère sont très valorisés au point où personne n'est prêt à sacrifier son foyer pour le reboisement. Les femmes en deçà de 45 ans, et encore plus celles qui ne dépassent pas 35 ans et qui vivent au foyer ont plus tendance à vouloir préserver leur vie de foyer que celles qui tutoient le troisième âge. Ces dernières ne pensent qu'à la vie de leurs petits-enfants. Elles disent devoir préserver la qualité de la vie pour les générations présentes et futures, les femmes ont un rôle important à jouer dans la promotion du développement durable.

Elles ont été même formées par REFACOF sur ces questions. Ainsi quand une situation pareille survient, elles ont leurs manières de s'y prendre pour ne pas vexer les hommes.

Ces retards sont plus susceptibles d'avoir de plus grands impacts sur les jeunes femmes mariées qui sont entre 30 et 35 ans que sur les plus âgées d'entre elles. Mais dans tous les cas, elles comprennent qu'elles doivent assurer les soins pour le foyer avant d'avoir la bénédiction des hommes, lesquels ne s'opposent plus à leurs activités. En effet, selon N. Kpadonou (2019), même si leurs époux les encouragent même quelques fois dans les activités de reboisement, ce n'est pas pour autant qu'ils sont prêts à assurer les tâches domestiques en leur absence, puisque les travaux domestiques sont « naturellement » destinés aux femmes, une situation qui rend difficile leur implication ; d'ailleurs, elles accordent une importance capitale à leur rôle de bonnes femmes au foyer qu'elles veulent bien assumer. « *La bonne épouse est celle qui s'occupe bien de son ménage et de son époux* » (id., p. 21). Même si le fait d'avoir une domestique constitue une stratégie utilisée par les femmes des foyers aisés à Lomé pour concilier la vie familiale et celle professionnelle (T. B. Gnoumou et al., 2021, pp. 10-11), cette option est absolument inconcevable dans le contexte du monde rural où les femmes risquent même une exclusion sociale à cause de leur soustraction aux tâches domestiques (D. Fougeyrollas-Schwebel, 1994, p. 70).

## **Conclusion**

L'implication des femmes organisées au sein des groupements de reboisement a suscité tant d'attention et le présent article a exploré les facteurs qui participent à l'essor du reboisement. Au regard des éléments d'analyse de ce travail, la professionnalisation, les logiques paysannes liées à la perception et aux motivations des reboiseuses, la gouvernance et les stratégies d'adaptation ou de conciliation des rôles régaliens des femmes au foyer et ceux de femmes reboiseuses, il se révèle une pluralité de motivations, d'où le passage d'une forme d'implication à une autre. Les femmes prennent la décision de s'impliquer dans le reboisement pour diverses raisons, notamment la préservation de l'environnement, la sécurité alimentaire, l'amélioration des moyens de subsistance, la création d'emplois verts et la lutte contre le changement climatique. Aussi, en participant activement au reboisement, les femmes renforcent-elles leur leadership au travers de leur rôle au sein de la communauté.

Les deux formes d'implications les plus développées par les femmes reboiseuses étant l'implication affective et celle calculée, il est constaté la combinaison de l'implication avec l'implication normative dans les expériences des acteurs de reboisement. Autant les expériences du reboisement influencent l'implication des femmes reboiseuses à s'investir dans la vision des groupements dédiés au reboisement, autant les besoins du quotidien les amènent à viser leur bien-être socioéconomique, d'où l'implication calculée et quelques fois aliénante qu'elles développent. Les femmes reboiseuses ne sont pas impliquées au niveau décisionnel mais elles ne semblent pas s'en offusquer. Elles ont su mettre les hommes de leurs côtés dans les activités de reboisement en privilégiant leur rôle de femmes au foyer auxquels elles associent les travaux dans les plantations. Autant le développement des communautés ne peut se faire sans la participation active de tous (les hommes, les jeunes mais aussi et surtout les femmes), autant la mobilisation autour du reboisement peut être faible si cela n'entraîne pas non seulement une nouvelle répartition des tâches mais aussi celle des revenus.

## **Remerciements**

Nous tenons à exprimer notre gratitude au chef canton et au président CVD d'Agouègan d'avoir facilité cette étude dans la localité. Nos gratitude vont également à ces femmes qui ont sacrifié leur temps pour cette recherche, ainsi que les membres de l'équipe de recherche (Kwami Serge Foga Agbetossou, Kodjo Messan Apeti, Joseph Fantchao Bleoussi, Yona Tenon et Kossitsè Dzidzova Apedo).

## Références Bibliographiques

- BARDIN Laurence, 1977, *L'Analyse de contenu*, Paris, PUF.
- BEKINGALAR Lodoumgoto, 1993, *Pauvreté urbaine et environnement : le cas de la ville de Ouagadougou*, Mémoire de Maîtrise en géographie, Université de Ouagadougou.
- BELLONCLE Guy, 1981, *Participation de la population au développement de l'agriculture : propositions pour une nouvelle méthodologie de la vulgarisation dans les pays du sahel*, Note de synthèse préparée par M. Guy Belloncle pour l'atelier de Bamako (octobre 1981) sur la formation dans les projets.
- BERELSON Bernard, 1952, *Content analysis in communication research*, Illinois, Free Press Glencoe.
- DEMBELE Kamafily, DIALLO Souleymane, FANE Siriki, FOFANA Soumana, AHMED Abubakar et YUSSUF Maharazu, 2022, « Rôle des communautés rurales dans la restauration de la couverture forestière pour l'atténuation des effets au changement climatique : cas de la commune rurale de Koury dans la zone soudanienne du Mali », *Global Scientific Journal*, Volume 10, Issue 9, p. 1746–1753. Online: ISSN 2320-9186, [www.globalscientificjournal.com](http://www.globalscientificjournal.com)
- ENRIQUEZ-SARANO Fleur, 2000, « Les habitants du Sahel face à la déforestation, activités quotidiennes et lutte des femmes », *Courrier de l'environnement de l'INRA*, n°41.
- FOUGEYRAS-SCHWEBEL Dominique, 1994, « Entraide familiale : de l'universel au particulier », *Sociologie contemporaine*, n° 17, p. 51-73.
- GNOUMOU Thiombiano Bilampo, TOUDEKA Ayawavi Sitsopé et JEAN Simon David, 2021, « Conciliation vie familiale et vie professionnelle par les femmes travaillant dans le secteur public de la santé à Lomé : quelles stratégies d'adaptation ? », *Revue Interventions économiques* [En ligne], 65, | mis en ligne le 01 décembre 2020, consulté le 03 février 2021. URL : <http://journals.openedition.org/interventionseconomiques/12705> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/interventionseconomiques.12705>.
- GUERIN Isabelle, 2003, *Femmes et économie solidaire*, Paris : La Découverte.
- KPADONOU Norbert, 2019, *Travail-famille : conciliation des rôles économiques et domestiques dans trois capitales d'Afrique de l'Ouest*, Presses Universitaires, 319 p.
- MINISTERE DE L'ENVIRONNEMENT ET DE LA RESSOURCE FORESTIERE, 2011, *Politique forestière du Togo 2011-2035*, Lomé.
- MINISTERE DE L'ENVIRONNEMENT ET DE LA RESSOURCE FORESTIERE, 2017, *Programme National de Reboisement du Togo 2017-2030*, Lomé.

- MEYER Jean-Pierre et ALLEN Nicholas Justin, 1991, « A three-component conceptualization of organizational commitment », *Human Resources Management Review*, I, p. 61-89.
- OFFICE DES NATIONS UNIES CONTRE LA DROGUE ET LE CRIME, 2016, Recueil des règles et normes de l'Organisation des Nations Unies en matière de prévention du crime et de justice pénale.
- PLEINES Thierry, SCHMITHÜSEN Franz et SORG Jean-Pierre, 1995, « Logiques paysannes et reboisement : le cas d'Andohavary sur les hautes terres de Madagascar », *Les Cahiers de la Recherche Développement*, 42, p. 62-76.
- ROCHER Guy, 1968, « Introduction à la sociologie générale », t.3, *Le changement social*, Paris, Points Seuil.
- RUBIN Herbert Joseph et RUBIN Irene, 1995, *Qualitative interviewing, the art of hearing data*. Thousand Oaks. CA, Sage. 26.
- SAVOIE-ZAJC Lorraine, 2004, « La recherche qualitative/interprétative en éducation », In T. Karsenti et L. Savoie-Zajc (eds.), *La recherche en éducation : étapes et approches*, p. 122-151, Sherbrooke, Quebec : éditions du CRP.
- WYNANTS Bernadette, 1990, « Le projet de l'analyse de contenu en sociologie », *Méthodes d'analyse de contenu et sociologie* [en ligne]. Bruxelles : Presses de l'Université Saint-Louis, 1990 (généré le 20 décembre 2023). Disponible sur Internet : ISBN : 9782802803751. DOI : <https://doi.org/10.4000/books.pusl.16714>.

# PRISE EN CHARGE DES GESTANTES ET PARTURIENTES ATTEINTES DE COVID-19 À LA CLINIQUE DE GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE DU CHU-SO

**Ameyo Ayoko KETEVI<sup>1\*</sup>**

Université de Lomé, Togo

[tketevi@yahoo.fr](mailto:tketevi@yahoo.fr)

**Komlan Alessi ANDELE<sup>1</sup>**, Université de Lomé, Togo, **Edem LOGBOH-AKEY<sup>2</sup>**, Université de Kara, Togo, **Djima Patrice DANGBEMEY<sup>3</sup>**, Université d'Abomey-Calavi, Bénin, **Akila BASSOWA**, Université de Lomé, Togo, **Yandja Pounipo LAMBONI<sup>1</sup>**, Université de Lomé, Togo, **Abdoul Samadou ABOUBAKARI<sup>2</sup>**, Université de Kara, **Koffi AKPADZA<sup>1</sup>** Université de Lomé, Togo

---

## Résumé

**Introduction:** La COVID-19 est une maladie infectieuse causée par un nouveau virus de la famille des coronavirus du nom de SARS-CoV2. Du fait de la vulnérabilité des femmes enceintes aux infections, une prise en charge adéquate et rapide sans risque pour la gestante et sa grossesse s'avère donc impérative. L'objectif de ce travail est d'évaluer la qualité de la prise en charge des gestantes et parturientes atteintes du COVID-19 à la clinique de Gynécologie-Obstétrique du centre hospitalier universitaire Sylvanus Olympio (CHU SO). **Méthodes :** Il s'est agi d'une étude transversale descriptive réalisée à la clinique de Gynécologie-Obstétrique du CHU SO de Lomé, du 1<sup>er</sup> avril 2020 au 31 juillet 2022 chez toutes les gestantes et parturientes admises et testées positives au COVID-19. **Résultats:** la prévalence hospitalière était de 0,2%. L'âge moyen était de 31± 6,8 ans. Aucune patiente n'était vaccinée contre COVID-19 avant l'admission. La toux était présente chez 68,3% des patientes. Dans 79,3% des cas, les patientes avaient reçu un traitement à base d'azithromycine, hydroxychloroquine et vitamine C. La voie basse était le mode d'accouchement indiqué dans 70,7%. Le pronostic materno-fœtal était plus favorable lorsqu'un traitement était institué à la mère avec un lien significatif ( $p < 0,05$ ). **Conclusion:** la maladie à COVID-19 est une nouvelle pandémie qui n'épargne pas les femmes enceintes. La vaccination garde une place capitale dans la prévention des cas graves.

**Mots clés:** COVID-19, gestante, parturiente, CHU-SO, Togo.

---

<sup>1</sup>Département de gynécologie-obstétrique, Faculté des sciences de la santé, Université de Lomé, Togo.

<sup>2</sup>Département de Gynécologie - Obstétrique, Faculté des Sciences de la Santé, Université de Kara, Togo

<sup>3</sup> Département de gynécologie-obstétrique, Faculté des sciences de la santé, Université d'Abomey-Calavi, Bénin

\***Auteur correspondant:** Ameyo Ayoko Ketevi, Département de Gynécologie - Obstétrique, Faculté des Sciences de la Santé, Université de Lomé, Togo. 08BP:8004 Lomé-Togo, Numéro de téléphone : 0022891888088. Email:tketevi@yahoo.fr

## Abstract

### MANAGEMENT OF PREGNANT WOMEN AND PARTURIENTS WITH COVID-19 AT THE CHU-SO GYNECOLOGY-OBSTETRICS CLINIC

**Introduction:** COVID-19 is an infectious disease caused by a new virus of the coronavirus family named SARS-CoV2. Because of the vulnerability of pregnant women to infection, adequate and rapid management without risk to the pregnant woman and her pregnancy is therefore imperative. The aim of our work is to assess the quality of care for pregnant women and parturients with COVID-19 at the Gynaecology-Obstetrics clinic of the Sylvanus Olympio University Hospital (CHU SO). **Methods:** This was a descriptive cross-sectional study conducted at the Gynaecology-Obstetrics Clinic of the CHU SO in Lomé, from 1<sup>st</sup> April 2020 to 31<sup>st</sup> July 2022 in all pregnant women and parturients admitted and tested positive for COVID-19. **Results:** Hospital prevalence was 0.2%. The mean age was 31±6.8 years. None of the patients had been vaccinated against COVID-19 prior to admission. Cough was present in 68.3% of patients. In 79.3% of cases, patients had been treated with azithromycin, hydroxychloroquine and vitamin C. A vaginal delivery was indicated in 70.7% of cases. The maternal-fetal prognosis was more favourable when the mother was treated, with a significant association ( $p<0.05$ ). **Conclusion:** COVID-19 is a new pandemic that does not spare pregnant women. Vaccination continues to play a vital role in preventing severe cases.

**Key words:** COVID-19, pregnant woman, parturient, CHU-SO, Togo.

## Introduction

La COVID-19 est une maladie infectieuse causée par un nouveau virus de la famille des coronavirus du nom de SARS-CoV2 [1]. Elle a été déclarée comme une pandémie par l'OMS le 11 mars 2020 [2]. En Afrique, le premier cas a été notifié le 14 février 2020 en Egypte [3]. Au Togo le premier cas de COVID-19 a été confirmé le 06 Mars 2020 [4]. Il s'agit d'une infection aiguë des voies respiratoires, très contagieuse, potentiellement mortelle. Débuté en avril 2020, plus d'un million de cas ont été objectivés à travers le monde causant plus de 50 000 décès [5]. La vulnérabilité des femmes enceintes aux infections ainsi que l'expérience des précédentes épidémies de coronavirus [6-8], ont fait naître des interrogations quant aux risques de complications materno-fœtales. Une prise en charge adéquate et rapide sans risque pour la gestante et sa grossesse s'avère donc impérative. Nous avons donc initié ce travail qui a pour objectif général, d'évaluer la qualité de la prise en charge des gestantes et parturientes atteintes du COVID-19 à la clinique de Gynécologie-Obstétrique du centre hospitalier universitaire Sylvanus Olympio (CHU SO).

## Méthodes

Il s'est agi d'une étude transversale descriptive réalisée à clinique de Gynécologie-Obstétrique du CHU SO. La collecte des données s'est déroulée du 1<sup>er</sup> avril 2020 au 31 juillet 2022 soit une période de 28 mois. Les données ont été recueillies, à l'aide



d'une fiche d'enquête préétablie et testée. Le questionnaire a été administré après un consentement libre et éclairé, à toutes les gestantes et parturientes admises à la clinique de gynécologie-obstétrique du CHU-SO, testées positives au COVID-19. N'étaient incluses, toutes les gestantes et parturientes testées positives au COVID-19 et qui n'ont pas été admises. Les variables étudiées étaient les données socio démographiques, cliniques, thérapeutiques et pronostiques. Les données ont été traitées à l'aide du logiciel Epi data 3.1 et Rstudio version 3.6.3. Les variables ont été comparées grâce aux tests de Fisher avec comme seuil de significativité une valeur de p inférieure à 0,05.

### **Définitions opérationnelles :**

**Concubinage:** une union de fait, caractérisée par une vie commune présentant un caractère de stabilité et de continuité entre deux personnes qui vivent ensemble de façon durable et notoire sans avoir célébré leur union de façon officielle. Dans notre cas, le mariage coutumier est souvent célébré.

### **Résultats :**

#### **Prévalence**

Nous avons enregistré 23526 femmes enceintes dont 58 dépistées positives au test PCR de COVID-19 soit une prévalence de 0,2%. Nous avons noté 11 parturientes et 47 gestantes, soit respectivement 23,4% et 76,6 %.

#### **Données socio démographiques**

La tranche d'âge de [29-34[ans était représentée dans 32,8% avec un âge moyen de  $31 \pm 6,8$  ans. Les patientes étaient des revendeuses dans 43,1 % des cas et leurs conjoints salariés dans 48,3% des cas (Tableau I).

#### **Tableau I :** répartitions des enquêtées en fonction des données sociodémographiques

	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Age</b>		
[17-19[ans	3	5,2
[19-35[ans	37	63,8
35 ans et plus	18	31,0
<b>Profession des patientes</b>		
Revendeuse	25	43,1
Salariée	14	24,1
Ménagère	7	12,1
Etudiante	5	8,6
Coiffeuse/couturière	7	12,1

## Antécédents médicaux

Quarante-trois (43) soit 74,2% n'avaient pas d'antécédent médical pathologique connu. Elles n'avaient pas fait de vaccination anti COVID-19 avant leur admission (Tableau II).

**Tableau II** : répartition des patientes selon les antécédents médicaux

	Effectif	Pourcentage
Aucun	43	74,2
HTA	4	6,9
Drépanocytose	4	6,9
UGD	3	5,2
Hépatite virale B	2	3,4
VIH	2	3,4

## Mode d'admission des patientes

Les patientes étaient référées dans 45% des cas. Elles étaient évacuées dans 29% des cas, et venues d'elles-mêmes dans 29% des cas.

## Examen clinique

La toux était retrouvée dans 63,8 %, la fièvre dans 41,4% et la tachypnée dans 37,9% de cas (Tableau III).

**Tableau III** : répartition des patientes selon la clinique

	Effectif	Pourcentage
<b>Signes fonctionnels</b>		
Toux	37	63,8
Fièvre	24	41,4
Dyspnée	20	34,5
Céphalées	14	24,1
Asthénie	13	22,4
Asymptomatique	7	12,1
<b>Examen général</b>		
Mauvais état général	10	17,2

Température $\geq 37,8^{\circ}\text{C}$ .	24	41,4
TA $\geq 140/90$	18	31,1
Conjonctives pâles	5	8,6
<b>Examen pulmonaire</b>		
Tachypnée	22	37,9
Vibration vocale bien transmise	46	79,3
Matité à la percussion	12	20,7
Râles à l'auscultation	12	20,7

**Examen obstétrical :****Age de la grossesse :**

Les patientes avaient un âge gestationnel compris entre 28 SA et 37SA dans 65,5% des cas (Tableau IV).

**Tableau IV** : répartition des patientes selon l'âge gestationnel

	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
<13SA	<b>7</b>	<b>12,1</b>
[13-28[SA	<b>12</b>	<b>20,7</b>
[28-37[SA	<b>38</b>	<b>65,5</b>
>37SA	<b>1</b>	<b>1,7</b>

Les bruits du cœur fœtal étaient audibles et normaux dans 75,9%; 11 patientes soit 19% avaient des contractions utérines et 3 avaient un bassin rétréci.

**Prise en charge :**

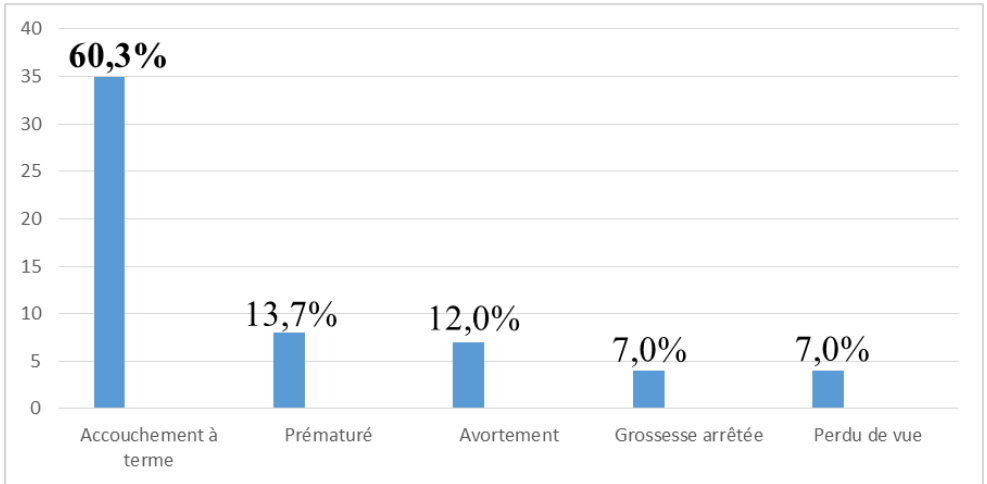
Dans 79,3% des patientes avaient reçu un traitement à base d'azithromycine, hydroxychloroquine et vitamine C (Tableau V).

**Tableau V** : répartition des patientes en fonction de la prise en charge

	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Traitement anti-COVID 19</b>		
Azithromycine+ Hydroxychloroquine+ vitamine C	46	79,3
Azithromycine+ Hydroxychloroquine+ vitamine C + Enoxaparine	5	8,6
Azithromycine + hydroxychloroquine	4	6,8
Aucun	3	5,3
<b>Traitement associé</b>		
Antitussif	37	63,8
Oxygénothérapie	26	44,8
Zinc	7	12,1
Autres antibiotiques	7	12,1
Antipyrétique	3	5,1
Diurétique	2	
<b>Prise en charge obstétricale</b>		
Tocolyse + maturation pulmonaire	<b>20</b>	34,5
Antihypertenseur	18	31,0
Sulfate de magnésium	6	10,3
Déclanchement artificiel de travail	5	8,6
Transfusion sanguine	5	8,6

### **Devenir de la grossesse**

Soixante virgule trois pour cent (60,3%) des patientes avaient accouché à terme. (Figure 1).



**Figure 1 :** Répartition des patientes en fonction du devenir des grossesses

### **Voie d'accouchement**

Dans 65,3% des cas, elles ont accouché par voie basse, et 34,7% ont accouché par césarienne.

### **Indication de césarienne**

Parmi les césarisées (n=17), l'indication de la césarienne était le COVID sévère dans 35,3% et obstétricale dans 64,7%.

### **Etat des nouveau-nés à la naissance :**

Quatre-vingt-trois virgule sept pour cent (41), ont poussé le premier cri à la naissance. Nous avons enregistré 8 décès périnataux, dont un avait une malformation congénitale à type de polykystose rénale bilatérale. Tous les nouveau-nés vivants ont été testé négatif au COVID-19.

### **Pronostic maternel et périnatal :**

#### **Corrélation entre le traitement anti-COVID-19 et le pronostic maternel**

Le pronostic maternel était favorable lorsqu'un traitement avait été institué et le lien était significatif ( $p < 0,05$ ). (Tableau VI).

**Tableau VI:** corrélation entre le traitement anti-COVID-19 et le pronostic maternel

	Simples		Complicqué		Décès maternel		Total		P value*
	n	%	n	%	n	%	n	%	
	Azithromycine + Hydroxychloroquine+ Vit C	35	87,5	0	0,0	0	0,0	35	
Azithromycine + Hydroxychloroquine + Vit C+ Enoxaparine	2	5,0	0	0,0	3	50,0	5	10,6	0,007
Azithromycine+hydroxychloroquine	3	7,5	1	100,0	0	0,0	4	8,5	0,003
Aucun	0	0,0	0	0,0	3	50,0	3	6,4	
Total	40	100	1	100	6	100	47	100	

\*test de Fisher

**Corrélation entre le traitement anti-COVID-19 et le pronostic fœtal**

Le pronostic fœtal était plus favorable lorsqu'un traitement était institué à la mère avec un lien significatif ( $p < 0,05$ ). Lorsqu'il n'y avait aucun traitement le pronostic était défavorable et le lien était significatif ( $p < 0,05$ ).

**Tableau VII :** Corrélation entre le traitement anti-COVID-19 et le pronostic fœtal

	Vivant		Décès périnatal		Total		P value*
	n	%	n	%	n	%	
	Azithromycine+ Hydroxychloroquine+ vit C	36	87,8	1	12,5	37	
Azithromycine+Hydroxychloroquine+Vit C +Enoxaparine	1	2,5	4	50,0	5	10,2	0,009
Azithromycine+hydroxychloroquine	4	9,7	0	0,0	4	8,2	0,005
<b>Aucun</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>3</b>	<b>37,5</b>	<b>3</b>	<b>6,1</b>	<b>0,003</b>
Total	41	100	8	100	49	100	

\*test de Fisher

## Discussion

La prévalence hospitalière était de de 0,2%. Ce qui rapproche des résultats rapportés par Dembélé au Mali en 2022 [9] qui était de 0,1%. La tranche d'âge de [29-34]ans était plus représentée avec un âge moyen de 31 ans. Notre résultat est similaire à celui de Krivobok en France en 2022 [10] qui a rapporté un âge moyen de 30,8 ans. En effet, c'est la période de fécondité par excellence. L'HTA est le facteur de comorbidité le plus fréquent, soit dans 6,9 % des cas. Zhou et al en Chine [11], avaient rapporté 30% de cas d'HTA. Aucune de nos patientes n'avaient reçu de vaccination anti COVID-19 avant leur admission. Cela peut s'expliquer par les préjugés sur les vaccins anti-COVID-19 et aussi, c'est une maladie qui n'était pas connu de la population. De nos jours, la vaccination est recommandée pour les femmes enceintes et ce, quel que soit le trimestre de la grossesse ou la période du post partum, y compris pendant l'allaitement, aux vues des bénéfices qu'elle présente pour la femme et son nouveau-né, bien qu'on n'ait pas assez de recul par rapport à cette pathologie. Il est désormais prouvé que la vaccination est efficace chez la femme enceinte comme dans la population générale en réduisant l'incidence des infections, des hospitalisations et des formes sévères [12]. Dans notre série, 74 % étaient référées ou évacuées. Dembélé [9] dans son étude a rapporté un taux un peu plus élevé de référée et évacuée soit 88%. Notons que le mode d'admission dépend du circuit du malade et de la gravité de la maladie. Le signe fonctionnel le plus fréquent dans notre étude était la toux, dans 63,8% des cas. Liu et al en Chine en 2020 [13] avaient rapporté 60% de cas de toux. Ce résultat confirme la description clinique des signes fonctionnels, mettant en avant la toux comme signe primordiale d'infection au SARS COV-2 [14]. Soixante-dix-neuf virgule trois pour cent (79,3%) des patientes dans notre étude avaient reçu un traitement à base d'azithromycine, hydroxychloroquine et de vitamine C. L'association d'autres traitements médicamenteux étaient fonction de la symptomatologie associée. Ainsi 63,8% de nos patientes ont reçu d'antitussif et 44,8% une oxygénothérapie. Ce traitement répond au protocole national de PEC de COVID-19. Dans 72,8% des cas, les parturientes ont accouché par voie basse contre 27,2% par césarienne. Chawki et al en Tunisie en 2020 [15] avaient réalisé 54,5% de voie basse. Par contre Liu et al [13] ont privilégié la césarienne soit dans 73% des cas. En principe, le mode d'accouchement ne devrait pas être influencé par la présence d'une infection à SARS-CoV-2, mais guidé par les indications obstétricales habituelles. Bien entendu, en toute circonstance, il convient de considérer l'état clinique de la patiente [16] et d'être guidé par le bon sens. Tous les nouveau-nés vivants ont été testé négatif au COVID-19. Même si le risque de transmission verticale existe, il reste rare. Le pronostic maternel était favorable lorsqu'un traitement anti-COVID-19 avait été institué et le lien était significatif ( $p < 0,05$ ). Dans la série de Chawki et al [15], toutes les patientes étaient mises sous le même protocole et avaient toutes eu un pronostic favorable. Liang et al en chine [16] ont proposé un traitement antiviral à base de Lopinavir et Ritonavir. Néanmoins ils reconnaissent l'efficacité de la chloroquine sur le virus en s'appuyant sur les essais cliniques. Le protocole adopté par le Togo serait donc efficace malgré l'absence d'unanimité dans le monde scientifique.

## Conclusion

La maladie à COVID-19 est une nouvelle pandémie qui n'épargne pas les femmes enceintes. Les signes respiratoires sont au-devant du tableau clinique notamment la toux. Sa prise en charge est délicate à cause de la vulnérabilité de la femme enceinte et d'absence de protocole thérapeutique à l'unanimité sur le plan international. La majorité des parturientes ont accouché par voie basse. Il existe un lien significatif entre l'instauration de traitement selon le protocole national du Togo et le pronostic materno-fœtal. Il en résulte que le protocole national de prise en charge de COVID-19 chez la femme enceinte au Togo est efficace. Cependant, la prévention reste la meilleure option.

## Références bibliographiques

- 1- Lvov DK, Alkhovsky SV. [Source of the COVID-19 pandemic: ecology and genetics of coronaviruses (Betacoronavirus: Coronaviridae) SARS-CoV, SARS-CoV-2 (subgenus Sarbecovirus), and MERS-CoV (subgenus Merbecovirus)]. *Vopr Virusol.* 2020;65(2):62-70.
- 2- OMS. Pour l'OMS, le Covid-19 est désormais une "pandémie". *Euronews* le 11/03/2020. Disponible sur <https://fr.euronews.com/embed/1044914> et consulté le 20 février 2022.
- 3- Alhassan RK, Nutor JJ, Abuosi AA, Afaya A, Mohammed SS, Dalaba MA, et al. Urban health nexus with coronavirus disease 2019 (COVID-19) preparedness and response in Africa: Rapid scoping review of the early evidence. *SAGE Open Med.* 2021 Feb 11; 9:2050312121994360. Doi: 10.1177/2050312121994360. PMID: 33633859; PMCID: PMC7887690.
- 4- Halatoko WA, Konu YR, Gbeasor-Komlanvi FA, Sadio AJ, Tchankoni MK, Komlanvi KS, et al. Prévalence du SARS-CoV-2 parmi les populations à haut risque à Lomé (Togo) en 2020. *PLoS ONE.* 15(11): e0242124.
- 5- Masméjan S, Pomar L, Lepigeon K, Favre G, Baud D, Rieder W. COVID-19 et grossesse. *Rev Med Suisse.* 2020; 16(692):944-946.
- 6- Zhong NS, Zheng BJ, Li YM, Poon, Xie KH, Li PH, et al. Epidemiology and cause of severe acute respiratory syndrome (SARS) in Guangdong, People's Republic of China, in February, 2003. *Lancet.* 2003; 362(9393):1353-1358.
- 7- Drosten C, Günther S, Preiser W, van der Werf S, Brodt HR, Becker S, et al. Identification of a novel coronavirus in patients with severe acute respiratory syndrome. *N Engl J Med.* 2003; 348(20):1967-76.
- 8- Zaki AM, van Boheemen S, Bestebroer TM, Osterhaus AD, Fouchier RA. Isolation of a novel coronavirus from a man with pneumonia in Saudi Arabia. *N Engl J Med.* 2012 Nov 8;367(19):1814-20.
- 9- Dembélé Hassa S. Prise en charge de la femme enceinte infectée par le COVID-19 : Aspects épidémiologiques, cliniques et pronostiques. [Mémoire de fin



de spécialisation]. Bamako, Mali : Université des sciences des techniques et des technologies de Bamako ; 2022. 55p.

- 10- Krivobok Connesson S. COVID-19 et grossesse : état des connaissances actuelles et enquête sur l'impact de la COVID-19 sur les femmes enceintes en France. Sciences pharmaceutiques. 2022. <dumas-03564034>.
- 11- Zhou F, Yu T, Du R., Fan G, Liu Y, Liu Z. Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. *Lancet*. 2020; 395(10229):1054-1062.
- 12- Dagan N, Barda N, Biron-Shental T, Makov-Assif M, Key C, Kohane IS, et al. Effectiveness of the BNT162b2 mRNA COVID-19 vaccine in pregnancy. *Nat Med*. 2021; 27(10):1693-1695.
- 13- Liu D, Lin L, Xin W, Dandan Z, Jiazheng W, Lian Y, et al. Pregnancy and Perinatal Outcomes of Women with Coronavirus Disease (COVID-19) Pneumonia: A Preliminary Analysis. *AJR Am J Roentgenol*. 2020; 215(1): 127-132.
- 14- Huart J, Bouquegneau A, Erpicum P, Grosch S, Résimont G, Bovy C, et al. Protéinurie chez les patients atteints de la COVID-19 : prévalence, caractérisation et rôle pronostique. *EM consult*.2020; 16(5) : 297.
- 15- Chawki M, Haithem A, Hadhami J, Farouk J. Infection par le SARS-CoV-2 chez les femmes enceintes: série tunisienne de 11 cas. *Pan Afr Med J*. 2020; 37 (1):50. Doi: 10.11604/pamj.suppl.2020.37.1.27185.
- 16- Liang H. Acharya G. Novel corona virus disease (COVID-19) in pregnancy: What clinical recommendations to follow? *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2020; 99 (4):439–442.

## **DYNAMIQUES MIGRATOIRES ET ENJEUX SOCIO-SPATIAUX DANS LA COMMUNE DE LEBAMBA AU SUD DU GABON**

**Christian WALI WALI**

Université Omar Bongo, Gabon

[cwalwal@yahoo.fr](mailto:cwalwal@yahoo.fr)

---

### **Résumé**

Après les migrations historiques qu'a connu Lébamba durant la période coloniale et après l'indépendance du pays en 1960, cette commune apparaît comme un centre attractif dans le sud du Gabon avec, notamment, la présence des ressortissants de l'Afrique de l'Ouest et des immigrants nationaux intra et inter-départementaux. Si cette présence participe à la transformation de la commune, elle suscite aussi des tensions foncières du fait de l'accaparement des terres des « autochtones ». Cette étude analyse les principales raisons qui fondent l'attractivité de Lébamba et les enjeux socio-spatiaux de cette immigration. La démarche méthodologique s'appuie à la fois sur des publications scientifiques ou académiques, des rapports institutionnels, des observations de terrain, des entretiens réalisés auprès des immigrants et des personnes-ressources entre 2018 et août 2023. Une enquête ménage a également été menée auprès de 330 immigrants en novembre 2020. Les résultats obtenus montrent que l'immigration à Lébamba est à la fois de proximité (exode rural) que lointaine (présence des ressortissants de l'Afrique de l'Ouest). Cette immigration est essentiellement masculine avec une domination des adultes. Les principales raisons qui la sous-tendent sont de deux ordres : économiques (exploitation agricole et dynamisme commercial) et sociales (notamment présence de l'hôpital de Bongolo dont la qualité des soins est reconnue).

**Mots-Clés** : Lébamba, enjeux socio-spatiaux, migrations rurales, dynamique migratoire, foncier.

### **Abstract**

#### **MIGRATION DYNAMICS AND SOCIO-SPATIAL ISSUES IN THE COMMUNE OF LEBAMBA IN SOUTHERN GABON**

After the historical migrations that Lebamba experienced during the colonial period and after the country's independence in 1960, this commune has emerged as an attractive center in southern Gabon, notably with the presence of West African nationals and intra- and inter-departmental national immigrants. While this presence is helping to transform the commune, it is also giving rise to tensions over land ownership, as the "natives" monopolize their land. This study analyzes the main reasons behind Lebamba's attractiveness and the socio-spatial issues surrounding this immigration. The methodological approach is based on scientific and academic publications, institutional reports, field observations and interviews conducted with immigrants and resource persons between 2018 and August 2023. A household survey of 330 immigrants was also carried out in November 2020. The results show that immigration to Lebamba is both local (rural exodus) and distant (presence of

West African nationals). This immigration is essentially male, with adults dominating. The main reasons for immigration are twofold: economic (farming and commercial dynamism) and social (in particular, the presence of the Bongolo hospital, which is renowned for the quality of its care).

**Keywords:** Lebamba, socio-spatial issues, rural migration, migration dynamics, land.

## Introduction

Située dans la province de la Ngounié, au sud du Gabon, la commune de Lébamba connaît un étalement urbain lié à une croissance démographique importante consécutive à de nombreuses phases d'immigration. Lébamba, ville de seconde catégorie<sup>1</sup> compte environ 10.000 habitants<sup>2</sup>. Nonobstant le solde naturel, sa croissance démographique est la résultante d'importants mouvements d'immigration qui fondent l'attractivité du territoire.

La notion d'attractivité est définie comme « *une mesure de la force d'attraction d'un lieu, en général d'après la somme des flux attirés par ce lieu* » (D. Pumain, 2017, p. 1). Elle réside dans la « *capacité [d'un territoire] à drainer des flux et à fixer durablement des populations et des ressources* » (Alexandre et al, 2010, p. 9). J.-C. Edouard (2019, p. 2) retient combien la capacité à conserver ou à attirer des flux de population, d'activités ou de capital des petites villes fondent leur pouvoir d'attraction et leur rôle de pôles de centralité. Les dynamiques migratoires, anciennes et régulières, qui convergent vers Lébamba en font un pôle de centralité. Depuis la période coloniale, l'histoire migratoire de la commune est empreinte des mobilités humaines (S. Loungou, C. Wali Wali, 2015, p. 386).

De façon générale, au cours du siècle dernier, la ville de Lébamba fut marquée par deux grandes phases de migration. La première vague migratoire dans la commune est dite historique. Elle est essentiellement à situer durant la période coloniale, entre 1934 et 1965. Cette phase est faite de mouvements d'immigration de populations non-africaines vers Lébamba, des mouvements intra-africains, et de mobilités intra-étatiques, notamment avec l'arrivée de la communauté *punu* dans la localité.

L'arrivée en 1934 du pasteur missionnaire protestant Donald Fairly<sup>3</sup> et son épouse<sup>4</sup> est un moment marquant de l'immigration non-africaine vers Lébamba. Entre 1945 et 1950, suivirent les commerçants portugais, dont les familles Ferao et

---

<sup>1</sup> Catégorie urbaine dont la population est comprise entre 5000 et 15 000 habitants.

<sup>2</sup> Projection démographique avancée par M. Missengué Pendy, Maire de la commune de Lébamba en mai 2022.

<sup>3</sup> Quotidien national *L'Union* du 10 mai 2016, p. 24.

<sup>4</sup> Gabon/Hôpital de Bongolo : L'histoire d'un centre médical ouvert au monde. URL : <https://www.gabonews.com/fr/5/sante/article/gabon-hopital-de-bongolo-l-histoire-d-un-centre>

Vassiliadece<sup>5</sup>, travaillant avec l'administration coloniale française<sup>6</sup>. Dans les années 1950, des agronomes français s'établissent à leur tour dans la commune. Ces agronomes importent à Lébamba l'arachide de Loudima<sup>7</sup>. Dans le même temps, « *en 1954, un Français, Bourguois, s'installe à Lébamba, avec l'intention d'y créer des étangs pour l'élevage de poissons* » (G. J. Moubedi-Bigogo, 2021, p. 10).

Durant cette même période, se développe également l'immigration intra-africaine, notamment en provenance de l'Afrique de l'Ouest. Pour F. Mounanga<sup>8</sup>, l'arrivée pour le commerce de populations issues de l'immigration intra-africaine coïncide avec l'introduction dans la localité du système de « commerce ambulante » qui consiste à circuler avec la marchandise dans les quartiers et villages. Les premiers venus sont : Camara (Malien), El Hadj (Nigérian) et Ousmane (Sénégalais)<sup>9</sup>. Ce mouvement migratoire se poursuit en 1965 avec Mazen (Syro-libanais), lui aussi commerçant qui s'approvisionnait à Brazzaville et Dolisie au Congo<sup>10</sup>.

Les mobilités intra-étatiques portent sur les échanges migratoires entre Lébamba et les autres départements du Gabon. La mobilité la plus marquante est celle de la communauté ethnique *punu* dans les années 1940. Certaines personnes, à l'exemple de Fabrice Nguélé<sup>11</sup>, affirment que cette communauté serait partie des environs de Mouabi dans la province de la Nyanga. D'autres sources<sup>12</sup> situent leur départ de Dilolo, un village situé à la frontière du Congo, non loin de Ndéndé.

Après ces migrations historiques, Lébamba est au centre d'une nouvelle vague d'accueil des immigrés tant internes qu'internationaux, participant à la croissance démographique de la localité. Quatre groupes d'immigrés sont identifiés. D'abord, les ressortissants congolais venus en masse en provenance de la République du Congo suite à la guerre civile qui éclata dans ce pays le 5 juin 1997 (C. Wali Wali, 2010, p. 37). Ensuite, la population scolaire qui elle, est consécutive à la

---

<sup>5</sup> Leur commerce concernait la vente des amandes de noix de palme, les fibres de raphia et le manioc. Le commerce de manioc servait particulièrement au ravitaillement des employés de l'entreprise Or Etéké, exploitant la mine d'or à Etéké dans l'Ogolou, et aux exploitants de diamant à Makongonio dans la Boumi-Louétsi.

<sup>6</sup> Entretien avec Fidèle Mounanga, à Lébamba (décembre 2018, 12 juin 2022) et à Libreville (9 septembre 2022). Septuagénaire, instituteur à la retraite, il a été un acteur politique local. Il a particulièrement occupé les fonctions de président de l'assemblée départementale de la Louétsi-Wano et président du Conseil départemental (1997-2002). Il a également siégé au Conseil économique et social du Gabon. Il est actuellement promoteur agricole, président de la coopérative *Tombi*, président du Conseil des sages du département et Vice-président du Comité d'adressage de la commune de Lébamba à la mairie.

<sup>7</sup> Entretien avec Michel Lekounga à Lébamba le 10 juin 2022. Octogénaire et instituteur à la retraite, il a été préfet et député.

<sup>8</sup> Entretien avec Fidèle Mounanga réalisé le 12 juin 2022 à Lébamba.

<sup>9</sup> Entretien réalisé avec Fidèle Mounanga à Libreville le 9 septembre 2022.

<sup>10</sup> *Idem*.

<sup>11</sup> Entretien réalisé à Lébamba le 25 août 2023 avec Fabrice Nguélé, chef de quartier Lébamba-village.

<sup>12</sup> Manassé Idoko, ancien chef de quartier Paris. Entretien réalisé le 21 juillet 2018 à Libreville.

multiplication des structures scolaires dans cette commune (C. Wali Wali, 2005, p. 52). Notons après la forte présence de la communauté ouest-africaine<sup>13</sup>. Enfin, soulignons l’immigration issue des migrations rurales intra-départementales (Louétsi-Wano) et inter-départementales (Boumi-Louétsi, Louétsi-Bibaka et Ogoulou). L’arrivée de migrants à Lébamba contribue, d’une part, à la croissance démographique de la population communale et, d’autre part, à l’étalement urbain.

Cet article se propose de répondre aux questions suivantes : Quelles sont les raisons de l’attractivité migratoire de la commune de Lébamba ? Quelles sont les conséquences socio-spatiales de l’arrivée des immigrés dans cette commune ? Cette étude analyse les principales raisons qui fondent l’attractivité de Lébamba et les enjeux socio-spatiaux de cette immigration.

## **1. Présentation de la zone d’étude et méthodologie**

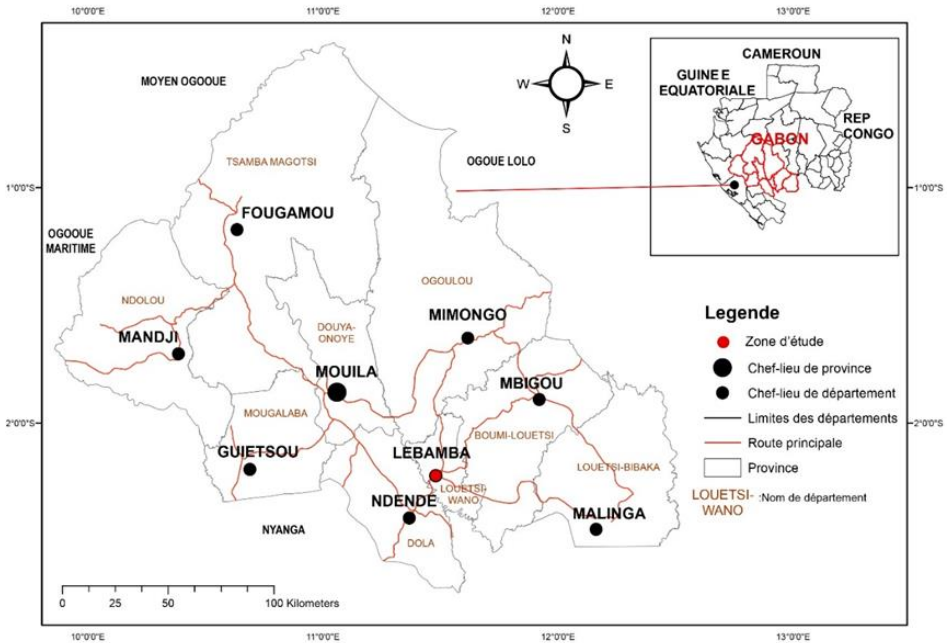
Cette section présente le lieu de l’étude et l’approche méthodologique adoptée pour la rédaction de cet article.

### **1.1. Présentation de la commune de Lébamba**

Située à 11°28’32’’ de longitude Est et 2°12’36’’ de latitude Sud, la commune de Lébamba, chef-lieu du département de la Louétsi-Wano, est localisée dans la province de la Ngounié au sud du Gabon (carte 1 ci-après). Elle se trouve à plus de 500 km de Libreville, capitale du pays.

---

<sup>13</sup> Le qualificatif de « ouest-africain » désigne les ressortissants des pays de l’Afrique de l’Ouest.



**Carte 1 :** Situation géographique de la commune de Lébamba

Le découpage territorial en vigueur au Gabon reste basé sur la réforme de 1975 qui « consacre dans les faits une hiérarchie [territoriale] à trois niveaux d'encadrement, province, département, canton » (M.-L. Ropivia, J. Djéki, 1995, p. 59). Le département, selon l'article 3 de la loi organique n° 001/2014 du 14 juin 2015 relative à la décentralisation, « comprend tous les espaces situés en dehors de la commune » et la commune « est une agglomération urbanisée dont les habitants sont unis par des intérêts socio-économiques communs ». Le département de la Louétsi-Wano se trouve entre les départements de la Boumi-Louétsi, de la Dola, de l'Ogoulou et de la République du Congo.

Comme l'ensemble du pays, Lébamba jouit d'un climat équatorial avec un relief constitué de plaines et de quelques collines. Le réseau hydrographique est bien pourvu avec notamment deux principaux cours d'eau, la Louétsi et la Wano, et compte d'autres cours d'eau importants. Le climat, le relief et la densité du réseau d'eau constituent des facteurs favorables à l'agriculture. La population de Lébamba vit donc essentiellement des activités agricoles et d'autres activités génératrices de revenus tels que l'extraction de sable dans la Louétsi, le sciage de bois, les activités artisanales (fabrication des masques, des crosses de fusils, la vannerie avec le tissage du raphia, etc.). On note aussi la présence d'entreprises forestières. L'exploitation minière est, pour sa part, artisanale et souvent illégale.

## 1.2. Méthodologie de l'étude

La démarche méthodologique s'appuie à la fois sur des publications scientifiques ou académiques, des rapports institutionnels, des observations de terrain, une enquête ménage et des entretiens réalisés auprès des immigrés et des personnes-ressources entre 2018 et août 2023. Les entretiens ont eu lieu à Lébamba (juillet 2020, décembre 2021, mai-juillet 2022 et août 2023) et à Libreville (juillet 2018 et septembre 2022). Ils ont été menés auprès de 12 immigrés, de 3 chefs de quartiers (Bikoudou-Plaine, Lébamba-village et Paris), du Maire de la commune et de 2 notables. Nous nous sommes entretenus avec les chefs de quartiers qui ont accepté de répondre à nos questions. Les deux notables furent, pour l'un député et, pour l'autre, président de l'assemblée départemental et du conseil départemental de la Louétsi-Wano. Pour ce qui concerne les immigrés, nous avons échangé également avec ceux qui ont accepté de répondre à nos questions. Lors de nos séjours à Lébamba, nous avons aussi eu trois entretiens collectifs (focus group) avec les habitants de la commune. Le premier s'est tenu avec 9 adultes hommes du quartier Lébamba-village le 12 juillet 2022. Le deuxième avec 4 femmes et 2 hommes du quartier Bongolo le 13 juillet 2022. Enfin, le troisième avec 3 jeunes du quartier Mabengo-Lethogo le 25 août 2023.

En l'absence des données officielles sur les immigrés dans la commune, nous avons entrepris de mener une enquête-ménage aléatoire. Cette méthode, porte-à-porte, a l'avantage d'identifier les hommes et les femmes éligibles à enquêter au moyen d'un questionnaire individuel aux fins de pallier l'absence de base de sondage (J. Choumert-Nkolo, P. Phélinas, 2018, p. 127). Le ménage est l'ensemble des occupants d'un même logement<sup>5514</sup>. L'enquête-ménage faite en novembre 2020 a touché 330 ménages d'immigrés, soit un taux de représentativité de 20% des 1 642 ménages recensés dans la commune dont la répartition, par quartier, est consignée dans le tableau 1 ci-après.

---

<sup>14</sup><https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1879>

**Tableau 1** : Répartition des ménages par quartier dans la commune de Lébamba

Quartiers	Nombre total des ménages	Nombre des ménages enquêtés
Paris/ Iméno-Poungou	381	76
Bongolo	288	58
Makombo	246	50
Mabengo-Lethogo	216	44
Malongo-Mapaga	205	42
Camp-malheur	144	28
Lébamba-village	120	24
Centre-Ville	42	8
<b>Total</b>	<b>1642</b>	<b>330</b>

L'échantillon n'a pris en compte que les ménages des enquêtés qui déclaraient être immigrés. Nous avons appliqué un pas de sondage de 10, c'est-à-dire un ménage sur dix, partant du premier identifié a été enquêté sauf pour le Centre-ville où le pas a été de 3. En effet, ce quartier étant commercial, on y retrouve peu de ménages. Cette approche permet une bonne représentativité et une couverture rationnelle des ménages. Le questionnaire a été administré aux chefs de ménages ou, en leur absence, à un adulte du ménage. Il comportait des informations générales sur le répondant, sur son profil migratoire et les raisons de son installation à Lébamba. La collecte des données a été faite avec des tablettes numériques de marque LENOVO, modèle TB-7305F, avec le logiciel Kobotoolbox. Les données collectées ont été exportées sur Excel pour leur analyse qui a permis de produire les tableaux et les graphiques. Les cartes ont été élaborées avec le logiciel ArcGIS 10.8 et les images téléchargées avec Global Mapper.

## 2. Résultats

Trois principaux résultats sont présentés dans cette recherche. D'abord les caractéristiques socio-démographiques des immigrés et la cartographie de leurs espaces d'origine. Ensuite les mobiles de leur arrivée. Enfin les conséquences de cette immigration.

### 2.1. Immigration de proximité et ouest-africaine avec dominance des adultes

Cette section présente le profil des immigrés ainsi que leur provenance.

#### 2.1.1. Profil socio-démographique des immigrés à Lébamba

Cette section présente la structure par sexe et par âge, la durée d'installation à Lébamba et le statut socio-professionnel des personnes enquêtées. Concernant le ratio hommes/femmes, la distribution de l'ensembles des immigrés interrogés montre que les hommes, avec deux tiers des répondants (63,6%), sont plus nombreux que les femmes avec 36,4% (tableau 2 ci-dessous). En prenant en compte exclusivement les migrants internes, les femmes (54,8%) sont plus nombreuses que les hommes (45,2%). Chez les migrants internationaux, les hommes (87,5%) sont très majoritairement plus nombreux que les femmes (12,5%). S'agissant de la répartition



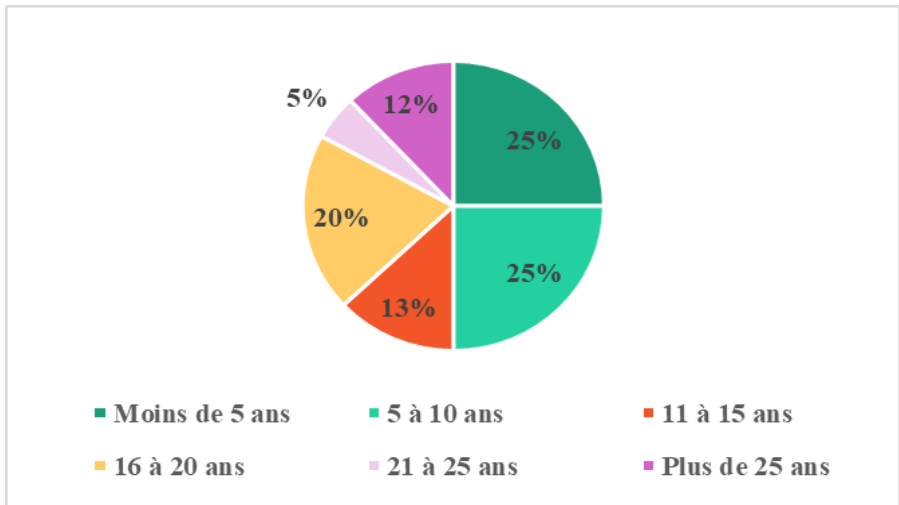
par âge, les adultes sont dominants. L'immigration à Lébamba concerne essentiellement les adultes comme le montre le tableau 2 suivant.

**Tableau 2 :** Répartition par sexe et par âge des immigrés enquêtés à Lébamba

Tranches d'âge	Hommes	Pourcentage (%)	Femmes	Pourcentage (%)	Total
15-20 ans	6	2	12	4	18
21-25 ans	12	4	12	4	24
26-30 ans	24	7	2	1	26
31-35 ans	40	12	8	2	48
36-40 ans	34	10	16	5	50
41-45 ans	26	8	10	3	36
46-50 ans	18	5	28	8	46
51 ans ou plus	50	15	32	10	82
<b>Total</b>	<b>210</b>	<b>64</b>	<b>120</b>	<b>36</b>	<b>330</b>

*Source : Enquête de terrain, 2020.*

S'agissant de la durée d'installation, 25% des interviewés déclarent être installés à Lébamba pendant moins de 5 ans, 25% d'autres entre 5 et 10 ans et 20% affirment y être entre 16 et 20 ans (figure 1). Seulement 17% des répondants disent être à Lébamba depuis 21 ans ou plus. L'immigration à Lébamba s'est faite singulièrement sur les vingt dernières années du fait de l'arrivée des réfugiés congolais qui y sont restés et des aménagements infrastructurels qu'a connu cette localité notamment dans le domaine éducatif, constituant un facteur attractif pour la population scolaire des départements et villages voisins.



**Figure 1 :** Durée d'installation des personnes enquêtées à Lébamba

*Source : Enquête de terrain, 2020.*

S'agissant du profil socio-professionnel, si 35,8% des enquêtés, majoritairement des ressortissants de l'Afrique de l'Ouest, affirment être des commerçants, 21,2% d'entre eux disent que les activités agricoles constituent leur principale occupation (tableau 3). Par contre, 21,8% d'autres enquêtés ont déclaré être des salariés. Il s'agit essentiellement des fonctionnaires et des contractuels de l'État. On retrouve dans cette catégorie de nombreux enseignants, le personnel de santé et les agents des administrations déconcentrées.

**Tableau 3** : Situation socio-professionnelle des immigrants enquêtés à Lébamba

Situation socio-professionnelle	Effectifs	Pourcentage (%)
Elèves	14	4,2
Salariés	72	21,8
Agriculteurs	70	21,2
Commerçants/tes	118	35,8
Retraité	8	2,4
Chômeurs	22	6,7
Autres	22	6,7
Sans réponse	4	1,2
<b>Total</b>	<b>330</b>	<b>100,0</b>

*Source : Enquête de terrain, 2020.*

### 2.1.2. Origines des immigrants à Lébamba

L'immigration à Lébamba est à la fois de proximité (exode rural) que lointaine (forte présence des ressortissants de l'Afrique de l'Ouest). Sur le plan international, deux grandes aires d'origines des immigrants (Afrique de l'Ouest et Afrique Centrale) se dégagent. 62,5% des immigrants étrangers enquêtés sont ressortissants de l'Afrique de l'Ouest singulièrement du Mali (20,1%), du Bénin (18,1%), du Nigéria (7,6%) et de la Guinée (6,9%) (tableau 4). Cette communauté ouest-africaine est renforcée depuis la crise politico-militaire de 2011 en Côte d'Ivoire par l'arrivée des citoyens ivoiriens et burkinabés même s'ils n'apparaissent pas dans notre échantillon. L'Afrique Centrale est représentée par les communautés congolaise (18,8%), camerounaise (11,8%) et équato-guinéenne (1,4%).

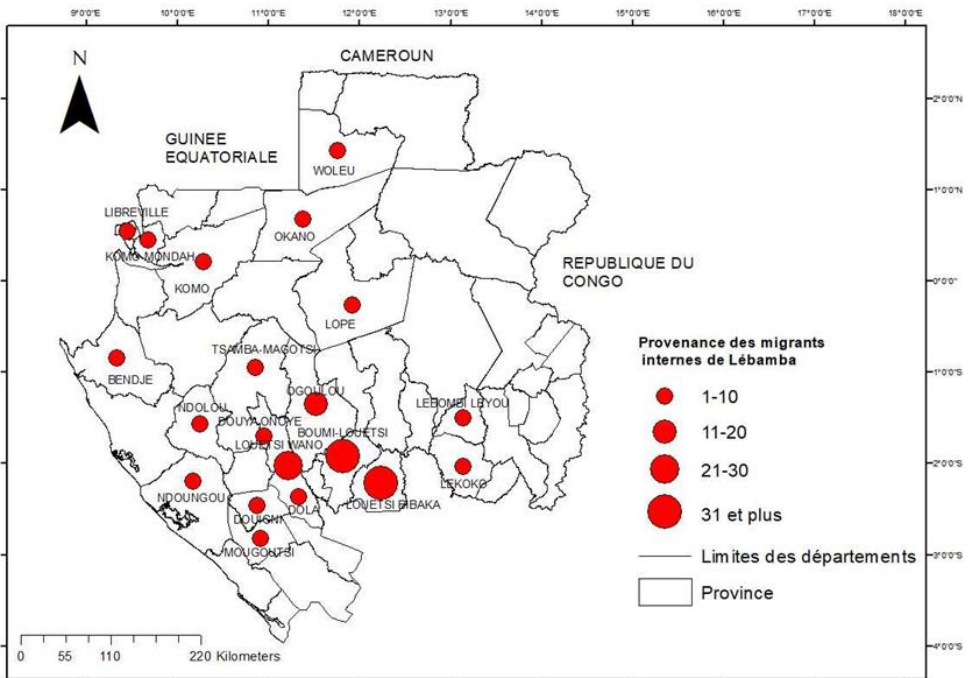
À Lébamba, on retrouve aussi le personnel médical américain et malgache de l'hôpital de Bongolo qui réside dans une cité réservée dans le domaine de cet établissement sanitaire. Nous n'avons pas pu les interroger car nos demandes d'enquête n'ont pas reçu de suite favorable.

**Tableau 4 : Pays de provenance des immigrants étrangers à Lébamba**

Pays d'origine	Effectifs	Pourcentage (%)
Mali	29	20,1
Congo	27	18,8
Bénin	26	18,1
Cameroun	17	11,8
Nigéria	11	7,6
Guinée	10	6,9
Mauritanie	8	5,6
Togo	5	3,5
Sénégal	4	2,8
Ghana	3	2,1
Niger	2	1,4
Guinée Équatoriale	2	1,4
<b>Total</b>	<b>144</b>	<b>100,0</b>

Source : Enquête de terrain, 2020.

Sur le plan national, les départements de la Louétsi-Wano, de la Boumi-Louétsi, de la Louétsi-Bibaka et de l'Ogoulou constituent les principaux pourvoyeurs des immigrants internes de Lébamba (carte 2).



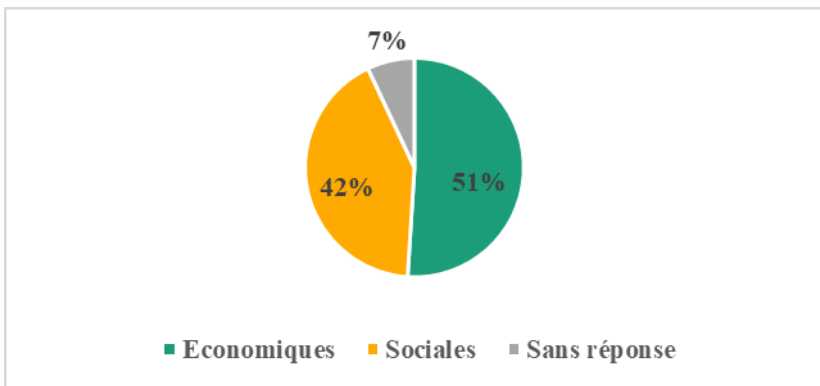
**Carte 2 : Départements de provenance des immigrants internes de la commune de Lébamba**

Source : Enquête de terrain, 2020. Réalisation : D. D. Mombo, 2022.

L'exode rural, l'absence d'infrastructures de base ainsi que l'état de dégradation des routes, sont les facteurs d'abandon des villages par ces personnes. Dans le cas du département de l'Ogoulou, l'absence de route praticable en toute saison entre Lébamba et Mimongo a conduit à la ruine de certains villages tels que Matsengué qui se situait avant le pont de la Wano. La grande majorité des habitants de ce village s'est installée à Lébamba. Sur l'axe Lébamba-Malinga, les habitants des villages, voire de la commune de Malinga elle-même viennent s'installer en grande partie à Lébamba du fait également de l'état de dégradation de la route et de l'absence d'équipements sociaux comme les écoles et les dispensaires fonctionnels.

## 2.2. Lébamba un pôle migratoire dans la Ngounié-sud

Dans notre questionnaire, nous avons demandé aux enquêtés quelle est, pour eux, la principale raison qui les conduit à s'installer à Lébamba. Les réponses montrent que la moitié des immigrants (51%) sont arrivés à Lébamba pour des raisons économiques et 42% évoquent un mobile social, notamment la présence d'équipements hospitaliers et scolaires ainsi que le regroupement familial (figure 2).



**Figure 2** : Les principales raisons de l'installation des personnes enquêtées à Lébamba  
*Source* : Enquête de terrain, 2020.

### 2.2.1. Prépondérance de l'agriculture et du commerce

D'après le maire de Lébamba, l'économie de cette commune repose essentiellement sur l'agriculture et le commerce<sup>15</sup>. Les principaux salariés qu'on y trouve sont les agents des administrations déconcentrées. Nos observations nous ont permis de constater que l'agriculture sur brûlis avec jachère est pratiquée par les communautés gabonaise et congolaise. Les principales cultures vivrières produites sont le manioc, l'arachide, la banane plantain et des légumes. A côté de ces produits vivriers, on observe à Lébamba de nombreux vergers producteurs d'agrumes tels que la mandarine et du citron. A la fin des années 2000, la Caisse de Stabilisation et de Péréquation (CAISTAB) de l'État gabonais, a permis le retour des cultures de rente, principalement le cacao et le café par la production des pépinières de ces plantes. La

<sup>15</sup> Entretien réalisé à Lébamba le 28 mai 2022.

photo 1 suivante a été prise sur ce site qui est situé à l'entrée de la commune le long de l'axe menant à Ndéndé après le camp de gendarmerie.



**Photo 1 :** Production des pépinières de café et cacao de la CAISTAB à Lébamba  
*Prise de vue : C. WALI WALI, août 2023.*

La production maraîchère, pratiquée surtout par les communautés burkinabè, ghanéenne et congolaise est aussi présente à Lébamba. A ce jour, on compte environ une dizaine de coopératives agricoles<sup>16</sup> en dehors des exploitants individuels. La ville de Lébamba est considérée globalement comme « le grenier agricole » de la province de la Ngounié. Fort de cette réputation, Lébamba avait bénéficié dans les années quatre-vingt et quatre-vingt-dix du projet Opérations Zonales Intégrées (OZI) dans l'optique de produire de l'arachide et du manioc dont la finalité était d'alimenter une huilerie qui aurait dû être installée dans la région. Même si l'usine n'a jamais vu le jour (V. Magnagna Nguema, 2005), ce projet a révélé que Lébamba regorge un fort potentiel agricole avec une terre fertile puisque « *cette région enregistre une forte production surtout de manioc avec environ une tonne par approvisionnement par semaine* » (G. Edou Edou, 2012, p. 20).

L'activité agricole est une source de revenus importante dans cette ville. Les produits agricoles sont commercialisés à la fois sur le marché local que dans d'autres villes du Gabon comme l'affirme le maire de Lébamba.

Au niveau local, la clientèle est constituée de la population de Lébamba, mais aussi des malades venant tous les jours de Mouila, Tchibanga, Ndéndé, Mbigou, etc. pour les soins à l'hôpital de Bongolo. Dans cette clientèle locale, il y a aussi les voyageurs partant de Mbigou ou Malinga et des villages environnants qui s'approvisionnent au marché de Lébamba avant de rallier les grands centres urbains. Lébamba est également l'une des localités qui ravitaille les grandes villes comme Libreville et Port-Gentil en produits vivriers. Ce commerce est pratiqué aussi bien par les commerçantes gabonaises que par les commerçants ouest-africains<sup>17</sup>.

---

<sup>16</sup> Information obtenue au service départemental de l'agriculture (juin 2022).

<sup>17</sup> Entretien réalisé le 28 mai 2022.

S'agissant spécifiquement des immigrés, nos résultats permettent de soutenir que près du tiers des personnes issues des mobilités intra-nationales affirment pratiquer l'agriculture, contre 12,50% des immigrés étrangers.

Le commerce est le deuxième secteur économique actif à Lébamba. Il est tenu en majorité par les étrangers. En effet, en 2018, nous avons procédé à un recensement des activités commerciales dans la commune de Lébamba. Cette enquête révéla que 62,8% des commerces et services à Lébamba sont la propriété des immigrés étrangers, contre seulement 37,2% qui appartiennent aux Gabonais. Les activités des opérateurs commerciaux gabonais sont principalement les bars, les restaurants et les salons de coiffure. Les commerces d'alimentation tels que les épiceries, hormis l'enseigne nationale CECADO du groupe CECA-GADIS<sup>18</sup>, la vente des matériaux de construction et les boutiques de vêtement sont tenus par les immigrés étrangers.

### 2.2.2. Attractivité de l'hôpital de Bongolo

Les facteurs sociaux dont les équipements de base (route, structures scolaires et hospitalières) et le regroupement familial participent fortement à l'attractivité de Lébamba. Sur le plan sanitaire particulièrement, si L. L. Sounda (2018, p. 153) note que le diagnostic du système de santé au Gabon montre que les bâtiments construits, pour la plupart après les indépendances, ne sont plus opérationnels, soit par manque de personnels de santé, soit par manque d'entretien ou parce qu'ils ne répondent plus aux normes et que, par conséquent, les centres médicaux sont majoritairement dans un état de décrépitude. Cependant, cette réalité n'est pas valable pour l'hôpital de Bongolo. En effet, autrefois dispensaire créé en 1977<sup>19</sup>, cette structure sanitaire a acquis un rayonnement international par la qualité de ses services, des soins qui y sont administrés et de l'accompagnement du personnel<sup>20</sup>. Ainsi, un certain nombre de personnes ayant des maladies chroniques nécessitant un suivi régulier préfèrent s'établir à Lébamba pour être plus proche de cet établissement médical. C'est le cas de cet immigré rural qui a quitté le district de Nzéngélé, dans le département de la Boumi-Louétsi, pour s'installer à Lébamba :

Je me suis installé à Lébamba avec ma femme parce que je suis cardiaque. J'ai des rendez-vous tous les mois à l'hôpital de Bongolo. Le problème est que parfois pour avoir des moyens de déplacement pour venir ici, c'est difficile surtout en saison des pluies. Une fois, j'ai eu une crise dans la nuit, j'ai eu très peur. Lorsque mon dernier enfant est entré au collège, je l'ai inscrit au lycée ici à Lébamba et je suis venu avec toute ma famille afin de me rapprocher de l'hôpital<sup>21</sup>.

<sup>18</sup> La Compagnie d'exploitations commerciales africaines – Société gabonaise de distribution (CECA-GADIS) est une société gabonaise du secteur de la grande distribution. Elle dispose de plusieurs enseignes nationales dont Gaboprix, Cecado, Intergros, Supergros, Géant Ckdo. Le groupe est principalement implanté au Gabon mais est également présent à Sao-Tomé depuis 2012.

<sup>19</sup> Gabon/Hôpital de Bongolo : L'histoire d'un centre médical ouvert au monde. URL : <https://www.gabonews.com/fr/5/sante/article/gabon-hopital-de-bongolo-l-histoire-d-un-centre>

<sup>20</sup> Quotidien national *L'Union* du 10 mai 2016, p. 24.

<sup>21</sup> Entretien réalisé à Lébamba le 10 juin 2022.

La photo 2 ci-après présente la vue d'une partie de l'hôpital de Bongolo. On y voit sur la droite le bâtiment qui accueille les patients hospitalisés, au milieu le bâtiment de consultations externes, à gauche celui abritant les services dentaires et en arrière-plan celui de la chirurgie.



**Photo 2 :** Vue panoramique de l'hôpital de Bongolo  
*Prise de vue :* M. U. OBIANG ELLA MINKO, juillet 2022.

L'état de dégradation des structures scolaires et le mauvais fonctionnement de ces dernières est, à quelques variables près, identique au diagnostic posé pour le secteur sanitaire. Dans un nombre important de villages au sud de la province de la Ngounié, soit les établissements scolaires n'ont pas suffisamment d'enseignants pour couvrir tout le cycle, soit ces établissements ne sont pas à cycle complet. Dans certains cas, les structures éducatives n'existent carrément pas du tout. C'est le cas au village Divassa dans le département de l'Ogoulou où il n'y a pas une école ou de Lepoye dans le département de la Louétsi-Bibaka où l'école n'est pas à cycle complet. La commune de Lébamba qui dispose de sept établissements primaires<sup>22</sup> à cycle complet, de cinq centres pré-primaires<sup>23</sup>, de six collèges et lycées<sup>24</sup> et d'un centre de formation professionnel, présente donc un cadre indiqué pour les parents désireux de scolariser leurs progénitures. De ce fait, résider à Lébamba devient un choix évident.

Par ailleurs, l'absence de routes praticables en toute saison ne facilite pas les déplacements quotidiens entre les domiciles des apprenants situés hors de Lébamba et les établissements scolaires de la commune. Sur certains tronçons, à l'exemple de l'axe Lébamba-Mimongo, la route s'est totalement fermée au point que la circulation

---

<sup>22</sup> L'école catholique sainte Monique de Mabengo-Lethogo ; l'école catholique saint Augustin de Lébamba ; l'école publique A et l'école publique B ; l'école de l'Alliance chrétienne de Lébamba ; l'école de l'Alliance chrétienne de Makombo ; l'école de l'Alliance chrétienne de Bongolo.

<sup>23</sup> Le complexe Auguste/Odile d'Iménou ; l'Echandelin d'or de Malongo ; le centre pré-primaire de l'Alliance chrétienne de Bongolo ; le centre pré-primaire de l'Alliance chrétienne de Lébamba ; le centre pré-primaire Botsigni.

<sup>24</sup> Le lycée Daniel Didier Roguet ; le lycée technique Agricole ; le CES saint Félicien de Dibwangui ; le Collège saint Antoine ; le collège Paul Ndoba ; le lycée Paul Ndoba.

s'est estompée entre ces deux villes. En conséquence, certains villages tels que Matsengué ont disparu sur cette voie. La population de ce village qui comptait environ 250 habitants s'est déportée pour la majeure partie à Lébamba et une minorité s'est établie à Mimongo et à Mouila.

Ces trois facteurs (santé, éducation et route) participent à dépouiller les villages et les départements environnants de leurs habitants au profit de Lébamba.

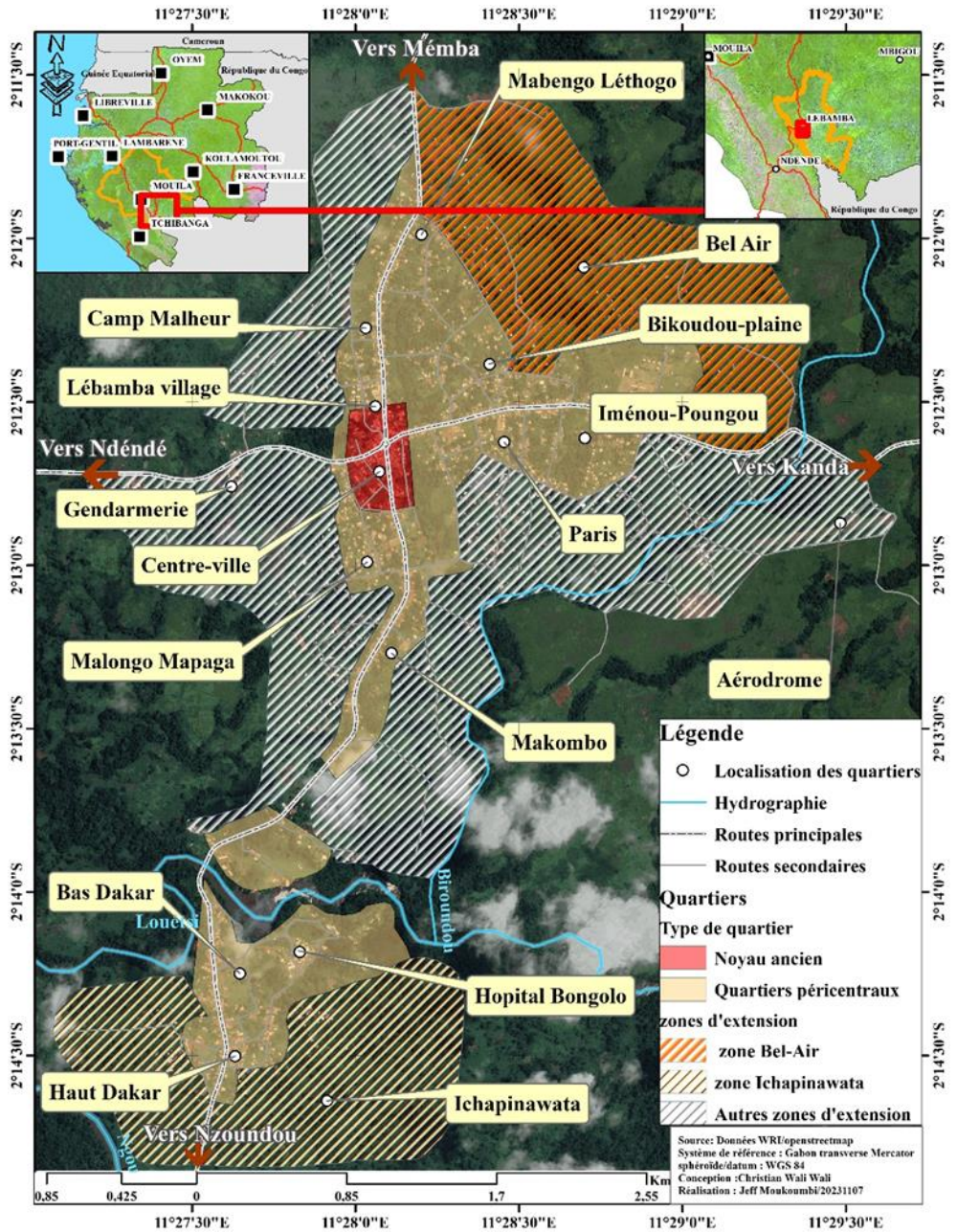
### **2.3. Impacts de l'immigration à Lébamba**

Nos études de terrain ont permis d'identifier deux impacts majeurs de la présence des immigrés à Lébamba. Il s'agit de l'étalement urbain et des tensions foncières que l'occupation des terres suscitent.

#### **2.3.1. Un étalement urbain indéniable**

Si les immigrés de l'Afrique de l'ouest à Lébamba s'installent dans le Centre-ville et dans les vieux quartiers, les migrations des ressortissants du Congo ainsi que celles des personnes venues des villages et des autres départements ont conduit à un étalement urbain. Cet étalement de la ville est caractérisé par la naissance de nouveaux quartiers situés dans les anciens espaces agricoles péri-urbains qui seraient essentiellement occupés par la population issue de cette immigration.





Le premier quartier émanant de cette immigration est *Bel-Air*, situé derrière le lycée Daniel Didier Roguet entre les quartiers Mabengo-Léthogo et Paris/Iméno-Poungou. Ce quartier, créé au début des années 2000, autrefois qualifié de « camp de réfugiés » (C. Wali Wali, 2010, p. 275), du fait de la forte présence des réfugiés congolais qui y étaient installés, est à ce jour intégré dans l'espace communal.

D'autres aménagements se font avec l'arrivée des immigrés internes. Ainsi sont apparus les quartiers *Ichapinawata* à Bongolo sur la route du village Nzoundou habité par les migrants venus de Malinga et Mbigou de groupe ethnique *bawoumbou* depuis 2016, des constructions derrière l'école de l'Alliance chrétienne de Bongolo aussi occupé par les personnes venues de Malinga et du Congo depuis environ 2018. Sur la route de Mimongo, on note la présence des ressortissants de Memba, Mouyamba, Bilengui et Matsengué qui se fait depuis le début des années 2010. Une autre extension de la ville se produit derrière le camp de gendarmerie sur la route nationale qui mène à Libreville ainsi qu'en face de la gendarmerie. Dans ces zones, les aménagements sont observés depuis les années 2012 mais se sont accentués depuis l'année 2020. Ces zones sont habitées par le groupe venu de Nzézellé et de toute la région dite de la « douaye ». La photo 3 ci-dessous montre un segment de la voie de contournement qui passe derrière le quartier Lébamba-village depuis la gendarmerie pour aboutir à Mabengo-Lethogo. On y voit en arrière-plan des maisons en construction.



**Photo 3 :** Vue de la voie et des constructions derrière le poste de gendarmerie de Lébamba.  
*Prise de vue : C. WALI WALI, août 2023.*

Indéniablement, la première conséquence de cette immigration est d'ordre démographique. L'arrivée de plus en plus importante des immigrés à Lébamba est inévitablement une source de croissance de la population de cette commune. En effet, entre 1993 et 2013, la population communale est passée de 4541 habitants<sup>25</sup> à 7727 habitants<sup>26</sup> pour atteindre aujourd'hui 10.000 habitants, soit une augmentation de 120% entre 1993 et 2022. Cette croissance constitue, *a priori*, une source de développement, mais aussi de tensions avec les autochtones. En effet, les habitants « autochtones » reprochent aux nouveaux arrivants de s'accaparer de leurs terres. L'étalement qui se caractérise, d'autre part, par un investissement immobilier locatif massif réalisé par des étrangers, n'est pas toujours apprécié par la population locale qui estime être dépossédée de ses terres.

<sup>25</sup> Ministère de la planification, 1993.

<sup>26</sup> Ministère de l'Économie, de la Promotion des Investissements et de la Prospective, 2015.

### **2.3.2. Pression foncière source de tensions entre les immigrants et les autochtones**

L'achat, le prêt et la location sont les principaux modes d'accès à la terre pour les immigrants à Lébamba. L'achat est pratiqué par les autochtones qui cèdent des parcelles de terre aux immigrants qui, moyennant un paiement, en deviennent des propriétaires. La vente se fait en général entre l'acquéreur, le vendeur et des témoins. Les parcelles acquises permettent d'ériger les habitations. Le prêt et la location sont utilisés pour la pratique des activités agricoles. Bien souvent, les immigrants sollicitent des autochtones la location ou simplement le prêt d'un espace leur permettant de faire de l'agriculture. Ledit espace est restitué au bailleur ou au prêteur après consommation des produits cultivés. La location constitue, entre les deux, le mode le plus courant utilisé par les acteurs. Il a le double avantage de permettre aux bailleurs de récupérer leurs terres à la fin de l'exploitation tout en percevant des ressources durant la période de bail et, pour les immigrants, de posséder des espaces de production agricole qui sont des sources de revenus.

Ces pratiques ne sont cependant pas sans conséquences. La pression foncière exercée par les immigrants sur l'espace communal développe chez certains le sentiment d'être envahi par ces derniers, ce qui n'est pas sans heurts dans les rapports quotidiens. Les immigrants étant, entre autres, accusés d'être des vecteurs de mauvaises pratiques sociales. Ils sont également accusés d'occuper certaines terres sans autorisation. Le témoignage du chef de quartier Lébamba-village traduit ce sentiment.

Il y a à Lébamba de moins en moins des personnes originaires d'ici. Quelqu'un qui est originaire de Lébamba, s'il fait 5 ans sans y revenir, il ne reconnaîtra pas les habitants de la commune. La majorité des habitants de Lébamba sont des gens qui viennent d'ailleurs. Il suffit de voir les maisons qui sont construites chaque jour ici, les propriétaires ne sont pas de Lébamba. L'autre problème est que nos frères et sœurs venant d'ailleurs ont tendance à aller faire des plantations dans les forêts comme Iliba, Mouvinda ou Ndolo, qui ne leur appartiennent pas. A mon avis, tout cela constitue des sources de conflits entre ceux qui sont accueillis et ceux qui accueillent. Plus les immigrants viendront, plus il faut s'attendre à résoudre quelques situations difficiles<sup>27</sup>.

Une autre problématique ressort des échanges sur le terrain. Elle concerne l'omniprésence des étrangers dans l'économie locale, notamment l'économie immobilière. En effet, en plus d'avoir occupé tout le commerce de ventes des produits manufacturés et alimentaires, les immigrants d'origine étrangère occupent également le secteur immobilier. Ceci n'est pas toujours apprécié par la population surtout lorsqu'elle pense que cela se fait avec la complicité des autorités administratives.

---

<sup>27</sup> Entretien réalisé à Lébamba le 25 août 2023 avec Fabrice Nguélé, chef de quartier Lébamba-village.

Est-ce que vous trouvez normal que les étrangers deviennent les propriétaires de tout ici. Il y a un Malien, Bakari, qui a acheté toute la ville. Il a des maisons en location ici, monopolise la vente du sable pour la construction, il possède la principale briqueterie, la quincaillerie, etc. Il détient, je ne sais combien de titres fonciers dans la ville. Tous les propriétaires des hôtels, des commerces et autres bâtiments sont des étrangers (Nigériens, Maliens, Béninois, etc.) comme si aucun Gabonais ne pouvait les avoir. Mais les responsables du cadastre et des autres administrations favorisent les étrangers<sup>28</sup>.

### 3. Discussion

Cette étude est une contribution pour une meilleure compréhension des liens entre l'immigration, interne et internationale, et la croissance urbaine de la commune de Lébamba. La réflexion menée dans cette étude porte spécifiquement sur le lien entre immigration, extension urbaine et occupation des terres. En effet, comme le souligne M. Doevenspeck (2004, p. 360), les « *disputes sur l'accès à la terre font partie des conflits les plus fréquents dans les zones d'accueil des flux migratoires* ».

Si Libreville reste le principal pôle d'attraction des immigrants au Gabon, il reste que les habitants du Gabon sont mobiles (S. Foka et P. Werquin, p. 2). Ces mobilités sont à la fois internationales et internes car les étrangers représentent plus de 20% de la population nationale (S. Loungou et C. Wali Wali, 2015, p. 386) et l'exode rural poussent les migrants des zones rurales vers les centres urbains<sup>29</sup> puisqu'en Afrique en général, l'accélération de l'urbanisation est surtout due à l'exode rural (S. Guillermin-Golet, 2018, p. 1). Les résultats de cette étude sont conformes à ces constats. En effet, la commune de Lébamba reçoit des immigrants étrangers venant essentiellement des pays de l'Afrique de l'Ouest (Mali, Bénin, Nigéria) et des voisins de l'Afrique Centrale (Congo et Cameroun). L'immigration locale est alimentée par l'exode rural des immigrants venant des villages environnants et des départements voisins. Au regard de l'état de dégradation des infrastructures scolaires, sanitaires et routières ainsi que la faiblesse du tissu économique des départements environnants, il faut prévoir que cette immigration se poursuive (D. G.-E. Iroungui, 2020, p. 72)

L'arrivée continue des immigrés à Lébamba conduit à une extension urbaine certaine. Cependant, si l'immigration permet un agrandissement spatial de la ville de Lébamba, M. U. Obiang Ella Minko (2022, p. 60) constate que cet étalement se fait sans un plan d'urbanisation cohérent et sans respect des normes urbanistiques. En effet, « *les populations ne respectent aucunes des dispositions prévues de la législation foncière à cause de la coexistence des pratiques traditionnelles d'appropriation de l'espace, le laisser-faire et le cadre institutionnel. Ce problème se pose en termes de défi et impose une préconception et une définition de la gestion et l'appropriation du sol urbain, ce qui permettrait de maîtriser l'urbanisation sauvage et les problèmes d'assainissement qu'elle engendre* » (M. U. Obiang Ella Minko, 2022, p. 61). De même que cela éviterait que dans quelques années,

<sup>28</sup> Entretien réalisé à Lébamba le 29 mai 2022 avec le chef de quartier Bikoudou-Plaine

<sup>29</sup> <https://www.migrationdataportal.org/fr/regional-data-overview/middle-africa#tendances-recentes>

l'extension anarchique de la ville ne nécessite que « soient définis des objectifs stratégiques nouveaux en vue d'un développement harmonieux » (A. Beka Beka et C. Ada Nzoughe, 2020, p. 13). En dehors de la zone de *Bel-Air* où une voie de contournement a été aménagée et où les services du cadastre se sont efforcés à viabiliser un espace qualifié de « Lébamba 2 », on observe que la population s'installe sans qu'au préalable des voies de circulation ou que tout autre équipement de base (eau, électricité, etc.) ne soient implanté. L'accès aux nouvelles habitations se fait en traversant les terrains des personnes établies aux abords des principales routes. Ceci est particulièrement vrai au quartier Makombo. Ce constat a été déjà fait dans d'autres espaces comme par exemple à Libreville où, « *au regard du rythme d'évolution de la population et, surtout du système d'occupation du sol particulièrement anarchique, le processus d'étalement de la ville ne va certainement pas aller en ralentissant* » (D. Ntsebe Onono Minko, 2010, p. 31). A Kinshasa où l'étalement urbain est également incontrôlé, « seul un quart de Kinshasa suit un plan d'aménagement et dispose d'infrastructures » (N. Sala Gisa, 2022, p. 2).

S'agissant de la question foncière, pour A. Ghisalbert (2011, p. 27), la terre subit de grandes transformations en raison des migrations qui mettent en crise le traditionnel système réglementaire de la gestion foncière et, les migrations de longues durées modifient la composition ethnique du village d'accueil, ce qui entraîne une hétérogénéité culturelle affectant la solidité des autorités traditionnelles et amplifient les conflits entre les différents groupes. Si les immigrés participent au développement du territoire d'accueil, il reste que comme ailleurs, les migrations peuvent provoquer des frictions épisodiques avec les populations autochtones (A. Antil *et al.*, 2016, p. 17). La commune de Lébamba n'échappe pas à cette logique. En effet, de plus en plus d'autochtones critiquent le fait que les immigrés achètent des espaces de plus en plus importants et surtout que les immigrés étrangers soient les principaux propriétaires du parc immobilier locatif et commerciale.

## **Conclusion**

La commune de Lébamba est un réceptacle des populations immigrées étrangères et celles venant des départements et villages environnants. Cette localité constitue un centre attractif important dans la Ngounié sud. Les facteurs de cette attractivité relèvent de son dynamisme économique et de ses atouts sociaux relatifs, entre autres, aux équipements de base (route, structures scolaires et hospitalières) qu'elle possède. Le regroupement familial constitue également une source non négligeable alimentant l'immigration de cette commune. L'arrivée massive de ces immigrés a conduit à un étalement urbain par la colonisation des anciens espaces agricoles en périphérie urbaine. On assiste de ce fait à la création de nouveaux quartiers essentiellement occupés par ces immigrés. Ce phénomène génère une pression foncière qui est source de frictions entre les autochtones et ces derniers. De plus, l'appropriation du parc immobilier locatif et commercial par les immigrés étrangers contribue à alimenter les tensions entre ces derniers et les autochtones. Ces tensions risquent d'être exacerbées. En effet, la charte de la transition, issue du coup d'état perpétré le 30 août 2023 par les forces de défense et de sécurité, interdit dorénavant la vente des terres aux étrangers.

## Références bibliographiques

- ALEXANDRE Hervé, CUSIN François, JUILLARD Claire, 2010, *L'attractivité résidentielle des agglomérations françaises*, Fondation Dauphine, Université de Paris, Paris, Crédit Foncier.
- ANTIL Alain, BERTOSSI Christophe, MAGNANI Victor, TARDIS Matthieu, 2016, « Migrations : logiques africaines », *Politique Etrangère*, 1, pp. 11-23, [en ligne] (page consulté le 23 mars 2023) <https://www.cairn.info/revue-politique-etrangere-2016-1-page-11.htm>
- BEKA BEKA Annie, ADA NZOUGHE Corine, 2020, « Processus d'urbanisation et habitat au Gabon : diagnostic et résilience des populations du « Grand Libreville » », *Regardsuds*, Numéro spécial [en ligne] (page consulté le 06 novembre 2023), <https://regardsuds.org/processus-durbanisation-et-habitat-au-gabon-diagnostic-et-resilience-des-populations-du-grand-libreville-2/>
- CHOUMERT-NKOLO Johanna, PHELINAS Pascale, 2018, « Nouveaux principes d'élaboration des enquêtes ménage dans les pays du Sud », *Revue d'économie du développement*, 3, 11, p. 121-151.
- DOEVENSPECK Martin, 2004, « Migrations rurales, accès au foncier et rapports interethniques au sud du Borgou (Bénin). Une approche méthodologique plurielle », *Afrika Spectrum*, 3,39, pp. 359-380, [en ligne] (page consulté le 08/11/2023), [https://www.ssoar.info/ssoar/bitstream/handle/document/10752/ssoar-afrspectrum-2004-3-doevenspeck-migrations\\_rurales.pdf;jsessionid=14F5BEF6C005A9AB466AB1806CDFA795?sequence=1](https://www.ssoar.info/ssoar/bitstream/handle/document/10752/ssoar-afrspectrum-2004-3-doevenspeck-migrations_rurales.pdf;jsessionid=14F5BEF6C005A9AB466AB1806CDFA795?sequence=1)
- EDOU EDOU Germain, 2012, *Diagnostic agro socio-économique de la zone de Lébamba-Ndéndé (province de la Ngounié)*, Libreville, Institut Gabonais d'Appui au Développement.
- EDOUARD Jean-Charles, 2019, « L'attrait des petites villes, une chance pour redynamiser leur centralité ? Réflexions à partir du cas des petites villes auvergnates », *Belgeo*, 3, [en ligne] (page consultée le 14/09/2023), <https://journals.openedition.org/belgeo/34295>.
- FOKA Sabrina, WERQUIN Patrick, 2020, *Etude de pays. Potentiel de partenariats pour les compétences et la migration au Gabon*, Genève, Organisation Internationale du Travail.
- GHISALBERTI Alessandran, 2011, « Migrations, environnement et conflits fonciers en Afrique de l'Ouest », *L'Information géographique*, 3, 75, p. 23-41.
- GUILLERMIN-GOLET Sophie, 2018, « L'exode rural à Madagascar », *Les yeux du monde*, [en ligne] (page consulté le 08/11/2023), <https://les-yeux-du-monde.fr/actualites-analysees/34122-lexode-rural-a-madagascar/>

- IROUNGUI Dyana Grâce-Eda, 2020, *Lébamba : un pôle migratoire dans la Ngounié Sud*, Mémoire de Master de géographie, Libreville, Université Omar Bongo.
- LOUNGOU Serge, WALI WALI Christian, 2015, « Gabon », In SIMON Gildas, *Dictionnaire des migrations internationales. Approche géohistorique*, Paris, Armand Colin, p. 386-389.
- MOUBEDI-BIGOGO, 2021, « Lebamba : la pisciculture d’hier à aujourd’hui », *L’Union*, n° 13625 du 18 mai 2021, Libreville, Sonapresse.
- NTSEBE ONONO MINKO Donald, 2010, *Processus d’urbanisation et aménagement de la province de l’Estuaire. Mémoire de maîtrise, Aménagement du territoire et développement local*, Mémoire de Maîtrise de géographie, Libreville, Université Omar Bongo.
- OBIANG ELLA MINKO Maxime Ulrich, 2022, *Problématique de l’aménagement des communes secondaires au Gabon : l’exemple du quartier Bongolo à Lébamba*, Mémoire de Master de géographie, Libreville, Université Omar Bongo.
- PUMAIN Denise, 2017, « Attraction, attractivité », *Hypergeo* [en ligne] (page consultée le 02/08/2017), <http://www.hypergeo.eu/spip.php?article39>.
- ROPIVIA Marc-Louis, DJEKI Jules, 1995, *Atlas de la formation territoriale du Gabon*, Libreville, CERGEP.
- SALA GISA Nathalie, 2022, « RDC : après des inondations ayant fait 169 morts, l’urbanisation anarchique de Kinshasa pointée du doigt », *Le Monde*, [en ligne] (page consultée le 26/10/2023), [https://www.lemonde.fr/afrique/article/2022/12/28/rdc-apres-des-inondations-ayant-fait-169-morts-l-urbanisation-anarchique-de-kinshasa-pointee-du-doigt\\_6155927\\_3212.html](https://www.lemonde.fr/afrique/article/2022/12/28/rdc-apres-des-inondations-ayant-fait-169-morts-l-urbanisation-anarchique-de-kinshasa-pointee-du-doigt_6155927_3212.html)
- SOUNDA Love Leaticia, 2018, *L’accès aux soins au Gabon : écart entre la stratégie politique et les pratiques de santé*, Thèse de doctorat en sociologie, Nancy, Université de Lorraine.
- WALI WALI Christian, 2010, *Les réfugiés congolais au Gabon. Modes de circulation et d’installation dans un espace frontalier*, Thèse de doctorat de géographie, Poitiers, Université de Poitiers.
- WALI WALI Christian, 2005, *Essai d’analyse de l’évolution de la population scolaire dans la commune de Lébamba de 1993 à 2003*, Mémoire de Maîtrise de géographie, Libreville, Université Omar Bongo.

# ASPECTS BACTÉRIOLOGIQUES DU LIQUIDE AMNIOTIQUE MÉCONIAL PRÉLEVÉ AU COURS DES CÉSARIENNES ET PRONOSTIC INFECTIEUX MATERNO-FOETAL DANS LE POST PARTUM AU CHU SYLVANUS OLYMPIO

Akila BASSOWA<sup>1\*</sup>

Université de Lomé, Togo

[akilabassowa@gmail.com](mailto:akilabassowa@gmail.com)

Ameyo Ayoko KETEVI<sup>1</sup>, Université de Lomé, Togo

Raoul Sedjro ATADE<sup>2</sup>, Université de Parakou, Benin

Akuele DJOBOKOU<sup>1</sup>, Université de Lomé, Togo

Baguilane DOUAGUIBE<sup>1</sup>, Université de Lomé, Togo

Samadou ABOUBAKARI<sup>3</sup>, Université de Kara, Togo

---

## Résumé

**Introduction.** Au Togo comme en Afrique peu d'études ont été réalisées sur les aspects bactériologiques du liquide amniotique (LA M) dans un contexte d'accouchement et ses éventuelles conséquences materno-fœtale

**Cadre étude** notre étude s'était déroulée à la clinique de Gynécologie Obstétrique et au Laboratoire de Microbiologie du CHU-Sylvanus Olympio (CHU-SO) de Lomé. L'analyse statistique des données a été effectuée grâce au logiciel Rstudio version 3.6.3

**Résultats** La présente étude a permis de suspecter la présence d'une infection dans le LAM chez 194 de nos prélèvements et d'isolé les germe dans 149 prélèvements. Les germes les plus retrouvés en termes de fréquence étaient Enterobacter SPP, Escherichia coli, Acinetobacter baumannii, Staphylocoque à coagulase négative ; La majorité des souches isolées étaient résistant aux antibiotiques fréquemment utilisés dans le service de gynécologie et obstétrique. Parmi les gestantes chez qui une infection du liquide amniotique a été évoquée 79 ont présenté des complications dans le post-partum soit une prévalence de 40,7%. La principale complication retrouvée était endométrites du post-partum (14,6%). Chez les nouveau-nés 57,3% avaient présenté une complication en période néonatale ; la détresse respiratoire qui est le principal signe du SIM était au premier plan.

---

<sup>1</sup> Département de gynécologie-obstétrique, Faculté des sciences de la santé, université de Lomé, Togo

<sup>2</sup> Institut de formation en soins infirmiers et obstétricaux de l'université de Parakou, Benin

<sup>3</sup> Département de gynécologie -obstétrique, Faculté des sciences de la santé, université de Kara, Togo

\* Auteur correspondant :Département de gynécologie-obstétrique, Faculté des sciences de la santé, université de Lomé, Togo, 13 BP 60, Numéro téléphone : (00228) 70901816, Email :

[akilabassowa@gmail.com](mailto:akilabassowa@gmail.com)



**Conclusion** Cette observation démontre que le risque infectieux demeure grand au cours des ruptures des membranes surtout si le liquide amniotique est méconial ceci aussi bien chez la mère que chez le nouveau-né.

**Mots clés** : liquide amniotique – aspect bactériologiques-CHU Sylvanus – Olympio

### **Abstract**

**Introduction.** In Togo, as in Africa, few studies have been carried out on the bacteriological aspects of amniotic fluid (LA M) in the context of childbirth and its possible maternal-fetal consequences.

**Methods:** Our study took place at the Obstetrics and Gynecology clinic and the Microbiology Laboratory of the CHU-Sylvanus Olympio (CHU-SO) in Lomé. Statistical analysis of the data was carried out using Rstudio software version 3.6.3

**Results:** The present study made it possible to suspect the presence of an infection in the AML in 194 of our samples and to isolate the germ in 149 samples. The most common germs found in terms of frequency were Enterobacter SPP, Escherichia coli, Acinetobacter baumannii, coagulase-negative Staphylococcus; The majority of isolated strains were resistant to antibiotics frequently used in the gynecology and obstetrics department. Among the pregnant women in whom an infection of the amniotic fluid was mentioned, 79 presented complications in the postpartum period, i.e. a prevalence of 40.7%. The main complication found was postpartum endometritis (14.6%). Among newborns, 57.3% had presented a complication in the neonatal period; respiratory distress which is the main sign of MIS was at the forefront.

**Conclusion:** This observation demonstrates that the risk of infection remains high during rupture of the membranes, especially if the amniotic fluid is meconium, both in the mother and in the newborn.

**Keywords:** amniotic fluid – bacteriological aspect – Sylvanus University Hospital – Olympio.

### **Introduction**

La présence de méconium dans le liquide amniotique pendant le travail ou en dehors du travail d'accouchement est la conséquence du passage du contenu de l'ampoule rectale fœtale dans le liquide amniotique. Cette coloration est donnée par les pigments biliaires La présence d'un liquide amniotique méconial (LAM) est une anomalie fréquente, associée à un risque accru de morbidité néonatale et maternelle [1-3]. Cette morbidité néonatale comprend le syndrome d'inhalation méconiale (SIM) ainsi que ses complications, la détresse respiratoire, les risques infectieux et l'acidose. La morbidité maternelle associée à la présence de méconium dans le liquide amniotique inclut la césarienne pour souffrance fœtale réelle ou présumée et les risques infectieux [2].

Le liquide amniotique méconial (LAM) est défini par le passage du méconium contenu dans l'ampoule rectale dans le liquide amniotique. Selon les définitions

utilisées et les populations étudiées, l'incidence du LAM pendant le travail varie de 12% d'après une étude de Wiswell et Bent [4], à 21,5% dans l'étude de Blackwell et al. [5]

Les caractéristiques sémiologiques d'intensité de couleur et de chronologie doivent être précisées afin de mieux caractériser ce symptôme. Cliniquement, le liquide amniotique peut être classé en liquide amniotique méconial modéré (jaune avec des présences verdâtres) à liquide amniotique méconial purée de pois [6].

La découverte du liquide amniotique méconial est faite soit au moment de la rupture de la poche des eaux, soit dans un second temps, après une première période pendant laquelle le liquide amniotique émis était clair [7]. Ce diagnostic peut parfois être posé après la naissance. Greenwood a étudié une cohorte de 8394 patientes avec un liquide amniotique clair en début de travail [8]. Le diagnostic de liquide amniotique méconial a été posé dans 5,2 % des cas. Près d'une fois sur deux (48,5 %), la présence de méconium dans le liquide amniotique était ignorée jusqu'à l'accouchement de la tête de l'enfant [8].

Les principaux facteurs associés à la survenue de liquide amniotique méconial pendant le travail sont le terme avancé, la détresse fœtale, l'ethnie et la parité [6].

En Afrique nous n'avons pas retrouvé un grand nombre d'études réalisées sur le LAM et ses conséquences materno-fœtale. Au Togo, des études ont porté sur l'évaluation du risque infectieux pour le couple mère / fœtus en cas de RPM mais aucune étude n'a spécifiquement porté sur le LAM. En 2014 Salou et coll ont étudié RPM et risque infectieux dans le couple mère-enfant à la maternité du CHU Sylvanus Olympio de Lomé. Dans cette étude les prélèvements étaient faits par voie vaginale avec le risque de contamination avec les germes de la flore vaginale. La présente étude a donc été initiée dans le but d'Identifier les principaux germes isolés en cas de LAM et Etudier la sensibilité des souches isolées aux antibiotiques et de Déterminer les complications materno-fœtale en cas de LAM.

## **1. Cadre d'étude**

Notre étude s'était déroulée à la clinique de Gynécologie Obstétrique et au Laboratoire de Microbiologie du CHU-Sylvanus Olympio (CHU-SO) de Lomé.

### **1.1. Type et période d'étude**

Il s'est agi d'une étude longitudinale descriptive et analytique effectuée au cours de la période allant du 1er janvier au 31 décembre 2019. Les prélèvements étaient réalisés tous les jours.

### **1.2. Population d'étude**

Gestantes entrées à la maternité qui présentaient une indication d'urgence de césarienne et dont le liquide amniotique était méconial à l'examen obstétrical ou constaté en per-opératoire.

### **1.2.1. Critères d'inclusion**

Etaient inclus dans notre étude les gestantes ou parturientes :

Porteuses d'une grossesse à un terme de viabilité supérieure ou égale à 28SA avec fœtus viable ou décédé et liquide amniotique méconial ayant donné leur consentement éclairé.

N'ayant pas reçue d'antibiothérapie Ou ayant reçue une antibiothérapie de moins de 24 heures avant les prélèvements.

### **1.2.2. Aspects éthiques**

Les principes de confidentialité et de respect de l'intimité ont été appliqués chez toute patiente. Nous avons obtenu le consentement verbal et éclairé des gestantes et accouchées, ainsi nous avons aussi bien accepté le refus que l'acceptation de l'entretien.

## **1.3. Méthodes**

### **1.3.1. Déroulement pratique de l'étude**

Les prélèvements ont été effectués au bloc opératoire du service de gynécologie-obstétrique du CHU-SO au cours des césariennes chez les gestantes qui présentaient une indication d'urgence associée à un liquide amniotique méconial. Le bulletin pour examen cytot bactériologique du liquide amniotique était établi et Le prélèvement était conditionné dans un écouvillon stérile puis acheminé au laboratoire de microbiologie. Il s'est agi d'une étude autofinancée.

### **1.3.2. Analyses des données**

L'exploitation des données et la réalisation des figures s'est faite à l'aide du Logiciel Excel 2019.

L'analyse statistique des données a été effectuée grâce au logiciel Rstudio version 3.6.3 à partir des tests suivants. Les variables qualitatives ont été décrites en moyenne plus ou moins écart-type. Les variables qualitatives ont été décrites en effectifs et pourcentages ; et ont été comparées grâce au test Fisher.

Une valeur de « p » strictement inférieure à 0,05 devait être retrouvée pour que les différences soient considérées comme statistiquement significatives.

## **2. Résultats**

### **2.1 Aspects épidémiologiques**

#### **2.1.1. La fréquence**

Au cours de la période d'étude au total 3804 cas accouchements par césarienne ont été enregistré au service de Gynécologie-Obstétrique du CHU-SO de Lomé. Quarantevingt-quatorze cas (6,8%) étaient des cas de césariennes avec liquide amniotique méconial.

### 2.1.2. Caractéristiques socio démographiques des patientes

L'âge moyen des femmes était de 27,42 ans avec des extrêmes de 18 ans et 41ans (tableau I). Les gestantes et parturiantes étaient référées dans les 72,7% de cas suivies admissions dans les 23,8% de cas. Le principal motif d'admission était l'asphyxie fœtale aiguë dans 16,2% de cas (tableau I).

Tableau I : Caractéristiques socio démographiques des patients

	Effectif	Pourcentage
<b>Age</b>		
< 18ans	6	2,3
[18-24[	54	20,8
[24-29[	98	37,7
[29-34[	72	27,7
[34-39[	24	9,2
≥ 39	6	2,3
<b>Mode admission</b>		
Référée	189	72,7
Admise	62	23,8
Adressée	6	2,3
Evacuée	3	1,2
<b>Motifs d'admission</b>		
Asphyxie fœtale aiguë	42	16,2
RPM	15	5,8
Manque d'effort expulsif	9	3,5
Travail prolongé	6	2,3
Dystocie cervicale	3	1,2

## 2.2. Caractéristiques bactériologiques LAM

### 2.2.1. Caractéristiques à la culture

La culture du LAM avait permis d'évoquer la présence germe dans 194 prélèvements soit une prévalence de 74,6% de contamination du liquide amniotique. Dans cet effectif nous avons isolé les germes dans 149 prélèvements soit 76,8%.

Parmi les germes isolés, on retrouvait les *Enterobacter SPP* dans 26,2% des cas, suivi des *Escherichia coli* dans 20,1% de cas et *Acinetobacter baumannii* dans 13,4% de cas (tableau II).

Tableau II : répartition du LAM en fonction des résultats après la culture

	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Présence d'un germe (n=260)</b>		
Oui	194	74,6
Non	66	25,4
<b>Germe identifié (n=194)</b>		
Oui	149	76,8
Non	45	23,2
<b>Type de germe (n=149)</b>		
<i>Enterobacter SPP</i>	39	26,2
<i>Escherichia coli</i>	30	20,1
<i>Acinetobacter baumannii</i>	20	13,4
Staphylocoque à coagulase négative	18	12,1
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	15	10,1
<i>Staphylococcus aureus</i>	9	6,0
Entérocoques	6	4,0
Streptocoque non groupable	7	4,7
<i>Enterobacter cloacae</i>	4	2,7
Streptocoque agalatae	4	2,7

### 2.2.2 Caractéristiques des germes à l'antibiogramme

L'amoxicilline associée à l'acide clavulanique n'était pas testée sur 80 germes soit dans 53,7% de cas. Il a été testé sur 69 germes parmi lesquelles 24,2% y étaient sensibles (tableau III).

Tableau III : répartition du LAM en fonction des résultats de l'antibiogramme

	Effectif	Pourcentage
<b>Amoxicilline + acide clavulanique (n=149)</b>		
Non testé	80	53,7
Sensible	36	24,2
Résistant	33	22,1
<b>Ceftriaxone (n=149)</b>		
Non testé	57	38,3
Résistant	51	34,2
Sensible	41	27,5
<b>Gentamycine (n=149)</b>		
Sensible	68	45,6
Résistant	63	42,3
Non testé	18	12,1
<b>Ciprofloxacine (n=149)</b>		
Non testé	77	51,7
Sensible	42	28,2
Résistant	30	20,1
<b>Ofloxacin (n=149)</b>		
Sensible	60	40,3
Résistant	48	32,2
Non testé	41	27,5
<b>Azythromycine (n=149)</b>		
Non testé	119	79,9
Résistant	18	12,1
Sensible	12	8,0

## 2.3 Complications materno-fœtales

### 2.3.1 Complications maternelles

Parmi les gestantes chez qui une infection du liquide amniotique a été évoquée 79 ont présenté des complications dans le post-partum soit une prévalence de 40,7%. Les complications retrouvées étaient endométrites du post-partum dans 14,6% et les

suppurations pariétales dans 13,0%. On avait dénombré trois cas de péritonites généralisées ainsi que trois cas de septicémies (tableau IV).

Tableau IV: répartition des complications en post-partum

	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Suites simples (n=194)</b>		
Non	79	40,7
Oui	115	59,3
<b>Si non, types de complications (n=79)</b>		
Endométrite	38	14,6
Suppuration pariétale	34	13,0
Péritonite généralisée	3	1,1
Péritonite localisée	1	0,4
Septicémie	3	1,1

### 2.3.2. Complications fœtales

Des cent quatre-vingt et quatorze cas de liquide amniotique suspect de contamination par un germe, cent-quarante nouveau-nés ont présenté des complications à type d'infection néonatale soit une prévalence de 36,2% suivi de détresse respiratoire dans 13,8% de cas. Dans notre étude nous avons enregistré 2,7% de décès dans cette période néonatale. Le délai d'apparition des complications n'était pas précisé dans 89,3% de cas. Nous avons enregistré sept cas de décès néonataux dont six le premier jour de vie (tableau V).

Tableau V: répartition des complications en période néonatale

	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Nouveau-né normal (n=194)</b>		
Non	140	72,2
Oui	54	27,8
<b>Si non, types de complications (n=140)</b>		
Infection néonatale	94	36,2
Détresse respiratoire	36	13,8
Lésions cutanées	3	1,1
Décès	7	2,7
<b>Délai d'apparition des complications (n=140)</b>		

1 jour	6	4,3
2 jours	3	2,1
4 jours	3	2,1
10 jours	3	2,1
Non renseigné	125	89,3
<b>Délai du décès (n=7)</b>		
0 jour	6	85,7
30 jours	1	14,3

## 2.4. Corrélations cliniques

### 2.4.1. Corrélation entre LAM et présence d'un germe

Parmi les 149 germes isolés, 104 soit 57,3% ont été retrouvés chez les gestantes qui présentaient un LAM avec rupture des membranes. Mais il n'existait pas de différence significative entre l'état des membranes et la présence d'un germe en cas de liquide amniotique méconial  $P=0,056$  (Tableau VI).

Tableau VI : répartition de l'état des membranes et la présence de germes dans le LAM

Membranes	Présence de germes pathogènes isolés			<i>P-value</i> <i>Test de</i> <i>Fisher</i>
	Oui n (%)	Non n (%)	Total n (%)	
Intactes	45(53,6)	39(46,4)	<b>84(100)</b>	0,056
Rompues	104(59,1)	72(40,9)	<b>176(100)</b>	
<b>Total</b>	<b>149(57,3)</b>	<b>111(42,7)</b>	<b>260(100)</b>	

### 2.4.2 Corrélation entre LAM et complications maternelles

Parmi les soixante et dix-neuf gestantes qui ont présentées des complications dans le post-partum, 82,2% était dans un contexte de rupture des membranes associé à un LAM. Il n'y avait pas de différence significative entre l'état des membranes et la survenu d'une complication maternelle dans le post-partum  $P= 0,089$  (Tableau VII).



Tableau VII : répartition de l'état des membranes et le risque de survenu d'une complication maternelle dans le post-partum.

Membranes	Complications infectieuses maternelles dans le post-partum			P-value
	Oui	Non	Total	
				0,089
Intactes	14(27,5)	37(72,5)	<b>51(100)</b>	
Rompues	65(45,5)	78(54,5)	<b>143(100)</b>	
<b>Total</b>	<b>79(40,7)</b>	<b>115(59,3)</b>	<b>194(100)</b>	

### 2.4.3 Corrélation entre LAM et complications chez le nouveau-né

Parmi les cent quarante nouveau-nés qui ont présentés des complications en période néonatale, 64,2% était dans un contexte de rupture des membranes associé à un LAM. Il y avait une différence significative entre l'état des membranes et la survenu d'une complication néonatale  $P= 0,002$ . Il en sort que la rupture des membranes associée au LAM potentialisent le risque de survenu d'une complication néonatale (Tableau VIII).

Tableau VIII : répartition de l'état des membranes et risque de survenu d'une complication néonatale.

Membranes	Complications infectieuses néonatales			P-value <i>Test de Fisher</i>
	Oui n (%)	Non n (%)	Total n (%)	
				<b>0,002</b>
Intactes	27(32,1)	57(67,9)	<b>84(100)</b>	
Rompues	113(64,2)	63(35,8)	<b>176(100)</b>	
<b>Total</b>	<b>140(53,8)</b>	<b>120(46,2)</b>	<b>260(100)</b>	

## 3. Discussion

### 3.1. Les limites de l'étude

La principale limite de notre étude est la taille de notre échantillon. L'examen bactériologique des prélèvements des orifices du nouveau-né n'a été fait. Cette limite est dû au manque de moyen financier auquel nous avons été confrontés.

### **3.2 Fréquence des LAM**

Au cours de la période d'étude au total 3804 cas accouchements par césarienne ont été enregistré à la clinique de Gynécologie-Obstétrique du CHU-SO de Lomé ; les cas de LAM étaient au nombre de 260 soit une fréquence de 6,8%. La fréquence de LAM obtenue dans cette étude est comparable à celle retrouvée par Karabayir et al [9] à l'université Medipol d'Istanbul en 2014 qui retrouvait un taux de 7,8% de LAM. Ce taux est par contre inférieur à celui d'Akaffou et al au CHU de Yopougon en 1998 et de Mulongo et al au Congo en 2012 qui trouvaient respectivement des prévalences de 28,46% et de 20,7% [10] de LAM. Cette disparité dans la littérature peut s'expliquer par la taille des échantillons et l'âge gestationnel des gestantes.

### **3.3. Caractéristiques socio démographiques**

Dans notre étude, la moyenne d'âge maternel est de 27,42 ans, des extrêmes de 18 ans et de 41 ans et un pic de fréquence entre 24 et 29 ans qui représente la tranche d'âge la plus affectée. La moyenne d'âge dans notre étude est égale à celle retrouvée par Salou et al au Togo en 2014 [11] et Cissé et al à Dakar en 2001 [12] qui trouvaient des âges moyens de 27 ans. Salou et al trouvait un pic de rupture prématuré de membrane dans la tranche d'âge de 20 à 29 ans. Cette tranche d'âge est cependant celle où la fécondité et le taux de naissance est la plus importante dans nos milieux africains [11].

Ce pic de LAM pourrait donc être en rapport avec le nombre important de naissance dans cette tranche d'âge

. Ces différences peuvent s'expliquer par le fait nous avons une taille d'échantillon quatre fois supérieure à la leur mais aussi parce que nous n'avons pas de critères de sélections différents.

### **3.4. Caractéristiques bactériologiques LAM**

#### **3.4.1 Caractéristiques à la culture**

La culture du LAM avait permis d'évoquer la présence germe dans 194 prélèvements soit une prévalence de 74,6% de contamination du liquide amniotique. Dans cet effectif nous avons isolé les germes dans 149 prélèvements soit 76,8%. Parmi les germes isolés, on retrouvait les Enterobacter SPP dans 26,2% des cas, suivi des Escherichia coli dans 20,1% de cas. Par contre dans un document intitulé Neonatal infections. Classification and pathophysiology publié en 2015 par Elsevier Masson SAS évoquait comme principaux germes streptocoque B (SGB) et E. coli.

#### **3.4.2 Caractéristiques des germes à l'antibiogramme**

Sur les 149 germes isolés uniquement 69 soit 46,3% ont été testés au amoxiclavate parmi lesquels 33 germes y étaient résistants soit 22,1%. Il en est de même pour la ceftriaxone qui a été testé sur uniquement 92 germes parmi lesquels 34,2% y étaient résistants. Dans le service de gynécologie et d'obstétrique les amoxiclavate et les céphalosporines de 3ème génération sont de loin les plus utilisés en cas de grossesse. Malheureusement les germes isolés n'ont pas tous été testés à ces deux antibiotiques

utilisés dans le service ; ceci à cause de l'indisponibilité des réactifs ; situation qui a été régularisée en 2020. Sur une revue de 63 études faite en 2009. Elles ont permis d'objectiver une prédominance des bacilles Gram négatif (77 % sur 170 isolats) [13]. Cette prédominance des bacilles Gram négatif, au sein des communautés comme des hôpitaux secondaires ou tertiaires, a été confirmée par des études plus récentes : à Madagascar, les entérobactéries constituent la première cause d'infection néonatale précoce (51,5 %) dont une majorité (jusqu'à plus de 50 %) résistante aux antibiotiques incluant les céphalosporines de troisième génération (porteuse de BLSE) [14]. La résistance aux antibiotiques communément utilisés dans les PEVD est aujourd'hui un problème global tant au niveau communautaire que dans les hôpitaux secondaires ou tertiaires, mais avec de grandes variations régionales [15].

### **3.5. Complications materno-fœtales**

#### **3.5.1 Complications maternelles**

Parmi les gestantes chez qui une infection du liquide amniotique a été évoquée 79 ont présenté des complications dans le post-partum soit une prévalence de 40,7%. Les complications retrouvées étaient endométrites du post-partum dans 14,6% et les suppurations pariétales dans 13,0%. Andriamady et al à Madagascar [16] dénombrait 34,3% d'infection (d'endométrite, thrombophlébite, suppuration pariétale) en cas de RPM. Cissé et al à Bamako en 2006 [17] trouvait une prévalence de 2,9% d'endométrite et stipulait qu'elle était la première complication des césariennes en cas de RPM. Elle trouvait une prévalence de 1,5% de suppuration pariétales qui venait aux deuxième loges de ces complications. Les taux inférieurs de ces complications peuvent s'expliquer par la taille de notre échantillon qui était plus grande. Nos taux sont comparables à ceux retrouvés dans les RPC infections génitales hautes du CNGOF et SPILF. Selon eux l'endométrite du post-partum est une cause fréquente de morbidité fébrile du post-partum. Son incidence, variable selon le mode d'accouchement, est estimée à 1–3 % après un accouchement par voie basse et 13–90 % après une césarienne selon les facteurs de risque maternels, l'antibioprophylaxie chirurgicale, le caractère programmée/non programmée/urgence vitale de la césarienne et le niveau socioéconomique du pays [18]. Saizonou et al [19] au Bénin en 2014 trouvait une prévalence de 12,7% de suppuration pariétale ; ce taux est comparable à celui de notre série.

#### **3.5.2 Complications fœtales**

Des cent quatre-vingt et quatorze cas de liquide amniotique suspect de contamination par un germe, cent-quarante nouveau-nés ont présenté des complications à type d'infection néonatale soit une prévalence de 36,2% suivi de détresse respiratoire dans 13,8% de cas. Basse et al en 2018 au Sénégal [20] trouvait une prévalence de 28% d'infection néonatale en cas de liquide amniotique méconial. Folquet et al dans ses travaux sur 325 nouveau-nés référés au CHU de Cocody en 2010 [21] trouvait une prévalence de 42,6% d'infection materno-fœtale. Les principaux signes cliniques étaient la détresse respiratoire (41,2 %), la fièvre (37,2 %) et la souffrance cérébrale (32,8 %).

Dans notre étude nous avons enregistré 2,7% de décès dans cette période néonatale. Le délai d'apparition des complications n'était pas précisé dans 89,3% de cas. Les taux de mortalités étaient respectivement de 11,6% chez Folquet et al et de 32% chez basse et al. Cette différence peut s'expliquer par le fait que ces deux auteurs ont travaillé uniquement sur les cas d'asphyxies fœtales aiguës. De tels taux montrent qu'il y a encore beaucoup à faire dans la prise en charge des infections néonatales et remettent en cause la qualité des soins maternels et néonataux dans nos structures sanitaires.

### **3.6. Corrélations cliniques**

#### **3.6.1 Corrélation entre LAM et présence d'un germe**

Parmi les 149 germes isolés, 104 soit 57,3% ont été retrouvés chez les gestantes qui présentaient un LAM avec rupture des membranes. Mais il n'existait pas de différence significative entre l'état des membranes et la présence d'un germe en cas de liquide amniotique méconial  $P=0,056$ . La rupture des membranes est connue comme un facteur de risque la colonisation microbienne du liquide amniotique mais aussi des infections materno-fœtale. Shim et al. Ont pratiqué 519 amniocentèses chez des patientes venant de présenter une RPM entre 20 et 35 SA. En l'absence de signe clinique infectieux, 23 % d'entre elles présentaient une culture bactériologique positive [22]. Ce taux inférieur au notre peut se justifier par le fait qu'en Afrique nous sommes confrontés le plus souvent aux problèmes d'hygiène mais aussi par les résistances des germes aux antibiotiques observé en Afrique. Cissé et al au Sénégal [12]. A constaté que cette contamination bactérienne du liquide amniotique après RPM se potentialise lorsque le liquide amniotique devient méconial, il trouvait une prévalence de 69,5% de contamination en cas d'association de RPM et LAM. Un taux qui est comparable au notre.

#### **3.6.2 Corrélation entre LAM et complications maternelles**

Parmi les soixante et dix-neuf gestantes qui ont présentées des complications dans le post-partum, 82,2% était dans un contexte de rupture des membranes associé à un LAM. Il n'y avait pas de différence significative entre l'état des membranes et la survenu d'une complication maternelle dans le post-partum  $P= 0,089$ . Ces résultats sont en parfaite adéquation avec la RPC infections génitales hautes du CNGOF et SPILF qui stipule que Parmi les facteurs de risque de l'endométrite du postpartum, certains sont très fréquemment retrouvés tel que le travail prolongé, rupture prolongée des membranes, liquide amniotique méconial [23-28]. D'autres facteurs de risque ont été également identifiés mais toutes les études ne sont pas unanimes il s'agit de la révision utérine, l'origine ethnique (en particulier afro-américaine ou hispanique), le statut socioéconomique faible, le diabète sucré maternel, les naissances prématurée, les manœuvres instrumentales, les grossesses obtenues par assistance médicale à la procréation, colonisation vaginale à *Streptococcus agalactiae* [29-30].

### 3.6.3 Corrélation entre LAM et complications chez le nouveau-né

Parmi les cent quarante nouveau-nés qui ont présentés des complications en période néonatale, 64,2% était dans un contexte de rupture des membranes associé à un LAM. Il y avait une différence significative entre l'état des membranes et la survenu d'une complication néonatale  $P= 0,002$ . Il en sort que la rupture des membranes associée au LAM potentialisent le risque de survenu d'une complication néonatale. Nyenga et al [31-32]. en RDC en 2014 stipulait que La RPM se trouve être le facteur de risque le plus retrouvé dans la littérature avec une association statistiquement significative entre celle-ci et la survenue de l'infection dans le post-partum et dans la période néonatale. En effet, la rupture de la poche des eaux entraîne un risque élevé des infections fœtales dont la fréquence est multipliée par 10 à 100 après 24 heures [33]

#### Conclusion

L'étude réalisée au CHU Sylvanus -Olympio sur une période d'un an a permis de recenser 260 cas de LAM pour 3804 accouchements réalisés soit une fréquence est de 6,8%.

Si les étiologies sont diversifiées comme le rapportent les données de la littérature, le premier objectif est de prévenir les complications infectieuses chez la mère et chez le fœtus. Il est donc nécessaire d'identifier les germes présents dans le LAM pouvant être à l'origine de ces complications.

#### Références bibliographiques

1. Davis R, Philips I, Harris B, Wilson E, Huddleston J. Fatal méconium aspiration syndrome occurring despite airway management considered appropriate. *Am J Obstet Gynecol* 1985; 151:731-6.
2. Hernandez C, Littie B, Dax J, Gilstrap L, 3rd, Rosenfeld CR. Prediction of the severity of meconium aspiration syndrome. *Am J Obstet Gynecol* 1993; 169:61-70.
3. Falciglia H et al. failure to prevent meconium aspiration syndrome. *Obstet Gynecol* 1985; 71:349-53.
4. Wiswell. T, Tuggle .M, Turner. S méconium aspiration syndrome: have we made a difference « *pediatrics* » 1990 volume 85; issue 5 pages 715 à 721.
5. Blackwell .C, Carreno.A. In utero meconium aspiration by the baboon fetus « *obstetrics and gynecology* » 1981 volume 57 page 37 à 40.
6. CNGOF. Extrait des mises à jour, en Gynécologie et obstétrique. Le liquide amniotique méconial pendant le travail. Publié le 30.11.2005. Tome XXIX : p 31-49. [http://www.cngof.asso.fr/d\\_livres/2005\\_GO\\_031\\_pasquier.pdf](http://www.cngof.asso.fr/d_livres/2005_GO_031_pasquier.pdf)
7. Locatelli A, Regalia A, Patregnani C, Ratti M, Toso L, Ghidini A. Prognostic value of change in amniotic fluid color during labor. *Obstet Gynecol Surv* 2005; 60(7): 425-6.

8. Greenwood C, Lalchandani S, Mac Quillan K, Sheil O, Murphy J, Impey L. Meconium passed in labor: how reassuring is clear amniotic fluid? *Obstet Gynecol* 2003; 102(1): 89-93.
9. Karabayir N, Demirel A, Bayramoglu E. Blood lactate level and meconium aspiration syndrome. *Arch Gynecol Obstet* 2015; 291(4):849-53.
10. Mulongo M, C. Wakeka k, M. Mudimba L, Bahati M, Kyambikwa B. les technologies de laboratoire - 2015, Volume 9, N°37.
11. Salou M, Lack F, Adama-Hondegla A, Dossim S, Tsogbalé N, Gbadoé A, Akpadza K, Prince-David M. Rupture prématuré des membranes au CHU-SO de Lomé, Togo : aspect microbiologie. *American Journal of Infectious Diseases and Microbiology*, 2015, Vol. 3, No. 6, 152-156
12. Cisse. C, Mbengue-Diop. R, Moubarek. M, Ndiaye. O, Dotou. R, Boye. C, Kuakuvi. K, Diadhiou. F. Infections bactériennes néonatales au CHU de Dakar. *Gynécol Obstét Fertil* 2001 ; 29 : 433-9.
13. Zaidi A, Thaver D, Ali S, Khan T. Pathogens associated with sepsis in newborn and young infants in developing countries. *Pediatr Infect Dis J* 2009 ; 28 : S10–8.
14. uazzani K, Imbert P, Naas T, et al. Les infections néonatales précoces dans les pays en développement : un exemple, Madagascar. SPILF – Infectiologie. Poster C022. [www.infectiologie.com/site/JNI09-posters.php](http://www.infectiologie.com/site/JNI09-posters.php).
15. Osrin D, Vergnano S, Costello A. Serious bacterial infections in newborn infants in developing countries. *Curr Opin Infect Dis* 2004 ; 17 :217–24.
16. Andriamady R, Rasamacliosa J ; Rovaonarivoh H, Ranfalahye J. les Ruptures prématurés des membranes vues à la maternité de Befelatanana, centre hospitalier universitaire d’Antanarior 1998 ; *Arch Inst Paster Madagascar* 1999 65 (2) :100-02.
- 17 Cisse. K. et al thèse : facteurs de risque de la rupture prématuré des membranes dans le service de gynécologie obstétrique du centre de santé de référence de la commune v du district de Bamako 2006.
18. Karsnitz D et al. Puerperal infections of the genital tract: a clinical review. *J Midwifery Womens Health* 2013; 58(6):632–42.
19. Saizonou. J, Ouédraogo. L, Paraiso. M, Ayélo. P, Kpozèhouen. A, Daraté. R, Traoré. E. Epidémiologie et prise en charge des infections du per-partum à la maternité du centre hospitalier départemental de l’Ouémé-Plateau au Bénin. *Pan African Medical Journal*. 2014; 17:89 doi: 10.11604/pamj.2014.17.89.2857.
20. Basse. I, Ndiaye-diawara. N, Fall. A, Ba. A, Faye. N, Faye. P, Ndongo. A, Obambi -Diop. D, Diagne-gueye. N, Ndiaye. O : Asphyxie périnatale au Centre Hospitalier Universitaire pour enfants de Diamniadio, Dakar, Sénégal. [Med. Afr. Noire \(En ligne\)](#) ; 65(01) : 25-35, 2018. Tab.

21. Folquet.A, Dainguy. M, Diomandeab. D, Kouakoua. C, Kamenana. M, Mbengue Gbonon. M, Kouadio. E, Kouadio. G, Gro Bi. M, Djivoheessoun. A, Djoman. I, Angan Golia. A. AbidjanUpdating profile of bacterial infections of the newborn at Cocody Teaching Hospital in Abidjan. *Journal de pédiatrie et puériculture* 29 (1), 8-14, 2016.
22. Shim S, Romero R, Hong J, Park C, Jun J, Kim B, et al. Clinical significance of intra-amniotic inflammation in patients with preterm premature rupture of membranes. *Am J Obstet Gynecol* 2004; 191:1339-45?
23. Diamond. M, Entman. S, Salyer. S, Vaughn. W, Boehm. F. Increased risk of endometritis and wound infection after cesarean section in insulin-dependent diabetic women. *Am J Obstet Gynecol* 1986; 155(2):297–300.
24. Chaim W, Bashiri A, Bar-David J, Shoham-Vardi I, Mazor M. Prevalence and clinical significance of postpartum endometritis and wound infection. *Infect Dis Obstet Gynecol* 2000; 8(2):77–82.
25. Louis J, Buhari M, Allen D, Gonik B, Jones T. Postpartum morbidity associated with advanced HIV disease. *Infect Dis Obstet Gynecol* 2006; 2006:79512.
26. Stephansson O, Sandström A, Petersson G, Wikström A-K, Cnattingius S. Prolonged second stage of labour, maternal infectious disease, urinary retention and other complications in the early postpartum period. *BJOG Int J Obstet Gynaecol* 2016; 123(4):608–16.
27. Faro S. et al Postpartum endometritis. *Clin Perinatol* 2005; 32(3): 803-14.
28. Caughey A, Musci T. Complications of term pregnancies beyond 37 weeks of gestation. *Obstet Gynecol* 2004; 103(1):57–62.
29. Hughes B, Clifton R, Hauth J, Leveno K, Myatt L, Reddy U, et al. Is mid-trimester insulin resistance predictive of subsequent puerperal infection ? A secondary analysis of randomized trial data. *Am J Perinatol* 2016; 33(10):983– 90.
30. Haeri S, Baker A. Estimating risk factors and causes for postpartum febrile morbidity in teenage mothers. *J Obstet Gynaecol* 2013; 33(2):149-151.
31. Boggess K, Tita A, Jauk V, Saade G, Longo S, Clark E, et al. Risk factors for postcesarean maternal infection in a trial of extended-spectrum antibiotic prophylaxis. *Obstet Gynecol* 2017; 129(3):481–5.
32. Adonis Nyenga. A, Olivier Mukuku. O, Mulangu Mutombo. A, Numbi Luboya. O. Infections néonatales : quelle est la place des antécédents obstétricaux dans la prévention du risque ? *Pan African Medical Journal*. 2014 ; 19 :133 doi : 10.11604/pamj.2014.19.133.4432.
33. Aujard Y et al Infections néonatales (I). *EMC Pédiatrie*. 4-002-R-90, 2001. Google Scholar.

# VÉCU ET QUALITÉ DE VIE DES PATIENTS PRÉSENTANT UNE HYPOTHYROÏDIE EN MILIEU HOSPITALIER AU CHU SYLVANUS OLYMPIO Á LOMÉ

**Kossi KODJO<sup>1\*</sup>**

Université de Lomé

[jisatogo@gmail.com](mailto:jisatogo@gmail.com)/[jisatogo07@hotmail.com](mailto:jisatogo07@hotmail.com)

**Agbeko Kodjo DJAGADOU<sup>1</sup>**, CHU Sylvanus Olympio, Lomé, Togo, **Toyi TCHAMDJA<sup>2</sup>**, CHU KARA, Kara, Togo, **Sodjehoun APETI<sup>3</sup>**, CHU CAMPUS, Lomé, Togo, **Lihanimpo DJALOGUE<sup>2</sup>**, CHU KARA, Kara, Togo, **Abou Bakari TCHALA<sup>1</sup>**, CHU Sylvanus Olympio, Lomé, Togo, **Koffi KLOUVI<sup>1</sup>**, CHU Sylvanus Olympio, Lomé, Togo, **Sosso TOVIGNIKOU<sup>1</sup>**, CHU Sylvanus Olympio, Lomé, Togo, **Kodjo NTSOUKPOE<sup>1</sup>**, CHU Sylvanus Olympio, Lomé, Togo, **Abago BALAKA<sup>3</sup>**, CHU CAMPUS, Lomé, Togo, **Mohaman DJIBRIL<sup>1</sup>**, CHU Sylvanus Olympio, Lomé, Togo

---

## Résumé

### Introduction

L'objectif général de l'étude était de décrire le vécu et la qualité de vie des patients vivants avec l'hypothyroïdie.

### Méthodologie

Il s'agit d'une étude transversale quantitative à visée descriptive réalisée dans le service de médecine interne du CHU SYLVANUS OLYMPIO de Lomé sur une période allant du 24 Juin au 23 Aout 2021 (3 mois). La collecte des données est réalisée à l'aide d'un questionnaire sur 43 patients.

### Résultats

Au total 43 personnes ont été enquêtées. La majorité des enquêtés était de sexe féminin (sex-ratio H/F= 0,23) dont la tranche d'âge la plus représentée était de 50 à 60 ans. Les étiologies les plus fréquentes retrouvées sont la thyroïdectomie et la maladie d'Hashimoto. Les signes cliniques de l'hypothyroïdie sont nombreux, variés, non spécifiques et inconstants. Toutefois dans 67,44% des cas, l'asthénie était le signe prédominant rencontré et 58,14% des patients étaient choqués à l'annonce du diagnostic. La prise en charge de cette pathologie consiste en un traitement substitutif par hormone thyroïdienne à vie. De la qualité de vie des patients, il ressort que dans la dimension de la santé perçue la majorité des enquêtés avaient un état de

---

<sup>1</sup> Service de Médecine Interne CHU Sylvanus Olympio, Lomé, Togo.

<sup>2</sup> Service de Médecine Interne CHU KARA, Kara, Togo.

<sup>3</sup> Service de Médecine Interne CHU CAMPUS, Lomé, Togo.

\* Auteur correspondant

Email : [jisatogo@gmail.com](mailto:jisatogo@gmail.com)/[jisatogo07@hotmail.com](mailto:jisatogo07@hotmail.com)

Lomé-Togo.



santé bonne associé à une vie sociale stable dans la dimension vie et relation avec les autres.

## **Conclusion**

Le vécu et la qualité de vie diffère d'une personne à l'autre. Néanmoins plus de la moitié des personnes enquêtées ont une qualité de vie acceptable.

**Mots clés :** Vécu, qualité de vie, hypothyroïdie, milieu hospitalier, Togo.

## **Abstract**

### **Introduction**

The general objective of the study was to describe the experience and quality of life of patients living with hypothyroidism.

### **Methodology**

This is a quantitative, descriptive cross-sectional study carried out in the internal medicine department of the SYLVANUS OLYMPIO University Hospital in Lomé over a period from June 24 to August 23, 2021 (3 months). Data collection is carried out using a questionnaire on 43 patients.

### **Results**

A total of 43 people were investigated. The majority of respondents were female (M/F sex ratio = 0.23) with the most represented age group being 50 to 60 years old. The most common etiologies found are thyroidectomy and Hashimoto's disease. The clinical signs of hypothyroidism are numerous, varied, non-specific and inconsistent. However, in 67.44% of cases, asthenia was the predominant sign encountered and 58.14% of patients were shocked when the diagnosis was announced. The management of this pathology consists of lifelong replacement therapy with thyroid hormone. From the quality of life of patients, it appears that in the dimension of perceived health the majority of respondents had a good state of health associated with a stable social life in the dimension of life and relationships with others.

### **Conclusion**

The experience and quality of life differs from one person to another. However, more than half of the people surveyed have an acceptable quality of life.

**Key words:** Experience, quality of life, hypothyroidism, hospital environment, Togo.

### **Introduction**

L'insuffisance thyroïdienne ou hypothyroïdie est la pathologie hormonale la plus fréquente [1]. Elle désigne l'hypofonctionnement de la glande thyroïde responsable d'une diminution de la production hormonale et d'un état d'hypométabolisme [2]. L'hypothyroïdie peut être primaire ou périphérique (atteinte de la glande elle-même) ou bien secondaire ou centrale (insuffisance thyroïdienne). Sa prévalence est traditionnellement estimée entre 2,5 à 14% de la population générale touchant

préférentiellement les femmes avec un sex ratio de 0,1 [1]. Elle augmente avec l'âge, atteignant 10% des sujets âgés. En France, l'incidence globale sur une période de 7,5 années était de 1,3% [3]. Aux Etats-Unis en 2007, la prévalence d'hypothyroïdie était 4,3%, soit de l'ordre 3,4% chez les hommes et 5,8% chez les femmes [4].

Plusieurs travaux ont été réalisés en Afrique subsaharienne sur l'hypothyroïdie. Au Mali, une étude réalisée en médecine interne au CHU du point G a retrouvé 71 cas d'hypothyroïdie dont 10 hommes et 61 femmes soit un sex ratio de 0,16 [5]. Au Congo, la fréquence de l'hypothyroïdie était estimée à 7,4% en 2005 dans l'étude de Monabéka [6]. Au Togo, dans l'étude publiée par Balaka et al, retrouvait une fréquence hospitalière de dysthyroïdie de 16,16% avec 27,27% d'hypothyroïdie (45 cas sur 165) [7].

L'hypothyroïdie présente de nombreux signes cliniques dans sa forme patente. Le début de la maladie reste volontiers insidieux. La pathologie engendre un état d'hypométabolisme avec une asthénie physique importante, une baisse d'énergie et de motivation, une prise de poids malgré un manque d'appétit, une constipation, des douleurs articulaires et musculaires de l'irritabilité voire un état dépressif. Etant une maladie chronique mal connue de la population dont les manifestations sont souvent confondues à d'autres pathologies et dont le traitement est à vie, la non observance et la non adhésion à la maladie demeure un problème préoccupant. Les études sur la qualité de vie des patients atteints d'une pathologie de la thyroïde sont rares. L'absence de données dans notre pays sur le ressenti et la qualité de vie des patients vivant avec l'hypothyroïdie, motive ce travail dont l'objectif général est de décrire le vécu et la qualité de vie des patients dès l'annonce de l'hypothyroïdie et au cours de la prise en charge thérapeutique.

## **Méthodologie**

Il s'est agi d'une étude transversale à visée descriptive qui s'était déroulée dans le service de Médecine Interne du CHU SYLVANUS OLYMPIO sur une période allant du 24 Juin au 15 Août 2021 soit 3 mois. Elle a porté sur les patients venus en consultation externe d'endocrinologie dans le service pendant la période d'étude.

Ont été inclus dans l'étude tous les patients âgés de plus de 18 ans et dont le diagnostic de l'hypothyroïdie est confirmé par le dosage de la TSHus supérieure à la valeur normale et qui ayant accepté librement de participer à l'étude.

N'ont pas été inclus dans l'étude toutes les femmes enceintes ; ou les enfants atteints d'hypothyroïdie congénitale et les patients n'ayant pas donné leur consentement.

Une fiche d'enquête sous forme de questionnaire a été utilisée. Le questionnaire a été auto administré pour les patients avec un niveau d'étude supérieur et administré pour ceux ayant un niveau d'étude primaire et secondaire. La collecte a été faite sur rendez-vous auprès des patients soit à l'hôpital pour certains ou à domicile pour d'autres. La durée de l'entretien allait de quinze minutes à trente minutes pour chaque patient.

La population enquêtée devrait répondre aux questions portant sur les données sociodémographiques (âge, sexe, profession, situation matrimoniale, niveau d'étude), les circonstances de découverte de la maladie (les symptômes ressentis), les antécédents personnels et familiaux, l'étiologie de l'hypothyroïdie, le traitement reçu, les effets secondaires du traitement, le changement de traitement et les causes du changement, le ressenti des patients à l'annonce du diagnostic, la perception de la maladie par l'entourage, et la qualité de vie qui a été évaluée à base de l'échelle de qualité de vie SF12 dans sa version courte.

Le questionnaire SF-12 est une version abrégée du « Medical Outcomes Study Short-Form General Health Survey » (SF-36) ne comportant que 12 questions sur les 36. Le SF12, comme le SF36 et ses autres dérivés, ont été conçus pour la recherche clinique et ne sont pas des outils d'utilisation courante. Le SF12 est un score de qualité de vie générale non spécifique d'une pathologie. Elle comprend 5 items : l'évaluation de l'état de santé actuel dans son ensemble, l'évaluation de l'état physique, l'évaluation de l'état émotionnel, l'évaluation des douleurs physiques, et le ressenti personnel et le gêne causé sur soi et sur les autres au cours des quatre dernières semaines. Chaque item comportait le plus souvent une ou deux questions. Chaque question était cotée de 1 à 5.

Les données recueillies ont fait l'objet de vérification manuelle pour s'assurer de leur complétude. Ensuite ces données ont été saisies et analysées à l'aide du logiciel Epi Info version 7.2.3.1. Le traitement de texte a été réalisé sur le logiciel Word 2016, les tableaux et figures ont été élaborés par l'intermédiaire du logiciel Excel 2016 du pack Microsoft. Les résultats ont été présentés sous forme de fréquence et d'effectif.

## **Résultats**

Sur les 50 dossiers de patients retenus, nous avons pu avoir un rendez-vous avec 43 patients et qui avaient accepté de participer à l'étude.

### **Données socio démographiques**

L'âge moyen était de 53,72 ans avec des extrêmes de 21 à 73 ans. La tranche d'âge de 50 à 60 ans était la plus représentée. Nous avons noté dans notre étude une prédominance féminine de 81,4% avec un sexe ratio (H/F) de 0,23. Parmi les enquêtés, le niveau primaire représentait 34,88%. La profession la plus représentée était celle des commerçants soit 60,47%. Parmi les personnes enquêtées, 36 (83,72%) étaient mariés.

### **Données cliniques et thérapeutiques**

Trente-deux (32) enquêtés soit 74,42% avaient été diagnostiqués devant des symptômes cliniques présentés. 29 enquêtés soit 67,44% savaient qu'ils étaient souffrant et 14 enquêtés (32,56%) l'ignoraient. L'asthénie physique était le signe majeur retrouvé chez les 32 enquêtés.

Parmi les enquêtés, 24 (51,81%) avaient des antécédents personnels dont l'HTA représentait 51,17% (22 enquêtés) ; le diabète et la drépanocytose 5 patients chacun (11,63%) et le goitre 4,65% (2 enquêtés) des cas. 27 enquêtés soit 62,79% avaient

subi une chirurgie en rapport avec la thyroïde et 11 enquêtés (25,58%) ne connaissaient pas la cause de leur hypothyroïdie. Tous les enquêtés avaient été mis sous la L-thyroxine. Parmi les enquêtés, 18 (41,86%) avaient une durée de traitement de plus d'un an avec une diminution de symptômes et 12 (27,91) de moins d'un an avaient signalé aucun changement lors de l'instauration du traitement. Parmi ceux qui avaient ressenti les effets secondaires, 14 (32,56%) disaient avoir pris du poids. 10 enquêtés (23,26%) avaient affirmé que leur traitement avait été changé par rapport au dosage dont la raison était essentiellement une TSH élevée.

### 3.2 Ressenti et perception de la maladie

#### Ressenti des patients à l'annonce du diagnostic

A la question relative au ressenti des patients à l'annonce du diagnostic, plusieurs réponses ont été données dont 25 (58,14%) enquêtés étaient choqués. (Tableau I).

Tableau I : Répartition des enquêtés selon leur ressenti à l'annonce du diagnostic

	Effectif	Pourcentage
Dépression	01	02,32
Acceptation	17	39,54
Choc	25	58,14
Total	43	100

#### Perception de la maladie par la famille

Selon les enquêtés, la perception de la maladie par la famille était de façon naturelle chez 27 enquêtés (62,79%).

### 3.3 Qualité de vie

#### Santé perçue ou perception de la santé

Vingt-deux (22) soit 51,16% enquêtés avaient affirmé que leur état de santé était bon. (Tableau II).

Tableau II : Répartition des enquêtés selon leur état de santé

	Effectif	Pourcentage
Très bon	2	4,65
Bon	22	51,16
Médiocre	17	39,53
Mauvaise	2	4,65
Total	43	100

**Activité physique**

Vingt-cinq (25) soit 58,14% enquêtés étaient un peu limité à l'effort physique et 21 (48,84%) enquêtés étaient un peu limité dans la marche (Tableau III).

Tableau III : Répartition des enquêtés selon leur effort physique et la marche

	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Effort physique</b>		
OUI, beaucoup limité	05	11,63
OUI, un peu limité	25	58,14
NON, pas du tout limité	13	30,23
Mauvaise	2	4,65
<b>Marche</b>		
OUI, beaucoup limité	6	13,95
OUI, un peu limité	21	48,84
NON, pas du tout limité	16	37,21

**Limitation due à l'état psychique**

Selon les réponses données, 19 enquêtés (44,19%) arrivaient souvent à accomplir moins de choses qu'ils auraient souhaités d'une part et d'autre part 22 enquêtés (51,16%) avaient des difficultés à faire ce qu'ils faisaient avec autant de soin que d'habitude. (Tableau IV).

Tableau IV: Répartition des enquêtés selon la limitation due à l'état physique.

	Effectif	Pourcentage
<b>Accomplissement de moins de chose que vous auriez souhaité</b>		
La plupart du temps	06	13,95
Souvent	19	44,19
Parfois	13	30,23
Jamais	05	11,63
<b>Difficulté à faire ce que vous aviez à faire avec autant de soin que d'habitude</b>		
La plupart du temps	05	11,63
Souvent	22	51,16
Parfois	11	25,58
Jamais	05	11,63

### **Douleurs physiques**

Vingt (20) soit 46,51% enquêtés étaient moyennement limités dans leur travail ou activités domestique dû à leur douleur physique (Tableau V).

Tableau V : Répartition des enquêtés selon la limitation de leur travail ou activités domestique dû à leur douleur physique

	Effectif	Pourcentage
Un petit peu	08	18,60
Moyennement	20	46,51
Beaucoup	13	30,23
Enormément	02	4,65

### **Santé psychique**

Parmi les enquêtés, 24 (55,81%) se sentaient souvent calme, détendus puis débordant d'énergie et 21 (48,84%) étaient souvent tristes et abattus (Tableau VI).

Tableau VI: Répartition des enquêtés selon la santé psychique

	Effectif	Pourcentage
<b>Moment où vous vous êtes senti calme et détendu</b>		
La plupart du temps	03	06,98
Souvent	24	55,81
Parfois	12	27,91
Jamais	04	09,30
Toujours	01	02,33
<b>Moment où vous vous êtes senti débordant d'énergie</b>		
La plupart du temps	02	04,65
Souvent	24	55,81
Parfois	13	30,23
Jamais	03	06,98
<b>Moment où vous vous êtes senti triste et abattu</b>		
La plupart du temps	04	09,30
Souvent	21	48,84
Parfois	15	34,88
Jamais	03	06,98

### **Vie et relation avec les autres**

A cette question, 17 (39,53%) enquêtés ont affirmé qu'ils n'ont jamais été gênés dans leur vie sociale et relations avec les autres en rapport avec leur état physique et émotionnel.

### **Discussion**

#### **Limites**

Le questionnaire d'enquête surtout la qualité de vie ayant été autoadministré, les résultats peuvent être influencés par le niveau de compréhension et de connaissance des enquêtés. Le caractère réduit de l'échantillon pourrait constituer un biais d'analyse des données. Nonobstant ces difficultés, nous estimons que cette étude constitue une base de données fiable pouvant orienter des études exhaustives ultérieures vu la rareté des études de qualité de vie sur la pathologie thyroïdienne.

#### **Données sociodémographiques**

L'âge moyen de nos enquêtés était de 53,72 ans. La tranche d'âge la plus représentée était celle de 50 à 60 ans soit 39,53%. Une prédominance féminine avec un sex ratio (H/F) de 0,23 avait été retrouvée.

Une étude réalisée en Côte d'Ivoire par Abodo et al [8] avaient rapporté que 85% des enquêtés étaient de sexe féminin avec un âge moyen de 40,5 ans qui est inférieur à la moyenne d'âge de notre étude. Dans la série de Balaka et al, l'âge moyen des patients était de  $45,76 \pm 15,11$  ans ; avec un sex ratio (H/F) était de 0,14. Cette nette prédominance féminine dans les pathologies thyroïdiennes est en effet rapportée par la littérature [3,5,9,10]. Dans les séries d'Afrique Sub-saharienne, l'âge moyen des patients était de  $41,81 \pm 14$  ans [11] en Guinée et  $40 \pm 16$  ans [5] au Mali.

### **Données médicales et thérapeutiques**

La majorité des enquêtés soit 67,44% ont ressenti comme signe l'asthénie.

Balaka et al [7] avaient rapporté dans leur étude la constipation et l'asthénie physique comme principaux signes cliniques de l'hypothyroïdie. Par contre, Kanté au Mali en 2016 [5] avait trouvé que 27% des signes de l'hypothyroïdie étaient les céphalées.

Les résultats de notre enquête montraient que 51,17% avaient un antécédent d'HTA.

Dans la série de Balaka, les antécédents retrouvés étaient une hypertension artérielle (25,5%), et un diabète sucré (8,5%). Brah et al. [12] au Niger, avaient retrouvés 42,90% d'hypertension artérielle.

Tous les patients étaient sous L thyroxine.

Les patients en hypothyroïdie avaient bénéficié de l'hormonothérapie substitutive dans 93,33% des cas dans la série de Balaka et al [7].

### **Ressenti des patients à l'annonce du diagnostic**

Dans notre étude, 25 enquêtés (58,14%) étaient sous le choc avec une acceptation chez 17 enquêtés (39,54%).

Le vécu de l'annonce de la maladie ressortait les éléments négatifs suivant : la tristesse, la peur, l'inquiétude. Cela pourrait s'expliquer par la non connaissance et la rareté de la maladie ou par son traitement à vie.

### **Perception de la maladie par la famille et l'entourage**

La perception de la maladie diffère d'une famille à une autre. Dans notre étude, 62,79% perçoivent la maladie de façon naturelle.

Contrairement à l'étude réalisée par Gennart et al [32] en 2001, la fille d'un patient s'exprimait en ces termes : << c'est une maladie que lui vit d'une certaine façon et que moi peut-être je vivrai de façon totalement différente, dans le sens que lui, il n'a jamais dramatisé ce qu'il avait.....>> Ce constat se justifie par le fait que la famille a compris que l'hypothyroïdie n'est pas autant grave que certaines pathologies chroniques affectant le patient dans son ensemble.

### **Qualité de vie**

La santé perçue occupe une place importante dans la qualité de vie. Il ressort de notre étude que plus de la moitié des patients soit 51,16% avaient une santé bonne. Cela



pourrait s'expliquer par le fait que l'hypothyroïdie n'affecte pas l'état de santé surtout lorsqu'elle est bien substituée.

La majorité des enquêtés soit 58,14% pour l'effort physique modéré et 48,84% pour la limitation dans la marche avaient affirmé qu'ils étaient un peu limités. Ce résultat se justifierait par le fait que l'asthénie qui était le signe majeur ressenti par les patients est toujours présente.

En évoquant la place importante de l'état physique, 62,79% avaient accompli moins de choses qu'ils auraient souhaité et de la douleur physique, 46,53% étaient moyennement limités dans leur travail ou activités domestique. Cette limitation pourrait être au ralentissement du métabolisme et au niveau d'activité physique de la population en général et celle présentant une maladie.

Il ressort de notre étude que la majorité des enquêtés avaient ressenti qu'ils étaient souvent affectés dans la dimension santé psychique et de même pour la limitation due à l'état psychique. Cela s'expliquerait par l'état émotionnel que présentent les patients souffrant de l'hypothyroïdie. Dans l'étude de Jacques Leclère, chez les patients présentant une hypothyroïdie fruste et hypercholestérolémie, il existait une diminution significative de la qualité de vie selon le score psychique retrouvé lorsque la TSH passait d'une valeur comprise dans l'intervalle 2,5–4 à une valeur comprise entre 4 et 10 mUI/L ( $p = 0,01$ ).

Concernant l'état de santé physique ou émotionnel des enquêtés, 17 enquêtés soit 39,53% n'avaient jamais été gêné dans leur vie sociale. Ce résultat pourrait s'expliquer par le fait que l'éducation africaine met en exergue la pratique de l'entraide envers les autres.

## **Conclusion**

Au terme de cette étude dont l'objectif est d'évaluer le vécu et la qualité de vie des patients souffrant d'une hypothyroïdie, nous avons constaté que la majorité des enquêtés étaient de sexe féminin. Les étiologies le plus fréquemment retrouvés sont le goitre et la maladie d'Hashimoto. Les signes cliniques de l'hypothyroïdie sont nombreux, variés, non spécifiques et inconstant. Toutefois l'asthénie physique était le signe prédominant rencontré. La plupart des patients à l'annonce du diagnostic étaient souvent choqués. La prise en charge de cette pathologie consiste en un traitement substitutif par hormone thyroïdienne à vie. De la qualité de vie des patients, il ressort que dans la dimension de la santé perçue la majorité des enquêtés avaient un état de santé bon associé à une vie sociale stable dans la dimension vie et relation avec les autres.

## **Références bibliographiques**

1. Laboureau S, Rohmer V. Hypothyroïdie de l'adulte. In : Chanson P, Young J, editors. Traité d'endocrinologie 2<sup>ème</sup> édition Paris : Lavoisier Medecine Science, 2019 : 187-191.
2. Ladsous M, Wémeau J-L. Hypothyroïdie de l'adulte. EMC - Traité de médecine AKOS 2009;4:1-5.

3. Wémeau JL. Epidémiologies des maladies de la thyroïde. Les maladies de la thyroïde. Paris : Masson ; 2010. p:49-52.
4. Boutron-Ruault MC. Maladies thyroïdiennes dans la cohorte SU-VIMAX, InVS(2009). [En ligne]. BEH [Cité le 26/08/2021]. Disponible à l'URL:  
[Http://www.invs.sante.fr/publications/2009/maladies\\_thyroidiennes\\_suvimax/maladies-thyroidiennes\\_suvimax](http://www.invs.sante.fr/publications/2009/maladies_thyroidiennes_suvimax/maladies-thyroidiennes_suvimax).
5. Kanté F, Bah M, Sow DS, Coulibaly KBD, Berté B, Djeugoué PN et al. Les dysthyroïdies à l'hôpital du Mali. Annales d'Endocrinologie. 2016 ; 77(1) : 377.
6. Monabeka HG, Ondzotto G, Peko JP. La pathologie thyroïdienne au centre hospitalier universitaire de Brazzaville. Cahiers d'études et de recherches francophones/ Santé. 2005 ; 15 : 37-40.
7. Balaka A, Tchamdja T, Kodjo K, Djalogue L, Djagadou KA, Nemi KD et al. Dysthyroïdies en milieu hospitalier à Lomé. RAFMI. 2022 ;9(1) :38-43.
8. Abodo J, Yao A, Koffi-Dago P, Hué A, Danho J, Ahoussi JB. Caractéristiques des thyropathies en Côte d'Ivoire. Health Sci Dis. 2019 ; 20(6) :18-22.
9. Proust-Lemoine E, Wémeau J-L. Hyperthyroïdie. EMC - Traité de médecine AKOS 2009 ; 4 :1-6 17.
10. Perimenis P, Marcelli S, Leteurtre E, Vantygghem M-C, Wémeau J-L. Thyroïdite de Riedel : aspects actuels. La Presse Médicale. 2008 ; 37 : 1015-21.
11. Kaké A, Sylla D, Diallo AM, Diallo MM, Diané BF, Diallo MC et al. Atteintes autoimmunes au cours de la pathologie thyroïdienne à Conakry. RAFMI. 2019 ; 6 (2) : 14-20.
12. Brah S, Mahamane Sani M A, Daou M, Andia A, Bade M A, Bakasso R et al. Les dysthyroïdies à l'Hôpital National de Niamey. Health Sci. Dis. 2016; 17 (4) : 36- 40.
13. M. Gennart, M. Vannotti, J.-P. Zellweger. La maladie chronique : une atteinte à l'histoire des familles. Médecine & Hygiène « Thérapie Familiale » 2001 ; 3 (22) : 231- 250.
14. Jacques Leclère, Cécile Cousty, Jean-Louis Schlienger, Jean-Louis Wémeau. Hypothyroïdie fruste et qualité de vie chez des femmes hypercholestérolémiques de plus de 50 ans : Résultats de l'étude HYOGA. La Presse Médicale. 2008 ; 37 (11) : 1538-1546.

# CRISE VASO-OCCLUSIVE DRÉPANOCYTAIRE SÉVÈRE : ASPECTS CLINIQUES, ÉTIOLOGIQUES ET THÉRAPEUTIQUES AU CHU SYLVANUS OLYMPIO DE LOMÉ

**Koffi Mawuse GUEDENON<sup>1\*</sup>**

Université de Lomé, Togo

[julesblack@yahoo.fr](mailto:julesblack@yahoo.fr)

**Djatougbe Ayaovi Elie AKOLLY<sup>1</sup>**, Université de Lomé, Togo, **Mawouto FIAWOO<sup>1</sup>**, Université de Lomé, Togo, **Fidèle Comlan DOSSOU<sup>1</sup>**, Université de Lomé, Togo, **Oounoo Elom TAKASSI<sup>1</sup>**, Université de Lomé, Togo, **Koffi Edem DJADOU<sup>1</sup>**, Université de Lomé, Togo, **Yawo Dzayissè ATAKOUMA<sup>1</sup>**, Université de Lomé, Togo, **Adama Dodji GBADOE<sup>1</sup>**, Université de Lomé, Togo

---

## Résumé

**Introduction :** la CVO est la plus fréquente manifestation de la drépanocytose et la première cause d'hospitalisation des enfants atteints. L'objectif de cette étude est de décrire les aspects cliniques des CVO sévères, de déterminer les étiologies des syndromes infectieux qui les accompagnent et de décrire leur prise en charge.

**Méthodologie :** étude transversale descriptive portant sur 137 drépanocytaires majeurs hospitalisés pour CVO sévères du 1<sup>er</sup> janvier 2009 au 31 décembre 2011 dans le service de pédiatrie du CHU Sylvanus Olympio.

**Résultats :** Les drépanocytaires homozygotes SS étaient les plus nombreux (n=98 ; 71,5%), suivis des doubles hétérozygotes SC (n=28 ; 20,5). Le délai moyen de consultation était de  $4,7 \pm 4,4$  jours. Le traitement avant l'admission comportait des antibiotiques (28,5%). Les CVO étaient surtout ostéo-articulaires (70,8%). Dans 98,5% des cas, une infection bactérienne associée a été confirmée (48,9%) ou présumée (49,6%). Les principales étiologies étaient le syndrome thoracique aigu (26,3%), l'ostéomyélite aiguë (10,9%), l'infection urinaire (6,6%), la septicémie (3,6%). Un germe a été isolé chez 14,6% des patients, *Escherichia coli* (30%) étaient en tête suivi de *Klebsiella pneumoniae* (25%), *Staphylococcus aureus* (15%), *Salmonella typhi* (10%), *Streptococcus pneumoniae* (5%), le *Streptocoque D* (5%), l'*Enterobacter* (5%) et l'*Acinetobacter* (5%). Le taux de mortalité était de 2,2%. La durée moyenne d'hospitalisation était de  $11,4 \pm 8,8$  jours.

**Conclusion :** les CVO drépanocytaires sévères sont en majorité associées aux infections bactériennes en milieu tropical. Une antibiothérapie adaptée et précoce constitue le moyen thérapeutique indispensable pour prévenir ou traiter ces patients.

**Mots clés :** CVO sévères, drépanocytaire, infections bactériennes, Lomé.

---

<sup>1</sup> Département de Pédiatrie, CHU Sylvanus Olympio, Faculté des Sciences de la Santé, Université de Lomé.

## Abstract

### SEVERE VASO-OCCLUSIVE CRISIS AT SYLVANUS OLYMPIO TEACHING HOSPITAL IN LOMÉ: CLINICAL, ETIOLOGICAL AND THERAPEUTIC ASPECTS

**Introduction :** Vaso-occlusive crisis (VOC) is the most frequent manifestation of sickle cell disease and the leading cause of hospitalization in affected children. The aim of this study is to describe the clinical aspects of severe VOC, to determine the etiologies of the infectious syndromes that accompany it and to describe their management.

To describe the clinical aspects of severe VOC, to determine the etiology of infectious syndrome which follow them and to describe their management.

**Methodology:** Descriptive cross-sectional study of 137 major sickle patients hospitalized for severe VOC from January 1st, 2009 to December 31st, 2011 in the pediatric ward of CHU Sylvanus Olympio.

**Results:** SS homozygous sickle cell patients were the most common ( $n = 98, 71.5\%$ ), followed by SC double heterozygotes ( $n = 28, 20.5\%$ ). The average consultation time was  $4.7 \pm 4.4$  days. Pre-admission treatment included antibiotics (28.5%). VOC were mostly osteoarticular (70.8%). In 98.5% of cases, a bacterial associated etiologies were confirmed (48.9%) or presumed (49.6%). The main etiologies were acute chest syndrome (26.3%), acute osteomyelitis (10.9%), urinary tract infection (6.6%), sepsis (3.6%). A germ was isolated in 14.6% of patients, *Escherichia coli* (30%) were in the lead followed by *Klebsiella pneumoniae* (25%), *Staphylococcus aureus* (15%), *Salmonella typhi* (10%), *Streptococcus pneumoniae* (5%), *Streptococcus D* (5%), *Enterobacter* (5%) and *Acinetobacter* (5%). The mortality rate was 2.2%. The mean hospital stay was  $11.4 \pm 8.8$  days.

**Conclusion:** severe VOC are mainly associated to bacterial infections in tropical environments. An adapted and early antibiotherapy is the essential therapeutic means to prevent or treat these patients.

**Key words:** bacterial infections, severe CVO, sickle cell disease, Lomé.

## Introduction

La drépanocytose est la maladie génétique la plus répandue dans la région africaine de l'OMS 16,7 (Weatherall et al., 2006). Sa prévalence est estimée entre 10 et 40% en Afrique (Dennis-Antwi et al., 2008). Au Togo, cette prévalence est de 16% toutes formes confondues avec 2 à 3% de formes majeures (Amegnizin et al., 1981). Elle est à l'origine de l'équivalent de 5 % des décès d'enfants de moins de cinq ans sur le continent africain (OMS, 2006). Depuis mai 2005, l'OMS l'a ajoutée sur la liste des priorités de santé publique (OMS, 2006). La crise vaso-occlusive (CVO) est sa plus fréquente manifestation clinique (Moussavou et al., 2004) et la première cause d'hospitalisation de l'enfant drépanocytaire (Platt et al., 1991 ; Gbadoe et al., 1999). Le nombre de crises détermine la gravité de la maladie (Mbika Cardorelle et al.,

2010). L'intensité de la CVO est variable. On distingue la CVO commune d'intensité moindre, prise en charge le plus souvent à domicile et la CVO sévère qui nécessite une consultation à l'hôpital. Plus de 1500 patients drépanocytaires majeures sont suivis en ambulatoire dans l'unité d'hématologie oncologie du service de pédiatrie du CHU Sylvanus Olympio (CHU S.O.). Au Togo, 70% des drépanocytaires hospitalisés souffrent de douleurs ostéo-articulaires. La moindre hésitation à l'admission de ces patients est préjudiciable d'une augmentation de la mortalité. Au Togo, on dispose de très peu de données sur les CVO. C'est pourquoi nous avons réalisé ce travail dont l'objectif était de décrire les aspects cliniques, étiologiques, thérapeutiques et évolutifs des CVO sévères.

## **1. Méthodologie**

### **1.1. Cadre d'étude**

Cette étude a été initiée dans l'unité d'hématologie oncologie (P1) du service de pédiatrie du CHU S.O. de Lomé et s'est déroulée dans le pavillon de soins continus P2. Le service a une capacité d'accueil de 170 lits et berceaux répartis dans 10 pavillons d'hospitalisation dont 02 pavillons de soins continus (P2 et P8). C'est le service de référence en matière de santé de l'enfant au Togo. Il est situé au niveau central dans la hiérarchie des structures sanitaires du pays. Chaque année, il accueille environ neuf mille enfants de 0 à 18 ans, dont le tiers est hospitalisé. L'unité d'hématologie oncologie comporte une sous-unité d'oncologie et une sous-unité d'hématologie abritant la section de prise en charge de la drépanocytose.

#### **- Description de la section de prise en charge de la drépanocytose**

Environ 1500 enfants drépanocytaires majeurs y sont suivis depuis 1996. Une quarantaine d'entre eux sont admis en consultation de suivi les mercredis après-midi. En cas de CVO sévères, ils sont hospitalisés au P2.

#### **• Description du pavillon de soins continus P2**

Le P2 est réservé aux enfants âgés de 1 à 18 ans en détresse vitale. Il a une capacité de 19 lits. Le taux d'occupation des lits est estimé entre 90 et 100%. Le matériel de soins disponible est constitué de deux aspirateurs de mucosité, 4 bouteilles d'oxygène, des bouillottes, une cloche de Hood pour oxygénothérapie, un insufflateur, un tensiomètre pédiatrique, une fiche de température pour chaque patient. Des gestes de réanimation n'y sont pas couramment pratiqués. Quelques rares fois une intubation est faite pour aspirer. Une ventilation à l'ambu sans disposer de ventilateur pour les situations initialement évaluées comme réversibles. En cas d'arrêt cardiaque, les patients bénéficient d'une ventilation à l'ambu associée à un massage cardiaque externe. La drogue disponible dans ces cas est l'épinéphrine qui est utilisé sans un protocole de soins préalablement établi.

Notre étude a porté sur 137 patients drépanocytaires qui ont été hospitalisés de manière consécutive pour CVO sévère dans le pavillon P2. Chaque patient hospitalisé avait un dossier d'hospitalisation.

## **1.2. Les critères d'inclusion**

Les patients inclus étaient des drépanocytaires majeurs (SS, SC, Sβthal, SF, DC), ayant tous réalisé une électrophorèse, admis pour une CVO dont l'intensité de la douleur a nécessité une hospitalisation.

## **1.3. Les critères de non-inclusion**

Les drépanocytaires admis pour un syndrome infectieux sans douleur, un priapisme, d'autres complications aiguës ou dégénératives de la drépanocytose sans douleur n'étaient pas été inclus.

## **1.4. Schéma d'étude**

Nous avons réalisé une étude transversale descriptive visant à étudier les aspects épidémiologiques, cliniques, étiologiques, thérapeutiques et évolutifs de la CVO sévère chez les patients drépanocytaires qui étaient hospitalisés du 1<sup>er</sup> janvier 2009 au 31 décembre 2011 (3 ans).

## **1.5. Définitions adoptées et paramètres étudiés**

La CVO était un épisode douloureux aigu de durée variable. Les types de CVO étaient le syndrome pieds-mains, la CVO ostéo-articulaire, la CVO thoracique et la CVO abdominale. La CVO mixte portait à la fois sur les os / articulations et l'abdomen. La CVO commune était celle soulagée par un antalgique habituel (palier I ou II), sans signe de gravité et qui n'avait pas nécessité une consultation et traitée en ambulatoire. La CVO sévère était définie comme toute CVO n'ayant pas répondu aux antalgiques habituels et dont la prise en charge avait nécessité une hospitalisation. L'hémoculture était systématique. L'Examen Cytologique et Bactériologique des Urines (ECBU) devrait l'être aussi mais il ne pouvait être réalisé aux heures de garde au CHU Sylvanus Olympio. La septicémie était définie par une hémoculture positive chez un patient présentant des signes cliniques d'une infection généralisée. L'infection urinaire était définie par l'isolement d'une bactérie à la culture des urines avec une bactériurie  $\geq 10^5/\text{mm}^3$ . Le syndrome thoracique aigu était défini par une toux associée à une douleur thoracique, à une dyspnée et à tout infiltrat pulmonaire radiologique. Le diagnostic de paludisme était retenu sur la base d'une goutte épaisse positive et d'une apyrexie dans les premières 72 heures sous traitement. La CVO sévère d'étiologie indéterminée était retenue si aucun autre diagnostic n'a été retrouvé malgré les examens complémentaires réalisés.

## **1.6. Description de la méthode d'isolement des bactéries au laboratoire de microbiologie**

Les produits pathologiques ont été systématiquement examinés à l'œil nu puis au microscope optique à l'état frais après étalement entre lame et lamelles. On procédait ensuite à la coloration de Gram ou au bleu de méthylène puis la numération bactérienne et on orientait le choix des milieux de culture. L'antibiogramme était réalisé sur le milieu gélosé de type Mueller-Hinton additionné ou non de 5% de sang de mouton (*S. pneumoniae*) et par la méthode des disques. La production de BLSE a

été recherchée en plaçant sur la gélose MH le disque de l'amoxicilline + acide clavulanique entre ceux de céfotaxime et ceftazidime. La résistance hétérogène des staphylocoques à toutes les bêta-lactamines a été recherchée en utilisant des disques d'oxacilline ou de céfoxitine. La recherche était positive si la souche était résistante à l'antibiotique après une incubation à 30°C pendant 18 à 24 h. La souche était alors dite méti-R.

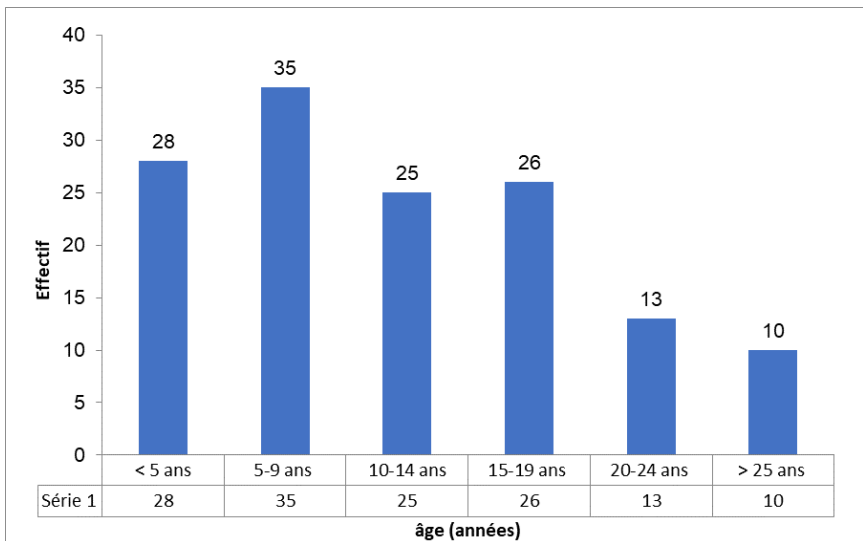
### 1.7. Analyse des données

Les données recueillies ont été saisies dans le logiciel Epi Data. Elles ont été apurées et analysées dans le logiciel SPSS (Statistic Package for Social Science).

## 2. Résultats

### 2.1. Aspects épidémiologiques

De janvier 2009 à décembre 2011, 13484 patients étaient hospitalisés dans le service de pédiatrie du CHU Sylvanus Olympio dont 4062 au P2. Parmi ces patients, 197 (1,5%) étaient des drépanocytaires. Il y avait 163 cas de CVO sévères (82,7% des drépanocytaires) dont 26 non inclus dans notre étude. Au total, 137 cas étaient retenus. Le nombre moyen de patients hospitalisés par année était de  $45,7 \pm 16,5$  avec des extrêmes de 32 et de 64. L'âge moyen des patients était de  $11,7 \pm 7,6$  ans avec des extrêmes de 1 et 34 ans. Il y avait 114 enfants (83,2%) âgés de 0 à 19 ans dont 28 enfants (20,4%) de moins de 5 ans (figure 1). Il y avait une prédominance masculine avec un sex-ratio de 1,4.



**Figure 1** : Répartition des patients selon l'âge

## 2.2. Aspects cliniques

### Répartition des patients selon leurs antécédents

Les drépanocytaires homozygotes SS étaient les plus nombreux (n=98 ; 71,5%) suivis des drépanocytaires double hétérozygotes SC (n=28 ; 20,5%). Il y avait 9 patients (6,6%) de profil FS, un patient Sβthal et un patient DC. Trois patients (2,2%) vivaient avec le VIH, 2 patients (1,5%) étaient asthmatiques, un patient (0,7%) était splénectomisé et un patient (0,7%) avait une cardiopathie. Le délai moyen d'évolution de la CVO avant admission était de  $4,7 \pm 4,4$  jours avec un maximum de 21 jours. Sept patients étaient admis dans les 24 premières heures, 101 patients entre le 2<sup>ème</sup> et le 7<sup>ème</sup> jour, et 29 patients après une semaine d'évolution. La majorité des patients (n=115 ; 83,9%) avait reçu un traitement avant l'admission. Il s'agissait d'un antibiotique chez 28,5% (n=39) avec en tête de liste la ciprofloxacine (n=23 ; 16,8%).

### Motif de consultation

La douleur était présente à l'admission chez tous les patients. Son intensité était citée comme motif principal de consultation par tous. Les autres motifs de consultation étaient la persistance de la fièvre (5,8%), la dyspnée/essoufflement (5,8%), le caractère permanent de la douleur (4,4%), la pâleur/anémie (1,5%), une tuméfaction douloureuse du bras (1,5%). La douleur était multifocale dans 44% des cas, unifocale dans 31% et bifocale dans 25% des cas.

### Caractéristiques des CVO

Les CVO ostéo-articulaires étaient le type de CVO le plus fréquent (70,8%), suivi des CVO mixtes (19%), des CVO abdominales (8%) et des syndromes pieds-mains (2,2%).

### Évaluation de la douleur à l'admission

L'intensité de la douleur était évaluée selon l'échelle visuelle analogique (EVA) 79 fois (57,7%) chez des patients d'âge moyen  $15,9 \pm 6,5$  ans avec des extrêmes de 5 ans et 34 ans. L'intensité de la douleur était supérieure à 5/10 chez tous les patients et 72,2% des patients avaient une douleur d'intensité 10/10 à l'admission.

### Signes accompagnant la douleur

La plupart des patients (96,3%) présentaient une fièvre durant leur hospitalisation. Celle-ci n'était pas présente pendant les 24 premières heures d'hospitalisation dans 58,4% des cas. Cinq patients n'avaient pas eu de fièvre. L'asthénie (n=50), la dyspnée (n=43), l'anorexie (n=42), la toux (n=37) et l'impotence fonctionnelle (n=9) étaient les autres signes fonctionnels. Quant aux signes physiques, une douleur osseuse était retrouvée chez 46 patients et un gonflement de segment de membre était noté chez 20 patients. Des signes d'atteintes pulmonaires (râles et souffles) étaient retrouvés chez 33 patients. Il y avait une défense abdominale chez 28 et un œdème péri céphalique chez 6 patients se plaignant de douleur crânienne.



### 2.3. Aspects étiologiques

Chez la plupart des patients, une infection confirmée ou suspectée était associée à la CVO (tableau 1). Le syndrome thoracique aigu était bilatéral chez 23 patients et unilatéral chez 13 patients. La goutte épaisse était réalisée chez tous les patients. Elle était positive chez 21 patients dont 19 avaient une infection bactérienne associée. La densité parasitaire moyenne était de  $9181,3 \pm 20674,3$  trophozoïtes/ $\mu\text{L}$  avec des extrêmes de 209 et 85052. Les germes isolés dans les bactériémies étaient *Klebsiella pneumoniae* (n=3), *Escherichia coli* (n=1) et *Enterobacter sp* (n=1). L'ECBU était réalisé chez 62 patients. Les germes isolés étaient *E coli* (n=4), *Klebsiella pneumoniae*, *Staphylococcus aureus*, streptocoque D et *Acinetobacter* chez un patient chacun. Une des souches d'*E coli* isolée dans les urines sécrétait une bêta-lactamase à spectre élargi (BLSE).

Tableau 1: Répartition des patients selon l'étiologie des CVO sévères

	Effectif	Pourcentage
CVO sévère d'étiologie indéterminée	59	43,1
Syndrome thoracique aigu	36	26,3
Paludisme	21	15,3
Ostéomyélite aiguë	15	10,9
Septicémie	13	9,5
Infection urinaire	9	6,6
Arthrite	3	2,2
Ostéite	1	0,7
Abcès splénique	1	0,7
Abcès sous diaphragmatique et pariétal	1	0,7
Méningite à pneumocoque	1	0,7

#### CVO sévère d'étiologie indéterminée

Il y avait une suspicion clinique de septicémie chez 48,9% des patients mais les examens complémentaires n'ont mis en évidence aucune étiologie. Parmi ces patients, 19 avaient une goutte épaisse positive mais le traitement du paludisme avait échoué si bien qu'un diagnostic exclusif de paludisme ne pouvait être retenu. Chez 8 patients, un staphylocoque à coagulase négative était isolé. Deux patients avaient une

leucocyturie sans germe. Ces CVO ainsi que les syndromes infectieux qui les accompagnaient évoluaient favorablement sous traitement antibiotique.

### Les germes retrouvés dans les infections responsables de CVO sévères

Un germe était isolé chez 20 patients soit 14,6% (tableau II).

Tableau 2: Répartition des patients selon la fréquence des germes isolés dans les CVO sévères

	Effectif	Pourcentage
<i>Escherichia coli</i>	6	30
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	5	25
<i>Staphylococcus aureus</i>	3	15
<i>Salmonella typhi</i>	2	10
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	1	5
<i>Streptocoque D</i>	1	5
<i>Enterobacter</i>	1	5
<i>Acinetobacter</i>	1	5
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100</b>

#### 2.4. Aspects thérapeutiques

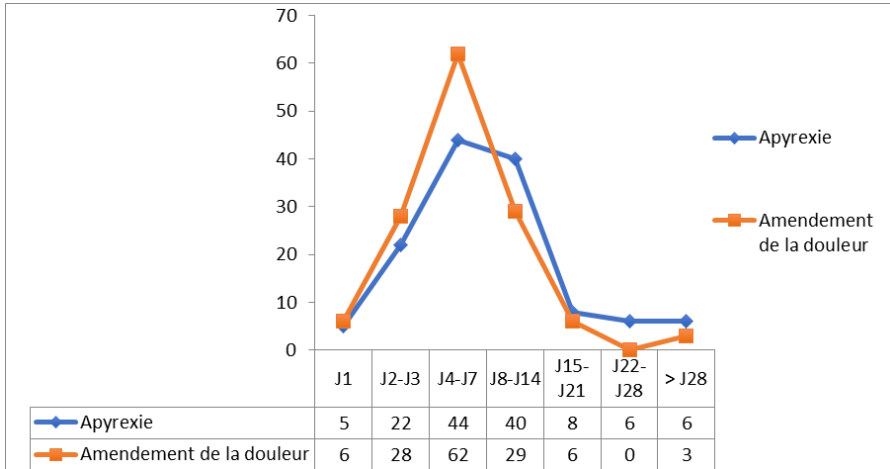
La majorité des patients (n=135 ; 98,5%) avait reçu une antibiothérapie. Une transfusion était faite chez 34,3% des patients (n=47). Les antalgiques étaient utilisés chez la plupart des patients (n=126 ; 91,9%). Il s'agissait d'antalgique de palier II à savoir la buprénorphine, le tramadol associé au paracétamol injectable. La morphine n'était pas disponible. Les AINS chez 69 patients (50,4%). Il s'agissait du kétoprofène, du diclofénac et de l'ibuprofène. Un antipaludéen était administré chez 73 patients (53,3%). L'oxygène était nécessaire chez 16 patients (11,7%). Le phloroglucinol (antispasmodique) était administré à 13 patients (9,5%). Un plâtre était confectionné chez 3 patients (2,2%). L'érythropoïétine était administré chez un patient (0,7%). Une arthrotomie était faite chez un patient.

Chez 41,5% des patients une bi antibiothérapie était initiée d'emblée. Elle était faite de ceftriaxone + nétilmicine/gentamycine dans 35,6% des cas. Une monothérapie en première intention concernait 58,4% des patients. Il était à base de ceftriaxone (17%), ciprofloxacine comprimé (16,3%), ciprofloxacine injectable (11,1%), amoxicilline acide-clavulanique (5,9%), lévofloxacine (5,9%), vancomycine (1,5%) et clarithromycine (0,7%). La majorité des patients (n=126) avait besoin d'une

antibiothérapie de 2<sup>e</sup> intention (91,9%). Il s'agissait d'un ou de deux antibiotiques ajoutés aux antibiotiques déjà en cours. La ciprofloxacine était utilisée en 2<sup>e</sup> intention chez 59,5% des patients. La ceftriaxone (18,3%), la clarithromycine (14,3%), la gentamycine (7,1%), la lévofloxacine (7,1%), l'amoxicilline acide-clavulanique (4,8%) et la vancomycine (3,2%) étaient les autres antibiotiques utilisés en deuxième intention. Une antibiothérapie de 3<sup>e</sup> intention était nécessaire chez 11,7% de patients (n=16). Une antibiothérapie de 4<sup>e</sup> intention était nécessaire chez 3,6% (n=5) des patients. Deux patients avaient reçu une antibiothérapie de 5<sup>e</sup> puis de 6<sup>e</sup> intention. L'artémether était le principal antipaludique utilisé (n=67 ; 91,8%). Au cours de leur hospitalisation, un patient était transfusé 3 fois, 4 patients transfusés 2 fois et 42 patients transfusés une fois. Le syndrome thoracique aigu était la pathologie ayant nécessité le plus de transfusion (16 patients sur les 36 cas de STA) suivi des CVO sévères d'étiologie indéterminée (15 sur les 49), des infections urinaires (3 sur les 8 cas) et des septicémies (2 sur les 5 cas).

## 2.5. Aspects évolutifs

Le délai moyen d'obtention de l'apyrexie était de  $9,8 \pm 11,2$  jours avec un minimum de 1 jour et un maximum de 90 jours. Quant à la douleur, elle ne s'était pas amendée chez les 3 patients décédés. L'évolution de la fièvre et celle de la douleur étaient superposables (figure 2). Le taux de létalité était de 2,2% (3 patients décédés). Un des patients décédés avait un STA et les 2 restants avaient une CVO d'étiologie indéterminée. Deux patients décédés avaient entre 15 et 19 ans et le dernier avait plus de 25 ans. Deux patients décédés avaient pris un antibiotique avant admission. Les 3 patients décédés avaient une anémie décompensée et ont été transfusés. Les décès étaient survenus dans un contexte de choc septique. Des 3 patients décédés, 2 étaient drépanocytaires homozygotes SS et un était drépanocytaire composite SC. La majorité des patients (n=132 ; 96,3%) étaient guéris. Deux patients (1,5%) guéris avaient des séquelles à type de surdité et d'instabilité articulaire. Une ostéomyélite chronique était notée. Une toxidermie type Stevens Johnson compliquait le traitement chez un patient guéri. Deux patients étaient ré hospitalisés. La durée moyenne d'hospitalisation était de  $11,4 \pm 8,8$  jours avec des extrêmes de 2 et 90 jours.



**Figure 2:** Comparaison des délais d'apyrexie et d'amendement de la douleur

### 3. Discussion

Dans notre méthodologie, la CVO sévère a été définie comme une crise persistante en dépit de l'utilisation des antalgiques habituels à domicile. Dans nos résultats, l'évaluation systématique de la douleur à l'admission a permis de retrouver chez tous les patients une douleur intense. Une douleur d'intensité supérieure ou égale à 5/10 à l'EVA non calmée par un antalgique habituel pourrait définir une CVO sévère et indiquerait une hospitalisation urgente. Le traitement de ces douleurs indique l'utilisation de la morphine ou des dérivés morphiniques dont la non-disponibilité a conduit à une sous-utilisation. Nos patients ont été traités par des antalgiques de palier II et des AINS associés au paracétamol. L'absence de fièvre les premiers jours d'hospitalisation s'expliquerait par le fait que les syndromes infectieux associés aux CVO seraient dus à une surinfection faisant suite à l'obstruction vasculaire. Les infections bactériennes étant ainsi une complication de la CVO sévère. La fréquence de cette complication est si élevée que la CVO sévère ne peut être dissociée des infections bactériennes. Toute dissociation à l'instar d'autres études (Mbika Cardorelle et al., 2010 ; Diagne et al., 2000) serait tributaire d'une mortalité plus élevée. Dans notre étude, ces deux complications ne pouvaient être dissociées, la CVO sévère pouvant même être considérée comme un symptôme précédant dans la majorité des cas une infection bactérienne en milieu tropical. La prise en charge adéquate passe donc par une antibiothérapie presque systématique après les prélèvements pour une recherche étiologique. Nos hémocultures ont été positives dans 3,6%. Ce taux était de 1,47% chez Diagne et al au Sénégal (Diagne et al., 2000). La différence observée peut être liée à l'inclusion dans leurs séries d'autres complications que les CVO. Dans la plupart des pays en Afrique au sud du Sahara, les antibiotiques sont délivrés dans les officines sans prescription médicale. L'automédication à base d'antibiotique observée dans notre série diminue la probabilité d'isoler des germes à l'hémoculture. Ce constat a été également fait par Williams et al à Kilifi au Kenya (Williams et al, 2009). Les staphylocoques à

coagulase négative retrouvés dans notre série bien que les prélèvements soient fait dans des conditions d'asepsie rigoureuse ont posé un problème diagnostique car le drépanocytaire n'est pas immunodéprimé et le séjour antérieur en unité de soins intensifs ne suffit pas pour justifier une infection à ce germe. Les autres germes isolés dans notre série demeurent surtout des bacilles à Gram négatif comme dans d'autres études en Afrique subsaharienne mais dans des proportions différentes (Diagne et al., 2000 ; Williams et al., 2009 ; Akinyanju et al., 1987 ; Kizito et al., 2007). Classiquement, les salmonelles sont les germes les plus fréquemment isolés dans les ostéomyélites du drépanocytaire (Williams et al., 2009 ; Karwowska et al., 1998). Le Staphylocoque à l'instar de notre étude a été le germe le plus rapporté dans les arthrites (da Silva Junior et al, 2012). L'infection urinaire était une étiologie fréquente des CVO sévères dans notre étude malgré le faible taux de réalisation de l'EBCU. Il en était de même dans d'autres séries (Mbika Cardorelle et., 2010 ; da Silva Junior et al, 2012 ; Chukwu et al., 2011). Il s'agissait d'infection urinaire à bas bruit. *Escherichia coli* était le germe le plus retrouvé aussi bien dans notre série que dans les autres (Chukwu et al., 2011 ; Brozović et al., 1987). La prédominance féminine était aussi classique (da Silva Junior et al, 2012 ; Chukwu et al., 2011). Deux patients (1,4%) ont souffert exclusivement de paludisme, les autres patients ayant une goutte épaisse positive ont été guéri après le traitement antibiotique du foyer infectieux retrouvé. L'impact du paludisme sur le pronostic de la drépanocytose est bien connu (Diallo et al. ; 2008 ; Aluoch et al., 1997). La gravité du paludisme chez l'enfant drépanocytaire est bien établie (Diallo et al. ; 2008 ; Aluoch et al., 1997), cependant dans notre série, le paludisme était rarement responsable d'une CVO sévère et lorsqu'il en était responsable, ces crises étaient rapidement résolutive. Ceci s'expliquerait par les traitements antipaludiques systématiques pris à domicile ou dans les centres périphériques pour enrayer le paludisme à l'étape de paludisme simple. La principale hantise dans notre contexte est la surinfection bactérienne des CVO sévères chez le drépanocytaire en milieu tropical, ceci justifie pour en améliorer le pronostic d'instituer une antibiothérapie adaptée. L'infection a été au centre des préoccupations dans notre étude. Une bi-antibiothérapie a été d'emblée instituée chez 37,9% des patients à cause de la sévérité du tableau clinique à l'admission. L'objectif était d'enrayer le foyer infectieux probable en couvrant les germes souvent retrouvés chez le drépanocytaire. Les infections bactériennes associées aux CVO sévères sont de plus en plus difficiles à traiter. Ceci explique le recours à plusieurs lignes d'antibiotiques et les longs délais d'hospitalisation. C'était l'amendement de la douleur qui signalait en général le début de la guérison. Cet amendement de la douleur intervenait souvent au même moment que l'apyrexie comme nous l'avons remarqué dans notre étude. Les décès étaient survenus dans un contexte de choc septique. Les germes responsables de la CVO sévère chez les 2 patients ayant un CVO d'étiologie indéterminée n'ont pas pu être isolés afin d'avoir un antibiogramme adapté pour une prise en charge adéquate. Le traitement avant admission pris a certainement contribué à empêcher l'isolement du germe à l'hémoculture. La guérison de tous les enfants de moins de 5 ans montre l'importance du suivi dans la drépanocytose.

## Conclusion

Les CVO sévères sont les premiers motifs de consultation et d'hospitalisation des drépanocytaires. Ce travail a permis de confirmer le rôle prépondérant des infections bactériennes compliquant les CVO sévères du drépanocytaire. Le paludisme a été rarement mis en cause compte tenu de l'efficacité du traitement systématique des cas. L'antibiothérapie devrait donc être systématique après les prélèvements visant à documenter le germe responsable lors des premiers signes de surinfection des CVO sévères. La fièvre est souvent absente les premiers jours et ne doit surtout pas retarder cette antibiothérapie qui a pour but de prévenir la survenue de cette complication infectieuse.

## Références bibliographiques

- Akinyanju O, Johnson AO. Acute illness in Nigerian children with sickle cell anaemia. *Ann Trop Paediatr.* 1987 Sep;7(3):181-6. doi: 10.1080/02724936.1987.11748503. PMID: 2445266.
- Aluoch JR. Higher resistance to Plasmodium falciparum infection in patients with homozygous sickle cell disease in western Kenya. *Trop Med Int Health.* 1997 Jun; 2(6):568-71. doi: 10.1046/j.1365-3156.1997.d01-322.x. PMID: 9236824.
- Amegnizin K.P.E.<sup>[1]</sup> Les anomalies de l'hémoglobine au Togo. Étude de 2684 sujets. *Rev Soc Méd Biol du Togo.* 1981 ; 5 : 33-37.
- Brozović M, Davies SC, Brownell AI. Acute admissions of patients with sickle cell disease who live in Britain. *Br Med J (Clin Res Ed).* 1987 May 9;294 (6581):1206-8. doi: 10.1136/bmj.294.6581.1206. PMID: 3109583; PMCID: PMC1246365.
- Chukwu BF, Okafor HU, Ikefuna AN. Asymptomatic bacteriuria in children with sickle cell anemia at The University of Nigeria teaching hospital, Enugu, South East, Nigeria. *Ital J Pediatr.* 2011 Sep 19; 37:45. doi: 10.1186/1824-7288-37-45. PMID: 21929817; PMCID: PMC3184041.
- Dennis-Antwi JA, Dyson S, Ohene-Frempong K. Healthcare provision for sickle cell disease: challenges for the African context. *Diversity in Health & Social Care* 2008, 5: 241–54.
- Diagne I, Ndiaye O, Moreira C, Signate-Sy H, Camara B, Diouf S, et al. Les syndromes drépanocytaires majeurs en pédiatrie à Dakar (Sénégal). *Arch Pediatr.* 2000 Jan; 7(1):16-24. French. doi: 10.1016/s0929-693x(00)88912-5. PMID: 10668081.
- Diallo DA, Baby M, Boire A, Diallo YL. La gestion de la crise drépanocytaire par les agents de santé au Mali [Management of pain of acute sickle cell pain crises by health care providers in Mali]. *Med Trop (Mars).* 2008 Oct; 68(5):502-6. French. PMID: 19068984.

- Gbadoe AD, Foovi K, Atakouma DY, Dogba MA, Nyadanu M, Kessie K, et al. Traitement de la crise vaso-occlusive drépanocytaire. Enquête auprès du personnel soignant de la commune de Lomé (Togo). *Annales de pédiatrie*. Expansion scientifique publications, 1999; 46:193–198.
- Karwowska A, Davies DH, Jadavji T. Epidemiology and outcome of osteomyelitis in the era of sequential intravenous–oral therapy. *Pediatr Infect Dis J*. 1998 Nov; 17(11):1021-6. doi: 10.1097/00006454-199811000-00012. PMID: 9849986.
- Kizito ME, Mworozzi E, Ndugwa C, Serjeant GR. Bacteraemia in homozygous sickle cell disease in Africa: is pneumococcal prophylaxis justified? *Arch Dis Child*. 2007 Jan; 92(1):21-3. doi: 10.1136/adc.2005.088807. Epub 2006 Mar 10. PMID: 16531454; PMCID: PMC2083172.
- Mbika Cardorelle A, Okoko A, Mouko A. Les crises vaso-occlusives de l'enfant drépanocytaire à Brazzaville. *Arch Pediatr*. 2010; 17(3):295-6.
- Moussavou A, Vierin Y, Eloundou-Orima C, Mboussou M, Keita M. Prise en charge de la douleur drépanocytaire selon les critères de l'Organisation mondiale de la santé. *Arch Pediatr* 2004; 11:1041–5.
- OMS. Drépanocytose. Rapport du secrétariat. Genève : Organisation Mondiale de la Santé. Document OMS A/59/9/11.4 du 24 avril 2006.
- Platt OS, Thorington BD, Brambilla DJ, Milner PF, Rosse WF, Vichinsky E et al. Pain in sickle cell disease. Rates and risk factors. *N Engl J Med*. 1991 Jul 4;325(1):11-6. doi: 10.1056/NEJM199107043250103. PMID: 1710777.
- da Silva Junior GB, Daher Ede F, da Rocha FA. Osteoarticular involvement in sickle cell disease. *Rev Bras Hematol Hemoter*. 2012;34(2):156-64. doi: 10.5581/1516-8484.20120036. PMID: 23049406; PMCID: PMC3459393.
- Weatherall DJ. Inherited disorders of hemoglobin. In: *Disease Control Priorities in Developing Countries*. Jamison D et al. New York, Oxford University Press and the World Bank, 2006, pages 663-680.
- Williams TN, Uyoga S, Macharia A, Ndila C, McAuley CF, Opi DH, et al. Bacteraemia in Kenyan children with sickle-cell anaemia: a retrospective cohort and case-control study. *Lancet*. 2009 Oct 17;374(9698):1364-70. doi: 10.1016/S0140-6736(09)61374-X. Epub 2009 Sep 9. PMID: 19747721; PMCID: PMC2768782.



**Institut National de la Recherche Scientifique. INRS**  
**BP: 2240 LOME - TOGO**  
**Tél. (228) 22 21 01 39 / (228) 22 21 39 94**  
**E-mail : [inrstogo@yahoo.fr](mailto:inrstogo@yahoo.fr)**